

Escola de posturas pode melhorar a qualidade de vida na disfunção temporomandibular?

Does the back school can improve the quality of life in temporomandibular disorders?

Mariana Holanda de Miranda¹, David de Alencar Correia Maia²,
Ana Paula Vasconcellos Abdon³, Jamili Anbar Torquato⁴, Francisco Fleury Uchoa Santos Junior⁵

Resumo

Objetivo: avaliar a qualidade de vida e a dor em pacientes com Disfunção Temporomandibular (DTM) após a participação em um programa de escola de posturas. **Métodos:** Foram selecionadas 16 mulheres (41,50±12,59 anos) com diagnóstico de DTM, segundo o Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD). A intensidade dos sintomas de dor foi avaliada pela escala visual analógica (EVA) e a qualidade de vida pelo SF-36. Foi realizada análise estatística pelo teste t-student. As voluntárias participaram de oito encontros do programa de escola de posturas. **Resultados:** as pacientes tiveram melhora significativa para os sintomas de dor (p=0,001) e para QV para os domínios Capacidade Funcional (p=0,009), Estado Geral de Saúde (p=0,028), Dor (p=0,002),

Vitalidade (p=0,017), Limitações por Aspectos Emocionais (p=0,011), Aspectos Sociais (p=0,002) e Saúde Mental (p=0,042). **Conclusão:** O Programa de Escola de Posturas adaptado para DTM mostrou-se eficaz na melhora dos sintomas dor e dos índices de qualidade de vida.

Palavras-chave: Fisioterapia. Educação em Saúde. Dor Orofacial. Qualidade de vida.

Abstract

Objective: To evaluate the quality of life and pain in patients with temporomandibular disorders (TMD) after participation in a “back school” program. **Methods:** Sixteen women (41.50 ± 12.59 years) with a diagnosis of TMD in accordance with the Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC / TMD) were selected. The intensity of pain symptoms was evaluated using a visual analog scale (VAS) and the quality of life was evaluated using SF-36. Statistical analyses were performed using Student’s test. They participated of eight meetings of the “back school” program. **Results:** It was verified that the patients had had significant improvement for pain symptoms (p=0.001) and for quality of life to the domains functional capacity (p=0.009), general health (p=0.028), pain (p=0.002),

1 Fisioterapeuta, mestra em Ciências da Saúde, Universidade Cruzeiro do Sul, São Paulo, SP – Brasil, e-mail: mariana_holanda2303@yahoo.com.br

2 Psicólogo, mestre, Professor da Universidade Vale do Jaguaribe – FVJ, Fortaleza, CE-Brasil, email: davidmaia42@gmail.com

3 Fisioterapeuta, doutoranda em Biotecnologia (RENORBIO), Universidade Estadual do Ceará, Professora de Fisioterapia da Universidade de Fortaleza – UNIFOR, Fortaleza, CE – Brasil, e-mail: paulaabdon@hotmail.com

4 Fisioterapeuta, doutora, Professora do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Cruzeiro do Sul, São Paulo, SP – Brasil, e-mail: jamilianbar@yahoo.com

5 Fisioterapeuta, doutorando em Biotecnologia (RENORBIO), Universidade Estadual do Ceará, Professor de Fisioterapia da Faculdade Maurício de Nassau – Fortaleza, CE – Brasil, e-mail: drfleuryjr@gmail.com

vitality ($p=0.017$), emotional aspects ($p=0.011$), social aspects ($p=0.002$) and mental health ($p=0.042$). **Conclusion:** The back school program adapted to TMD was effective in improving symptoms of pain and quality of life.

Keywords: Physiotherapy. Health Education. Orofacial Pain. Quality of life.

Introdução

O termo disfunção temporomandibular (DTM) é utilizado para reunir um grupo de doenças que acometem os músculos mastigatórios, a articulação temporomandibular (ATM) e estruturas adjacentes. Tem etiologia multifatorial e pode estar relacionada a um desequilíbrio de fatores estruturais, neuromusculares, oclusais e psicológicos, e a lesões traumáticas ou degenerativas da ATM^{1,2,3,4}.

Para os psiquiatras, os músculos faciais e maxilares são responsáveis pelas expressões de raiva, temor e agressão e também pelo sorriso. O apertar de dentes, mordidas nas bochechas, na língua, nos lábios e em objetos, chupar os dedos e roer unhas, possuem um fundo emocional bem definido e servem como descarga de tensão⁵.

Durante as situações de estresse, pode ocorrer um aumento no tônus muscular da região e aparecimento de parafunção, o que aumenta o gasto energético, a fadiga, a isquemia, a pressão oclusal e articular e desgastes dentais. Todo esse quadro colabora para o aparecimento de disfunções e alterações estruturais⁶.

Okeson⁷ descreve que para uma doença se instalar na ATM é necessário que existam fatores predisponentes (que predisõem o paciente ao risco de DTM ou dor orofacial: fatores biomecânicos, genéricos e psicológicos), desencadeantes (que causam o início da desordem: macrotraumas e microtraumas) e perpetuantes (que interferem no tratamento e no controle: parafunção,

fatores hormonais e/ou psicossociais associados com qualquer fator predisponente ou desencadeante). No caso das DTM's e, com o objetivo de se evitar os dois últimos, um trabalho educativo sempre se faz necessário. O corpo é plástico, em constante adaptação e mudança, inspirando cuidados constantes. O paciente bem instruído e informado pode se tornar mais responsável pelo seu processo de cura, evitando fatores adversos e se motivando com o tratamento.

A terapia física visa aumentar a conscientização do paciente sobre a causa dos sintomas, conseguir o relaxamento muscular, reduzir hiperatividade muscular e restabelecer o movimento muscular e articular; aliviar a dor, o espasmo e o edema, e permitir a recuperação da função normal⁸.

Outra alternativa para o cuidado das dores osteomusculares é a incorporação da educação em saúde no tratamento destes pacientes. A educação em saúde corresponde a qualquer atividade que visa alcançar a saúde buscando desencadear mudanças comportamentais individualmente⁹.

A "Escola de Postura", originalmente chamada "Back School", pode ser considerada um modelo de educação em saúde, já que engloba tanto a prevenção como o tratamento das dores. Esse método, criado na Suécia em 1969, pela fisioterapeuta Mariane Zachrisson-Forsell, visa não apenas amenizar as disfunções da coluna, mas também conscientizar a população atendida e assim facilitar a aquisição de hábitos posturais mais saudáveis, principalmente nas atividades de vida diária^{9,10,11,12}.

Consiste de informações sobre a biomecânica da coluna, postura, ergonomia e exercícios supervisionados por fisioterapeutas. O formato original constituía-se de grupos com seis a oito pacientes, e um programa de quatro aulas com frequência de duas vezes por semana, com duração de 45 minutos^{9,10,13}.

Atualmente os programas de Escola de Posturas possuem estruturas diferentes. Originalmente, quando foi criado na Suécia, atendia pessoas com dores agudas, subagudas ou crônicas em qualquer região da coluna, sendo que a intervenção era exclusivamente fisioterapêutica. Após prosperar em instituições escandinavas, a “Escola de Coluna” difundiu-se para outros países como Canadá, Estados Unidos e Brasil⁹.

Em uma revisão sistemática feita em 2001, os autores encontraram 15 artigos que estudaram a eficácia da Escola de Posturas em pacientes com dor lombar inespecífica. Ao final, os autores concluíram que existe evidência moderada de que a “Escola de Coluna” tem melhor resultado sobre a dor e incapacidade a curto e médio prazos do que os outros tipos de tratamento para pacientes com dor lombar crônica recorrente. Também observaram que existe evidência moderada de que programas de “Escola de Coluna” para lombalgia no ambiente ocupacional são mais eficazes que outros tratamentos, placebo ou lista de espera, melhorando os parâmetros dor, status funcional e retorno ao trabalho, a curto e médio prazo¹⁴.

Esta pesquisa propôs-se a adaptar um programa de escola de posturas para os cuidados com a DTM, tendo como objetivo avaliar a qualidade de vida e a dor em pacientes com disfunção temporomandibular após a participação em um programa de escola de posturas.

Métodos

Foi realizada uma pesquisa com abordagem quantitativa, do tipo intervencionista, com intuito de avaliar a qualidade de vida e dor em pacientes portadores de DTM após o programa de escola de posturas. A pesquisa foi desenvolvida no período de maio a outubro de 2012. Os indivíduos foram selecionados através do serviço de Odontologia localizado no bloco A, no campus da Univer-

sidade de Fortaleza, na Avenida Washington Soares, nº 1321, Edson Queiroz, Fortaleza-CE. Participaram da pesquisa 16 voluntários, todos do sexo feminino, com idade entre 19 e 60 anos (Média 41,50; DP +12,59), com diagnóstico de DTM pela aplicação do questionário “Critério Diagnóstico para Pesquisa em Disfunção Temporomandibular” - RDC/TMD. Esse questionário permite a classificação das DTM's em três subgrupos de disfunção: Grupo I – miofascial; Grupo II – alterações discais e Grupo III – problemas articulares. Foram incluídos na pesquisa, indivíduos com um ou mais diagnósticos de DTM pela aplicação do RDC/TMD. Apenas mulheres fizeram parte da amostra já que nenhum homem estava sendo atendido no setor no período da pesquisa.

Não participaram da pesquisa indivíduos com comprometimento neuropsicomotor; que estivessem ou tenham sido submetidos a tratamento fisioterapêutico, fonoaudiológico ou ortodôntico há menos de seis meses; que utilizavam placas oclusais; que relatavam problemas algícos nos membros inferiores; alterações labirínticas; histórico de traumas ortopédicos ou má formação na região facial. Também não participaram os portadores de doença sistêmica ou reumatológica e aqueles que estivessem fazendo uso de medicamentos analgésicos, anti-inflamatórios, miorelaxantes ou antidepressivos, uma vez que esses medicamentos poderiam alterar o metabolismo e a atividade dos músculos mastigatórios, comprometendo os resultados das variáveis pesquisadas.

Após a seleção, as voluntárias responderam a uma Ficha de Avaliação, com informações sobre hábitos parafuncionais e dor pela escala visual analógica (EVA). Responderam também ao questionário Short Form Health Survey (SF-36) e foram submetidas à avaliação quanto às amplitudes articulares da boca, sensibilidade dolorosa da ATM através do questionário RDC/TMD. Além da avaliação inicial, as voluntárias ainda foram

avaliadas um mês e quatro meses após a avaliação inicial.

O Questionário SF-36 é um instrumento de avaliação genérico, multidimensional, constituído por 36 itens englobados em oito domínios: capacidade funcional, estado geral da saúde, dor, vitalidade, limitações por aspectos emocionais, limitações por aspectos físicos, aspectos sociais e saúde mental. O resultado desse questionário dá-se através da atribuição de uma nota para cada questão, posteriormente transformada em uma escala de zero a 100 por domínio, onde zero corresponde a um pior estado de saúde e 100 a um melhor. Cada domínio do questionário é avaliado em separado e não existe um único valor que sintetize toda a avaliação¹⁵.

A avaliação das amplitudes articulares foi realizada com o uso de um paquímetro analógico da marca Eccofer. As pacientes encontravam-se sentadas na cadeira em uma posição aproximada de 90 graus em relação ao examinador. Para o padrão de abertura da boca foi analisada a mensuração de abertura máxima com auxílio.

Após avaliação inicial, as voluntárias participaram do programa de Escola de Posturas. O programa foi composto por atividades teóricas e práticas com aulas sobre anatomia da coluna vertebral, região cervicoescapular e do sistema estomatognático, aspectos fisiológicos da dor, orientações relativas à reeducação alimentar, alongamentos, exercícios e cuidados com o corpo, orientação de atividades, aspectos ergonômicos relacionados às atividades de vida diária, do trabalho e lazer, e sensibilização quanto às possibilidades de participação social.

Tal programa foi composto por oito encontros, que aconteceram com uma frequência de dois encontros semanais, num total de quatro semanas. Cada encontro teve duração de uma hora e foi composto por três momentos distintos. No primeiro

momento, as pacientes receberam informações teóricas sobre temas pertinentes aos cuidados e prevenção da DTM (25 minutos). No segundo momento as pacientes acompanharam o terapeuta na prática de exercícios e alongamentos da musculatura orofacial, região de ombros e cintura escapular e coluna cervico-dorso-lombar (25 minutos). O encontro foi finalizado com um momento de relaxamento de relativa imobilidade, com técnicas de mentalização de relaxamento guiado pelo terapeuta, com duração de 10 minutos.

Ao término do último encontro, as participantes receberam uma cartilha, que foi desenvolvida para esta pesquisa, contendo informações sobre cuidados e prevenção das dores e desconfortos na região temporomandibular. Foi elaborada com uma linguagem de fácil compreensão, com o objetivo de estimular o autocuidado e organizada em seções: definições e causas da DTM; sintomas da DTM; relação estresse/DTM; anatomia do sistema mastigatório; tratamentos da DTM; orientações posturais e para o autocuidado e prevenção. No momento da entrega, a cartilha foi lida em voz alta e pausadamente e ao final da leitura as participantes foram questionadas quanto a dúvidas sobre o seu conteúdo, e, se presentes, o pesquisador explicou em outras palavras para que não mais existissem dúvidas.

Inicialmente foi realizada uma análise estatística descritiva, calculando a média e o desvio-padrão para cada variável avaliada. Em seguida obtiveram-se resultados pela comparação entre os tempos de avaliação inicial, após um mês e após quatro meses da avaliação inicial. Para a análise dos dados foi realizado o teste de Normalidade Kolmogorov-Smirnov apresentando resultado acima de 0,05 para todos os valores, o que permitiu usar teste estatístico paramétrico, t-student. Considerou-se um intervalo de confiança de 95%.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos da Universidade de Fortaleza – COÉTICA/ UNIFOR, com parecer de nº70962/2012.

Resultados

Os resultados do questionário SF-36 podem ser observados na Tabela 1. Apre-

sentaram resultados estatisticamente significativos, após quatro meses, os domínios: capacidade funcional ($p=0,009$), estado geral de saúde ($p=0,028$), dor ($p=0,002$), vitalidade ($p=0,017$), limitações por aspectos emocionais ($p=0,011$), aspectos sociais ($p=0,002$) e saúde mental ($p=0,042$).

Tabela 1: Valores para os domínios de qualidade de vida do questionário SF-36 (média+desvio padrão) na avaliação inicial (início), após um mês e após quatro meses, e valor de p pelo teste t-student na comparação após 01(um) mês e após 4 meses em relação ao início.

Domínios		média±DP	p
Capacidade Funcional	Início	63,43±26,37	
	1 mês	70,31±24,04	0,044*
	4 meses	73,75±23,55	0,009**
Estado geral de saúde	Início	58,06±22,80	
	1 mês	62,75±21,03	0,360
	4 meses	68,31±16,82	0,028**
Dor	Início	48,62±18,22	
	1 mês	58,62±20,00	0,022*
	4 meses	61,87±17,20	0,002**
Vitalidade	Início	52,50±21,52	
	1 mês	60,31±21,48	0,045*
	4 meses	61,25±20,04	0,017**
Limitações por aspectos emocionais	Início	52,69±44,78	
	1 mês	66,65±38,49	0,042*
	4 meses	70,81±34,16	0,011**
Limitações por aspectos físicos	Início	37,50±43,77	
	1 mês	46,87±41,70	0,188
	4 meses	53,12±39,66	0,066
Aspectos sociais	Início	64,06±23,21	
	1 mês	68,28±24,52	0,233
	4 meses	75,00±18,25	0,002**
Saúde mental	Início	66,00±18,64	
	1 mês	66,37±19,55	0,876
	4 meses	70,25±17,58	0,042**

* diferença estatisticamente significante após um mês em relação ao início.

** diferença estatisticamente significante após quatro meses em relação ao início.

As amplitudes articulares da boca foram mensuradas nos três tempos apresentando aumento estatisticamente significativo após quatro meses

nos movimentos de abertura ($p=0,043$), desvio lateral direito ($p=0,014$) e esquerdo ($p=0,034$) e protrusão ($p=0,001$) (Tabela 2).

Tabela 2: Medidas de amplitudes articulares da boca (média+erro padrão) na avaliação inicial (início), após um mês e após quatro meses do programa, e valor de p

Movimento		média±DP	p
Abertura	Início	37,69±2,50	
	1 mês	39,56±2,28*	0,043
	4 meses	39,81±2,26**	0,043
Desvio Lateral Direito	Início	12,19±0,93	
	1 mês	12,81±0,90*	0,014
	4 meses	12,81±0,90**	0,014
Desvio Lateral Esquerdo	Início	11,31±0,84	
	1 mês	12,50±0,82*	0,034
	4 meses	12,50±0,82**	0,034
Protrusão	Início	4,37±0,22	
	1 mês	5,00±0,29*	0,001
	4 meses	5,06±0,27**	0,001

*diferença estatisticamente significativa após um mês em relação ao início.

** diferença estatisticamente significativa após quatro meses em relação ao início.

A dor foi avaliada através da Escala Visual Analógica apresentando na avaliação inicial valores de 4,68±2,27 (média ± desvio padrão), na avaliação após um mês valores de 3,37±2,24, com melhora estatisticamente significativa em relação à avaliação inicial (p=0,022) e após quatro meses valores

de 2,56±1,75, também apresentando melhora em relação à avaliação inicial (p=0,001).

Os hábitos parafuncionais mais frequentes foram bruxismo noturno (56,2%), apertamento dentário diurno (65,2%) e apoiar a mão sob a mandíbula (62,5%) (Tabela 3).

Tabela 3: Distribuição dos hábitos parafuncionais em portadoras de DTM. Fortaleza, CE, maio a outubro de 2012.

Hábitos	N	%
Bruxismo	9	56,2
Apertamento dentário	10	62,5
Roer unha	2	12,5
Mascar chicletes	1	6,2
Uso de telefone	6	37,5
Uso de computador	4	25,0
Morder objetos	6	37,5
Fumar	2	12,5
Apoiar mão na mandíbula	10	62,5

Discussão

No presente estudo a amostra foi composta exclusivamente por mulheres, pois não havia homens sendo atendidos no setor durante a realização da pesquisa, semelhante a outros estudos^{3,6,17,18} em que 80% ou mais das pessoas que buscaram tratamento para DTM eram do sexo feminino. Alguns autores¹⁹ tentam explicar essa elevada prevalência de DTM em mulheres pelas características fisiológicas, como variações hormonais e pelas estruturas do tecido conjuntivo e muscular; a maior flacidez destes tecidos, relacionada com os níveis de estrogênio, explica que estes tecidos apresentam uma menor capacidade de suportar pressão funcional levando à DTM. Outros estudos²⁰ reforçam a informação que os hormônios masculinos e femininos podem contribuir para as marcantes diferenças relativas ao gênero na ocorrência de dor musculoesquelética.

A dor avaliada pela EVA (Escala Visual Analógica) apresentou uma média de 4,68 no momento da avaliação inicial, valor semelhante ao estudo de Torres e colaboradores²¹ em que a média de dor pela EVA na avaliação inicial foi de 4,0 em pacientes com DTM. Outro estudo⁶ descreve que das pacientes que buscaram tratamento para DTM a média de dor pela EVA foi de 7,7, enquanto que o grupo sem queixas musculoesqueléticas apresentou média de 0,1.

Pasinato e colaboradores²² mostraram que todos os indivíduos que buscaram tratamento para DTM foram diagnosticados com dor miofascial (Grupo I), 41% tiveram diagnóstico de desordens discais (Grupo II) e 91% apresentaram algum tipo de comprometimento articular (Grupo III), especialmente artralgia (79,41%). Outros estudos^{23,24} também confirmam uma alta

incidência de dor miofascial pela avaliação do questionário RDC/TMD.

Alguns autores¹⁸ descrevem que os fatores perpetuantes da DTM podem ser: fatores comportamentais (mastigação, apertamento dentário, apoio da mão sob a mandíbula e postura da cabeça), fatores sociais (influenciando no aprendizado de percepção e resposta da dor), fatores emocionais (depressão e ansiedade) e fatores cognitivos (pensamentos negativos e atitudes que podem fazer a resolução da doença mais difícil).

Outros estudos^{6,24,25} relatam ainda que uma das principais causas da dor crônica facial está associada ao estresse emocional. O termo estresse todavia, é muito amplo, e seu significado é diferente para cada estado clínico e paciente, pois cada indivíduo responde aos desafios e preocupações da vida de forma diferente e única, trazendo assim dificuldades na metodologia do estudo deste fator. Como relatado anteriormente, os indivíduos que estão submetidos a algum tipo de estresse podem desenvolver hábitos parafuncionais e tensão muscular, o que leva ao desenvolvimento de DTM. Desta forma, os componentes parafuncionais, especialmente aqueles que aumentam a tensão muscular e as alterações dos estados emocionais, são bons indicadores da presença de dor na mandíbula em indivíduos portadores de DTM, o que permite concluir que a ansiedade ou depressão podem ser consideradas como fatores etiológicos da DTM.

Os hábitos parafuncionais foram descritos na avaliação inicial, apresentando uma maior frequência para os hábitos de apertamento dentário, bruxismo e apoio de mão sob a mandíbula. Esses resultados vão ao encontro de outros estudos, como o de Martins et al.²⁵ que descrevem que

55,6% dos pacientes do DTM referiam apertamento dentário ou bruxismo. Castro e colaboradores²⁶ mostram que dos pacientes que buscaram tratamento para DTM, 58% apresentavam bruxismo e 66% apertamento dentário. Bortolletto⁵ descreve que dos 129 pacientes com DTM estudados, 74,4% relataram bruxismo (ranger e/ou apertar), durante o dia, à noite ou a associação de ambos. O bruxismo diurno foi o mais frequente e associado às DTM e ocorreu em 61,05% dos casos, contra 47,09% de casos relacionados ao bruxismo noturno. Foi verificado em 41,8% dos pacientes com DTM o relato de ambas as parafunções.

No estudo de Branco et al.²⁷ os pacientes que buscaram tratamento na Clínica de Dor Orofacial e DTM da Faculdade de Medicina de Petrópolis, foram avaliados através do questionário RDC/TMD. As parafunções foram divididas em noturna (bruxismo) e diurna (ranger ou apertar os dentes durante o dia). Os resultados revelaram que dos 182 pacientes com DTM, 76,9% relataram algum tipo de parafunção, que poderia ser diurna, noturna ou a associação de ambas. A parafunção diurna foi a mais frequentemente citada entre os subgrupos de DTM, presentes em 64,8% dos casos, contra 55,5% de casos com relato de parafunção noturna. Foi verificado em 43,4% dos pacientes com DTM o relato de ambas as parafunções.

O grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu qualidade de vida como a percepção de um indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Os indicadores de QV podem ser especialmente relevantes para os pacientes de DTM considerando a importância da aparência

facial na autoimagem e autoestima, e também o impacto, por vezes sutil, que as condições bucais podem provocar no bem estar e funcionamento psicológico¹⁷.

Apesar de o questionário utilizado neste estudo não ser específico para DTM, apresenta a vantagem de ser de fácil administração e compreensão, e não ser tão extenso como outros questionários criados com a mesma finalidade. Outros estudos^{6,17} utilizando o mesmo instrumento (SF-36) descreveram uma significativa redução na qualidade de vida de pacientes com dor facial.

Resende e colaboradores²⁸ analisaram a saúde geral pelo Questionário de Saúde Geral (GHQ) em três subgrupos de portadores de DTM (leve, moderada e severa) e observaram uma relação direta entre a severidade da DTM e os índices de saúde para cinco dos seis fatores apresentados neste questionário (desejo de morte, falta de confiança na capacidade de desempenho, distúrbios de sono, distúrbios psicossomáticos e saúde geral). A qualidade de vida também foi analisada neste estudo pelo Instrumento Abreviado de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-BREF) e apresentou piores índices para o domínio físico no subgrupo de DTM severa.

O método “escola de posturas” apresenta eficácia na melhora de qualidade de vida para pacientes com lombalgia crônica^{12,13,29}. A melhoria em todas as escalas de qualidade de vida pode estar relacionada a dois fatores: a redução da dor corporal que facilitou o desempenho das atividades diárias, e a diminuição do risco de incapacidade devido o paciente inclinar-se a ter uma mecânica corporal mais saudável. Esse é um achado importante, por duas razões. A mais óbvia é que um dos objetivos

do programa é devolver aos participantes o melhor funcionamento osteomuscular. A segunda é que a maioria dos pacientes do programa tinha uma doença crônica incapacitante. Diminuindo o risco de recidiva indicando que o programa teve um impacto positivo neste fenômeno complexo e resistente³⁰.

No presente estudo, a QV também apresentou resposta positiva pelo método EP adaptado para pacientes com DTM. Andrade, Araújo e Vilar¹⁰ descrevem que além dos aspectos físicos, a “Escola de Postura” também intervém em aspectos sociopsicossomáticos, a fim de oferecer orientações de acordo com o contexto de vida de cada indivíduo. Além disso, esse método torna-se mais viável devido ao número populacional acometido, dificultando uma terapêutica reabilitadora individual.

Há também um pequeno número de trabalhos que avaliam o uso de orientações sob a forma de cartilhas no tratamento de dores musculoesqueléticas. Roer et al.³¹ não encontraram diferenças no alívio da dor para lombalgia crônica quando comparado um protocolo de atendimento fisioterápico e orientações pelo uso de cartilhas, após um ano de acompanhamento. Em outro estudo³² o uso de cartilhas mostrou-se eficiente para o alívio da dor e melhora do sono em pacientes com fibromialgia.

Conclusão

O presente estudo demonstrou que os pacientes com DTM exigem múltiplos focos de atenção, desde a prevenção e o cuidado com a estrutura e função do sistema osteomuscular como com os fatores que interferem nos indicadores psicológicos de saúde geral e qualidade de vida.

O Programa de Escola de Posturas adaptado para DTM foi efetivo na melhora

da dor geral, melhora dos índices de qualidade de vida, bem como na amplitude de movimento articular da ATM na amostra estudada, porém o tamanho reduzido desta amostra, composta por voluntárias, e não por seleção aleatória, não permite generalizar os resultados para a população em geral. Os resultados benéficos podem ter ocorrido devido ao acaso. Sendo assim, sugere-se que outros estudos envolvendo prevenção e educação em saúde na DTM, sejam realizados para melhor comprovação dessa terapêutica.

Referências

1. Assis TO, Soares MS, Victor MM. O uso do laser na reabilitação das desordens temporomandibulares. *Fisioter Mov.* 2012; 25(2): 453-459.
2. Lunes DH, Carvalho LCF, Oliveira AS, Bevilacqua Grossi D. Craniocervical posture analysis in patients with temporomandibular disorder. *Rev Bras Fisioter.* 2009; 13(1): 89-95.
3. Donnarumma MC, Muzilli CA, Ferreira C, Nemr K. Disfunções temporomandibulares: sinais, sintomas e abordagem multidisciplinar. *Rev CEFAC.* 2010; 12(5): 788-794.
4. Manfredini D, Lobbezoo F. Role of psychosocial factors in the etiology of bruxism. *J Orofac Pain.* 2009; 23(2): 153-166.
5. Bortolletto PPB. Análise dos hábitos parafuncionais e a associação com as Disfunções Temporomandibulares (DTM). [Dissertação-Mestrado]. Universidade Estadual de Campinas, 2011. [acesso em 20 mar. 2012] Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000842196>
6. Moreno BGD, Maluf AS, Marques AP, Crivello-Junior O. Avaliação clínica e da qualidade de

- vida de indivíduos com disfunção temporomandibular. *Rev Bras Fisioter.* 2009; 13(3): 210-214.
7. Okesson JP. Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão. 6. ed. São Paulo: Elsevier; 2008.
 8. Kato MT, Kogawa EM, Santos CN, Conti PCR. Tens and low-level Laser Therapy in the management of Temporomandibular Disorders. *J Appl Oral Sci.* 2006; 14(2): 130-135.
 9. Ferreira MS, Navega MT. Efeitos de um programa de orientação para adultos com lombalgia. *Acta Ortop Bras.* 2010; 18(3): 127-131.
 10. Andrade SCA, Araújo AGR, Vilar MJP. "Escola de coluna": Revisão histórica e sua aplicação na lombalgia crônica. *Rev Bras Reumat.* 2005; 45(4): 224-228.
 11. Fernandes SMS, Casarotto RA, João SMA. Efeitos de sessões educativas no uso das mochilas escolares em estudantes do ensino fundamental I. *Rev Bras Fisioter.* 2008; 12(6): 447-453.
 12. Nogueira HC, Navega MT. Influência da Escola de Postura na qualidade de vida, capacidade funcional, intensidade de dor e flexibilidade de trabalhadores administrativos. *Fisioter Pesqui.* 2011; 18(4): 353-358.
 13. Tsukimoto GR, Riberto M, Brito CA, Battistella LR. Avaliação longitudinal da Escola de Postura para dor lombar crônica através da aplicação dos questionários Roland Morris e Short Form Health Survey (SF-36). *Acta. Fisiat.* 2006; 13(2): 63-69.
 14. Morone G, Paolicci T, Alcuri MR, Vulpiani MC, Matano A, Bureca I, Paolucci S, Saraceni VM. Quality of life improved by multidisciplinary back school program in patients with chronic non-specific low back pain: a single blind randomized controlled trial. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2011; 47(4): 533-41.
 15. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santo W. Tradução para língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação da qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol.* 1999; 39(3): 143-149.
 16. Franco AL, Runho GHF, De Siqueira JTT, Camparis CM. Mapas de dor corporal aprimoram os relatos das queixas dolorosas em pacientes com dor orofacial. *Rev Dor.* 2012; 13(1): 9-13.
 17. Kuroiwa DN, Marinelli JG, Rampani MS, De Oliveira W, Nicodemo D. Desordens temporomandibulares e dor orofacial: estudo da qualidade de vida medida pelo Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey. *Rev Dor.* 2011; 12(2): 93-98.
 18. Sharma S, Gupta DS, Pal US, Jurel SK. Etiological factors of temporomandibular joint disorders. *Natl J Maxillofac Surg.* 2011. [acesso em: 17 mar. 2013]; 2(2): 116-9. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3343405/?report=printable>.
 19. Ribeiro Da-Silva MCR, Line SRP, Santos MCLG, Arthuri MT, Hou W, Fillingim RB, Barbosa CMR. Estrogen receptor- α polymorphisms and predisposition to TMJ disorder. *J Pain.* 2009. [acesso em: 20 mar. 2013]; 10(5): 527-33. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2749669>.
 20. Cairns BE, Gazerani P. Sex-related differences in pain. *Maturitas.* 2009;63(4):292-296.
 21. Torres F, Campos LG, Fillipini HF, Weigert KL, Vecchia GFD. Efeitos dos tratamentos fisioterapêutico e odontológico em pacientes com disfunção temporomandibular. *Fisioter Mov.* 2012; 25(1): 117-125.

22. Pasinato F, Souza JA, Corrêa ECR, Da Silva AMT. Temporomandibular disorder and generalized joint hypermobility: application of diagnostic criteria. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2011; 77(4): 418-425.
23. Basso D, Corrêa E, Silva AM. Efeito da reeducação postural global no alinhamento corporal e nas condições clínicas de indivíduos com disfunção temporomandibular associada a desvios posturais. *Fisioter Pesqui.* 2010; 17(1): 63-68.
24. Gonçalves MC, Florencio LL, Chaves TC, Speciali J, Bigal ME, Bevilaqua-Grossi D. Do women with migraine have higher prevalence of temporomandibular disorders? *Rev Bras Fisioter.* 2013; 17(1): 64-68.
25. Martins RJ, Garcia AR, Garbin CAS, Sundefeld MLMM. Associação entre classe econômica e estresse na ocorrência da disfunção temporomandibular. *Rev Bras Epidemiol.* 2007; 10(2): 215-222.
26. Castro FM, Gomes RCV, Salomão JR, Abdon APV. A efetividade da terapia de liberação posicional (TLP) em pacientes portadores de disfunção temporomandibular. *Rev Odontol Univ Cid Sao Paulo.* 2006; 18(1): 67-74.
27. Branco RS, Branco CS, Tesh RS, Rapopor A. Frequency of relates of parafunctions in the diagnostic subgroups of TMD according to research diagnostic criteria for temporomandibular disorders (RDC/TMD). *Rev Dent Press Ortodon Ortop Facial.* 2008; 13(2): 61-69.
28. Resende CMBM, Alves ACM, Coelho LT, Alchieri JC, Roncalli AG, Barbosa GAS. Quality of life and general health in patients with temporomandibular disorders. *Braz Oral Res.* 2013; 27(2): 116-121.
29. Borges RG, Vieira A, Noll M, Bartz PT, Candotti CT. Efeitos da participação em um Grupo de Coluna sobre as dores musculoesqueléticas, qualidade de vida e funcionalidade dos usuários de uma Unidade Básica de Saúde de Porto Alegre – Brasil. *Motriz.* 2011; 17(4): 719-727.
30. Tavafian SS, Jamshidi A, Mohammad K, Montazeri A. Low back pain education and short term quality of life: a randomized trial. *BMC Musculoskelet Disord.* 2007. [acesso em: 22 mar. 2013]; 8(21). Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1808456>.
31. Roer NVD, Tulder MV, Barendse J, Knol D, Mechelen WV, Vet H. Intensive group training protocol versus guideline physiotherapy for patients with chronic low back pain: a randomised controlled trial. *Eur Spine J.* 2008. [acesso em: 20 mar. 2013]; 17: 1193-200. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2527421>.
32. Orlandi AC, Ventura C, Gallinaro AL, Costa RA, Lage LV. Melhora da dor, do cansaço e da qualidade subjetiva do sono por meio de orientações de higiene do sono em pacientes com fibromialgia. *Rev Bras Reumatol.* 2012; 52(5): 666-78.

Endereço para correspondência:

Mariana Holanda de Miranda
Rua Antonio Sá e Silva, 641 - Casa 05
Tamatanduba - CEP 61.760-000
Eusébio - CE
mariana_holanda2303@yahoo.com.br