

Capítulo 2

**Efeitos do Programa de Terapia Manual
na Qualidade de Vida de Mulheres
na Meia Idade com Disfunção da
Articulação Temporomandibular**

RENATA CRISTINA DI GRAZIA

MESTRE EM EDUCAÇÃO FÍSICA PELA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA DA UNICAMP

VERA APARECIDA MADRUGA FORTI

PROFA. DRA. DA FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA DA UNICAMP

A disfunção da articulação têmporo mandibular (ATM) é multifatorial e envolve no seu diagnóstico e tratamento diferentes especialidades. Atualmente, essa disfunção tem sido considerada um problema de saúde pública, uma vez que atinge uma grande parte da população mundial. Apesar dos dentistas serem normalmente os profissionais primeiramente envolvidos, freqüentemente os pacientes apresentam problemas mio-articulares, acompanhados de alterações posturais, sendo necessária ação conjunta do Fisioterapeuta. Com o passar dos anos, nosso corpo vai sofrendo diversas alterações, tanto em homens quanto em mulheres. Nas mulheres, uma das fases mais difíceis e na qual se nota as maiores alterações fisiológicas, físicas e psíquicas é na fase da menopausa. Para se falar em postura é necessário conhecer alguns pontos da coluna vertebral, que forma verdadeiramente o pilar central do tronco, com diversas curvaturas (sa-

cral, lordose lombar, cifose dorsal e lordose cervical). Quando o indivíduo está em equilíbrio normal, na posição em pé, a parte posterior do crânio, dorso e as nádegas, são tangentes a um plano vertical (KAPANDJI, 1990). Segundo o autor, ela tem que conciliar dois imperativos contraditórios: a rigidez e a elasticidade, compara-a a um mastro de navio, que pousado sobre a pelve, eleva-se até à cabeça, ao nível dos ombros, e suporta a cintura escapular. Aborda ainda que a elasticidade do eixo raquidiano é devida a “as peças sobrepostas”, que são as vértebras, e estas são interligadas por elementos ligamentares e musculares. A coluna vertebral se divide em 3 partes: Lombar, Dorsal e Cervical.

Gould (1993) relata o fato de que a disfunção da ATM levará a futuras alterações posturais tais como: protusão da cabeça e dos ombros; inclinações da cabeça (devido a possíveis encurtamentos) para direita ou esquerda e um desalinhamento geral da postura do indivíduo.

As disfunções da ATM têm recebido atenção de muitos profissionais da saúde que têm se envolvido no tratamento desses pacientes, como: dentistas (ortodontistas, cirurgiões buco-maxilo facial), ortopedistas, neurologistas, psiquiatras, otorrinolaringologistas, psicólogos e fisioterapeutas (BEVILAQUA-GROSSO *et al.*, 2001).

De acordo com Wright & Schiffman (1995), as disfunções da ATM podem ocorrer por: inflamação por trauma, doenças sistêmicas, má oclusão, transtorno interno do disco, hiper-mobilidade/hipomobilidade, disfunção da articulação adjacente (cervical), disfunção muscular, desgastes ósseos.

Okeson (1998) relata que o desequilíbrio da musculatura mastigatória também é apontado como uma das causas das disfunções da ATM, podendo desencadear dores cervicais, cefaléias, dores de ouvido, estalos, travamento e desvios laterais da mandíbula. Segundo Arellano (2002), o equilíbrio mandibular não é somente um equilíbrio oclusal, mas também muscular corporal.

Para Gould (1993), a coluna cervical, a ATM e as articulações entre os dentes estão relacionadas. Quando ocorre uma anormalidade, seja funcional ou de má posicionamento, ela poderá então influenciar as posições das demais articulações. Uma al-

teração bastante comum é a anteriorização da cabeça, levando assim a uma hiperextensão da cabeça sobre o pescoço, quando o paciente corrige para as necessidades visuais, flexão de pescoço sobre o tórax e migração posterior da mandíbula, podendo levar a dores e disfunções na cabeça e pescoço.

Bevilaqua-Grosso *et al.* (2001) relatam que a disfunção da ATM pode envolver a musculatura mastigatória, a articulação têmporo mandibular e as estruturas associadas. É caracterizada quando três ou mais sinais e sintomas são diagnosticados, podendo incluir: artromialgia facial, ruídos articulares nas funções mandibulares, distúrbios nos movimentos mandibulares, hiperatividade e fraqueza nos músculos da mastigação e dor de cabeça tensional.

Revisão da literatura realizada por Tedesh & Marques (1999) conclui que há uma relação grande entre as DTMs e alterações posturais, e que o tratamento fisioterapêutico é de extrema importância na equipe multidisciplinar, pois considera o indivíduo globalmente.

Nas últimas décadas, a qualidade de vida tem sido um dos grandes focos de atenção de autoridades e também da população. Por ser um conceito relativamente novo, muito abrangente e subjetivo vários grupos de estudos começaram a pesquisar o que seria e o que abrangeria esse fenômeno. A qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial (OMS, 2006). O termo abrange significados diversos, que agregam conhecimentos, experiências e valores individuais e coletivos que a ele se reportam em várias épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto uma construção social com a marca da relatividade cultural. Auquier, Simeoni & Mendizabel (1997) a qualificam como um conceito equívoco como o de inteligência, ambos dotados de um senso comum variável de um indivíduo ao outro.

Martin & Stockler (1998) sugerem que qualidade de vida seja definida em termos da distância entre expectativas individuais e a realidade (sendo que quanto menor à distância, melhor). A expressão qualidade de vida ligada à saúde (QVLS) é definida por Auquier, Simeoni & Mendizabel (1997) como

o valor atribuído à vida, ponderado pelas deteriorações funcionais; as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, agravos, tratamentos; e a organização política e econômica do sistema assistencial.

A área médica já utiliza o tema qualidade de vida na sua prática profissional. Quando se apropria do termo, utiliza para ser referencial da clínica, para designar o movimento em que, a partir de situações de lesões físicas ou biológicas, se oferecem indicações técnicas de melhorias nas condições de vida dos enfermos. A expressão usada é qualidade de vida em saúde. A noção de saúde é totalmente funcional e corresponde ao seu contrário: a doença em causa, evidenciando uma visão medicalizada do tema.

Em um estudo clássico, Werner (1962) relatou que as maiores incidências de disfunções da ATM ocorria em mulheres na faixa etária de 35 e 45 anos de idade. Tosato (2005) também relatou em seus estudos que a maioria dos sujeitos que apresentavam essa patologia eram mulheres e que poderia afetar a qualidade de vida dessas.

Schulte (1970) referiu que os fatores psicossomáticos atuam diretamente para agravar os casos de acometimento de DTMs, referindo que 80% dos casos dessa disfunção também ocorreram em mulheres.

Bevilaqua-Grosso *et al.* (2001) relacionam essa grande incidência ao fato de que as mulheres sofrem durante toda sua vida situações de stress, muitas mudanças no corpo como, por exemplo, quando engravidam, quando entram na menopausa, e isso acaba alterando seu estado emocional, causando essas alterações tanto na ATM como também na postura corporal.

Há estudos que mostram que “o processo fisiológico de envelhecimento na mulher adquire características próprias em decorrência da menopausa, que por si só, direciona o organismo para uma redução progressiva da adaptabilidade fisiológica” (FORTI, 1993; FORTI, 1999). Essas mudanças, segundo o autor, dependem de fatores genéticos (FISCHER, 1995), influências do meio ambiente e do estilo de vida de cada indivíduo (FORTI, 1999).

Há diversos fatores que aumentam o risco de disfunção da ATM, são os fatores de predisposição, os que iniciam os pro-

blemas, são os fatores de iniciação e os que interferem depois são os de perpetuação. Os que podem iniciar, entre outros são: anatomia, fatores psico-sociais, fatores patopsicológicos que refletem as condições sistêmicas e gerais, e incluem distúrbios degenerativos, endócrinos, neurológicos, reumatológicos e vasculares.

Diversos tipos de tratamento existem para minimizar os problemas da ATM. Takami (1994) relata em sua pesquisa a necessidade de um acompanhamento fisioterápico juntamente com o tratamento odontológico após uma avaliação realizada pelo fisioterapeuta, na qual são eleitos os exercícios adequados a cada paciente. Uma das técnicas que são mais utilizadas na fisioterapia é o Mulligan, uma terapia manual que utiliza manipulações em articulações específicas como a coluna cervical e na própria ATM, através de algumas técnicas específicas denominadas “nags”, “snags” e “mwms”. (MULLIGAN, 1999).

A massoterapia também é um recurso manual muito empregado nas DTMs, as abordagens miofasciais têm sido muito empregadas. Um método muito utilizado é o Cyriax, que utiliza uma fricção transversa profunda, aplicando um movimento concentrado em uma área específica a ser tratada. Também são utilizadas as terapias do ponto de gatilho; esse ponto é uma área de facilitação local de um nervo de um músculo que é agravada por estresse de qualquer espécie, que afete o corpo e/ou a mente do paciente (FRITZ, 2002). Assim, temos mais um tipo de terapia manual a ser utilizada com as pacientes do presente estudo.

Referências

ARELLANO, J.C.V. RELAÇÕES ENTRE POSTURA CORPORAL E SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO. JORNAL BRASILEIRO DE OCLUSÃO, ATM E DOR OROFACIAL. CURITIBA. 2(6) P. 155-164. AB/ JUN 2002

AUQUIER, P.; SIMEONI, M.C & MENDIZABAL, H. APPROCHES THÉORIQUES ET MÉTHODOLOGIQUES DE LA QUALITÉ DE VIE LIÉE À LA SANTÉ. REVUE PREVENIR. 1997. 33:77-86.

BEVILAQUA-GROSSO, D. *ET AL.* PROPOSTA DE UMA FICHA DE AVALIAÇÃO PARA DESORDEM CRÂNIO-MANDIBULAR A PARTIR DE UMA FICHA DE AVALIAÇÃO DOS PACIENTES ATENDIDOS NA CLÍNICA DE FISIOTERAPIA DA UNIMEP. VER. FISIOT. UNIV. SÃO PAULO, v.8,n.1, P 30-39, JAN/JUL. 2001.

DIVISÃO DE SAÚDE MENTAL GRUPO WHOQOL. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.UFRGS.BR/PSIQ/WHOQOL-100.HTML](http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol-100.html). ACESSADO EM: 12 DE SETEMBRO DE 2006.

FISCHER, A.A. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOR MUSCULAR. DOR-MÚSCULO-ESQUELÉTICA-AVANÇOS NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO. 3.ED. SÃO PAULO: QUINTESSE, 1995. P.76-84.

FORTI, V. A. M. ADAPTAÇÕES CARDIORESPIRATÓRIAS AO TREINAMENTO FÍSICO AERÓBIO EM MULHERES NA MENOPAUSA: ESTUDO LONGITUDINAL E TRANSVERSAL. 1993. 149 F. DISSERTAÇÃO (MESTRADO) – FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, SÃO PAULO.

FORTI, V. A. M. INFLUÊNCIA DO TREINAMENTO FÍSICO AERÓBIO SOBRE AS RESPOSTAS CARDIOVASCULARES E RESPIRATÓRIAS EM MULHERES NA MENOPAUSA COM E SEM TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL. CAMPINAS, FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, 1999. TESE (DOUTORADO).

FRTIZ, S. MASSAGEM TERAPÊUTICA. SÃO PAULO. EDITORA MANOLE, 2º ED, 2002.

GOULD. J.A. FISIOTERAPIA NA ORTOPEDIA E NA MEDICINA DO ESPORTE. 2.ED. SÃO PAULO: MANOLE, 1993. P.569-589, v.1.

KAPANDJI, I. A. FISILOGIA ARTICULAR: ESQUEMAS COMENTADOS DE MECÂNICA HUMANA. BARUERI .MANOLE , 1990,v.3.

MARTIN, A.J & STOCKLER, M. QUALITY OF LIFE ASSESSMENT IN HEALTH CARE RESEARCH AND PRACTICE. EVALUATION & HEALTH PROFESSIONS. 1998. 21(2):141-156.

MULLIGAN, B.R. MANUAL THERAPY: "NAGS", "SNAGS", "MWMS". HUTCHESON BOWMAN & STEWART LTDA. 4º ED, 1999.

OKESON, J.P. DOR OROFACIAL. GUIA DE AVALIAÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO. 1. ED. SÃO PAULO: QUINTESSENCE, 1998. 287p.

OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE). VERSÃO EM PORTUGUÊS DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL) 1998

SCHULTE, V.W. DISKOORDINATIONEN DE KAUSMUSKULATUR UN PARODONTO PATIENT. DTSCH. ZAHNARTZH. v. 25, n.4, p.512, ABR., 1970.

TAKAMI, H.H. LUXAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E HIPOTONIA FACIAL (FISIOTERAPIA E PLACA INTEROCCLUSAL). ROBRAC. v.4, n.10, 1994.

TEDESHI, F.; MARQUES, A. P. O PAPEL DA FISIOTERAPIA NAS DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES. VER. FISIOTERAPIA DA UNIV. SÃO PAULO, (62). P 172. JUL/DEZ 1999

TOSATO, J.P; BIASOTTO-GONZALEZ, D.A; GONZALEZ, T.O. PRESENCE OF TEMPOROMANDIBULAR JOINT DISCOMFORT TP PACIFER USE. REV. BRAS. OTORRINOLARINGOL.VOL. 71. Nº3 SÃO PAULO MAY/JUNE 2005.