



UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

FCS/ESS

LICENCIATURA EM FISIOTERAPIA

Ano letivo 2018/2019

4º Ano

Dor cervical inespecífica e disfunção temporomandibular em jovens estudantes de fisioterapia

Ana Beatriz Ponte Fonseca

Estudante de Fisioterapia

Escola Superior de Saúde – UFP

33682@ufp.edu.pt

Prof Dra. Luísa Amaral

Professora Auxiliar

Escola Superior de Saúde - UFP

lamaral@ufp.edu.pt

Porto, fevereiro, 2019

Resumo

Introdução: a articulação temporomandibular (ATM) e a coluna cervical atuam em harmonia. Uma disfunção na cervical pode provocar sintomatologia álgica na ATM e vice-versa. **Objetivo:** analisar a prevalência e as características da dor cervical inespecífica e da disfunção temporomandibular (DTM) em jovens estudantes de ambos os sexos, e de diferentes anos do curso de Fisioterapia. **Metodologia:** a amostra foi constituída por 41 estudantes do 3º e 4º ano do curso de Fisioterapia da Universidade Fernando Pessoa (UFP), de ambos os sexos, 20 do sexo feminino e 21 do sexo masculino, com uma média de idade de 22,12±2,15 anos, variando de 19 a 27. Foram aplicados 2 questionários, o Índice de Incapacidade Cervical (*Neck Disability Index* - NDI) para a cervical e o questionário amnésico de Fonseca para a ATM. **Resultados:** a prevalência da dor cervical inespecífica é superior no sexo feminino (90%, vs. 47,6%), e nos alunos do 4º ano (85,0% vs. 52,4%). A prevalência de dor na ATM é mais elevada no sexo feminino (55% vs. 14,3%), e os alunos do 4º ano também seguem essa tendência (45,0% vs. 23,8%). **Conclusão:** Ser do sexo feminino aumenta significativamente a probabilidade de ter dor cervical e dor na ATM, e frequentar o 4º ano é um fator de risco no aparecimento de dor cervical. Existe uma forte correlação significativa entre a incapacidade cervical e nível/categoria de DTM.

Palavras-chave: articulação temporomandibular; disfunção temporomandibular; cervicalgia; incapacidade cervical; estudantes de fisioterapia.

Abstract

Introduction: the temporomandibular joint and the cervical spine work together in harmony. A cervical dysfunction may cause symptoms of TMJ pain and the opposite can also happen. **Objective:** analyze the prevalence and characteristics of nonspecific cervical pain and temporomandibular dysfunction in young students of both sexes, and of different years of the physiotherapy course. **Material and methods:** The sample consisted of 41 students from the 3rd and 4th year of the physiotherapy course at the Fernando Pessoa University (UFP), of both sexes, 20 females and 21 males, with an average age of 22,12±2,15 years, varying from 19 to 27. Two questionnaires were applied, the neck disability index - NDI for cervical and the amnesic questionnaire of Fonseca for TMJ. **Results:** The prevalence of nonspecific cervical pain is higher among females (90%, vs. 47.6%), and in 4th year students (85.0% vs. 52.4%). The prevalence of pain in TMJ is higher among females (55% vs. 14.3%), and the 4th year students also follow this trend (45.0% vs. 23.8%). **Conclusion:** Being female significantly increases the probability of having cervical pain and pain in TMJ, and attending the 4th year is a risk factor in the onset of cervical pain. There is a strong significant correlation between cervical disability and TMD level/category.

Key-words: temporomandibular joint; temporomandibular dysfunction; neck pain; cervical disability; physiotherapy students

Introdução

A articulação temporomandibular (ATM) é um elemento do sistema estomatognático considerada como uma das articulações mais complexas. Realiza movimentos rotacionais e translacionais devido ao côndilo possuir uma articulação dupla (Biasotto-Gonzalez et al., 2008). A ATM está entre as mais utilizadas, abre e fecha aproximadamente de 1500 a 2000 vezes por dia (Aoyama et al. 2011). Apresenta duas articulações (côndilos) que se conectam à mandíbula, trabalhando simultaneamente, dependendo de um processo harmonioso entre a oclusão dental, o equilíbrio neuromuscular e a própria articulação (Donnarumma et al., 2010), permitindo movimentos de protusão, retração e lateralização da mandíbula, abertura e fecho da boca.

A etiologia da disfunção temporomandibulares (DTM) é complexa e multifatorial, e mais comum no sexo feminino. Pode ser causada por fatores psicossociais como ansiedade, depressão e stresse, o que pode influenciar o desenvolvimento de hábitos comportamentais como bruxismo e aperto dos dentes (Nishiyama et al., 2012), por fatores oclusivos como perdas dentárias, desgaste dental, próteses mal adaptadas, cáries, restaurações inadequadas, e lesões traumáticas ou degenerativas da ATM (Pereira e Andrade, 2005). Os sinais e sintomas da DTM podem incluir dores musculares e articulares, limitação e desvio na trajetória mandibular, ruídos articulares durante a abertura e fecho da boca, dores de ouvidos, cabeça, nuca e pescoço (Santos et al., 2006).

Biasotto-Gonzalez et al. (2008) relacionam a existência de uma conexão entre a coluna cervical, crânio e a articulação temporomandibular, devido aos movimentos do crânio e coluna cervical se relacionarem com a ativação dos músculos mastigatórios e movimentos mandibulares, ou seja, todo mecanismo postural que atua na cabeça participa também no controle da postura mandibular. Portanto, uma má postura da cervical altera a forma da realização de atividades, o que pode levar ao aparecimento da dor e a uma desvantagem biomecânica da ATM (Aoyama et al. 2011). Assim como uma disfunção na ATM pode ter efeitos negativos no sistema musculoesquelético em partes do corpo adjacentes, o contrário também pode acontecer, uma vez que para minimizar a dor/desconforto a pessoa opta por posições que podem levar a alterações posturais, havendo deste modo uma influência recíproca (Viana et al., 2015).

De acordo com Côté, Cassidy e Carrol (2004), a dor na região cervical é a causa mais comum de dor na população geral, com uma prevalência de 10% a 15%. A maioria dos indivíduos adultos, 67% a 70%, relata a presença de dor cervical em algum momento da sua vida. Para além da dor, pode haver queixas de limitação de amplitude movimento e rigidez local, causando uma diminuição da qualidade de vida (Andersen et al., 2008). A sua etiologia é desconhecida,

no entanto existem fatores que agravam a sintomatologia tais como alterações posturais, posições incorretas, períodos prolongados de tempo na mesma posição e sobrecargas (Hannan, et al. 2005).

Assim, o presente estudo tem como objetivo analisar a prevalência e as características da dor cervical inespecífica e da disfunção temporomandibular em jovens estudantes, de ambos os sexos, e de diferentes anos do curso de Fisioterapia.

Metodologia

Tipo de estudo

Este estudo é do tipo observacional transversal.

Amostra

A amostra do presente estudo foi uma amostra de conveniência, a qual incluiu 41 jovens estudantes do 3º e 4º ano do curso de Fisioterapia da Universidade Fernando Pessoa (UFP), voluntários, de ambos os sexos, 20 do sexo feminino e 21 do sexo masculino, com idade média de $22,12 \pm 2,15$ anos, variando de 19 a 27.

Critérios de seleção da amostra

Critérios de inclusão: estudantes de fisioterapia da UFP, voluntários, de ambos os sexos, com idades superiores a 18 anos, assintomáticos ou com dores cervicais inespecíficas e que não realizassem atividade física regular.

Critérios de exclusão: estudantes que apresentassem dor cervical e/ou na articulação temporomandibular (ATM) com patologia associada, ou que não tivessem assinado o consentimento informado.

Instrumentos de avaliação

Para a realização deste estudo foi fornecido um questionário sociodemográfico como guião (Anexo III) de modo a obter informação sobre a idade, género, profissão, há quanto tempo tem sintomatologia, se realiza atividades que possam ter influência na sua sintomatologia, tanto na cervical como a nível da ATM.

Foram também fornecidos e aplicados 2 questionários, o Índice de Incapacidade Cervical (*Neck Disability Index* - NDI) para a cervical (Anexo IV) e o questionário amnésico de Fonseca para a ATM (Anexo V). O questionário relativo ao NDI é composto por 10 questões, em que 7 são relacionadas com atividades de vida diária, 2 são relacionadas com a dor e 1 faz referência à concentração, e no final pode-se estimar o quanto a dor impossibilita a realização das atividades.

Cada uma dessas 10 perguntas tem 6 hipóteses de resposta, quantificadas de 0 a 5 pontos, em que a pontuação total varia entre 0 e 50. A pontuação final é expressa em percentagem. Considera-se incapacidade mínima quando está compreendida entre os 10%-28%, incapacidade moderada entre os 30%-48%, incapacidade severa entre os 50%-68% e incapacidade completa acima de 72% (Falavigna et al., 2011).

No questionário amnésico de Fonseca, para caracterizar a severidade dos sintomas de DTM existem 10 questões sobre vários sinais e sintomas com 3 opções de resposta, que são elas o “sim” pontuado com 10 pontos, o “não” pontuado com 0 pontos e o “às vezes” classificado com 5 pontos. Este questionário tem uma pontuação compreendida entre os 0 e os 100 pontos, sendo que de 0 a 15 pontos não tem sinal de disfunção temporomandibular, de 20 a 45 pontos tem uma DTM leve, de 50 a 65 pontos é moderada e de 70 a 100 pontos é severa (Chaves, Oliveira e Grossi, 2008).

Procedimentos

Com os alunos foi marcado um dia e hora e, os que compareceram e estiveram de acordo com os critérios de seleção pré-estabelecidos, foram integrados na amostra do presente estudo. Os questionários foram dados à amostra selecionada, começando pelo preenchimento do questionário sociodemográfico, para obter dados relevantes da pessoa em questão. Depois, foi entregue o questionário de incapacidade cervical para determinar quanto a dor incapacita a pessoa da realização de atividades da vida diária, seguido do questionário amnésico de Fonseca para a ATM para classificar a severidade dos sintomas e sinais.

Procedimentos Éticos

Para a realização deste estudo foi dada a informação aos indivíduos sobre o estudo a realizar, os seus objetivos, e sobre os questionários a preencher. Foi também dada a informação acerca da confidencialidade dos dados de cada participante, tal como qualquer outro tipo de informação fornecida ao investigador durante toda a duração da investigação. Foi assegurado que todos os registos em suporte de papel e/ou digital eram confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em curso.

Os princípios éticos, normas e princípios internacionais sobre o respeito e prevenção seguiram os modelos referidos pela Declaração de Helsínquia e a Convenção de Direito do Homem e da Biomédica.

Este projeto de graduação foi enviado e aprovado pela Comissão de Ética da UFP.

Análise estatística

A análise estatística dos dados foi realizada através do recurso ao *Software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 25.0 para *Windows*. Como a amostra era inferior a cinquenta indivíduos foi utilizado o teste de *Shapiro Wilk* para analisar a normalidade da distribuição dos dados da amostra. Pela não-normalidade da amostra foram aplicados testes não-parâmetros, tais como o teste de *Mann-Whitney* para comparar entre géneros as características biológicas dos alunos de fisioterapia, e cada item do questionário da cervical. Para verificar a existência de associações entre variáveis foi utilizado o teste de *Fisher* (entre género, dor cervical e ATM com os anos de fisioterapia), e o teste de Qui-quadrado (entre o género e o ano fisioterapia com a incapacidade cervical, nível de DTM; entre género com tempo de dor na cervical e ATM, itens do questionário da ATM). O teste de *Spearman* foi usado para correlacionar variáveis biológicas, incapacidade cervical e nível de DTM. Por fim foi efetuada uma regressão logística para estimar possíveis fatores de risco no aparecimento de dor cervical e na ATM.

As características biológicas foram mencionadas de uma forma descritiva através da média e desvio padrão, mediana e intervalo interquartil, e para as restantes variáveis foi feita a distribuição por frequências. O nível de significância utilizado em todos os testes foi de 5%.

Resultados

A amostra do presente estudo, constituída por 41 alunos de Fisioterapia, de ambos os sexos, integrados no 3º e 4º ano do curso de Fisioterapia da UFP (tabela 1)

Tabela 1- Ano de fisioterapia.

	Total n (%)	Masculino	Feminino	p
	n=41	n= 21	n=20	
Terceiro ano	21 (51,2)	13 (61,9)	8 (40,0)	0,217
Quarto ano	20 (48,8)	8 (38,1)	12 (60,0)	

*p< 0,05. Teste Exato de *Fisher*

Do total dos participantes, 51,2% frequenta o 3º ano e 48,8% frequenta o 4º ano, não havendo associação entre os anos de curso e o género (p=0,217).

As características biológicas dos alunos estão descritas na tabela 2.

Tabela 2- Características biológicas dos alunos de fisioterapia.

	Total n=41	Masculino n= 21	Feminino n=20	p
	Med (IQ)	Med (IQ)	Med (IQ)	
Idade (anos)	22,00 (4)	22,00 (4)	22,00 (4)	0,781
Peso (kg)	68,00 (15,00)	73,00 (13,3)	59,50 (11,8)	0,000*
Estatura (m)	1,72 (0,15)	1,78 (0,10)	1,63 (0,07)	0,000*
IMC (kg/m²)	22,49 (2,66)	22,86 (2,96)	21,99 (2,32)	0,262

*p< 0,05. Teste de *Mann-Whitney*

A totalidade da amostra apresenta idade e IMC similares, não tendo assim uma diferença significativa (p=0,781 e p=0,262, respetivamente). Quanto ao peso e estatura, os alunos do sexo masculino apresentam valores significativamente superiores comparando ao sexo feminino (p=0,000).

A presença de dor na cervical e ATM pode ser observada na tabela 3.

Tabela 3- Dor cervical e ATM

n (%)	Dor Cervical			p	Dor ATM			p
	Total n=41	Masculino n= 21	Feminino n=20		Total n=41	Masculino n= 21	Feminino n=20	
Sem dor	13 (31,7)	11 (52,4)	2 (10,0)	0,103	27 (65,9)	18 (85,7)	9 (45,0)	0,124
<1 ano	3 (7,3)	1 (4,8)	2 (10,0)		6 (14,6)	2 (9,5)	4 (20,0)	
1 ano	6 (14,6)	3 (14,3)	3 (15,0)		4 (9,8)	1 (4,8)	3 (15,0)	
2 anos	7 (17,1)	2 (9,5)	5 (25,0)		2 (4,9)	-	2 (10,0)	
3 anos	3 (7,3)	1 (4,8)	2 (10,0)		1 (2,4)	-	1 (5,0)	
4 anos	9 (22,0)	3 (14,3)	6 (30,0)					

*p< 0,05. Teste Qui quadrado.

Ao analisar o total da amostra constata-se que o maior número de participantes não tem queixas de dor na região cervical. Porém, quando se avalia por géneros, verifica-se que enquanto a maioria dos alunos do sexo masculino (52,4%) não menciona cervicália, 30% dos alunos do sexo feminino refere dor há 4 anos e 25% há 2 anos. No entanto, a dor cervical não está associada ao género (p=0,103).

O maior número de participantes não referenciou sintomatologia dolorosa na ATM, sejam do sexo masculino ou do sexo feminino (85,7% e 45%, respetivamente). E, não se verifica associação entre a dor na ATM e o género (p=0,124).

Na tabela 4 encontra-se descrito a relação entre o sexo masculino e feminino de acordo com as questões do questionário sobre a dor cervical.

Tabela 4- Questionário cervical/ Índice de Incapacidade Cervical de ambos os gêneros e sua comparação

N (%)	Masculino					Feminino					p
	n= 21					n=20					
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Int-Dor no momento	17(81,0)	3(14,3)	1(4,8)	-	-	5(25,0)	3(15,0)	11(55,0)	1(5,0)	-	0,000*
Cuidados	21(100,0)	-	-	-	-	19(95,0)	1(5,0)	-	-	-	0,306
Lev_Obj	18(85,7)	3(14,3)	-	-	-	12(60,0)	5(25,0)	2(10,0)	1(5,0)	-	0,049*
Leitura	12(57,1)	6(28,6)	1(4,8)	2(9,5)	-	2(10,0)	8(40,0)	7(35,0)	3(15,0)	-	0,002*
Dor_Cabeça	12(57,1)	7(33,3)	1(4,8)	-	1(4,8)	2(10,0)	13(65,0)	3(15,0)	1(5,0)	1(5,0)	0,004*
Atenção	16(76,2)	4(19,0)	1(4,8)	-	-	13(65,0)	5(25,0)	2(10,0)	-	-	0,413
Trabalho	21(100,0)	-	-	-	-	18(90,0)	1(5,0)	1(5,0)	-	-	0,142
Conduzir	19(90,5)	2(9,5)	-	-	-	9(45,0)	4(20,0)	3(15,0)	4(20,0)	-	0,001*
Dormir	13(61,9)	6(28,6)	1(4,8)	1(4,8)	-	11(55,0)	5(25,0)	4(20,0)	-	-	0,564
Diversão	17(81,0)	3(14,3)	1(4,8)	-	-	9(45,0)	10(50,0)	1(5,0)	-	-	0,026*

*p < 0,05. Teste de *Mann-Whitney* **Legenda:** Anexo II

Quanto à dor cervical, no momento do preenchimento do questionário, ao levantar objetos, durante a leitura, dor de cabeça, ao conduzir e durante a diversão, verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas na percepção dolorosa entre os alunos do sexo masculino e feminino ($0,000 < p < 0,049$). Já nas restantes variáveis tais como o cuidar de si próprio, ter atenção durante as tarefas, no seu trabalho e dormir, não se obtiveram diferenças com valores significativos ($0,142 < p < 0,564$).

A maioria dos alunos do sexo masculino (81%) não apresentava dor, enquanto que o maior número dos alunos do sexo feminino (55%) referia dor moderada.

A maioria dos alunos de ambos os sexos, nas categorias de levantar objetos e conduzir não mencionaram dor (de 57,1% a 100%).

Nas categorias de leitura, dor de cabeça e diversão, a maioria do sexo feminino apresenta dor leve na leitura e diversão, e pequenas dores de cabeça pouco frequentes (de 65% a 40%). Os alunos do sexo masculino não referem dor (de 57,1% a 90,5%).

Na tabela 5 relaciona-se a incapacidade cervical com o gênero e o ano de fisioterapia.

Tabela 5- Associação entre incapacidade cervical com o gênero e ano de fisioterapia

n (%)	Total	Masculino	Feminino	P	3º ano	4º ano	p
	n=41	n= 21	n=20				
Sem incapacidade	20(48,8)	15(71,4)	5(25,0)	0,010*	12 (57,1)	8 (40,0)	0,372
Incap. Mínima	20(48,8)	6(28,6)	14(70,0)		9 (42,9)	11 (55,0)	
Incap. Moderada	1(2,4)	-	1(5,0)		-	1 (5,0)	
Incapacidade severa	-	-	-		-	-	
Incap. Completa	-	-	-		-	-	

* p< 0,05. Teste Qui-quadrado.

Existe uma associação significativa entre a incapacidade cervical e o gênero (p=0,010), sendo que 71,4% do sexo masculino não tem qualquer incapacidade cervical, e 70,0% do sexo feminino encontra-se com uma incapacidade mínima.

A maioria dos alunos do 3º ano encontram-se “sem incapacidade” (57,1%), já os do 4º ano (55%) têm “incapacidade mínima”, mas sem associação significativa entre as variáveis do questionário da cervical e o ano de frequência dos alunos (p=0,372).

Na tabela 6 está descrita a ocorrência dos diversos itens do questionário da ATM, assim como os valores de prova (p) aquando da associação entre gênero e variáveis analisadas.

Tabela 6 – Questionário amnésico de Fonseca para a ATM relacionado com o gênero.

N (%)	Masculino			Feminino			p
	n= 21			n=20			
	Sim	Não	Às vezes	Sim	Não	Às vezes	
Abrir a boca	1 (4,8)	17(81)	3(14,3)	5(25,0)	8(40,0)	7(35,0)	0,024*
Mov. mandíbula	2 (9,5)	18(85,7)	1 (4,8)	3(15,0)	13(65,0)	4(20,0)	0,249
Cansaço/dor	1 (4,8)	17(81,0)	3 (14,3)	7(35,0)	7(35,0)	6(30,0)	0,008*
Dor de cabeça	2 (9,5)	14(66,7)	5(23,8)	2(10,0)	6(30,0)	12(60,0)	0,048*
Dor na nuca	4(19,0)	15(71,4)	2 (9,5)	4(20,0)	5(25,0)	11(55,0)	0,004*
Dor-ouv_ATM	1 (4,8)	18(85,7)	2 (9,5)	4(20,0)	7(35,0)	9(45,0)	0,004*
Ruídos	8(38,1)	10(47,6)	3 (14,3)	9(45,0)	7(35,0)	4(20,0)	0,702
Hábitos ATM	13(61,9)	7 (33,3)	1 (4,8)	15(75,0)	4(20,0)	1(5,0)	0,626
Dentes/articular	2 (9,5)	18(85,7)	1 (4,8)	1(5,0)	17(85,0)	2(10,0)	0,715
Tensa / nervosa	5 (23,8)	6 (28,6)	10(47,6)	9(45,0)	3(15,0)	8(40,0)	0,310

*p< 0,05. Teste Qui-quadrado.

Na maioria, os alunos do sexo masculino não referem dor de cabeça (60%) e dor na nuca (71,4%), enquanto o maior número de alunas menciona que têm às vezes dor de cabeça (60%) e dor na nuca (55%).

Quando se relaciona os sinais e sintomas dos alunos do sexo masculino com os do sexo feminino com o teste qui-quadrado, observa-se que existem variáveis com valores significativamente associados ao sexo, tais como abrir a boca, cansaço/dor, dor de cabeça, na nuca e no ouvido ou regiões da articulação ($0,008 < p < 0,048$).

Analisando cada item na totalidade da amostra (Anexo I), a maioria dos participantes não apresentava queixa ao abrir a boca (61%), quando realizam movimentos da mandíbula (75,6%), não referiu cansaço ou dor muscular quando mastiga (58,5%), dor de cabeça (48,8%), na nuca (48,8%) e no ouvido ou regiões das articulações (61,0%), assim como não mencionou a presença de ruídos (41,5), e o facto de os dentes não articularem bem (85,4%). Já a sensação de ser uma pessoa tensa ou nervosa foi referida como “às vezes” pelo maior número de participantes (43,9%). E, a maioria (68,3%) tinham algum hábito na ATM.

A tabela 7 mostra a relação entre o nível de DTM com o género e ano de fisioterapia.

Tabela 7- Associação entre DTM com o género e ano de fisioterapia

	Total n (%)	Masculino	Feminino	P	3º ano	4º ano	P
	n=41	n= 21	n=20		n= 21	n=20	
Sem DTM	12(29,3)	8(38,1)	4(20,0)	0,177	7(33,3)	5(25,0)	0,308
DTM leve	14(34,1)	8(38,1)	6(30,0)		8(38,1)	6(30,0)	
DTM moderada	12(29,3)	5(23,8)	7(35,0)		6(28,6)	6(30,0)	
DTM severa	3(7,3)	-	3(15,0)		-	3(15,0)	

$p < 0,05$. Teste Qui-quadrado.

No total da amostra, 34,1% apresenta uma DTM leve, quando dividido em géneros, o maior número de alunos do sexo masculino (38,1%) tanto referem uma sintomatologia de DTM leve como a não existência de sintomatologia. Quanto ao sexo feminino, 35% expõe DTM moderada. No entanto não existe uma associação estatisticamente significativa entre género e níveis de dor na ATM ($p=0,177$).

Não existe qualquer associação significativa entre o nível de DTM e o ano de fisioterapia ($p=0,308$). Pode-se constatar que o maior número de alunos do 3º ano (38,1%) têm uma DTM leve, e os alunos do 4º ano têm uma DTM leve e moderada (30%).

Na tabela 8 estão apresentados as associações entre a dor cervical e a dor ATM com os anos em que os estudantes se encontram.

Tabela 8- Associação entre dor cervical e ATM e o respetivo ano de fisioterapia.

N (%)	Cervical			ATM		
	3º ano	4ºano	p	3º ano	4º ano	p
Sem dor	10(47,6)	3(15,0)	0,043*	16(76,2)	11(55,0)	0,197
Com dor	11(52,4)	17(85,0)		5(23,8)	9(45,0)	

*p< 0,05. Teste exacto de Fisher

Relativamente aos dados apresentados pode-se constatar que há uma associação significativa entre a dor cervical e o ano em que os estudantes se encontram. Sendo que, a maioria dos alunos do 3º ano (52,4%) e do 4º ano (85%) têm dor cervical.

Quanto à ATM, tanto no 3º ano como no 4º ano, a maior percentagem (76,2% e 55% respetivamente), encontra-se no enquadramento do “sem dor”, ao contrário da cervical Na tabela 9 está indicada a correlação entre as variáveis biológicas como idade, peso, estatura e IMC com as pontuações dos questionários tanto da cervical como da ATM.

Tabela 9- Correlação entre as variáveis biológicas, incapacidade cervical e nível de DTM

	Idade	Peso	Estatura	IMC	Pontuação Cervical	Pontuação ATM
Idade	-	0,079 0,622	0,085 0,598	-0,022 0,892	0,362* 0,020	0,350* 0,025
Peso	-	-	0,704** 0,000	0,688** 0,000	-0,235 0,140	0,005 0,975
Estatura	-	-	-	0,053 0,741	-0,246 0,121	-0,104 0,517
IMC	-	-	-	-	0,002 0,991	0,161 0,314
Pontuação Cervical	-	-	-	-	-	0,437** 0,004
Pontuação ATM	-	-	-	-	-	-

*p<0,05; **p<0,01. Teste de Spearman

Na totalidade da amostra, verifica-se que há correlação significativa entre a idade e a incapacidade cervical (Pontuação da cervical) (p=0,020) e o nível de DTM (Pontuação da ATM) (p=0,025). E, a incapacidade cervical está correlacionada com o nível de DTM (p=0,004).

Quanto às características biológicas verifica-se que o peso está fortemente correlacionado com a estatura e IMC (p=0,000).

Na tabela 10, será apresentado a regressão logística entre a cervical com idade, género, IMC, atividade física e ano de fisioterapia.

Tabela 10 – Fatores de risco no aparecimento de dor cervical e na ATM.

	ATM		Cervical	
	OR	P	OR	p
Idade	1,350	0,068	1,235	0,240
Género	7,333	0,010*	9,900	0,008*
IMC	0,949	0,646	0,910	0,468
Atividade Física	0,242	0,099	1,066	0,930
Ano de Fisioterapia	2,618	0,158	5,152	0,032*

*p<0,05 Teste de regressão logística

As alunas do sexo feminino possuem 7,3 vezes mais risco de terem queixas na ATM, que o sexo oposto. (p=0,010)

Após realizar uma regressão logística verificou-se que existem fatores de risco no aparecimento de dor cervical tais como género e ano de fisioterapia (p=0,008 e p=0,008, respetivamente). Os alunos do sexo feminino apresentam uma probabilidade de 9,9 vezes superior ao sexo oposto. Os alunos do 4º ano tem um risco de 5,2 vezes mais elevado que alunos do 3º ano.

Discussão

De acordo com Gonzalez (2008), há uma relação entre a ATM e a cervical, uma vez que ambas trabalham em harmonia. Uma disfunção na cervical pode provocar sintomatologia na ATM e vice-versa.

Segundo Gonzalez (2008), a DTM tem sua maior prevalência entre 20 e 45 anos, incluindo, assim, a faixa etária dos alunos participantes neste estudo que integrou uma amostra de 41 alunos de Fisioterapia com idades compreendidas entre 19 a 27 anos (média de 22,12±2,15 anos) sem diferenças significativas entre géneros. E, reforçando a afirmação Gonzalez (2008), existiu uma correlação significativa entre a idade e a pontuação total do grau de DTM.

Estima-se que entre 20 a 25% da população tem sintomas de DTM e quase 70% da população apresenta sinais em algum estágio durante a vida (Lobbezoo et al., 2004). Corroborando estes resultados, 70,7% da amostra do presente estudo referiu algum sintoma de DTM, sendo que 34,1% apresentam DTM leve, 29,3% DTM moderada e por fim 7,3% apresenta DTM severa. A categoria que mais frequentemente foi identificada pela totalidade dos alunos de fisioterapia foi a DTM leve, tal como ocorreu no estudo de Queiroz et al. (2015), que igualmente utilizou o questionário amnésico de Fonseca com uma amostra de 60 alunos do curso de fisioterapia.

Analisando a DTM da amostra em função do gênero, tal como no estudo realizado por Donnarumma et al. (2010), foi observado uma maior percentagem de DTM no sexo feminino, apesar de não haver uma associação significativa entre o gênero e a presença ou categoria de disfunção, o sexo feminino tem uma probabilidade de 7,3 vezes maior que o sexo oposto. Uma grande maioria dos alunos do sexo masculino não apresentam dor na ATM (85,7%), contrariamente às alunas do sexo feminino (45%).

Ao comparar os gêneros verificou-se que, no sexo feminino, a categoria de disfunção mais referenciada foi a moderada, seguida pela leve, e no sexo masculino a categorização foi inversa. E, apenas no sexo feminino houve menção a DTM severa. Esta tendência para uma maior prevalência de DTM em mulheres pode ser explicada, tal como referido por Pedroni, Oliveira e Guaratini (2003) e Nomura et al. (2007), pelas suas diferentes características fisiológicas, como as variações hormonais, e pelas diferentes características das estruturas musculares e tecido conjuntivo.

Apesar do maior número de alunas sentir dor há 1 ano, 20% das mesmas tinham dor há 3, 6 ou 7 anos, o que não se verificou nos alunos do sexo masculino, no entanto não foi demonstrada associação significativa entre a dor na ATM e o gênero.

Dos diversos itens do questionário da ATM, foi possível constatar que a regularidade da ocorrência dos parâmetros abrir a boca, cansaço ou dor na articulação, dor de cabeça, nuca e dor no ouvido ou regiões da articulação foi distinta entre os gêneros, sendo menos frequente no sexo masculino.

Ao comparar os anos de fisioterapia pode-se observar que o maior número de alunos do 3º ano tem DTM leves (38,1%), e os alunos do 4º têm DTM leve e moderada com igual percentagem (30%). Bezerra et al. (2012) compararam vários cursos e concluíram que o curso de Fisioterapia foi o que apresentou o maior número de estudantes com DTM (15% moderada e 7,5% grave). Aquando a análise da totalidade da amostra, não se observou associação entre a presença de dor e o ano de frequência no curso de fisioterapia.

A DTM pode ser causada por fatores psicossociais que podem influenciar o desenvolvimento de hábitos comportamentais podendo estar relacionados com as DTM (Nishiyama et al., 2012). Conforme os dados do presente estudo, 34,1% da totalidade dos estudantes de fisioterapia, 23,8% dos alunos do sexo masculino e 45,0% dos alunos do sexo feminino consideram-se pessoas tensas ou nervosas, e alguns alunos (de 40 a 47,6%) consideram que por vezes apresentam tensão nervosa, o que poderá desencadear comportamentos disfuncionais. Isto poderá ser explicado pelo facto de que os profissionais da área de saúde apresentam altos níveis de ansiedade (Barberia et al. 2004).

Tal como observado por Queiroz et al. (2015), os hábitos da ATM foram as particularidades mais frequentemente mencionadas pelos alunos (91,0% e 68,3%, respetivamente), seguidos pelos ruídos (41,5%). Também no estudo de Miyake et al. (2004), os hábitos parafuncionais são frequentes em indivíduos com DTM, tal como foi observado no presente estudo, identificando-os com a etiologia descrita. Já Nomura et al. (2007) encontraram uma maior prevalência na presença de ruídos articulares (65,52%). Os dentes não se articularem bem foi a alteração menos frequente (7,3%).

Dor cervical

Ao analisar a dor cervical, Côté, Cassidy e Carrol (2004) indicam que a dor cervical pode acometer 70% da população adulta e a maior incidência é no sexo feminino. No estudo realizado por Borges et al. (2013), 66,6% da amostra com dor cervical era do sexo feminino e esses dados corroboram com os do presente estudo, uma vez que 70% do sexo feminino apresentam incapacidade mínima, existindo uma associação significativa entre a incapacidade cervical e o género, sendo que, 71,4% do sexo masculino não tem qualquer incapacidade cervical. O sexo feminino tem uma probabilidade de 9,9 vezes superior de ter dor cervical, relativamente ao sexo masculino.

Quanto aos itens do questionário da cervical, ao levantar objetos, durante a leitura, dor de cabeça, ao conduzir e durante a diversão, existem diferenças estatisticamente significativas na percepção dolorosa entre os alunos do sexo masculino e feminino, tendo o sexo feminino mais queixas de dor.

Segundo Peres (2004), as habilidades profissionais exigem posturas que podem contribuir para as dores cervicais, em que os fisioterapeutas poderão ser profissionais de risco, pelo facto de realizarem atividades de grande recrutamento físico. As sobrecargas no dia-a-dia e a adoção de más posturas podem também aumentar a sintomatologia álgica (Hannan et al., 2005).

Os alunos de fisioterapia integrados no presente estudo têm exigências curriculares distintas. Assim, os estudantes do 4º ano têm um maior número de horas de prática profissional em estágios, ou seja, maior exigência física. Comparando os resultados referidos pelos alunos do 3º e 4º ano, constata-se que existe uma associação significativa entre os alunos que têm e não têm dor e o ano letivo que frequentam. A quase totalidade dos alunos do 4º ano (85%) apresentam dor na cervical, incluindo que os alunos do 4º ano apresentam uma probabilidade maior de 5,2 relativamente ao 3º ano.

Dor cervical vs. dor na ATM

Ao relacionar a dor cervical com a dor na ATM, Gonzalez et al. (2008) preconizam que todo mecanismo postural que atua na cabeça participa também no controlo da postura mandibular.

No estudo realizado por Tosato et al. (2007), dos pacientes que apresentavam dor cervical, 75% tinha associada dor na ATM, o que está de acordo com o presente estudo visto existir uma forte correlação significativa entre a incapacidade cervical e nível/categoria de DTM. No presente estudo existe um aumento da prevalência de sinais e sintomas de disfunção temporomandibular em alunas do sexo feminino com cervicalgia.

Limitações do estudo

Como limitações ao estudo temos o facto de a amostra ser reduzida e não representativa de uma população específica, visto que é constituída por apenas 21 alunos de sexo masculino e 20 do sexo feminino. Se o número amostral fosse superior, poderia haver uma maior veracidade nos resultados obtidos.

Conclusão

A maioria dos alunos, 68,3%, referiu dor cervical. No sexo feminino, a frequência de participantes com cervicalgia foi de 90%, e no sexo masculino de 47,6%. O género está associado significativamente com a dor e incapacidade cervical, tendo o sexo feminino uma probabilidade de 9,9 vezes maior que o sexo masculino na ocorrência de dor cervical.

Ao avaliar os sintomas álgicos nos alunos dos diferentes anos do curso, observou-se que 52,4% dos alunos do 3º ano e 85,0% de alunos do 4º ano mencionaram dor na cervical, havendo uma associação significativa entre a presença de dor e a frequência no ano de curso. Os alunos do 4º ano têm uma maior probabilidade (5,2 vezes mais) de ter cervicalgia que alunos do 3º ano. Mas, os níveis de incapacidade da cervical não estão associados aos anos de curso.

A totalidade da amostra apresentou uma prevalência de dor na ATM de 34,1%. Analisando por género, observou-se frequência de 55% no sexo feminino, e 14,3% no sexo masculino. O sexo feminino tem uma probabilidade 7,3 vezes mais elevada que o sexo oposto de ter dor na ATM. Houve relatos de dor na ATM em 23,8% dos alunos do 3º ano e 45,0% dos alunos do 4º ano, mas sem associação entre variáveis.

O nível de DTM está correlacionado significativamente com a idade. Contudo, não está associada ao género e aos anos de curso.

No geral, a incapacidade cervical está correlacionada com o nível de DTM.

Sugestões para futuros estudos

Como sugestões ao estudo, no final da aplicação dos questionários poderia ser realizada uma avaliação à cervical e ATM, com o objetivo de identificar possíveis causas da sintomatologia dolorosa. Seria importante verificar a existência de possíveis alterações posturais e identificar

músculos que pudessem estar a comprometer as duas articulações. Posteriormente, poder-se-ia submeter os participantes sintomáticos a um plano específico de tratamento. E, conhecendo potenciais fatores de risco do aparecimento de dor cervical e/ou na ATM, seria possível atuar de um modo preventivo, primário e secundário.

Bibliografia

Andersen, L., Kjaer, M., Sogaard, K., Hansen, L., Kryger, A. e Sjogaard, G. (2008). Effect of two contrasting types of physical exercise on chronic neck muscle pain. *Arthritis Rheumatology*, 84-91.

Aoyama, A., Pachioni, C., De Faria, C. e Ferreira, D. (2011). Disfunção temporomandibular e sua relação com a postura. *Colloquium*, 3(Especial), 270-276.

Barbaria E., Frías,C., Clúa,C. e Saavedra,D. (2004). Analysis of anxiety variable in dental students. *International Dental Journal*, 54: 445-9

Biasotto-Gonzales, D. (2005). *Abordagem interdisciplinar das disfunções temporomandibulares*. São Paulo: Manole.

Bezerra, F. (2012). Disfunção temporomandibular e fatores associados adolescentes na cidade de Recife

Borges, M. (2013). Avaliação da qualidade de vida e do tratamento fisioterapêutico em pacientes com cervicálgia crônica. *Fisioterapia em Movimento*, 26(4), 873-881,

Chaves, T. Oliveira, A. e Grossi, D. (2008). Principais instrumentos para avaliação da disfunção temporomandibular, parte I: índices e questionários; uma contribuição para a prática clínica e de pesquisa. *Fisioterapia e pesquisa*, 15(1), 92-100.

Côté, P., Cassidy, J, Carroll, L. e Kristman, V. (2004). The annual incidence and course of neck pain in the general population: a population-based cohort study. *Pain*, 267–273.

Donnarumma, M., Muzilli, C., Ferreira, C. e Nemr, K. (2010). Disfunções temporomandibulares: sinais, sintomas e abordagem multidisciplinar. *Revista CEFAC/Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica*, 12(5), 788-794.

Falavigna, A., Teles, A, Braga, G., Barazzetti, D., Lazzaretti, L. e Tregnago, A. (2011). Instrumentos de avaliação clínica e funcional em cirurgia da coluna vertebral. *Coluna*,12(1),62-67.

Hannan, L., Monteilh, C., Gerr, F., Kleinbaum, D. e Marcus, M. (2005). Job strain and risk of musculoskeletal symptoms among a prospective cohort of occupational computer users. *Scandinavian Journal Work Environ Health*, 31(5), 375–386.

- Lobbezoo, F. et al (2004). Topical review: new insights into the pathology and diagnosis of disorders of the temporomandibular joint. *Journal of Orofacial Pain*, 18, 181–191.
- Miyake, R., Ohkubo, R., Takehara, J. e Morita, M. (2004). Oral parafunctions and associations with symptoms of temporomandibular disorders in Japanese university students. *Journal of Oral Rehabilitation*. 31(5),18-23
- Nishiyama, A., Kino, K., Sugisaki, M., e Tsukagoshi, K. (2012). Influence of psychosocial factors and habitual behavior in temporomandibular disorder-related symptoms in a working population in Japan. *The Open Dentistry Journal*, 6, 240–247.
- Nomura, K., Vitti, M., Oliveira, A., Chaves, T., Semprini, M., Siéssere, S., Eduardo, J., Hallak, C. e Regalo, S. (2007). Use of the Fonseca's Questionnaire to assess the prevalence and severity of temporomandibular disorders in Brazilian dental undergraduates. *Brazilian Dental Journal*, 18, 163-167.
- Pereira, K. e Andrade, L. (2005). Sinais e sintomas de pacientes com disfunção temporomandibular. *Revista CEFAC*, 7(2), 221-228.
- Pedroni, C., Oliveira, A. e Guaratini, M. (2003). Prevalence study of signs and symptoms of temporomandibular disorders in university students. *Journal of Oral Rehabilitation*, 30, 283-89.
- Peres, C. (2004). Estudos das sobrecargas posturais em Fisioterapeutas: uma abordagem biomecânica ocupacional. *Fisioterapia em Movimento*, 17(3), 13-14.
- Queiroz, N., Magalhães, K., Machado, J. e Viana, M. (2015). Prevalência da disfunção temporomandibular e associação com hábitos parafuncionais em alunos do curso de fisioterapia da universidade fortaleza. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*, 9(1), 1-14.
- Santos, E., Bertoz, F., Pignatta, L. e Arantes, F. (2006). Avaliação clínica de sinais e sintomas da disfunção temporomandibular em crianças. *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial*, 11(2), 29-34.
- Tosato, J., Gonzalez, T., Sampaio, L., Corrêa, J. e Biasotto-Gonzalez, D. (2007). Prevalência de sinais e sintomas de disfunção temporomandibular em mulheres com cervicalgia e lombalgia. *Arquivos de Medicina ABC*, 32-S20-2
- Viana, M. Lima, E., Menezes, J. e Olegário, N. (2015). Avaliação de sinais e sintomas da disfunção temporomandibular e sua relação com a postura cervical. *Revista de Odontologia*, 44(3), 125-130.

Anexos

Anexo I

As respostas da totalidade da amostra ao questionário da ATM estão representadas na tabela.

Tabela do Questionário ATM

N (%)	Total n=41		
	Sim	Não	Às vezes
Abrir a boca	6 (14,6)	25 (61,0)	10 (24,4)
Mov. da mandíbula	5 (12,2)	31 (75,6)	5 (12,2)
Cansaço / dor	8 (19,5)	24 (58,5)	9 (22,0)
Dor de cabeça	4 (9,8)	20 (48,8)	17 (41,5)
Dor na nuca	8 (19,5)	20 (48,8)	13 (31,7)
Dor de ouvidos / ATM	5 (12,2)	25 (61,0)	11 (26,8)
Ruídos	17 (41,5)	17 (41,5)	7 (17,1)
Hábitos ATM	28 (68,3)	11 (26,8)	2 (4,9)
Dentes / articular	3 (7,3)	35 (85,4)	9 (7,3)
Tensa / nervosa	14 (34,1)	9 (22,0)	18 (43,9)

Anexo II

Tabela 4- Questionário cervical de ambos os gêneros e sua comparação

Legenda: **Int_dor:** 1- sem dor; 2- dor muito leve; 3 - dor moderada; 4- dor muito grande; **Cuidados:** 1- cuidado de mim sem dor; 2- é doloroso cuidar de mim; **Lev_Obj:** 1- sem dor; 2-aumenta a dor; 3-a dor impede mas levanta; 4-a dor impede mas levanta peso leve; **Leitura:** 1-sem dor; 2-dor leve; 3-dor moderada; 4- não posso ler devido a dor moderada; **Dor_Cabeça:**1- sem dor; 2-pequenas dores pouco frequentes; 3- dor moderada muito frequente; 4-dor forte frequentemente; 5-dor moderada com pouca frequência; **Atenção:** 1-sem dificuldade; 2- dificuldade leve; 3-dificuldade moderada; 4-muita dificuldade; **Trabalho:** 1- Quanto quiser; 2- o que está acostumado; 3- maior parte do que está acostumado; **Conduzir:**1- sem dor; 2- dor leve; 3-dor moderada; 4-não pode conduzir devido a dor moderada; **Dormir:**1- sem problemas; 2- pouco perturbado; 3- levemente perturbado; 4- moderadamente perturbado; **Diversão:** 1- sem dor; 2- alguma dor; 3-não faz todas as atividades.

Anexo III

Questionário sociodemográfico

Data de recolha de dados: ___/___/___

Dados pessoais:

ID: _____

Idade: _____

Altura: _____

Peso: _____

Género: Feminino ___ Masculino ___

Profissão: _____

Grau de escolaridade: _____

Dados demográficos:

1. Há quanto tempo tem dor cervical inespecífica (excluindo protrusões, hérnias, deslizamento entre corpos vertebrais, entre outros)?

2. Há quanto tempo tem dor na articulação temporomandibular?

3. Toma algum tipo de medicação? Se sim, qual?

4. Realiza algum tipo de atividade física que possa agravar o seu estado de dor?
Se sim, qual?

5. Tem alguma atividade do seu dia-a-dia ou na sua profissão que possa agravar o seu estado de dor? Se sim, qual? (exemplos: longos períodos a estudar, longos períodos no computador, entre outros)

Anexo IV

Índice de Incapacidade Cervical (Neck Disability Index - NDI)

Este questionário foi criado para dar informações sobre como a sua dor na cervical tem afetado a sua habilidade para fazer atividades de vida diária. Por favor responda a cada uma das perguntas e marque em cada apenas uma alternativa.

Secção 1 – Intensidade da dor

- Eu não tenho dor neste momento.
- A dor é muito leve neste momento.
- A dor é moderada neste momento.
- A dor é razoavelmente grande neste momento.
- A dor é muito grande neste momento.
- A dor é a pior que se possa imaginar neste momento.

Secção 2 – Cuidado pessoal (lavar-me, vestir-me, etc)

- Eu posso cuidar de mim mesmo(a) sem aumentar a dor.
- É doloroso ter que cuidar de mim mesmo e eu faço isso lentamente e com cuidado.
- Eu preciso de ajuda, mas consigo fazer a maior parte do meu cuidado pessoal.
- Eu preciso de ajuda todos os dias na maioria dos aspetos relacionados a cuidar de mim mesmo(a)
- Eu não me visto, lavo-me com dificuldade e fico na cama.

Secção 3 – Levantar objetos

- Eu posso levantar objetos pesados sem aumentar a dor.
- Eu posso levantar objetos pesados mas isso faz aumentar a dor.
- A dor impede-me de levantar objetos pesados do chão, mas eu consigo se eles estiverem colocados numa boa posição, por exemplo numa mesa.
- A dor impede-me de levantar objetos pesados, mas eu consigo levantar objetos com peso entre leve e médio se eles estiverem colocados numa boa posição.
- Eu posso levantar objetos muito leves.
- Eu não posso levantar nem carregar absolutamente nada.

Seção 4 – Leitura

- Eu posso ler tanto quanto eu queira sem dor no meu pescoço.
- Eu posso ler tanto quanto eu queira com uma dor leve no meu pescoço.
- Eu posso ler tanto quanto eu queira com uma dor moderada no meu pescoço.
- Eu não posso ler tanto quanto eu queira por causa de uma dor moderada no meu pescoço.
- Eu mal posso ler por causa de uma grande dor no meu pescoço.
- Eu não posso ler nada.
- Pergunta não se aplica por não saber ou não poder ler.

Seção 5 – Dores de cabeça

- Eu não tenho nenhuma dor de cabeça.
- Eu tenho pequenas dores de cabeça com pouca frequência.
- Eu tenho dores de cabeça moderadas muito frequentemente.
- Eu tenho dores de cabeça fortes frequentemente.
- Eu tenho dores de cabeça moderadas com pouca frequência.
- Eu tenho dores de cabeça quase o tempo inteiro.

Seção 6 – Prestar Atenção

- Eu consigo prestar atenção quando eu quero sem dificuldade.
- Eu consigo prestar atenção quando eu quero com uma dificuldade leve.
- Eu tenho uma dificuldade moderada em prestar atenção quando eu quero.
- Eu tenho muita dificuldade em prestar atenção quando eu quero.
- Eu tenho muitíssima dificuldade em prestar atenção quando eu quero.
- Eu não consigo prestar atenção.

Seção 7 – Trabalho

- Eu posso trabalhar tanto quanto eu quiser.
- Eu só consigo fazer o trabalho que estou acostumado(a) a fazer, mas nada além disso.
- Eu consigo fazer a maior parte do trabalho que estou acostumado(a) a fazer, mas nada além disso.
- Eu não consigo fazer o trabalho que estou acostumado(a) a fazer.
- Eu mal consigo fazer qualquer tipo de trabalho.
- Eu não consigo fazer nenhum tipo de trabalho.

Secção 8 – Conduzir automóveis

Eu posso conduzir o meu carro sem nenhuma dor no pescoço.

Eu posso conduzir o meu carro tanto quanto eu queira com uma dor leve no meu pescoço.

Eu posso conduzir o meu carro tanto quanto eu queira com uma dor moderada no meu pescoço.

Eu não posso conduzir o meu carro tanto quanto eu queira por causa de uma dor moderada no meu pescoço.

Eu mal posso conduzir por causa de uma dor forte no meu pescoço.

Eu não posso conduzir meu carro de maneira nenhuma.

Pergunta não se aplica por não saber conduzir ou não conduzir muitas vezes.

Secção 9 – Dormir

Eu não tenho problemas para dormir.

O meu sono é um pouco perturbado (menos de uma hora sem conseguir dormir).

O meu sono é levemente perturbado (1-2 horas sem conseguir dormir).

O meu sono é moderadamente perturbado (2-3 horas sem conseguir dormir).

O meu sono é muito perturbado (3-5 horas sem conseguir dormir).

O meu sono é completamente perturbado (1-2 horas sem sono).

Secção 10 – Diversão

Eu consigo fazer todas as minhas atividades de diversão sem nenhuma dor no pescoço.

Eu consigo fazer todas as minhas atividades de diversão com alguma dor no pescoço.

Eu consigo fazer a maioria, mas não todas as minhas atividades de diversão por causa da dor no meu pescoço.

Eu consigo fazer poucas das minhas atividades de diversão por causa da dor no meu pescoço.

Eu mal consigo fazer quaisquer atividades de diversão por causa da dor no meu pescoço.

Eu não consigo fazer nenhuma atividade de diversão.

Anexo V
Questionário amnésico de Fonseca

Este questionário tem como objetivo avaliar a severidade dos sinais e sintomas na disfunção temporomandibular. Por favor, resposta a todas as questões, selecionando apenas uma das respostas possíveis.

1. Sente dificuldade para abrir a boca?
Sim ___ Não ___ Às vezes ___
2. Sente dificuldades para movimentar sua mandíbula para os lados?
Sim ___ Não ___ Às vezes ___
3. Tem cansaço/dor muscular quando mastiga?
Sim ___ Não ___ Às vezes ___
4. Sente dores de cabeça com frequência?
Sim ___ Não ___ Às vezes ___
5. Sente dor na nuca ou torcicolo?
Sim ___ Não ___ Às vezes ___
6. Tem dores de ouvido ou na região das articulações (ATMs)?
Sim ___ Não ___ Às vezes ___
7. Já notou se tem ruídos na ATM quando mastiga ou quando abre a boca?
Sim ___ Não ___ Às vezes ___
8. Você já observou se tem algum hábito como apertar e/ou ranger os dentes (mascar chiclete, morder o lápis ou lábios, roer a unha)?
Sim ___ Não ___ Às vezes ___
9. Sente que seus dentes não se articulam bem?
Sim ___ Não ___ Às vezes ___
10. Considera-se uma pessoa tensa ou nervosa?
Sim ___ Não ___ Às vezes ___

Declaração do aluno

Eu, Ana Beatriz Ponte Fonseca, declaro ter realizado o projeto de Licenciatura de Fisioterapia com o título “*Dor cervical inespecífica e disfunção temporomandibular em jovens estudantes de fisioterapia*”, sem a utilização de qualquer plágio.

Sem mais e respeitosamente,

A aluna:

Ana Beatriz Fonseca

Porto, 8 de fevereiro de 2019

Declaração do(a) orientador(a)

Exmos. (as) Srs. (as)

Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa

Para os devidos efeitos, eu Luísa Amaral, declaro que me encontro a orientar o/a estudante Ana Beatriz Ponte Fonseca, aluna do Curso Licenciatura de Fisioterapia da Universidade Fernando Pessoa, no âmbito do seu Projeto de Graduação de final de curso intitulado: “*Dor cervical inespecífica e disfunção temporomandibular em jovens estudantes de fisioterapia*”, tendo conhecimento do projeto e dos procedimentos propostos.

Atenciosamente,

(Luísa Amaral)

Porto, 8 de fevereiro de 2019

