

**UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO
CURSO FISIOTERAPIA**

JULIANA DIAS DEMARTINO

**ESTUDO RETROSPECTIVO SOBRE A PRESENÇA DE CEFALÉIA EM
PACIENTES COM DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES**

**São Paulo
2012**

JULIANA DIAS DEMARTINO

**ESTUDO RETROSPECTIVO SOBRE A PRESENÇA DE CEFALÉIA EM
PACIENTES COM DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para
obtenção do título de bacharel em Fisioterapia da
Universidade de Santo Amaro, sob orientação da
Profª Ms. Nilde Burocchi Ribas D'Avila.

**São Paulo
2012**

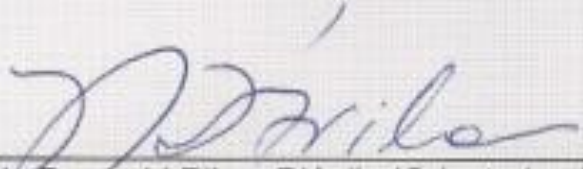
JULIANA DIAS DEMARTINO

**ESTUDO RETROSPECTIVO SOBRE A PRESENÇA DE CEFALÉIA EM
PACIENTES COM DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES**

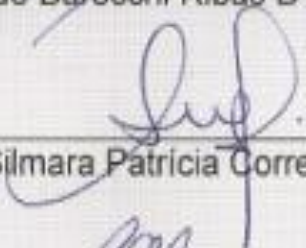
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia do Curso de Fisioterapia da Universidade de Santo Amaro.

Data de Aprovação: 06/12/2012

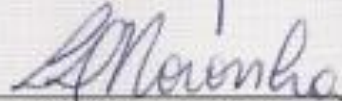
BANCA EXAMINADORA



Prof. Ms. Nilda Burocchi Ribas D'Avila (Orientadora)



Prof. Ms. Silmara Patricia Correia da Silva Macri



Dra. Leticia D'Angelo Noronha

CONCEITO FINAL: 9,5

Dedico esse trabalho aos meus pais Emilio e Cida, meus tios Marcos e Luciana, meus avós Emilio e Maria, minha irmã Tatiana, minha sobrinha Laryssa, meu namorado Marco, a minha orientadora Nilde, as minhas amigas Ana, Thais e Thaiszinha. Obrigada pela paciência, pelo sorriso, pelo abraço, pela mão que sempre se estendia quando eu precisava. Esta caminhada não seria a mesma sem vocês.

Agradeço aos meus pais que são à base de tudo na minha vida, pelo amor e carinho, pela compreensão, paciência, apoio e admiração, pois sem vocês nada disso seria possível.

A minha irmã Tatiana e minha sobrinha Laryssa pelo carinho, dedicação e sorrisos que vocês me ofereceram.

Ao meu namorado Marco pelo carinho, compreensão, dedicação, paciência, por estar ao meu lado me ajudando nas dificuldades, pela ajuda no decorrer do estudo, pois sem você esse trabalho não estaria completo.

As minhas amigas Thais com quem construí um elo de amizade e companheirismo, amizade essa que irei levar para toda a vida, e estive ao meu lado nos momentos bons e nos ruins sempre me apoiando, me ajudando a seguir o caminho certo e não me deixando desistir jamais, nos momentos de fraquezas nos apoiamos uma na outra, onde encontramos forças para nunca desistir. Ana Carolina que mesmo não estando perto o quanto desejaria sempre esteve ao meu lado para todos os momentos, se mostrou uma companheira, amiga para toda a vida. Thais Melo a quem pude dividir muita história, e me ajudou e incentivou nas dificuldades e que tem se tornado uma grande amiga, a vocês só tenho agradecer por todos esses anos de amizade, carinho, compreensão e companheirismo.

Ao meu grupo de estágio por esse ano de muitos sorrisos, alegria, dificuldades, superações, aprendizagem e experiências alcançadas.

Minha orientadora Nilde pela colaboração na minha vida acadêmica por dedicar seu tempo, seu carinho, dedicação, paciência, apoio, compreensão e colaboração.

*“Nunca deixe que lhe digam
Que não vale a pena acreditar
No sonho que se tem
Ou que seus sonhos nunca vão dar certo
Ou que você nunca vai ser alguém...”*

Renato Russo

RESUMO

As Cefaléias acometem cerca de 70% a 85% dos pacientes com Disfunção Temporomandibular (DTM) e são consideradas um problema de saúde pública, pois afetam a capacidade colaborativa dos indivíduos, acarretando prejuízos socioeconômicos consideráveis. O tratamento fisioterapêutico das DTMs pode contribuir para a redução da dor e a melhora da qualidade de vida dos indivíduos que apresentam cefaléia. O presente estudo identificou a presença de cefaléia em pacientes com diagnóstico de DTM e comparou as intensidades das dores destes, a partir da escala analógica visual (EAV), antes e após o tratamento fisioterapêutico. Participaram deste estudo 19 prontuários de indivíduos sendo 16 (84,00%) do gênero feminino e 3 (16,00%) do gênero masculino na faixa etária compreendida entre 21 e 77 anos. Todos os pacientes receberam atendimento de terapia manual no setor de Disfunção Temporomandibular (DMCP) do curso de Fisioterapia da Universidade de Santo Amaro, São Paulo, no período de 2007 à 2011. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Santo Amaro, em 04/10/2012. Os resultados mostraram significativa redução da dor nos 19 participantes apresentando a média de melhora de 54,00% após o tratamento fisioterapêutico. Na comparação entre a EAV inicial e a EAV final para cada paciente, os resultados mostraram melhora, estatisticamente significativa ($p=0,000002$). Ao analisar se a melhora percentual de cada paciente foi proporcional ao número de sessões realizadas, o presente estudo não apresentou significância estatística ($p=0,279534$). Na análise comparativa sobre o tempo estimado de dor e a melhora, após a realização do tratamento fisioterapêutico, os resultados não foram significantes ($p=0,924748$). O presente estudo concluiu que a fisioterapia com os recursos de terapia manual apresenta importante evolução no tratamento das DTMs com significativa melhora no sintoma cefaléia.

Palavras-chave: Cefaléia, Transtornos da articulação temporomandibular, Fisioterapia.

ABSTRACT

The headaches affect about 70% to 85% of patients with temporomandibular disorder (TMD) and are considered a public health problem therefore it influences the ability of individuals collaborative, causing considerable damage socioeconomic. Physical therapy treatment of TMD can contribute to reducing pain and improves the quality of life of individuals with headache. This study identified the presence of headache in patients diagnosed with TMD and compared the intensities of these pains, from the visual analog scale (VAS) before and after physical therapy. The assay was made using 19 medical records of which 16 individuals (84.00%) females and 3 (16.00%) males aged between 21 and 77 years. All patients received manual therapy in the area of Temporomandibular Disorders (DMCP) Course of Physiotherapy, University of Santo Amaro, São Paulo, from 2007 to 2011. The study was approved by the Research Ethics Committee (REC) of the University of Santo Amaro, on 10/04/2012. Results evidenced significant reduction in pain in 19 participants promoting an average improvement of 54.00% after physical therapy. Comparing the initial EAV and EAV ending for each patient, the results showed improvement, statistically significant ($p = 0.000002$). In analyzing whether the percentage improvement of each patient was proportional to the number of sessions, this study was not statistically significant ($p = 0.279534$). In the comparative analysis on the estimated time of pain and improvement after completion of physical therapy, the results were not significant ($p = 0.924748$). This study concluded that with the resources physiotherapy manual therapy presents important developments in the treatment of TMD with significant improvement in headache symptoms.

Key words: Headache, Temporomandibular Joint Disorders, Physical Therapy Specialty

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 OBJETIVOS	14
3 CAUSUÍSTICA E MÉTODOS	15
4 RESULTADOS.....	18
5 DISCUSSÃO.....	21
6 CONCLUSÃO	24
REFERÊNCIAS.....	25
APÊNDICE A - Tabelas com valores individuais.....	30

1 INTRODUÇÃO

A cefaléia é um sintoma comum, com alta prevalência na maioria da população. Considerada, uma das dez maiores queixas dos indivíduos que buscam consultas médicas, é responsável por mais de 18 milhões de consultas por ano nos Estados Unidos (PERTES e GROSS, 2005).

No Brasil a prevalência de cefaléia é de 82,9% e afeta, sobretudo mulheres jovens, sendo também, uma das principais causas de procura por atendimento médico. Este fato é significativo, ao considerar que alguns estudos apontam que somente uma minoria de pacientes que sofre de cefaléias consulta o médico (BOLAN et al., 2008; PERTES e GROSS, 2005 ZUKERMAN et al., 2004).

As cefaléias são um problema de saúde pública, manifestam grande impacto na qualidade de vida dos indivíduos, afetam sua capacidade colaborativa além de acarretar prejuízos socioeconômicos consideráveis (BOLAN et al., 2008; ZUKERMAN et al., 2004).

As cefaléias estão classificadas em primárias e secundárias. As cefaléias primárias são consideradas idiopáticas. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) as cefaléias primárias mais comuns e com maior índice de procura à assistência médica, são as do tipo tensional, seguidas da migrânea. As cefaléias primárias são as principais entre as cefaléias que levam ao uso de medicamentos sem prescrição médica (FRANCO, 2009; OLIVEIRA et al., 2011; OLIVEIRA e PELÓGIA, 2011; PERTES e GROSS, 2005; PINTO, et al., 2009; ZUKERMAN, et al., 2004).

Em contraste, as cefaléias secundárias se referem à distúrbios com etiologia definida, como a doença cerebrovascular, infecção, neoplasia intracraniana, traumatismos e distúrbios nas estruturas da cabeça (PERTES e GROSS, 2005).

No atual sistema de classificação do Comitê da Sociedade Internacional de Cefaléia, ocorreram mudanças na terminologia de alguns tipos de cefaléias. Assim, os termos cefaléia por tensão e cefaléia por contração muscular, foram substituídos pelo termo cefaléia do tipo tensional (PERTES e GROSS, 2005).

A cefaléia do tipo tensional é definida por dor que gera contrações musculares nas regiões da cabeça e do pescoço. Sua maior incidência atinge o gênero feminino e acomete, sobretudo, a faixa etária de 30 anos a 50 anos

(FRANCO, 2009; FRANCO et al., 2008; REQUIÃO e MACÊDO, 2008).

A cefaléia tipo tensional é classificada em episódica e crônica sendo que a episódica demonstra em média maior incidência e se apresenta num período de 12 horas, podendo variar entre 30 minutos e 72 horas. A crônica apresenta episódios que persistem por mais de 15 dias por mês. A Cefaléia tipo tensional costuma se apresentar como uma dor bilateral, não penetrante, não pulsátil, com plenitude, aperto, peso e pressão. Alguns autores associam o seu aparecimento a fatores locais, sistêmicos, endócrinos e psicológicos (FRANCO, 2009; FRANCO et al., 2008; OKESON, 1998; PERTES e GROSS, 2005; REQUIÃO e MACÊDO, 2008).

A cefaléia tipo tensão também pode ser precipitada pelo hábito de apertar os dentes e está presente e associada com a desordem nos músculos da mastigação (OKESON, 1998; PERTES e GROSS, 2005).

De acordo com estudo realizado pela OMS, sobre o peso global das doenças, a cefaléia migrânea foi classificada como uma das primeiras causas de doenças que levam a incapacidade no mundo e também a 19ª causa de incapacidade para o trabalho, tornando-se assim um grande problema de saúde pública (COSTA et al., 2006; HIGASHI; MOREIRA FILHO e KRYMCHANTOWSKI, 2010; MERCANTE et al., 2007).

A cefaléia migrânea é a segunda forma de cefaléia primária mais comum e atinge a faixa etária entre 35 a 45 anos, também podendo afetar crianças e adolescentes e predomina no gênero feminino (ANDRADE et al., 2011; FELIPE et al., 2010; HIGASHI; MOREIRA FILHO e KRYMCHANTOWSKI, 2010; OLIVEIRA et al., 2011; MASCELLA, 2011).

Franco (2009) realizou uma pesquisa com 158 indivíduos, para investigar a prevalência de cefaléias primárias e sua associação com a dor orofacial e DTMs. Os resultados mostraram que a maioria dos indivíduos era do gênero feminino, com maior prevalência (53,2%) cefaléia migrânea, seguida por (29,1%) cefaléia tensional (13,9%) ausência de cefaléia e (3,8%) outras cefaléias. O estudo constatou que há uma possível associação entre as cefaléias primárias e as DTMs.

Segundo a Academia Americana de Dor Orofacial (AAOP), cerca de 70% a 85% dos indivíduos com Disfunções Temporomandibulares (DTMs) referem cefaléias como sintomas principais. Sabe-se que ambas possuem um mecanismo de dor relacionado à sua fisiopatologia, interligadas através do nervo trigêmeo que é o condutor sensitivo tanto das cefaléias como das DTMs. Por essa razão é possível

que ocorra uma sobreposição de estímulos nociceptivos. Assim na presença de DTM ocorre um estímulo excitatório nas cefaléias e vice-versa. Estudos mostram que pacientes com diagnóstico de DTM apresentam característica de cefaléias semelhantes as do tipo tensional e migrânea (BONOTTO, 2010; CASTANHARO, 2011; FRANCO, 2009; FRANCO et al., 2008; GONÇALVES, 2009; REQUIÃO e MACÊDO, 2008).

As DTMs são caracterizadas por distúrbios funcionais no sistema mastigatório, ou seja, um conjunto de manifestações e / ou alterações na articulação temporomandibular (ATM) e estruturas associadas. A presença de dores crônicas orofaciais é comum nestes casos e limitam hábitos fundamentais para as necessidades do dia a dia como falar, mastigar, deglutir e bocejar (ESGALHA, 2009; OKESON, 2000; MADEIRA, 2001; MORENO, 2009; TOMACHESKI, 2004; ZOCOLI et al., 2007).

A dor é um importante sintoma porque reduz a qualidade de vida e a produtividade dos indivíduos que apresentam desordens temporomandibulares (CAPELLINE et al., 2006).

As dores orofaciais de origem não dentária são representadas pelas DTMs como causa principal (BONOTTO, 2010).

A Academia Americana de Disfunções Temporomandibulares, refere que a etiologia das DTMs é multifatorial e esta relacionada com diversos fatores etiológicos com formas agudas e crônicas, intrínsecas ou extrínsecas, causadas por fatores traumáticos, disfunções musculares oriundas do sistema nervoso central e relacionadas com oclusão dentária. Apresenta-se com predomínio no gênero feminino, principalmente entre a faixa etária de 20 a 40 anos (FIGUEIREDO et al., 2009; LÉON et al., 2005; MORENO et al., 2009; PEREIRA et al., 2005). Seu aparecimento também pode estar relacionado a fatores anatômicos, psicológicos e patológicos e uma relação entre esses fatores, exibirá dor muscular (GOYATÁ et al., 2010; LÉON et al., 2005).

Dentre os fatores que podem influenciar no aparecimento das DTMs estão à oclusão dentária, falha de dentes, restauração ou prótese mal adaptada, mastigação unilateral, hábitos bucais anormais, má postura e tensão emocional. As patologias secundárias mais apresentadas nas DTMs estão relacionadas com a dor na maxila e mandíbula, dor de ouvido e dor de cabeça. Os sinais e sintomas apresentados são dor na musculatura mastigatória e/ou articulação

temporomandibular (ATM), hábito de ranger e/ ou apertar os dentes, cefaléia, bruxismo, estalos, dor facial, dor cervical, cansaço na musculatura mastigatória, limitação de abertura de boca, dor durante a mastigação, zumbido e crepitação (GOYATÁ et al., 2010; MENEZES et al., 2008; PEREIRA et al., 2005; SANTOS, 2010; SILVA JÚNIOR et al., 2009; ZOCOLI et al., 2007).

As incapacidades e alterações, na vida diária dos indivíduos portadores de cefaléias e DTMs, podem levar a significativas limitações no bem estar e em suas relações sociais. Devido a esses fatores e por serem patologias de fácil diagnóstico necessitam de um trabalho multidisciplinar, para uma melhor evolução no tratamento (FELIPE et al., 2010; ZOCOLI et al., 2007).

Os principais métodos utilizados no tratamento das DTMs para o controle e alívio da dor são as placas oclusais, infiltrações musculares e articulares, acupuntura, procedimentos cirúrgicos e medidas fisioterapêuticas (BONOTTO, 2010).

A fisioterapia é fundamental no tratamento do quadro álgico e do processo inflamatório da DTM com grande índice de melhoras em seus sintomas secundários e seus conhecimentos e habilidades tornam o tratamento eficaz, junto com outros profissionais da saúde, pois esta patologia envolve um trabalho multifatorial (NUNES JR; MACIEL e BABINSKI, 2005).

Estudos mostram uma grande evolução na melhora dos sintomas de cefaléia, após tratamentos fisioterapêuticos direcionados aos sintomas de DTMs e alguns métodos de fisioterapia tem apresentado melhoras significativas em seu quadro álgico. Entre eles estão a crioterapia, massoterapia, exercícios mandibulares, compressão e injeção nos pontos gatilhos, reeducação postural, estimulação elétrica (TENS), alongamentos, acupuntura, exercícios isométricos resistidos, alongamentos musculares, movimentos de coordenação para abertura e fechamento da boca, mobilização articular, além de técnicas de relaxamento, entre outros (FLORIAN; MEIRELLES e SOUSA; 2011; PIRES, 2008; SILVA et al., 2009; ZAMPERINI et al., 2005).

Dentre as medidas fisioterapêuticas destacam-se as técnicas manuais na redução da dor e disfunção da ATM (BIASOTTO-GONZALEZ, 2005; OKESON, 2000).

Os recursos manuais produzem efeitos sobre o sistema nervoso, muscular e respiratório, sobre a circulação sanguínea, linfática local e geral. Atuam

na eliminação de substâncias químicas causadoras do ciclo dor-espasmo-dor, sendo muito utilizados no tratamento das DTMs (BIASOTTO-GONZALEZ, 2005).

O estudo de Capelline et al. (2006) aponta o tratamento da DTM miogênica, realizado com 15 sessões de massoterapia. A dor foi avaliada, a partir da escala analógica visual, antes e depois do tratamento e os valores de redução da dor, no final do tratamento, foram estatisticamente significantes.

A partir do sofrimento e da baixa qualidade de vida dos indivíduos com DTM que sofrem de cefaléia e de sua interferência na saúde pública, o presente estudo pretende verificar a contribuição do tratamento fisioterapêutico na redução da dor destes indivíduos.

2 OBJETIVOS

Identificar a presença de Cefaléia em prontuários de pacientes com diagnóstico de Disfunção Temporomandibular e verificar a contribuição do tratamento fisioterapêutico nos referidos pacientes.

3 CASUÍSTICA E MÉTODOS

3.1 Casuística

A presente pesquisa com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE: 08712812.1.0000.0081) foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Santo Amaro, em 04/10/2012.

Participaram deste estudo 19 prontuários de indivíduos de ambos os gêneros, com faixa etária compreendida entre 21 e 77 anos que obtiveram atendimento no setor de DMCP da Faculdade de Fisioterapia da Universidade de Santo Amaro, São Paulo, no período de 2007 a 2011 com diagnóstico de Disfunção Temporomandibular (DTM).

O delineamento da pesquisa foi de um estudo retrospectivo e no critério principal de inclusão, os prontuários dos indivíduos portadores de DTMs apresentaram, como queixa principal, o sintoma cefaléia.

Também foram avaliadas as intensidades das dores, antes e depois do tratamento fisioterapêutico, segundo a escala analógica visual (EAV).

Inicialmente, foram selecionados 26 prontuários de pacientes com diagnóstico de DTM e presença de cefaléia. Destes, fizeram parte dos fatores de exclusão, 7 prontuários.

Foram excluídos da pesquisa, os prontuários que não referiram o diagnóstico de DTM e Cefaléia como queixa principal, assim como prontuários nos quais os pacientes compareceram apenas para a avaliação inicial, mas não realizaram o tratamento fisioterapêutico. Também foram excluídos, prontuários com EAVs iniciais e finais, tempo estimado de dor e/ou número de sessões incompletas.

3.2 Métodos

Os prontuários de atendimento foram analisados a partir do diagnóstico, do diagrama corporal e da escala analógica visual (EAV) nos quais, cada paciente apontou respectivamente, o local e a intensidade da sua dor (Figuras 1 e 2). Vale ressaltar que na apresentação da EAV ao paciente, os números estão sempre cobertos e apenas as carinhas são mostradas ao paciente. O mesmo é orientado para apontar a sua dor, conforme a expressão da carinha, sendo que a dor também pode se encontrar entre uma carinha e outra.

Os dados coletados e analisados foram: idade, gênero, a presença de Cefaléia como queixa principal, a intensidade da dor (EAV) e o tempo, em meses, que o paciente apresentava a referida dor. Também foram comparadas as EAVs, das dores das cefaléias, antes e após o tratamento fisioterapêutico. Em todos os prontuários analisados, foram utilizados unicamente, técnicas manuais.

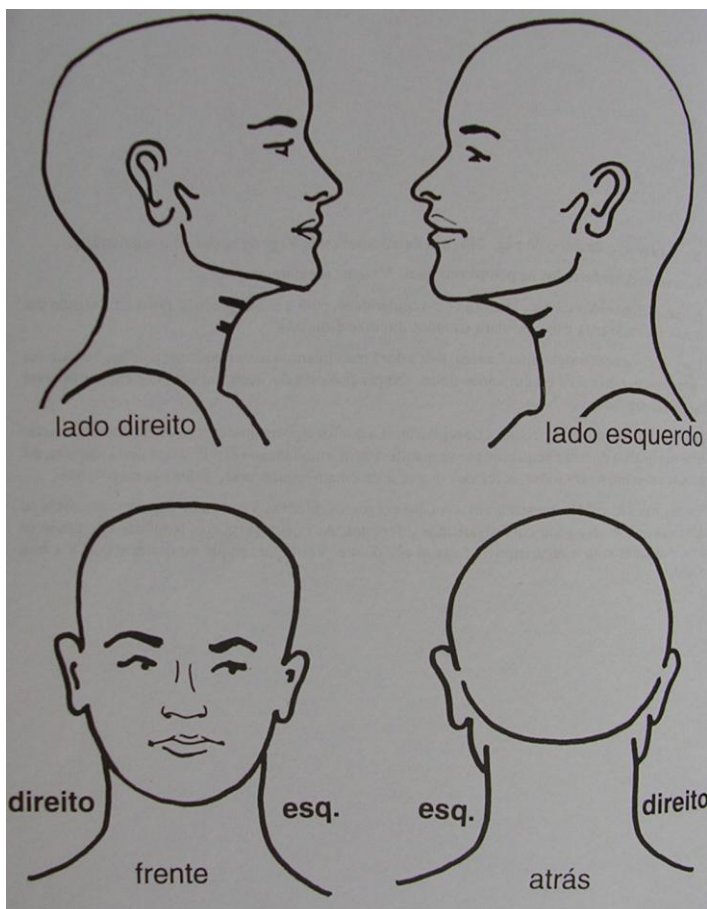


Figura 1. Diagrama para assinalar o local da dor do paciente. Fonte: D'AVILA (2007).

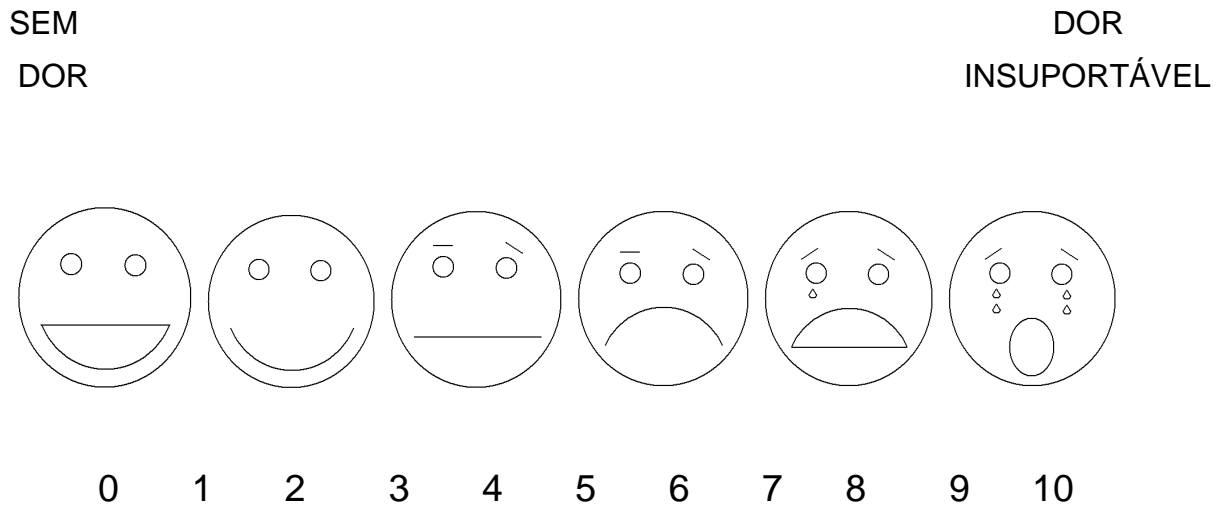


Figura 2. Escala Analógica Visual (EVA) aonde o paciente aponta a expressão da sua dor. Fonte: D'AVILA (2007).

3.3 Análise dos Resultados

A partir da coleta de dados foi realizada a análise estatística para verificar a intensidade da Cefaléia em pacientes com Disfunção Temporomandibular, antes e depois do tratamento fisioterapêutico.

Inicialmente, foi calculado para cada paciente, o percentual comparativo entre a EAV inicial e EAV final. Os demais dados coletados foram processados no pacote estatístico *STATISTICA 8.0 Copyright StatSoft, Inc. 1984-2007*.

Segundo os critérios de Field (2009) foi utilizado o teste de Regressão Múltipla, com os objetivos de comparar:

- a) EAV inicial em relação à EAV final.
- b) Número de sessões e o percentual de melhora.
- c) O tempo estimado de dor em relação ao percentual de melhora.

Em todos os testes, fixou-se em 0,05 ou 5% o nível para a rejeição da hipótese de nulidade ($p \leq 0,05$).

4 RESULTADOS

Dentre os 19 indivíduos/prontuários participantes desta pesquisa, 16 (84,00%) foram do gênero feminino e 3 (16,00%) do gênero masculino. Vale ressaltar que os indivíduos números 13 e 15 foram excluídos, apenas da análise sobre o tempo estimado de dor, por não apresentarem este dado nos referidos prontuários (Apêndice - A. Tabela 1).

Ao comparar para cada paciente, a EAV inicial com a EAV final a análise estatística mostrou significativa melhora, em todos os indivíduos. Foram obtidos os valores de $z = 3,0$ na comparação entre as EAVs e de $p = 0,000002$ (Gráfico 1).

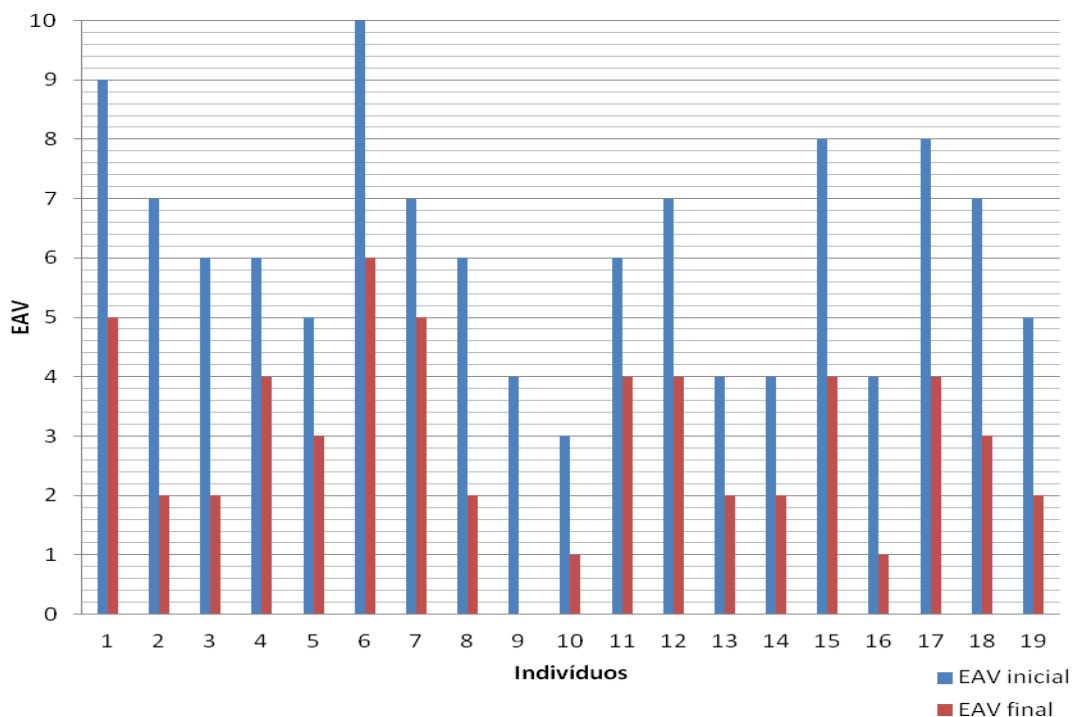


Gráfico 1. Comparação individual da EAV inicial com a EAV final.

EAV inicial X EAV final: $z = 3,0$
 EAV inicial ($p = 0,000002$)

O gráfico 2 apresenta o percentual de melhora, analisado para cada indivíduo, na comparação da EAV inicial com a EAV final. Os resultados mostraram significativa melhora apresentando a média de 54,00%, ou seja, ocorreu redução da dor nos 19 indivíduos após tratamento fisioterapêutico (Apêndice - A. Tabela 2).

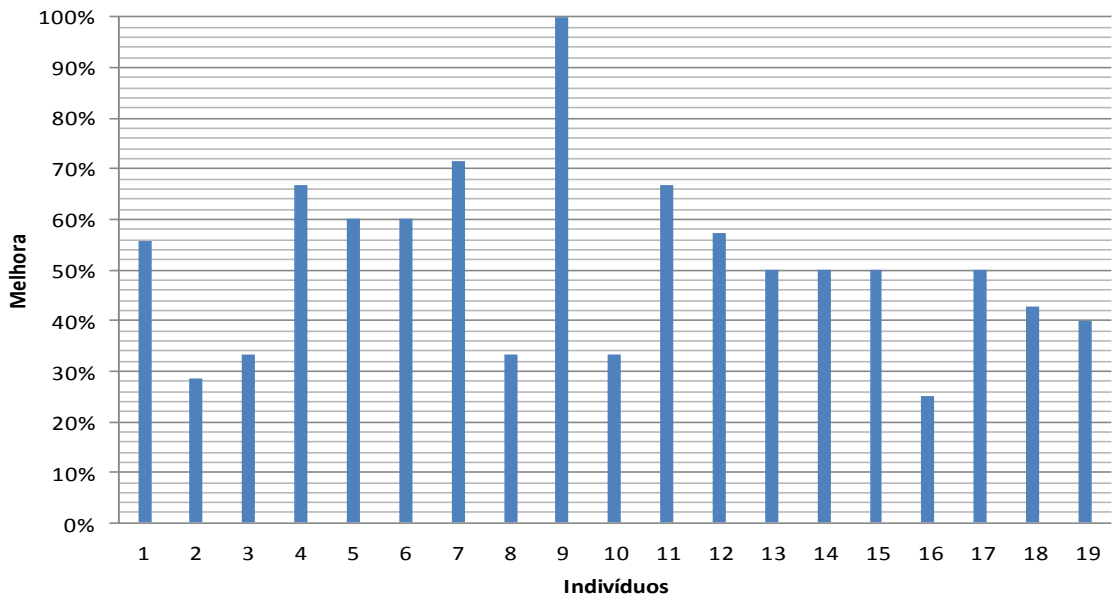


Gráfico 2. Porcentagem de Melhora entre a EAV inicial e a EAV final.

Média 54,0%

Desvio padrão 17,6%

Na análise para verificar se a melhora percentual de cada paciente foi proporcional ao número de sessões realizadas, não ocorreu significância estatística e encontrou-se o $p=0,279534$ (Gráfico 3).

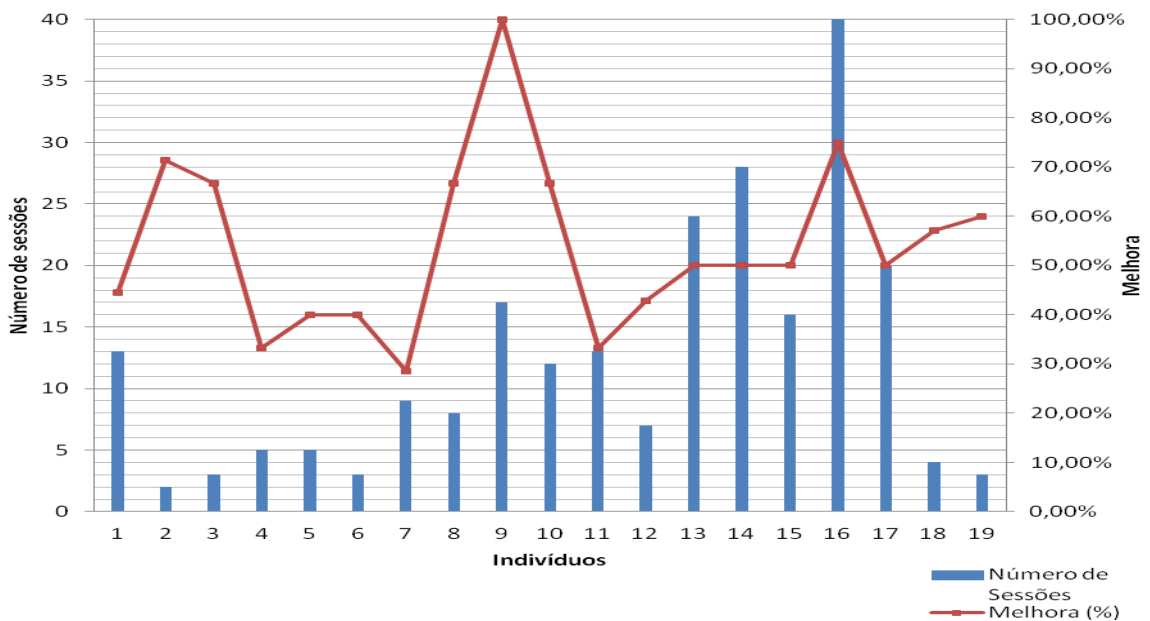


Gráfico 3. Número de sessões em relação à melhora

Número de sessões x Melhora ($z=1,08$)

($p=0,279534$)

Na correlação sobre o tempo estimado de dor antes de realizar o tratamento fisioterapêutico e a melhora após a realização do referido tratamento, os resultados mostraram o $p=0,924748$ e conseqüentemente não apresentaram significância estatística (Gráfico 4).

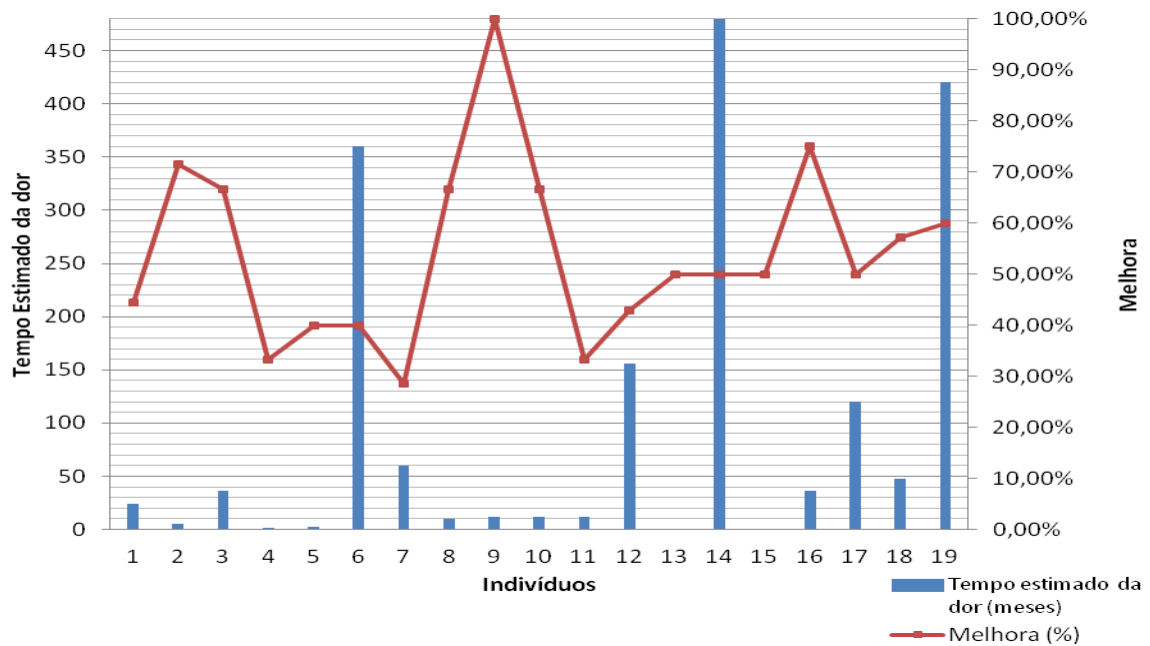


Gráfico 4. Correlação individual sobre o tempo estimado da dor e a melhora

Tempo estimado de dor x Melhora ($z= 0,095$)

($p= 0,924748$)

5 DISCUSSÃO

O presente estudo identificou a presença de cefaléia em indivíduos com diagnóstico de DTM, e verificou a contribuição do tratamento fisioterapêutico nos referidos indivíduos.

Segundo a OMS, tanto a cefaléia tipo tensional como a migrânea, fazem parte das cefaléias primárias, idiopáticas (FRANCO, 2009; OLIVEIRA et al., 2011; OLIVEIRA e PELÓGIA, 2011; PERTES e GROSS, 2005; PINTO, et al., 2009; ZUKERMAN, et al., 2004).

A literatura refere diversos estudos que apontam a cefaléia primária como um importante sintoma nas DTMs (BONOTTO, 2010; CASTANHARO, 2011; FIGUEIREDO et al., 2009; FRANCO, 2009; FRANCO et al., 2008; GONÇALVES, 2009; MENEZES et al., 2008; MORENO et al., 2009; REQUIÃO E MACÊDO, 2008). A maior parte destes, também refere que o sintoma cefaléia nas DTMs, prevalece no gênero feminino (FRANCO, 2009; MENEZES et al., 2008; REQUIÃO e MACÊDO, 2008).

Figueiredo et al. (2009), analisaram em 40 pacientes a prevalência de sinais e sintomas em indivíduos portadores de DTMs. Os resultados mostraram que alta porcentagem (77,5%) dos indivíduos apresentou sinais e sintomas de Cefaléia. O estudo realizado por Moreno et al (2009) comparou a intensidade dos sintomas de dor, cefaléia, cervicalgia, apertamento dos dentes e dificuldade para dormir, avaliados através da EAV, entre um grupo de 27 mulheres com diagnóstico de DTM, com outro grupo composto por 18 mulheres saudáveis. Os resultados foram significantes para o grupo de 27 mulheres com diagnóstico de DTM.

Embora os fatores de exclusão, citados na casuística da presente pesquisa, tenham reduzido a amostra para 19 participantes, vale lembrar que inicialmente foram selecionados 26 prontuários de pacientes com diagnóstico de DTM e, todos com a queixa principal de Cefaléia. Assim sendo, os dados deste estudo concordam com as pesquisas acima referidas que apontam uma possível associação entre as cefaléias e as DTMs.

A pesquisa de Requião e Macêdo (2008) analisou 232 prontuários de indivíduos com diagnóstico de DTMs. Dentre estes, 163 (70,25%) apresentaram cefaléia, sendo 143 (74,87%) do gênero feminino. O estudo de Menezes et al.

(2008), verificou a presença de DTMs e cefaléia em 160 voluntários, sendo 80 mulheres e 80 homens. Os resultados mostram que 99 (55%) voluntários eram portadores de DTM e destes, 74 (46,3%) relataram cefaléia. Assim, o estudo constatou maior prevalência de cefaléia nas mulheres com DTM.

Este estudo também identificou a presença de DTM e cefaléia predominante em indivíduos do gênero feminino (84,00%). Porém, devido ao tamanho da amostra, com 19 participantes, não se pode afirmar se a cefaléia acomete mais as mulheres ou se existe uma procura maior ao tratamento, pelo gênero feminino.

A importância da fisioterapia na redução do quadro álgico das DTMs é referida por vários pesquisadores (BONOTTO, 2010; FLORIAN; MEIRELLES e SOUSA; 2011; NUNES JR; MACIEL e BABINSKI, 2005; PIRES; SILVA e MONTE, 2008; ZAMPERINI et al., 2005).

Dentre os recursos de fisioterapia, destacam-se os manuais, que segundo Biasotto-Gonzalez (2005), Capelline et al., (2006) e Okeson, (2000), são eficazes na redução da dor presente nas DTMs.

Os 19 pacientes/prontuários avaliados neste estudo também foram submetidos exclusivamente às técnicas de fisioterapia com recursos manuais.

Assim, os resultados do presente estudo corroboram com as observações acima citadas sobre a eficácia da terapia manual, no referido tratamento, pois na comparação individual entre a EAV inicial e a EAV final, a análise estatística mostrou significativa melhora, apresentando o valor de $p=0,000002$ para todos os indivíduos (Gráfico1).

Também na comparação sobre o percentual de melhora, analisado para cada indivíduo, esta pesquisa apontou significativa redução da dor nos 19 participantes apresentando, após o tratamento fisioterapêutico, a média de melhora de 54,00% (Gráfico 2).

Conforme o aspecto aleatório da amostra, vale ressaltar que na presente pesquisa, o número de sessões realizadas para cada paciente, foi variado (Apêndice - A. Tabela 1). Mesmo assim, optou-se por analisar se a melhora percentual de cada paciente foi proporcional ao número de sessões realizadas. Verificou-se que não ocorreu significância estatística, com o valor de $p=0,279534$, portanto, o número de sessões não foi um fator importante na melhora destes pacientes (Gráfico 3). Vale, porém ressaltar outro aspecto avaliado nesta pesquisa

que se refere ao tempo que cada paciente apresentava a cefaléia antes de iniciar o tratamento fisioterapêutico, ou seja, o tempo estimado da dor. Este tempo, também foi bastante variado para cada indivíduo (Apêndice - A. Tabela 1). Assim, na análise comparativa sobre o tempo estimado de dor e a melhora, após a realização do tratamento fisioterapêutico, os resultados não mostraram correlação, com o valor de $p= 0,924748$. Apesar de não ter ocorrido significância estatística, vale observar que quanto maior o tempo estimado de dor, do indivíduo, menor foi a sua melhora e vice-versa. (Gráfico 4).

Acredita-se que o número de sessões e o tempo estimado da dor, sejam dois aspectos importantes a serem avaliados nos estudos sobre a cefaléia presente nas DTMs. Porém, devido à variedade no número de sessões recebidas por cada paciente, assim como as desigualdades individuais apresentadas no tempo estimado da dor, não foi possível encontrar as referidas correlações.

Os resultados do presente estudo retrospectivo foram muito satisfatórios e ficou comprovada a eficácia dos recursos manuais utilizados pela fisioterapia na diminuição do sintoma cefaléia presente nas DTMs.

6 CONCLUSÃO

Baseado nos resultados obtidos, parece lícito concluir que o presente estudo apontou expressiva relação entre a cefaléia primária e as DTMs.

A comparação entre as EAVs antes e após o tratamento fisioterapêutico, com recursos manuais, demonstrou significativa melhora nos 19 participantes.

Identificar os benefícios do referido tratamento fisioterapêutico pode contribuir para melhorar a qualidade de vida dos pacientes que sofrem de DTM com queixa de cefaléia, assim como minimizar este considerável problema de saúde pública, e seus prejuízos socioeconômicos.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Anna Flávia Brant. Prevalência e fatores associados à enxaqueca nos estudantes da faculdade de medicina de Barbacena, MG- Brasil. **Rev.Med Minas Gerais**, Barbacena, v. 21, n. 1, p. 25-31, 2011.

FIELD, Andy. **Discovering Statistics Using SPSS**. 3rd. Ed. com SPSS CD Version 17.0, 2009.

BIASOTTO-GONZALEZ, Daniela Aparecida. **Abordagem interdisciplinar das disfunções temporomandibulares**. São Paulo: Manole, 2005. 225p.

BOLAN, Renata da Silva et al. Prevalência e impacto socioeconômico das cefaleias em funcionários do hospital nossa senhora da conceição-Tubarão-SC, **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 37, n.1, p.66-72 , 2008.

BONOTTO, Daniel. **Controle da Cefaleia em pacientes com disfunção temporomandibular por placas oclusais** 2010. 106f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)- Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2010.

CAPELLINE, V. K; SOUSA, G. S; FARIA, C. R. S. Massage therapy in the management of myogenic TMD: A pilot Study. **Journal of Applied Oral Science**, v. 14, n. 1, p. 21- 26, 2006.

CASTANHARO, Sabrina Maria. **Estudo da Qualidade de Vida: em Pacientes com Disfunção Temporomandibular e Cefaléia Primárias**. 2011. 161f. Dissertação (Mestrado em Reabilitação Oral)-Faculdade de Odontologia de Araraquara da Universidade Estadual Paulista, Araraquara, 2011.

COSTA, Esther Angélica Coelho. Enxaqueca e depressão: comorbidade ou espectro. **Arquivos Neuropsiquiatria**, v.63, n.3, p. 392-5, 2006.

D'AVILA, Nilde Burocchi Ribas. **Ficha de Avaliação do Serviço de Disfunções Mandíbulo-Crânio-Posturais (DMCP)**. Universidade de Santo Amaro (UNISA). São Paulo. 2007.

ESGALHA, Luciana Ruas. **Disfunção temporomandibular (DTM): impacto do relaxamento sobre ansiedade e estresse**. 2009. 76f. Dissertação (Dissertação de Pós graduação em Psicologia do desenvolvimento e Aprendizagem)- Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Ciências, Bauru, 2009.

FELIPE, Márcia Reis. Implicações da alimentação e nutrição e do uso de fitoterápicos na profilaxia e tratamento sintomático da enxaqueca- uma revisão. **Nutrire: rev. Soc. Bras. Alim. Nutr. J. Brazilian Soc. Food Nutr**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 165-179, ago. 2010.

FIGUEIREDO, Viviane Maria Gonçalves et al. Prevalência de Sinais, Sintomas e Fatores Associados em Portadores de Disfunção Temporomandibular. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 31, n. 2, p. 159-63, 2009.

FLORIAN, Marcelo Rossiti; MEIRELLES, Maria Paula Maciel Rando; SOUSA, Maria da Luz Rosário. Disfunção Temporomandibular e acupuntura: uma terapia integrativa e complementar. **Odontol. Clín.-Cient.** Recife, v. 10, n.2, p. 189-192, abr./jun.2011.

FRANCO, Ana Lúcia. **Estudo da Prevalência:** de Cefaléias Primárias e da sua Associação com a Dor orofacial em paciente com disfunção temporomandibular crônica. 2009. 130f. Dissertação (Mestrado em Reabilitação Oral, Área de Prótese)-Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Araraquara, 2009.

FRANCO, Ana Lúcia et al. Interação entre cefaleia e disfunção Temporomandibular: Uma Revisão da Literatura. **Revista de Odontologia da UNESP**, São Paulo, v.37, n. 4, p.401-6, 2008.

GONÇALVES, Daniela Aparecida de Godoi. **Estudo sobre a Relação entre Disfunção Temporomandibular e Cefaleia primária: Avaliação Populacional e Clínica.** 2009. 160f. Tese (Doutorado em Reabilitação Oral)-Universidade Estadual Paulista Faculdade de Odontologia de Araraquara, Araraquara, 2009.

GOYATÁ, Frederico dos Reis et al. Avaliação de sinais e sintomas de disfunção temporomandibular entre os acadêmicos do curso de odontologia da universidade Severino Sombra, Vassouras-Rj. **Int J Dent**, Recife, v.9, n.4, p. 181-6, out./dez., 2010.

HIGASHI, Rafael; MOREIRA FILHO; Pedro Ferreira; KRYMCHANTOWSKI, Abouch Valenty. Comparação entre o sumatriptano, a trimebutina, o meloxicam e a associação dos três fármacos no tratamento agudo de enxaqueca. **Rev. Dor**, v. 11, n. 1, p. 12-9, 2010.

LÉON, Ileana Grau et al. Algunas consideraciones sobre los trastornos temporomandibulares. **Rev Cubana Estomatol.**, Havana, v. 42, n. 3, 2005.

MADEIRA, Miguel Carlos. **Anatomia da face:** bases anatômico-funcionais para a prática odontológica. 3ª ed. São Paulo: Sarvier, 2001. 208 p.

MASCELLA, Vivian. **Stress, sintomas de ansiedade e depressão na migrânea e cefaleia tensional.** 2011. 83f. dissertação (Mestrado em Psicologia como Profissão e ciência)- Pontifícia Universidade Católica, PUC, Campinas, 2011.

MENEZES, Mariana Sampaio et al. Correlação entre cefaléia e disfunção temporomandibular. **Fisioterapia e pesquisa**, São Paulo, v.15, n.2, p.187-7, abr./jun. 2008.

MERCANTE, Juliane Priet Peres. Comorbidade psiquiátrica diminui a qualidade de vida de pacientes com enxaqueca crônica. **Arq. Neuropsiquiatr**, v.65, n.3-B, p. 880-4, 2007.

MORENO, Bruno Gonçalves Dias et al. Avaliação clínica e da qualidade de vida de indivíduos com disfunção temporomandibular. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v.13, n.3, p. 210-14, mai./jun. 2009.

NUNES JR, Paulo C.; MACIEL, Rafael L.R.; BABINSKI, Márcio A. Propriedades anatômicas e funcionais da ATM com aplicabilidade no tratamento fisioterapêutico. **Fisioterapia Brasil**, v. 6, n.5, p. 381-7, set./ out. 2005.

OKESON, Jeffrey P. **Dor Orofacial:** guia para avaliação, diagnóstico e tratamento. São Paulo: Quintessence, 1998. 287 p.

OKESON, Jeffrey P. **Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão.** 4ª ed. São Paulo: Artes Médicas, 2000. 500 p.

OLIVEIRA, Andréia Lúcia Martins de; PELÓGIA, Naira Correia Cusma. Cefaleia como principal causa de automedicação entre profissionais da saúde não prescritos. **Rev. Dor**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 99-103, abr./jun. 2011.

OLIVEIRA, Daniella Araújo de et al. Cefaléia do tipo tensional e migrânea em funcionários de uma instituição de ensino superior: grau de incapacidade. **Headache Medicine**, v.2, n.2, p. 61-5, 2011.

PEREIRA, Nogueira Ferraz et al. Sinais e sintomas de pacientes com disfunção temporomandibular. **Revista CEFAC**. São Paulo, v. 7, n. 2, p. 221-28, abr./jun. 2005.

PERTES, Richard A.; GROSS, Sheldon G. **Tratamento clínico das disfunções temporomandibulares e da dor orofacial**. São Paulo: Quintessence, 2005. 368 p.

PINTO MEB, et al. Cefaleia em adultos na atenção primária à saúde: diagnóstico e tratamento. In: **Projeto diretrizes**, 1ª Ed. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2009. Vol. 8, p. 495.

PIRES, Regimara Rocha et al. Efeito de um programa de cinesioterapia, estimulação eletétrica e reeducação postural no tratamento da disfunção temporomandibular: análise de seis casos. **Anuária da Produção de Iniciação Científica Discente**, v. 11, n. 12, p. 227-237, 2008.

REQUIÃO, Fabiana Maria Oliveira; MACÊDO, Candice Ribeiro Santos. Prevalência de Cefaléia em Pacientes Portadores de Disfunção Temporomandibular. **R. Ci. méd. biol**, Salvador, v.7, n.3, p.220-7, set./dez. 2008.

SANTOS, Marcio Cedenilla. Cefaléia e Disfunção Temporomandibular: Classificação e Diagnóstico. **Revista Dentística on line**, Rio de Janeiro, v.9, n. 19, p.30-3, 2010.

SILVA, Rafael dos Santos et al. Estudo do impacto da enxaqueca na severidade da dor miofascial da musculatura mastigatória. **Dental Press J Orthod**, Maringá, v.16, n. 4, p.103-10, July/Aug. 2011.

SILVA JÚNIOR, José Justino et al. Prevalência de conhecimentos sobre a relação de cefaléia e disfunção temporomandibular. **Neurobiologia**, v. 72, n. 3, p. 45-55, jul./set. 2009.

TOMACHESKI, Denise de Fátima et al. Disfunção Têmporo-Mandibular: Estudo introdutório visando estruturação de prontuários odontológico. **Publicativo UEPG: Ciências Biológicas e da Saúde**, Ponta Grossa, v. 10, n. 2, p. 1-9, jun. 2004.

ZAMPERINI, Camila Andrade et al. Tratamento de dor de cabeça relacionada com a dor miofascial: Relato de caso clínico. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 34, n.1, p. 31-6, 2005.

ZOCOLI, Ruysdael. Manifestações otológicas nos distúrbios da articulação temporomandibular, **Arquivos catarinenses de Medicina**, v. 37, n. 1, p. 90-5, 2007.

ZUKERMAN, Elioiva et al. Cefaléia e qualidade de vida. **Einstein**, v. 2, n. 1, p. 73-5, 2004.

APÊNDICE A - Tabelas com valores individuais

Tabela 1. Dados individuais

Indivíduos	EAV inicial	EAV final	Número de Sessões	Tempo estimado da dor (meses)
1	9	5	13	24
2	7	2	2	5
3	6	2	3	36
4	6	4	5	1,25
5	5	3	5	2
6	10	6	3	360
7	7	5	9	60
8	6	2	8	10
9	4	0	17	12
10	3	1	12	12
11	6	4	13	12
12	7	4	7	156
13	4	2	24	*
14	4	2	28	480
15	8	4	16	*
16	4	1	40	36
17	8	4	20	120
18	7	3	4	48
19	5	2	3	420

* Indivíduos excluídos por não apresentarem tempo estimado de dor.

Tabela 2. Comparação % entre EAV inicial e a EAV final

Indivíduos	EAV inicial	EAV final	Comparação: (%) EAV final	Melhora (%)
1	9	5	55,55%	44,44%
2	7	2	28,57%	71,43%
3	6	2	33,33%	66,67%
4	6	4	66,66%	33,33%
5	5	3	60,00%	40,00%
6	10	6	60,00%	40,00%
7	7	5	71,43%	28,57%
8	6	2	33,33%	66,67%
9	4	0	100,00%	100,00%
10	3	1	33,33%	66,67%
11	6	4	66,66%	33,33%
12	7	4	57,14%	42,86%
13	4	2	50,00%	50,00%
14	4	2	50,00%	50,00%
15	8	4	50,00%	50,00%
16	4	1	25,00%	75,00%
17	8	4	50,00%	50,00%
18	7	3	42,86%	57,14%
19	5	2	40,00%	60,00%