



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA

Cláudia Maria Peres

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E DOS
SINTOMAS DE STRESS EM MULHERES
MENOPAUSADAS COM DISFUNÇÃO DA
ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR**

CAMPINAS
2008

Cláudia Maria Peres

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E DOS
SINTOMAS DE STRESS EM MULHERES
MENOPAUSADAS COM DISFUNÇÃO DA
ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR**

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Educação Física.

Orientadora: Vera Aparecida Madruga

**CAMPINAS
2008**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA
PELA BIBLIOTECA FEF - UNICAMP**

P415a Peres, Claudia Maria.
Avaliação da qualidade de vida e dos sintomas de stress em
mulheres menopausadas com disfunção da articulação
temporomandibular / Claudia Maria Peres. - Campinas, SP: [s.n], 2008.

Orientador: Vera Aparecida Madruga Forti
Dissertação (mestrado) – Faculdade de Educação Física,
Universidade Estadual de Campinas.

1. Mulheres – menopausa. 2. Stress. 3. Articulação
temporomandibular - Doenças. 4. Dor. 5. Qualidade de vida. I. Forti, Vera
Aparecida Madruga. II. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de
Educação Física. III. Título.

(asm/fef)

Título em inglês: "Evaluation of the Quality of Life and the Symptoms of
Stress in Menopause Women with Temporomandibular Joint Disorder".

Palavras-chaves em inglês (Keywords): Women in menopause. Stress.
TMJ disorders. Pain. Quality of Life.

Área de Concentração: Atividade Física, Adaptação e Saúde.

Titulação: Mestrado em Educação Física.

Banca Examinadora: Vera Aparecida Madruga Forti. José Roberto Pretel
Pereira Job. Marco Antonio Alves de Moraes.

Data da defesa: 22/02/2008.

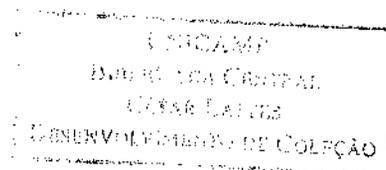
Cláudia Maria Peres ✓

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E DOS
SINTOMAS DE STRESS EM MULHERES
MENOPAUSADAS COM DISFUNÇÃO DA
ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR**

Este exemplar corresponde à redação final da
Dissertação de Mestrado defendida por Cláudia
Maria Peres e aprovada pela Comissão julgadora em:
22/02/2008.


Vera Aparecida Madruga
Orientadora ✓

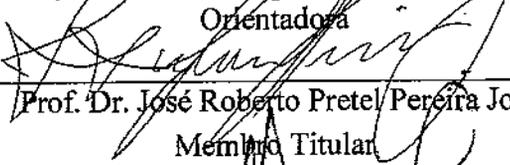
**CAMPINAS
2008**



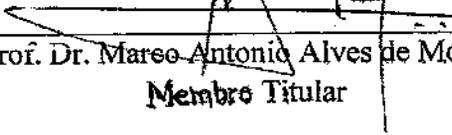
200812000

COMISSÃO JULGADORA

Prof. Dra. Vera Apatecida Madruga
Orientadora



Prof. Dr. José Roberto Pretel/Pereira Job
Membro Titular



Prof. Dr. Marco Antonio Alves de Moraes
Membro Titular

*Dedico a Deus pela capacidade de finalizar mais uma etapa da minha vida.
A meus pais por sempre incentivarem o estudo e a dedicação em tudo o que faço.
Ao amor e a fé trazendo a esperança que tudo dará certo.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha orientadora Prof^ª. Dra. Vera Aparecida Madruga por ter me ensinado além dos estudos básicos necessários para a conclusão deste trabalho.

A minha família que sempre torce por mim.

Também agradeço pelo apoio dos meus colegas de trabalho: Cidinha, Cristiana, Eneias, Fábio, Francisco, Marco, Marcos, Osmar, Renata, Shadi e aos estagiários da Fisioterapia.

Aos cirurgiões dentistas e funcionários da Odontologia do Cecom: Amiris, Ana Paula, Joel, Paula, Paulo e Regina que estavam sempre à disposição.

Agradeço a Maria Elenice e a Marina da Psicologia do Cecom.

E agradeço a todos que direta ou indiretamente me auxiliaram na conclusão da pesquisa.

PERES, Cláudia Maria. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E DOS SINTOMAS DE STRESS EM MULHERES MENOPAUSADAS COM DISFUNÇÃO DA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR. Projeto de Mestrado em Educação Física - Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2007.

RESUMO

A literatura relata que, a menopausa tem início entre 38 e 55 anos (dependendo do fator genético). Devido a diminuição na produção do hormônio estrogênio em 75% a 80% das mulheres ocorrerão sintomas tipo: suores noturnos, fogachos (ondas de calor), secura vaginal tornando a relação sexual desagradável, diminuição da libido, do brilho da pele, da memória e da atenção, insônia, irritabilidade, baixa auto-estima, osteoporose em 25% das mulheres (perda de massa óssea em 1% ao ano) e outras doenças ósteo-musculares. Nessa fase também ocorrerá aumento da gordura corporal na região do abdome com elevação da incidência de doenças cardiovasculares. As mulheres menopausadas com sintomas de disfunção temporomandibular (DTM) podem apresentar depressão, ansiedade e stress pela constância da sintomatologia de desconforto e dor. Dessa forma, o objetivo geral desta pesquisa foi de avaliar a qualidade de vida e os sintomas de stress em mulheres menopausadas com DTM que freqüentavam o serviço do Centro de Saúde da Comunidade/ Coordenadoria de Serviços Sociais da Universidade Estadual de Campinas. Foram selecionadas 30 voluntárias, funcionárias e alunas da UNICAMP, com idades entre 38 e 65 anos, diagnosticadas como portadoras da sintomatologia de DTM e com menopausa clinicamente comprovada (12 meses sem menstruações). As voluntárias foram avaliadas através de uma ficha de anamnese, do Questionário de Qualidade de Vida SF-36 e do Inventário de Sintomas de Stress de Lipp (ISSL). Para a análise da ficha de anamnese utilizamos a estatística descritiva e para os dados coletados no Questionário de Qualidade de Vida SF-36 foi utilizado o Software EpiInfo 6® (DEAN et al., 1995). Na análise do ISSL, após a soma dos resultados brutos verificou-se a porcentagem correspondente nas tabelas de correção dos sintomas e das fases de stress. Os resultados obtidos na ficha de anamnese mostraram que as mulheres apresentavam dor crônica sendo: 73,33% de dor nas ATMs, 73% das mulheres apresentaram dores nos músculos masseter e escalenos, 56% nos músculos pterigóideo lateral e pterigóideo medial, 50% no ângulo da mandíbula e nos músculos temporais, 46% no músculos rombóides e 43,33% cefaléia e dor no ouvido. Em relação ao aperto e ao ranger dos dentes as mulheres descreveram respectivamente 73,33% e 66,66%. Já em relação à queixa principal foi relatado: dor nos músculos trapézios 20%, fundo de olho 16,66%, crepitação nas ATMs 13,33%. Quanto à QV os piores escores encontrados foram relacionados com aspectos físicos, dor e vitalidade. Já em relação ao ISSL os resultados mostraram que a fase de stress com maior escore (43,33%) foi a fase de resistência e os sintomas de stress com maior porcentagem foram os psicológicos com 43,33%. As conclusões de nossa pesquisa mostraram que queixas reincidentes constavam nos dados da ficha de anamnese, no SF-36 e no ISSL, sendo interessante a aplicação desse modelo em novas pesquisas por multiprofissionais e em outro tipo de população para consolidação da mesma.

Palavras-chaves: Mulheres na Menopausa, Stress; Disfunção da Articulação Temporomandibular (DTM); Dor; Qualidade de vida (QV).

PERES, Cláudia Maria. EVALUATION OF THE QUALITY OF LIFE AND THE SYMPTOMS OF STRESS IN MENOPAUSE WOMEN WITH TEMPOROMANDIBULAR JOINT DISORDER. Projeto de Mestrado em Educação Física - Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2007.

ABSTRACT

The literature reports that Menopause begins between 38 to 55 years old (depending on generic factors). Because of the estrogen hormone decreases, in 75% a 80% of the women will have symptoms like: night sweating, flashes, vaginal dryness, uncomfortable coupling and diminishing of sexual desire, diminishing of skin moisture and shine, attention deficit and memory loss, insomnia, irritability, low self-esteem, depression, and 25% of them, will develop osteoporosis (bone mass decreases 1% a year) and others osteo-muscular diseases. In this phase will also have increases of adiposity in abdomen with increases of incidents of cardiovascular diseases. Menopause women with symptoms of temporomandibular joint (TMJ) disorder can have depression, anxiety and stress altered by the constant symptoms of discomfort and pain. The general objective of this search was evaluate the quality of life and the symptoms of the stress in menopause women with TMJ disorder that have been used the “Centro de Saúde da Comunidade/ Coordenadoria de Serviços Sociais da Universidade Estadual de Campinas”. 30 volunteers were selected, employees and students of UNICAMP, between 38 and 65 years old, with TMJ disorder and also menopause diagnosis proved (12 months without menstruation). The volunteers were evaluated through a anamnesis chart, Quality of Life Questionary SF-36 and the Lipp Stress Symptom Inventory (ISSL). To analyse the anamnesis chart, we have been used the describing estatistics and for the collected dates in the Quality of Life Questionary SF-36, were used the Software EpiInfo 6® (DEAN et al., 1995). The analysis of ISSL, after the addition of the global results, we verified the corresponding percentage in schedules of the symptoms corrections and the stress phases. The anamnesis chart results showed that the women had chronics pains: 73,33% TMJ pain, 73% of women had masseters and scalenos muscles pain, 56% in lateral pterigoideo pain and medial pterigoideo, 50% in jaw angle and in temporal muscles, 46% in rhomboids muscles and 43,33% of headaches and ears pain. The pressure and scream of the teeth were described by the women 73,33% and 66,66% respecting. In relation of main complaint were reported: 20% of trapezius muscles pain, 16,66% in eyes, 13,33% TMJ crackles. In relation of Quality of Life, the worst scores found were in relation with physics aspects, pain and vitality. About ISSL, the results showed that stress phasis with the biggest score (43,33%) was that of resistance and the stress symptoms with greatest percentage were the psicologics with 43,33%. The final conclusion of our search showed that reincidence complaint appeared in anamneses chart, in SF-36 and in ISSL, beind interesting the application of this model in new searches for a several professionals and in other kind of population, to consolidate itself.

Key words: Menopause Women, Stress, TMJ disorders, Pain, Quality of Life.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	Boca fechada e aberta (ATM) com o côndilo sendo acompanhado pelo movimento do disco (Modificado: NETTER; 2003; lâmina 14).	22
FIGURA 2	Músculos da mastigação (vista lateral): masseter, temporal e pterigoídeo lateral (A - lâmina 50); Pterigoídeo medial e pterigoídeo lateral (B - lâmina 51) (Modificado: NETTER, F.H., 2003).	23
FIGURA 3	Músculos do pescoço (vista anterior): digástrico anterior e posterior, masseter, trapézio, escalenos, estilo-hioídeo e milo-hioídeo (Modificado: NETTER, F.H.; 2003; lâmina 24).	24
FIGURA 4	Músculos do pescoço (vista lateral): trapézio, esternocleidomastóideo, escaleno, masseter, milo-hioídeo, estilo-hioídeo, digástrico anterior e posterior (Modificado: NETTER, F.H.; 2003; lâmina 23).	25
FIGURA 5	Soalho da cavidade oral (vista póstero-superior): músculo gênio-hioídeo (Modificado: NETTER, F.H.; 2003; lâmina 49).	25

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	Percentual das queixas descritas na ficha de anamnese pelas voluntárias participantes da pesquisa.	47
GRÁFICO 2	Percentual dos relatos aperto e ranger de dentes e das queixas principais descritas na ficha de anamnese pelas voluntárias participantes da pesquisa.	48
GRÁFICO 3	Percentual de sintomas de dor à palpação de grande implicação em músculos e estruturas avaliados na ficha de anamnese pelas voluntárias participantes de nossa pesquisa.	49
GRÁFICO 4	Escores mínimos, médios e máximos por domínio das voluntárias estudadas.	50
GRÁFICO 5	Dados coletados das mulheres participantes da pesquisa para a variável Capacidade Funcional.	51
GRÁFICO 6	Dados coletados das mulheres participantes da pesquisa para a variável Aspectos Físicos.	51
GRÁFICO 7	Dados coletados das mulheres participantes da pesquisa para a variável Dor.	51
GRÁFICO 8	Dados coletados das mulheres participantes da pesquisa para a variável Estado Geral de Saúde.	52
GRÁFICO 9	Dados coletados das mulheres participantes da pesquisa para a variável Vitalidade.	52
GRÁFICO 10	Dados coletados das mulheres participantes da pesquisa para a variável Aspectos Sociais.	53
GRÁFICO 11	Dados coletados das mulheres participantes da pesquisa para a variável Aspectos Emocionais.	53
GRÁFICO 12	Dados coletados das mulheres participantes da pesquisa para a variável Saúde Mental.	53
GRÁFICO 13	Percentual das voluntárias que responderam ao ISSL em relação as fases de stress.	55
GRÁFICO 14	Percentual das voluntárias que apresentavam sintomas de stress, segundo dados coletados no ISSL.	55
GRÁFICO 15	Percentual dos sintomas de stress das voluntárias estudadas, segundo dados coletados no ISSL na Fase de Alerta.	56
GRÁFICO 16	Percentual dos sintomas de stress das voluntárias estudadas, segundo dados coletados no ISSL na Fase de Resistência.	56
GRÁFICO 17	Percentual dos sintomas de stress das voluntárias estudadas, segundo dados coletados no ISSL na Fase de Quase Exaustão.	57

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Estatísticas descritivas dos escores padronizados das voluntárias do estudo, por domínio do SF-36.	50
TABELA 2	Resultados obtidos no questionário SF-36 das voluntárias participantes da pesquisa na questão capacidade funcional.	78
TABELA 3	Resultados obtidos no questionário SF-36 das voluntárias participantes da pesquisa na questão aspectos físicos.	78
TABELA 4	Resultados obtidos no questionário SF-36 das voluntárias participantes da pesquisa na questão dor.	79
TABELA 5	Resultados obtidos no questionário SF-36 das voluntárias participantes da pesquisa na questão estado geral de saúde.	79
TABELA 6	Resultados obtidos no questionário SF-36 das voluntárias participantes da pesquisa na questão vitalidade.	80
TABELA 7	Resultados obtidos no questionário SF-36 das voluntárias participantes da pesquisa na questão aspectos sociais.	80
TABELA 8	Resultados obtidos no questionário SF-36 das voluntárias participantes da pesquisa na questão aspectos emocionais.	81
TABELA 9	Resultados obtidos no questionário SF-36 das voluntárias participantes da pesquisa na questão saúde mental.	81
TABELA 10	Resultado obtido no ISSL da voluntária 1 que nos mostra: Não tem stress.	82
TABELA 11	Resultado obtido no ISSL da voluntária 2 que nos mostra: Tem stress/ Fase de Resistência/ Predominância de sintomas psicológicos.	82
TABELA 12	Resultado obtido no ISSL da voluntária 3 que nos mostra: Tem stress/ Fase de Quase-exaustão/ Predominância de sintomas físicos.	82
TABELA 13	Resultado obtido no ISSL da voluntária 4 que nos mostra: Não tem stress.	82
TABELA 14	Resultado obtido no ISSL da voluntária 5 que nos mostra: Não tem stress.	83
TABELA 15	Resultado obtido no ISSL da voluntária 6 que nos mostra: Não tem stress.	83

TABELA 16	Resultado obtido no ISSL da voluntária 7 que nos mostra: Tem stress/ Fase de Resistência/ Predominância de sintomas físicos.	83
TABELA 17	Resultado obtido no ISSL da voluntária 8 que nos mostra: Não tem stress.	83
TABELA 18	Resultado obtido no ISSL da voluntária 9 que nos mostra: Tem stress/ Fase de Quase-exaustão/ Predominância de sintomas psicológicos.	84
TABELA 19	Resultado obtido no ISSL da voluntária 10 que nos mostra: Tem stress/ Fase de Resistência/ Predominância de sintomas físicos e psicológicos.	84
TABELA 20	Resultado obtido no ISSL da voluntária 11 que nos mostra: Não tem stress.	84
TABELA 21	Resultado obtido no ISSL da voluntária 12 que nos mostra: Tem stress/ Fase de Alerta/ Predominância de sintomas psicológicos.	84
TABELA 22	Resultado obtido no ISSL da voluntária 13 que nos mostra: Tem stress/ Fase de Resistência/ Predominância de sintomas psicológicos.	85
TABELA 23	Resultado obtido no ISSL da voluntária 14 que nos mostra: Tem stress/ Fase de Resistência/ Predominância de sintomas psicológicos.	85
TABELA 24	Resultado obtido no ISSL da voluntária 15 que nos mostra: Tem stress/ Fase de Resistência/ Predominância de sintomas psicológicos.	85
TABELA 25	Resultado obtido no ISSL da voluntária 16 que nos mostra: Tem stress/ Fase de Resistência/ Predominância de sintomas psicológicos.	85
TABELA 26	Resultado obtido no ISSL da voluntária 17 que nos mostra: Tem stress/ Fase de Resistência/ Predominância de sintomas psicológicos.	86
TABELA 27	Resultado obtido no ISSL da voluntária 18 que nos mostra: Não tem stress.	86
TABELA 28	Resultado obtido no ISSL da voluntária 19 que nos mostra: Tem stress/ Fase de Alerta/ Predominância de sintomas físicos.	86
TABELA 29	Resultado obtido no ISSL da voluntária 20 que nos mostra: Tem stress/ Fase de Resistência/ Predominância de sintomas físicos.	86
TABELA 30	Resultado obtido no ISSL da voluntária 21 que nos mostra: Não tem stress.	87

TABELA 31	Resultado obtido no ISSL da voluntária 22 que nos mostra: Tem stress/ Fase de Resistência/ Predominância de sintomas psicológicos.	87
TABELA 32	Resultado obtido no ISSL da voluntária 23 que nos mostra: Tem stress/ Fase de Resistência/ Predominância de sintomas psicológicos.	87
TABELA 33	Resultado obtido no ISSL da voluntária 24 que nos mostra: Tem stress/ Fase de Resistência/ Predominância de sintomas físicos e psicológicos.	87
TABELA 34	Resultado obtido no ISSL da voluntária 25 que nos mostra: Tem stress/ Fase de Resistência/ Predominância de sintomas psicológicos.	88
TABELA 35	Resultado obtido no ISSL da voluntária 26 que nos mostra: Não tem stress.	88
TABELA 36	Resultado obtido no ISSL da voluntária 27 que nos mostra: Tem stress/ Fase de Quase-exaustão/ Predominância de sintomas psicológicos.	88
TABELA 37	Resultado obtido no ISSL da voluntária 28 que nos mostra: Tem stress/ Fase de Quase-Exaustão/ Predominância de sintomas físicos.	88
TABELA 38	Resultado obtido no ISSL da voluntária 29 que nos mostra: Não tem stress.	89
TABELA 39	Resultado obtido no ISSL da voluntária 30 que nos mostra: Tem stress/ Fase de Alerta/ Predominância de sintomas psicológicos.	89

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AAM	Ambulatório de Assistência à Mulher
ATM	Articulação Temporomandibular
CECOM	Centro de Saúde da Comunidade
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CSS	Coordenadoria de Serviços Sociais
DTM	Disfunção da Articulação Temporomandibular
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IASP	International Association for the Study of Pain
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
ISSL	Inventário de Sintomas de Stress de Lipp
OA	Osteoartrose/ Osteoartrite
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
QQV SF-36	Questionário de Qualidade de Vida SF-36
QV	Qualidade de Vida
SAG	Síndrome Geral de Adaptação
SNA	Sistema Nervoso Autônomo
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
WHOQOL	World Health Organization to Access Quality of Life

SUMÁRIO

	PÁG.
1. INTRODUÇÃO	17
2. REVISÃO DA LITERATURA	19
2.1 ENVELHECIMENTO E MENOPAUSA	19
2.2 DISFUNÇÃO DA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E DOR	21
2.3 QUALIDADE DE VIDA E STRESS	30
3. OBJETIVOS	39
4. SUJEITOS E MÉTODOS	41
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	41
4.2 PLANEJAMENTO EXPERIMENTAL	41
4.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	42
4.4 ASPECTOS ÉTICOS	42
4.5 METODOLOGIA: QUESTIONÁRIOS APLICADOS	43
4.5.1 FICHA DE ANAMNESE	43
4.5.2 QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA SF-36	43
4.5.3 INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE STRESS DE LIPP	44
4.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA	45
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
5.1 ANÁLISE DA FICHA DE ANAMNESE	47
5.2 ANÁLISE DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA SF-36	49
5.3 ANÁLISE DO INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE STRESS DE LIPP	54
6. CONCLUSÕES	61
7. REFERÊNCIAS	63
8. APÊNDICES	69
8.1 APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	69
8.2 APÊNDICE 2 - FICHA DE ANAMNESE	70
8.3 APÊNDICE 3 - QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA SF-36	72
8.4 APÊNDICE 4 - INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE STRESS DE LIPP	76
8.5 APÊNDICE 5 - RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA SF-36	78
8.6 APÊNDICE 6 - RESULTADOS DO INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE STRESS DE LIPP	82
9. ANEXOS	91
9.1 ANEXO 1 - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	91
9.2 ANEXO 2 - CARTA DE RECEBIMENTO DO ARTIGO	92
9.3 ANEXO 3 - INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE STRESS DE LIPP. TABELAS DE CÁLCULOS	93

1. INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida no Brasil, tem ocorrido devido a redução da mortalidade na população idosa, que aproxima-se àquela dos países desenvolvidos. A mortalidade infantil, apesar de ainda muito alta, influencia na expectativa de vida e aqueles que sobrevivem às más condições de vida na infância têm uma esperança de sobrevida mais elevada nos anos que se seguem. Isto resulta em que existam poucas diferenças entre pessoas ricas e pobres no que diz respeito a essa sobrevida (CAMARANO, 2006). Segundo dados do IBGE (2007) em 2020, os idosos chegarão a 25 milhões de pessoas representando 11,4 % da população – 15 milhões de mulheres – numa população de 219,1 milhões. Devido às sucessivas quedas das taxas de fecundidade e à diminuição gradativa das taxas de mortalidade registradas nas últimas décadas, estudos mostram que é irreversível o envelhecimento da população brasileira.

A transição demográfica trouxe alterações nos padrões de saúde em todas as sociedades e com essas transformações, mostrou a importância de medir o impacto que as doenças crônicas têm nos indivíduos. Com o aumento da longevidade, devido ao desenvolvimento sócio-econômico e a evolução das ciências médicas e sociais, o perfil da morbimortalidade mudou e houve uma elevação considerável da prevalência de doenças crônicas. Para os portadores de afecções crônicas o principal objetivo passou a ser o seu controle, inclusive dos sintomas desagradáveis impedindo seqüelas e complicações que seriam responsáveis pela incapacidade, dependência, perda de autonomia, necessidade de cuidados de longa duração e institucionalização.

A ocorrência de doenças é um fenômeno que suscita grande interesse e necessidade na identificação de seus fatores ou mecanismos causais (MEDRONHO et al, 2004). A saúde e a doença estão intimamente relacionadas com as condições em que as pessoas vivem e produzem no interior da sociedade. Isto significa que os indivíduos relacionam-se entre si e com a natureza de modos particulares, de acordo com circunstâncias históricas determinadas. Por isso, o perfil patológico de uma determinada sociedade é mutável no tempo e varia dependendo da maneira com que as pessoas e os grupos de pessoas, se relacionam de região para região – urbana ou rural – e, também, pelas diferentes formas de consumo, quer de produtos, quer de serviços (ARAÚJO, 2000).

A temática da QV, stress, menopausa, dor e as DTMs, será abordada em nossa pesquisa pois com o envelhecimento, especialmente das mulheres, as doenças de evolução crônica serão freqüentes, dentre as quais as doenças ósteo-musculares e articulares.

A DTM é um termo que inclui vários problemas clínicos envolvendo os músculos da mastigação e/ou a ATM segundo Okeson (1998). Considerando que DTM é uma alteração comum e que é responsável por sofrimento, o stress e a QV tornam-se elementos de grande importância a serem pesquisados.

Os estudos encontrados sobre DTM relatam maior incidência em mulheres jovens (dos 20 aos 40 anos), mas principalmente em idades acima dos 35 anos, devido às alterações hormonais importantes que se iniciam nesta fase e perduram até a pós menopausa. Dessa forma, devido a grande procura para tratamento de mulheres com idade acima de 40 anos, no ambulatório de fisioterapia CECOM/ UNICAMP, despertou –me o interesse em estudar a população com menopausa e DTM.

Para a viabilização deste, realizamos uma revisão de literatura com tópicos sobre Envelhecimento e Menopausa; DTM e Dor; QV e Stress que serão abordados a seguir.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Envelhecimento e Menopausa

Desde o início da civilização o processo de envelhecimento e suas conseqüências são preocupações da humanidade. Sabiamente, o grego Aristóteles afirmou que a velhice não deveria ser entendida como doença, pois não é algo contrário à natureza. Modernamente, o envelhecimento humano é definido como um processo gradual, universal e irreversível, que acelera na maturidade e que provoca uma perda da adaptabilidade e deficiência funcional (NAHAS, 2003; SPIRDUSO, 2005).

A literatura relata que se o envelhecimento for acompanhado de autonomia e independência, boa saúde física, e adequado desempenho de papéis sociais, com o idoso permanecendo ativo e desfrutando de significado social, a QV pode ser considerada boa; mas se os anos vividos forem marcados por doenças, declínio funcional, aumento da dependência, perda da autonomia, isolamento social e depressão pode ser um sofrimento para as pessoas e suas famílias. O desafio proposto às sociedades é conseguir uma sobrevida cada vez maior e com uma QV cada vez melhor, para que os anos vividos na idade avançada sejam cheios de significado e dignidade.

Uma das certezas da vida, talvez a única, é que a cada dia todo mundo envelhece. O momento é diferente para cada um e todos nós envelhecemos de formas diferentes. De todas as dimensões humanas, a física é normalmente a primeira a nos convencer de que estamos envelhecendo, pois nos afeta cognitiva, psicológica e socialmente. No processo de envelhecimento a pessoa necessita de atenção abrangente à saúde, não somente do controle de doenças, mas principalmente de bem-estar físico, psíquico e social (PASCHOAL, 2006).

Papaléo Netto (2006), admite haver a possibilidade de se identificar fases no desenvolvimento dos seres humanos, um exemplo na vida da mulher é a menarca como marcador do início da puberdade. Dentre as modificações biológicas observadas, em outra fase e que demonstra transição, a mais investigada nos dias atuais é a menopausa (CRUZ, 2002), confirmada a partir de 12 meses consecutivos sem menstruação ou após a remoção dos ovários, nesse caso denominada de menopausa cirúrgica (FREITAS & PIMENTA, 2002). Segundo a literatura, as mulheres ao

atingirem maior expectativa de vida, estarão expostas por períodos mais longos a transformações corporais, psicológicas e sociais que trarão perturbações, na sua relação com o mundo sendo que essa nova fase é cheia de dúvidas e medos eventuais, viuvez, solidão, e a uma maior incidência de doenças crônicas-degenerativas (BASSIT, 2006).

Nesta fase a mulher experimenta uma das mais inevitáveis conseqüências do envelhecimento (após a instalação da menopausa): a depleção dos folículos ovarianos com conseqüente falência funcional dos ovários. O declínio funcional dos ovários ocorre de forma gradativa dos 35 aos 65 anos. Raramente os ciclos menstruais são interrompidos abruptamente, existe a flutuação hormonal com irregularidades dos ciclos. Apesar da grande evolução científica nesta área, a menopausa ainda tem uma imagem negativa, ligando esta fase a preconceitos ocasionando angústia, ansiedade e depressão (FREITAS & PIMENTA, 2002).

Essa finalização na produção do hormônio progesterona e diminuição da produção do hormônio estrógeno ocasionará alterações nos sistemas: circulatório, ósteo-muscular e nervoso, além de alterações psíquicas. Na medida em que a mulher passa da fase fértil para a infértil (chamada de climatério) ocorrerão algumas transformações com o início dos sintomas mais comuns que são: fogachos, insônia, alterações na textura da pele, modificações na mucosa vaginal, depressão e osteoporose (GÜNTHER, KOHLRAUSCH, TEIRICH-LEUBE, 1988; HALBE, 2000).

Segundo Forti (1993), os sinais e sintomas da menopausa são evidentes em 75 a 85% das mulheres, e estes se dividem em 3 grupos:

- 1) alterações degenerativas: entre elas temos a atrofia vaginal, vaginite senil, atrofia de pele e mamas e a osteoartrose;
- 2) distúrbios neuropsicológicos: dores de cabeça, insônia, alterações de comportamento, depressão e fadiga;
- 3) alterações do SNA: fogachos, suor intenso, palpitação e precordialgia. A autora relata que considera o fator psicológico grande contribuinte para diversas alterações autonômicas nas mulheres.

Para o bom estado geral da mulher é decisivo o equilíbrio hormonal. No sistema endócrino existe uma dependência entre as glândulas que produzem hormônios. Citando como exemplo o hormônio luteinizante, produzido pela hipófise (glândula pituitária), responsável pela maturação das glândulas reprodutivas e liberação de hormônios sexuais (estrogênio e progesterona) pelo ovário. Com o avançar da idade

a mulher tem diminuída a resposta dos ovários ao estímulo da hipófise e conseqüentemente, os ovários secretam quantidades cada vez menores de estrogênio e de progesterona (MERCK, 1990; LOBO, 1994).

Embora na menopausa exista um conjunto de mudanças fisiológicas, é de grande importância dar atenção às alterações da DTM. Dessa forma, faremos a seguir uma abordagem minuciosa sobre a DTM, relatando o que ocorre com as pessoas que são acometidas por essa disfunção.

2.2 Disfunção da Articulação Temporomandibular e Dor

Anatomicamente a ATM é uma articulação complexa, com um disco articular que divide completamente o espaço articular em compartimentos superior e inferior. O disco articular é uma estrutura firme, mas flexível e muda sua forma e a posição relativamente ao movimento mandibular movendo-se com o côndilo. O disco se funde à cápsula articular, em volta de sua periferia, e é independentemente ligado ao côndilo em seus pólos medial e lateral. A área central do disco, às vezes chamada de zona intermediária, é mais fina do que a sua periferia. Os côndilos direito e esquerdo são parte da mesma mandíbula móvel, a ATM de um lado não pode funcionar sem o movimento da articulação contralateral. A ATM humana adulta não é uma estrutura imutável. Como acontece em outras articulações sinoviais, ela é capaz de se adaptar a pressões biomecânicas e, talvez, a exigências metabólicas. Não se pode ter certeza de que a ATM se adapte à todas as situações funcionais, disfuncionais ou terapêuticas. Essa adaptação é lenta e não necessariamente previsível. (MOHL, 1989).

Esse autor relata que, é uma articulação sinovial que se move livremente entre o côndilo da mandíbula e o osso temporal na fossa glenóide (ou fossa mandibular). A cápsula articular, como em qualquer articulação sinovial, define os limites anatômicos e funcionais da ATM e o revestimento sinovial não cobre o côndilo. A função da membrana sinovial é produzir o líquido que lubrifica e diminui a fricção dentro da articulação, também participando na nutrição dos tecidos articulares (figura 1).

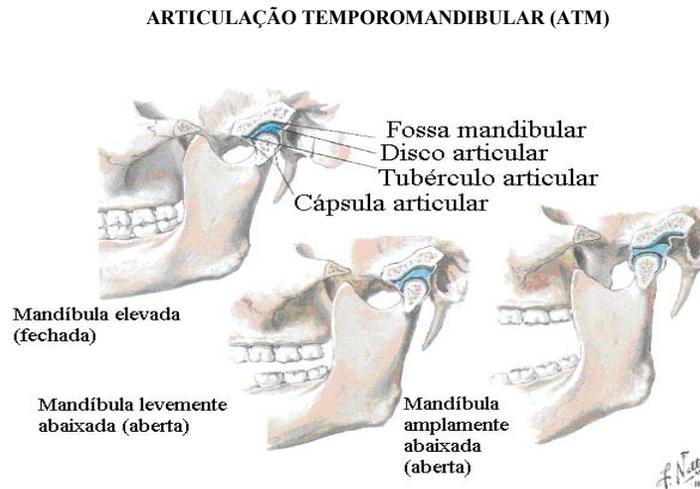


Figura 1: Boca fechada e aberta (ATM) com o côndilo sendo acompanhado pelo movimento do disco (Modificado: NETTER F. H.; 2003; lâmina 14).

A amplitude de movimento das articulações é afetada pelo tempo e desuso. Os ossos estão ligados por ligamentos, tendões, tecido conectivo e, em alguns casos, por fixação direta dos músculos nos ossos. Um liso revestimento elástico de cartilagem hialina cobre as extremidades dos ossos para que eles possam mover-se com um atrito relativamente pequeno e também absorver o impacto da ação muscular ou de forças externas, entre eles. Dentro do espaço intra-articular existe uma membrana sinovial que contém líquido sinovial, o qual banha a cartilagem nas extremidades ósseas, mantendo-a macia e adaptável. Esta membrana contém terminações nervosas que sinalizam a dor quando ocorrem agressões. A cápsula articular circunda os ossos da articulação para ajudar a mantê-los unidos.

Os músculos proporcionam a principal força motora para todas as ações no corpo (McCALL JR, 1989). O músculo cardíaco bombeia sangue, os músculos dos membros inferiores proporcionam locomoção e os músculos dos maxilares produzem a mastigação. Os músculos masseter e temporal têm uma velocidade de contração entre as mais rápidas do corpo.

A seguir descreveremos os músculos da mastigação (vista lateral) de fechamento e abertura da mandíbula, músculos do pescoço (vista anterior e lateral) e soalho da cavidade oral (vista póstero-superior), nas figuras 2 (A e B), 3, 4 e 5:

Músculos de fechamento da mandíbula:

- **Masseter:** tem 2 porções, uma porção superficial maior e uma muito menor e profunda. A função principal do masseter é fechar os maxilares. A porção profunda do masseter, por causa da orientação diferente de suas fibras também ajuda a retrair a mandíbula;
- **Temporal:** a função é fechar os maxilares; as fibras posteriores também ajudam a retrair a mandíbula e é posicionador da mandíbula durante a elevação;
- **Pterigoideo Medial:** é semelhante ao masseter superficial quanto à direção das fibras e esses 2 músculos funcionam sinergicamente para formar um “suspensório mandibular”. Elevador da mandíbula, mas não tão poderoso quanto o masseter.

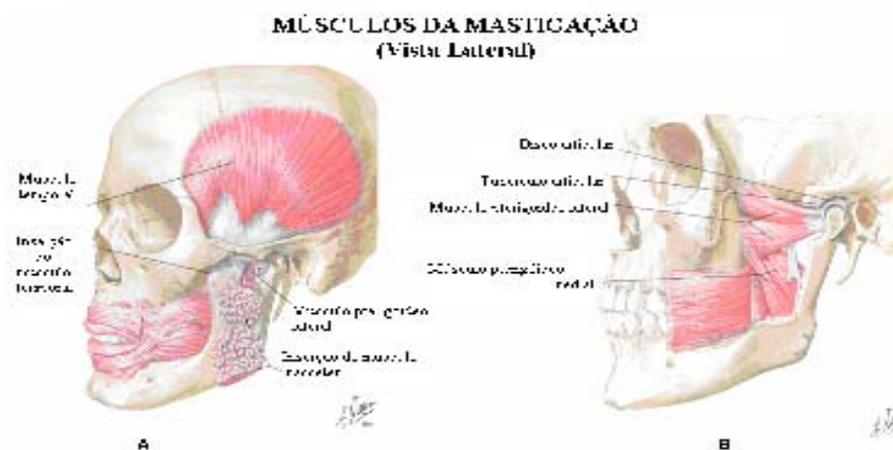


Figura 2: Músculos da mastigação (vista lateral): masseter, temporal e pterigoídeo lateral (A - lâmina 50); Pterigoídeo medial e pterigoídeo lateral (B - lâmina 51) (Modificado: NETTER, F.H., 2003).

Músculos de abertura da mandíbula:

- **Pterigoídeo lateral:** insere dentro da margem ântero-medial do disco articular. Abre e protui a mandíbula. Move a mandíbula para o lado oposto e limita o grau de retrusão condilar. O feixe inferior com o grupo supra-hioideo abre a mandíbula e o feixe

superior age com os músculos elevadores durante o fechamento ou apertamento mandibular;

- Digástrico anterior: é parte do grupo supra-hioideo. Ajuda a retrusão da mandíbula e também na abertura dos maxilares.

Outros grupos musculares:

- ♦ Grupo Cervical: trapézio, esternocleidomastóideo e escaleno. Função: estabilizar a cabeça durante a contração ativa dos músculos mastigatórios.
- ♦ Grupo Supra-hioideo: digástrico, milo-hioideo, estilo-hioideo e gênio-hioideo. A ação conjunta dos músculos supra-hioideo é levantar o osso hióide e a base da língua durante a deglutição e ajudar a abaixar a mandíbula durante a abertura da mandíbula. Durante a elevação da mandíbula, eles relaxam;

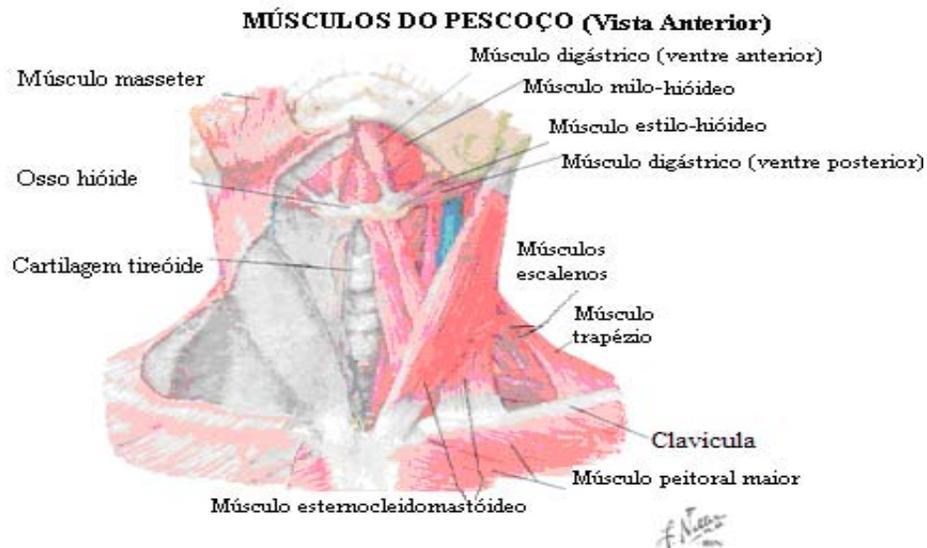


Figura 3: Músculos do pescoço (vista anterior): digástrico anterior e posterior, masseter, trapézio, escalenos, estilo-hioideo e milo-hioideo (Modificado: NETTER, F.H.; 2003; lâmina 24).

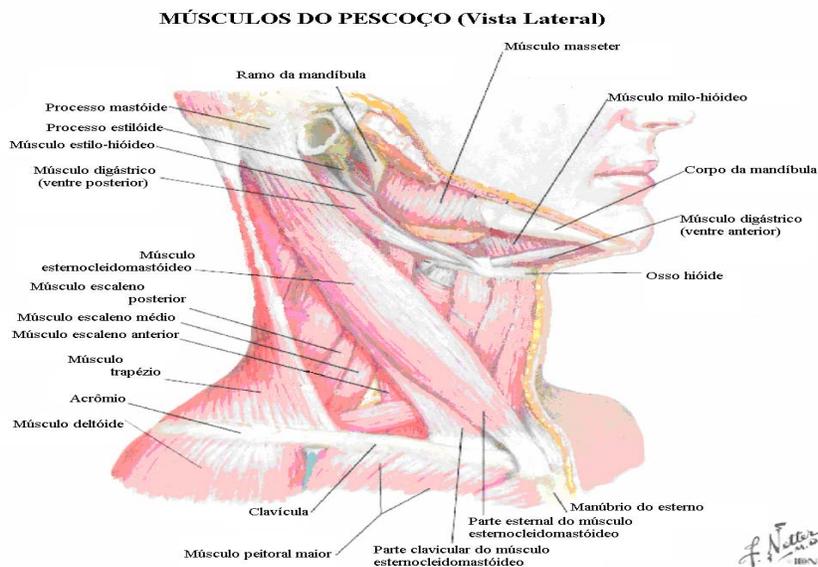


Figura 4: Músculos do pescoço (vista lateral): trapézio, esternocleidomastóideo, escaleno, masseter, milo-hioideo, estilo-hioideo, digástrico anterior e posterior (Modificado: NETTER, F.H.; 2003; lâmina 23).



Figura 5: Soalho da cavidade oral (vista pótero-superior): músculo gênio-hioideo (Modificado: NETTER, F.H.; 2003; lâmina 49).

A função da musculatura mandibular é puxar os côndilos firmemente contra o componente temporal da articulação. Os côndilos recebem carga em graus variáveis, dependendo da posição de contato oclusal e da quantidade e direção da contração da musculatura mandibular. A questão importante não é se a ATM recebe carga, mas em que grau, isto é, frequência, duração, magnitude, direção e localização de carga biomecânica dentro da articulação. A saúde da articulação depende, em grande

extensão, dessas forças e das respostas adaptativas dos tecidos articulares que as envolve (MOHL, 1989).

Nas DTMs, os sinais e sintomas mais comuns são: dor e sensibilidade na região dos músculos da mastigação e/ou das ATMs, ruídos nas ATMs durante os movimentos mandibulares e limitações dos movimentos mandibulares (ZARB & CARLSSON, 1989).

Os comportamentos chamados de parafunções orais como o bruxismo (ranger ou apertamento de dentes), morder os lábios, chupar o dedo e postura anormal da mandíbula, resultam em desgaste dental excessivo, dor muscular, condições articulares degenerativas, desarranjos do disco da ATM, cefaléia e hipertrofia muscular. A hiperatividade da musculatura através de parafunção pode resultar em mialgia, miosite, contrações espontâneas e trismo, podendo resultar numa alteração dos padrões de abertura e fechamento da boca e desvio lateral da mandíbula (RUGH & OHRBACH, 1989). Os autores relatam que o *bruxismo noturno* é um dos mais graves, leva ao desgaste dos dentes (primeiro os caninos superiores) e dor nos ligamentos e músculos mastigatórios. É considerado fator etiológico da dor e do estiramento muscular, fadiga ao acordar, descoordenação muscular, cefaléia por contratatura muscular (temporal), osteoartrose, crepitação, limitações dos movimentos mandibulares, estalido e do travamento da mandíbula. As parafunções diurnas são: *bruxismo diurno*, chupar dedo, morder lábios ou bochechas, roer unhas, mastigação unilateral, o uso de instrumentos musicais e apoiar a mandíbula na mão ao descansar, estudar e assistir televisão.

Essas parafunções diurnas podem afetar a dentição, o periodonto, os músculos mastigatórios e a ATM. Relatos de sensação de cansaço ou dor nos músculos masseter ou temporal, devido à contração muscular podem ser responsáveis por 90% das cefaléias. O bruxismo pode estar relacionado com eventos marcantes na vida ou com períodos emocional ou fisicamente difíceis. Os pacientes com bruxismo têm características de personalidade que aumentam seu nível geral de stress; geralmente são pessoas agressivas, hostis, ansiosas e hiperativas (RUGH & OHRBACH, 1989).

Kopp & Carlsson (1989) relatam que como outras articulações do corpo, a ATM pode ser afetada por uma grande variedade de doenças, tipo:

Doença articular degenerativa: OA, osteoartrite, artrose, artrite degenerativa que é uma doença não-inflamatória das articulações sinoviais, caracterizada por deterioração e abrasão do tecido mole articular, em sua superfície e por processos de remodelação simultâneos no osso subjacente. Ocorre a sinovite que é uma inflamação secundária, daí o termo osteoartrite. A frequência da OA na ATM aumenta com a idade e com frequência maior em mulheres. O fator etiológico é a sobrecarga mecânica da articulação, a ATM fica exposta à carga durante a função mastigatória. O bruxismo, a mastigação unilateral crônica, deformidade depois de trauma e defeitos congênitos também são fatores que predispõe a ATM e com possibilidade de desenvolver OA;

Artrite reumatóide: doença sistêmica do tecido conjuntivo de natureza inflamatória, é de curso lento e crônico, com destruição progressiva de cartilagem e osso e enfraquecimento dos músculos próximos. Resulta em uma articulação rígida e deformada. As mulheres são afetadas 3 vezes mais, tendo o seu início em torno dos 30 anos;

Doença articular traumática: a artrite traumática é uma resposta inflamatória ao trauma externo excessivo nos tecidos articulares, a fratura pode ser um complicador. As forças direcionadas posteriormente resultam em compressão das partes posteriores, altamente inervadas e vascularizadas do disco e da cápsula. Pode romper a cápsula e afrouxar os ligamentos. A resposta inflamatória vem logo após o trauma e é caracterizada pela permeabilidade vascular aumentada que leva ao edema com efusão articular. Limitação de movimento e tumefação da articulação comumente unilaterais, deslocamento da mandíbula para o lado contralateral e a oclusão não está ajustada;

Desarranjo interno. alterações na relação normal disco-côndilo. O disco pode ter deslocado anterior ou posteriormente em relação ao côndilo causando dor e distúrbios funcionais. O deslocamento anterior é o mais comum, podendo ser agudo por trauma, acidente, intubação ou extração de um dente, ou crônico através do desenvolvimento gradual por microtraumas.

Com tantas mudanças nessa fase da vida e o stress presente no dia a dia das pessoas, o indivíduo que apresenta sintomas de dor, terá um fator estressante a mais além das preocupações e dos problemas.

Segundo Dohrenbusch et al (1997) *apud* Arantes & Vieira (2002), o stress desencadeia ou piora sintomatologia dolorosa de diversas doenças. Nas cefaléias tensionais o stress provoca excesso de contração muscular cervical ou vasoconstrição prolongada. Quando há relação com stress os músculos faciais, cervicais e do pescoço

ficam tensos. Os sintomas são exacerbados pela mastigação, bocejo ou fala (RUGH & OHRBACH, 1989; MOSQUERAS, 1998; ARANTES & VIEIRA, 2002).

Segundo Ohrbach (2000), as queixas mais comuns de DTM são: dor na área facial ou pré-auricular; disfunção mastigatória ou sintomas nas áreas associadas, como cefaléia, vertigem ou dor de ouvido. Os problemas da articulação podem se manifestar no ouvido porque o movimento do disco articular faz com que o martelo, a bigorna, o estribo e a membrana timpânica se movam (MOHL, 1989).

A conceituação de dor definida pela IASP (1979) é que ela é subjetiva e, portanto cada indivíduo aprende a identificar o desconforto através de suas experiências traumáticas. Seja fugaz ou constante, a dor coloca em prova não somente o corpo, mas também o equilíbrio psicológico de quem sofre, pois sua intensidade pode variar dentro de um espectro que vai desde um desconforto leve até uma agonia insuportável, e sua duração pode ser breve ou perene. Kaplan, Sadock, Grebb (1997) também abordam a dor como manifestação basicamente subjetiva, não se tratando apenas de uma condição estímulo-resposta, e salientam que inúmeros fatores podem exacerbar o seu comportamento, modificando as percepções e sensações dolorosas, sendo então a dor considerada um fenômeno complexo, englobando fatores físicos, psíquicos, cognitivos, sociais e culturais, sua percepção, desenvolvimento e manutenção.

A dor é um sinal de alerta para proteger o corpo de danos nos tecidos e sua função, ao contrário da maioria das modalidades sensoriais, é essencial para a sobrevivência. É uma experiência sensorial que sofre influências da atenção, da expectativa, do aprendizado, da ansiedade, do temor e da distração (MERSKY, 1986).

A dor crônica é uma complexa síntese de fatores biológicos, psicológicos e comportamentais e pode ser provocada pela persistência das alterações patológicas somáticas dos tecidos, pela prolongada disfunção do sistema nervoso central e pelas inadvertidas alterações psicológicas e ambientais (CAILLIET, 1999).

Para Castro et al (2003), a dor aguda é agravada pela ansiedade, o que não se manifesta na dor crônica. Os pacientes com dor crônica parecem mais deprimidos, com sintomas de perturbações de sono, redução da energia, dificuldade de concentração e irritabilidade. Deve-se ter atenção não só nos aspectos físicos, mas também nos emocionais e cognitivos da dor. A análise das expectativas do paciente, sua cultura, idade, sexo, estilo de vida e história pessoal interferem na sua percepção da dor.

Segundo o autor, a dor, como qualquer outra sensação tem para os organismos vivos uma função de adaptação. Assim a dor aguda serve como alerta, indicando que alguma coisa está errada com o indivíduo. Já a crônica, decorrente de estímulo contínuo, causa sofrimento e incapacidade. A dor crônica está geralmente associada a queixas de diminuição de sono, redução de atividade, perda de energia e diminuição da capacidade de concentração. É um problema de saúde pública significativo e frustrante para qualquer pessoa afetada.

Teixeira & Figueiró (2001) relatam que a dor é um dos maiores flagelos que acometem a natureza. É uma das principais causas de sofrimento, incapacidades e inabilidades e de imensuráveis repercussões psicossociais e econômicas. Indivíduos com dor tornam-se um enorme problema para si e para a sociedade, comprometem suas atividades habituais e limitam-se para as atividades recreacionais e relações sociais. Devido à dor, 60% dos indivíduos tornam-se total ou parcialmente incapacitados, transitória ou permanentemente (JAMES, LARGE, BUSHINELL, 1991).

A ansiedade, a depressão, a dor crônica e crenças do paciente estão associadas com a DTM e por isso é importante o papel dos fatores psicológicos e comportamentais para o tratamento. Uma grande porcentagem (80 a 90%) da população adulta desenvolve um sinal de DTM em algum momento da vida (RUGH & DAHLSTRÖM, 2000).

Na DTM, o indivíduo com dor necessita de tratamento multidirecional, enfocando os aspectos estruturais, funcionais e psicogênicos (DeBOEVER & CARLSSON, 2000). Sabemos através da literatura que as doenças e o stress podem acelerar os processos básicos no envelhecimento. Segundo Spirduso & Mackie (2005), viver com doenças crônicas múltiplas pode predispor que o indivíduo viva com uma baixa QV, sendo mais importante ter uma QV melhor do que uma quantidade vida maior sem uma boa QV.

2.3 Qualidade de Vida e Stress.

Segundo Whoqol Group (1995), a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e sistema de valor com os quais convive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações é uma definição de QV apresentada pela OMS (MINAYO, HARTZ, BUSS, 2000, p. 13).

O conceito de QV é diferente de pessoa para pessoa e tende a mudar ao longo da vida de cada um. Existe, porém, consenso em torno da idéia de que são múltiplos os fatores que determinam QV de pessoas e comunidades. A combinação desses fatores que moldam e diferenciam o cotidiano do ser humano, resulta numa série de fenômenos e situações que, abstratamente, podem ser chamados de QV. Em geral, associam-se a essa expressão fatores como: estado de saúde, longevidade, satisfação no trabalho, salário, lazer, relações familiares, disposição, prazer e até espiritualidade. Num sentido mais amplo, QV pode ser uma medida da própria dignidade humana, pois pressupõe o atendimento das necessidades humanas fundamentais (NAHAS, 2003).

QV sendo uma noção eminentemente humana tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto uma construção social com a marca de relatividade cultural (MINAYO, HARTZ, BUSS, 2000).

A QV engloba termos gerais (objetivos) ou individuais (subjetivos), com avaliação direcionada para cada característica em um grupo de pessoas, uma comunidade específica ou ainda em nível nacional (SPILKER, 1991), englobando educação, alimentação, saúde, saneamento básico, transporte, lazer, estilo de vida atual, experiências passadas, esperança no futuro, sonhos e ambições (CALMAN, 1984).

Segundo Minayo, Hartz, Buss (2000), os padrões e as concepções de QV têm pelo menos 3 fóruns de referência:

1. Histórico: uma sociedade específica tem um parâmetro de QV diferente da mesma sociedade em outra etapa histórica, dependendo de seu desenvolvimento econômico, social e tecnológico;
2. Cultural: valores e necessidades são construídos pelos povos, revelando suas tradições;

3. Estratificações ou classes sociais: a idéia de QV está relacionada ao bem-estar das camadas superiores.

A mensuração de elementos psicológicos, como: ansiedade, depressão e humor são muito mais difíceis do que a mensuração de funções fisiológicas. As mudanças físicas, mentais e sociais que acompanham o envelhecimento trazem consigo desafios ao controle emocional (SCHAIE & GEIWITZ, 1982 apud SPIRDUSO & MACKIE, 2005, p. 316).

Paschoal (2006) relata que o fenômeno QV possui várias dimensões incluindo pelo menos três: a física, a psicológica e a social, cada uma comportando vários aspectos. Destes aspectos, a saúde percebida e a capacidade funcional são variáveis importantes que devem ser avaliadas. Os estados crônico-degenerativos levam à incapacidade e a deterioração funcional. Estereótipos relacionados ao envelhecimento comprometem a possibilidade de uma QV melhor e as pessoas tendem a ignorar sintomas como tristeza, dor ou cansaço.

As doenças, mais freqüentes nesta fase, exigem períodos mais longos de recuperação. Os equilíbrios bioquímicos e eletrolíticos mudam com a idade, os processos gastrointestinais e metabólicos se tornam menos eficientes, a produção hormonal diminui e todos eles se combinam para influenciar a bioquímica refinada da função cerebral. É difícil para os indivíduos de qualquer idade enfrentar os desafios emocionais quando sua saúde está comprometida. Embora alguns indivíduos possam estar relativamente livres de doença sintomática, a perda de capacidade física e de habilidades pode ser emocionalmente traumática. Lidar com as mudanças físicas na aparência ou na função representa um fator de stress (SPIRDUSO & MACKIE, 2005).

A OMS por meio do Grupo de Qualidade de Vida, The Whoqol Group (1995), agregou vários cientistas do mundo todo para estruturar um protocolo internacional abordando a avaliação dos parâmetros da QV. Dentre os instrumentos que avaliam a QV, existe o WHOQOL-100, que é composto por 100 itens e está subdividido em 06 domínios: físico, psicológico, grau de independência, espiritualidade e crenças pessoais, relações sociais e meio ambiente. (MINAYO, HARTZ, BUSS, 2000).

Os autores relatam que vários instrumentos têm sido utilizados para a mensuração da QV, onde são geralmente empregados indicadores estatísticos para grupos sociais, que caracterizam o grau de QV ou desenvolvimento humano existente. O IDH, que foi elaborado pelo PNUD é talvez o mais conhecido, sendo um instrumento

que debate não só o desenvolvimento econômico, como também os aspectos de natureza social e cultural: expectativa de vida, índices de mortalidade e morbidade, níveis de escolaridade e alfabetização de adultos, renda per capita, nível de desemprego, desnutrição e obesidade.

Minayo, Hartz, Buss (2000) relatam que é importante examinar os valores não materiais da QV compondo sua concepção: amor, liberdade, solidariedade, realização pessoal, felicidade, noções de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva. O patamar material mínimo e universal da QV diz respeito à satisfação das necessidades mais elementares da vida humana: alimentação, acesso à água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer.

Para os autores, QV em saúde coloca sua centralidade na capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade. Os profissionais da área da saúde podem influenciar diretamente aliviando a dor, o mal-estar e as doenças, intervindo sobre os agravos que podem gerar desconfortos, evitando-os ou diminuindo as conseqüências dos mesmos ou das intervenções realizadas para diagnosticá-los ou tratá-los.

Outro instrumento que tem sido frequentemente utilizado para a avaliação da QV é o The Medical Outcomes Study short-form health survey (SF-36) (CICONELLI, 1997). Este questionário foi desenvolvido para medir a saúde funcional em médias e grandes populações (WARE & SHERBOURNE, 1992) sendo utilizado em serviços de saúde, testes clínicos, condições crônicas da população em geral e tratamentos clínicos de várias condições de saúde. Aborda aspectos físicos e mentais da QV, segundo o ponto de vista do respondente. Contém 8 dimensões sendo 4 associadas a componentes da saúde física: funções físicas, postura de vida, dor corporal e saúde geral e 4 da saúde mental: vitalidade, funções sociais, postura emocional e saúde mental (GONÇALVES & VILARTA, 2004).

A QV boa ou excelente é aquela que permite ao indivíduo a manifestação de sua individualidade (necessidades, aspirações e criatividade) em suas ações, de forma que possa obter prazer e autoconhecimento a partir de seu trabalho, lazer e relacionamentos; refere-se ao nível em que a realidade externa permite a manifestação interna do indivíduo. A manifestação de nossa subjetividade é limitada pela ordem social, causando constante quantidade de stress em nossas ações. Esse stress é inevitável e bem suportado pelo organismo, mas em excesso, causará doenças e sofrimento (TAVARES, 2004).

Segundo Arantes & Vieira (2002), na área da saúde, foi o médico Hans Selye (1946) o primeiro cientista a utilizar o termo *stress*, pois em seus atendimentos ambulatoriais, observava que um número grande de pessoas com doenças físicas relatavam sintomas comuns, e se perguntava, por que doenças com agentes etiológicos distintos produzem reações comportamentais semelhantes e ainda quanto mais sintomas psicológicos (angústias, agitação, tristeza) por mais tempo o indivíduo sofre e mais lenta é a melhora. Selye (1946) definiu stress como sendo “o resultado inespecífico de qualquer demanda sobre o corpo, seja de efeito mental ou somático, e “estressor”, como todo agente ou demanda que evoca reação de stress, seja de natureza física, mental ou emocional”. Observou que o stress produzia reações de defesa e adaptação frente ao agente estressor (GONZÁLEZ, 2001; VON BOREL, 2001).

Nahas (2003) relata que Selye (1956) referia-se ao stress com um processo de resposta do organismo ao ser submetido a estímulos que exigem adaptação buscando recuperar a homeostasia. Este equilíbrio se mantém graças ao efeito regulador dos sistemas hormonal e nervoso. Para se entender o que é stress, é preciso que se entenda o que é homeostase “o estado de equilíbrio dos vários sistemas do organismo entre si e do organismo como um todo com o meio-ambiente”. Frequentemente, este estado de equilíbrio é alterado por agentes estressantes, como um susto, a alegria de reencontrar alguém, o fracasso numa competição, a dor, o frio, o calor, ou o esforço físico. Estes estímulos provocam respostas orgânicas com alterações nervosas e bioquímicas que visam adaptar o organismo à situação de desequilíbrio funcional.

As respostas orgânicas diante do stress são as mesmas, independente se as ameaças são físicas ou de ordem mental, não sendo diferenciadas. Em stress o organismo responde com o aumento da frequência cardíaca e respiratória (para dar aporte sanguíneo para músculos e cérebro/ oxigênio para os órgãos), aumento da glicemia (para aumento da produção de energia para músculos e cérebro), liberação dos esfíncteres, aumento nos linfócitos (defesa para possíveis danos e aumento de fatores de coagulação caso tenha hemorragia). Outros sintomas devido à descarga de adrenalina são: sudorese e mãos frias para o controle da temperatura corporal, dor no estômago (aumento na produção de ácido), aperto na mandíbula, cefaléia e tensão muscular e dor. Todo o corpo altera-se diante de uma situação de stress, principalmente os sistemas nervoso, imune e endócrino (VIEIRA, 2002).

Com o stress, ocorre o aumento do cortisol que causa a diminuição da resposta imunológica, infertilidade, doenças ósteo-musculares, aumento da pressão arterial e diminuição do hormônio do crescimento (CARLSON, 2002).

Apesar de o stress ser concebido como nocivo, por ser desencadeado por emoções negativas, as emoções positivas também podem desencadeá-lo, dependendo da avaliação que o organismo faz (LIPP, 1996, 2003; VON BOREL, 2001).

Frankenhaeuser (1989) avalia o bom stress “Happy stress” como sendo as circunstâncias em que os estímulos do ambiente estão em equilíbrio com as capacidades pessoais de atravessar situações difíceis sem efeitos prejudiciais a saúde e o mau stress “Distress” como o stress negativo, aquele que aparece quando não tem escolha e deve-se aceitar uma grave situação (ARANTES & VIEIRA, 2002).

Segundo Sardá Jr, Legal, Jablonski Jr (2004), o indivíduo ao deparar com um evento qualquer recebe informações através dos órgãos sensoriais e esses estímulos dirigem-se ao encéfalo sendo traduzidos em percepções. A interpretação depende das suas experiências anteriores, do contexto em que ocorre o evento e das características da personalidade.

A saúde é um dos atributos mais preciosos dos indivíduos. Mesmo assim, a maioria das pessoas só pensa em manter ou melhorar a saúde quando esta se acha ameaçada mais seriamente e os sintomas de doenças são evidentes. Os estilos de vida (conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas) podem colocar em risco a saúde. O stress é, geralmente, decorrente do estilo de vida que adotamos e da forma como enfrentamos as adversidades. Talvez não sejamos capazes de eliminar as situações de stress, mas podemos mudar as maneiras de responder a essas situações (NAHAS, 2003).

O stress não é apenas uma reação, mas sim um processo, pois se trata de reações com função de manutenção da vida do organismo (ROCHA, 2002).

Arantes & Vieira (2002) relatam em seu livro que Selye (1956) a partir de suas observações descreveu a SAG, que pode ser entendida como “o conjunto de todas as reações gerais do organismo que acompanham a exposição prolongada do estressor”. Trata-se de uma síndrome geral, porque é provocada por agentes que afetam grandes porções do corpo, causando uma defesa generalizada, e sistêmica, ajudando na busca e na manutenção de um estado de equilíbrio, portanto é de adaptação.

Segundo os autores Van Der Kar, Richardson-Morton, Rittenhouse (1991) e Allegretti (2006), Selye (1946) dividiu o stress em um modelo trifásico:

- ◆ 1ª - Fase de Alarme: o indivíduo tem uma resposta inicial de luta ou de fuga ao estressor, como comportamento de adaptação. Reconhece-se uma situação de reação saudável ao stress, possibilitando ao retorno do equilíbrio após a experiência estressante. Essa fase é caracterizada por alguns sintomas: aumento da frequência cardíaca, tensão muscular, cefaléia, sensação de esgotamento e insônia;
- ◆ 2ª - Fase de Resistência: se o estímulo estressor não foi eliminado da fase de alerta, o organismo altera seus parâmetros de normalidade e passa para a segunda fase. Nessa fase, ocorre os sintomas psicossociais: ansiedade, medo, isolamento social, oscilação do apetite, diminuição da libido e cansaço. Quanto maior o esforço em se restabelecer, maior o desgaste;
- ◆ 3ª - Fase de Exaustão: Mantida a situação de stress virá a terceira fase. Com a quebra da resistência e com o organismo extenuado, surgirão as doenças orgânicas. Os sintomas são de maior magnitude.

Embora Selye (1946) tenha identificado três fases do stress, Lipp & Guevara (1994) em suas pesquisas identificaram uma outra fase, chamada de quase-exaustão, que se encontra entre a fase de resistência e a de exaustão. Essa fase caracteriza-se por um enfraquecimento da pessoa que não está conseguindo adaptar-se ou resistir ao estressor. Devido à necessidade e a importância em se avaliar o stress foram desenvolvidos vários métodos de avaliação psicológica. São utilizados questionários validados para avaliar ansiedade, depressão, sinais e sintomas de stress (LEVENSTEIN et al, 1993; LIPP, 2001).

Segundo Lipp (1996), com o fator estressor mantido e sem tratamento especializado, de acordo com as características pessoais, existe o risco de ocorrer infarto, acidente vascular cerebral, dentre outras doenças. Não seria o stress a causa, mas ele propicia o desencadeamento de doenças para os indivíduos com predisposição ou, ao reduzir a defesa imunológica, ele abre espaço para que doenças oportunistas apareçam.

Selye (1956), relata que o stress sendo resultado dos agentes agressores, refere às conseqüências mentais ou psíquicas sobre a saúde das pessoas. A ação dos estressores pode ser pontual ou permanente, ter um período de latência antes que apareçam os sintomas da doença. A latência pode durar horas (afogamento ou queimadura), meses ou anos como é o caso das doenças auto-imunes. O stress é percebido, por um espaço de tempo, pelo indivíduo que põe em jogo defesas mentais. A

vida psíquica individual pode se desorganizar correndo o risco de somatização, conforme o estado da estrutura psíquica e da condição somática e do contexto social (ARANTES & VIEIRA, 2002).

O stress prejudica o funcionamento do sistema imune, reduzindo a capacidade orgânica de resistir a agentes patogênicos. Sob stress os indivíduos não engajam comportamentos saudáveis e a avaliação cognitiva pode afetar a vulnerabilidade a algumas doenças (CRUZ, GUILLIANI, PEIXOTO, 2004).

Atualmente aproximadamente 50% dos indivíduos doentes sofrem de problemas relacionados ao stress (LIPP, 1996).

Nahas (2003) relata em seu livro que Selye (1956) acreditava que cada pessoa traz consigo uma certa capacidade de resistir ao stress. Chamou esta capacidade de energia de adaptação e, pode-se treinar o organismo para desenvolver tal energia e enfrentar melhor as situações de stress. Dessa forma, stress é, portanto, um aspecto natural da própria vida. A cada dia enfrentamos conflitos, situações que exigem decisões, responsabilidades e obrigações que não se pode ignorar. Os estímulos internos ou do meio-ambiente capazes de alterar a homeostase representam as fontes de stress, referidas como agudas, quando ocorrem num certo momento, e crônicas, quando atuam sobre o organismo por um tempo prolongado, de forma contínua ou repetitiva.

Os agentes estressantes também podem ser classificados como físicos, químicos e biológicos ou psicossociais. Os físicos, químicos e biológicos, provêm do meio-ambiente e incluem: luz, calor, frio, som, odor, fumaça, drogas em geral, agentes infecciosos, lesões corporais, radiação e esforços físicos. Já os psicossociais incluem todos os eventos que podem alterar o curso de nossas vidas, tanto positiva como negativamente, os exemplos podem ser: a morte de um parente próximo; a separação; o encarceramento; o casamento; a aposentadoria; os problemas no trabalho; a perda do emprego; as provas escolares; as férias ou mudanças de hábitos (NAHAS, 2003).

Desde uma perspectiva evolucionária, as respostas fisiológicas ao stress foram adaptativas, permitindo os aumentos rápidos de energia necessários para escapar de animais selvagens ou de outros desastres ambientais iminentes. Contudo, essas respostas não são muito úteis para adaptar-se ao stress dos estressores psicossociais. Wolfolk & Richardson (1978) apud Spirduso & Makie (2005) sugeriram três formas de enfrentar o stress: alterar o ambiente, mudar suas opiniões e enfraquecer a conexão entre os pensamentos que causam stress e a excitação física, utilizando métodos de meditação, relaxamento progressivo ou exercício físico.

Diante dessas constatações, torna-se importante num mundo em que as necessidades de adaptação não cessam, cada vez mais implementarmos pesquisas com o objetivo de estudar a relação QV, adaptação ao stress e doenças em diferentes populações.

3. OBJETIVOS

Objetivo Geral: Analisar a QV e os sintomas de stress em mulheres menopausadas com DTM.

Objetivos Específicos:

1. Identificar se existe QV alterada nas mulheres menopausadas com DTM;
2. Identificar que domínio da QV está alterado;
3. Identificar se as mulheres menopausadas diagnosticadas com DTM estão ou não com stress;
4. Identificar em qual fase do stress elas se encontram e quais sintomas de stress apresentam.

4. SUJEITOS E MÉTODOS

4.1 Caracterização da Amostra

Participaram da pesquisa 30 mulheres voluntárias com idade entre 38 e 65 anos, funcionárias e alunas de graduação e pós-graduação das diversas unidades da UNICAMP e que eram atendidas pelo sistema de saúde CSS/CECOM/UNICAMP, estavam na menopausa clinicamente comprovada (natural e/ou cirúrgica), 12 meses sem menstruações, e que apresentavam DTM.

4.2 Planejamento Experimental

Foram contatadas para a entrevista 286 mulheres voluntárias frequentadoras do CSS/CECOM/UNICAMP. Desse total, 178 eram advindas do setor de ODONTOLOGIA/CECOM e 108 mulheres do AAM/CECOM.

Das 178 mulheres do setor de ODONTOLOGIA/CECOM, na primeira entrevista 02 mulheres foram eliminadas, pois não estavam na menopausa e não possuíam DTM. Em um segundo momento, 149 foram retiradas da pesquisa, pois 139 apesar de apresentarem DTM, não estavam na menopausa; 08 estavam na menopausa mas não apresentavam quadro de DTM e 02 não quiseram participar. Finalmente 27 voluntárias foram agendadas para avaliação e entrevista sendo que desse total: 24 compareceram, 02 faltaram e 01 desmarcou sem querer novo agendamento.

Do AAM/CECOM (108 voluntárias): 72 não foram agendadas entrevistas porque estavam de férias ou afastadas, ou não tinham disponibilidade de tempo, ou eram aposentadas e tinham dificuldade de comparecer, 36 foram contatadas, mas 01 não quis participar, 26 não apresentavam DTM, 03 faltaram e 06 compareceram a entrevista.

Dessa forma, fechamos o grupo em 30 mulheres que estavam dentro dos critérios de inclusão da pesquisa, sendo: 24 vindas do setor de odontologia e 06 do setor do AAM.

4.3 Critérios de Exclusão

Os critérios de exclusão no grupo de voluntárias foram: não estar na menopausa, caracterizada por 12 meses sem menstruações e não possuírem a DTM.

4.4 Aspectos Éticos

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, de acordo com as normas de conduta para pesquisa com seres humanos, que tomou ciência e aprovou. Parecer nº. 245/2006 (anexo 9.1).

Este órgão é o responsável, nesta Universidade, em emitir pareceres com base nas Resoluções 196/96 e 251/97 da CONEP. O material enviado a CONEP contém o TCLE e os questionários que foram utilizados para avaliar a QV (QQV SF-36) e os sintomas de stress (ISSL), bem como a metodologia de aplicação e a caracterização das voluntárias que foram envolvidas nesta pesquisa experimental.

As voluntárias convidadas a participarem deste estudo, foram informadas sobre as avaliações pelas quais seriam submetidas e conscientizadas sobre a proposta do mesmo. Também foram orientadas para que lessem o TCLE, e estando de acordo com as regras propostas pelo mesmo, assinassem o mesmo (apêndice 8.1), autorizando a utilização e a publicação dos dados coletados.

Ainda em relação aos aspectos éticos deste projeto, um outro ponto importante a ser levantado, refere-se à relevância social da pesquisa para as voluntárias envolvidas e as posteriores pesquisas, o que garante a igual consideração dos interesses das duas partes, adequando-se aos princípios científicos que justificam a pesquisa fundamentada na experimentação prévia, obedecendo as metodologias adequadas

propostas, cujo detalhamento faz parte do termo de consentimento livre e esclarecido e as demais exigências que compõem a resolução 196/96 do CNS.

4.5 Metodologia: Questionários Aplicados

Após as voluntárias terem assinado o TCLE, onde concordavam em participar da pesquisa, elas foram agendadas para realizarmos a coleta de dados que foram obtidos através do preenchimento da ficha de anamnese, dos questionários de QV SF-36 e do ISSL. Foi feita a explanação de como preencher os instrumentos e a aplicação foi feita de forma individual sem a interferência da pesquisadora.

4.5.1 Ficha de Anamnese

A coleta de dados foi realizada de 26/04/07 à 04/07/07, utilizando uma ficha de anamnese que foi dividida para a análise estatística em 4 partes (apêndice 8.2), sendo:

1. Dados pessoais das voluntárias;
2. Questionário com 23 questões sobre DTM;
3. Descrição da queixa principal, tratamentos anteriores e história médica;
4. Avaliação da ATM.

4.5.2 Questionário de Qualidade de Vida SF-36

O QV SF-36 (apêndice 8.3), na sua forma abreviada, com 36 itens é um instrumento considerado genérico, pois procura avaliar conceitos que representam valores humanos básicos e não se relacionam necessariamente com a idade, doença ou tratamento específico. É um questionário que avalia a QV sob 8 diferentes aspectos (CICONELLI et al, 1999):

- ♦ **Capacidade Funcional (10 itens):** avalia limitação provocada pela saúde em todas as atividades físicas, desde as mais vigorosas até as mais simples tais como tomar banho ou vestir-se;
- ♦ **Aspectos físicos (4 itens):** são avaliados problemas com o trabalho ou outras atividades diárias como resultado da saúde física;

- ◆ **Dor (2 itens):** é avaliada dor grave e limitante ou ausência de dor e/ou limitações dela decorrentes;
- ◆ **Estado geral de saúde (5 itens):** são avaliadas a saúde pessoal e a perspectiva do indivíduo em relação à sua saúde;
- ◆ **Vitalidade (4 itens):** são avaliados o cansaço e o nível de energia;
- ◆ **Aspectos sociais (2 itens):** é avaliada a interferência com as atividades sociais normais devido a problemas físicos ou emocionais;
- ◆ **Aspectos emocionais (3 itens):** são avaliados problemas com o trabalho e outras atividades diárias devidos a fatores emocionais;
- ◆ **Saúde mental (5 itens):** é avaliada presença, permanência ou ausência de sentimentos de nervosismo, depressão, paz e felicidade na maior parte do tempo;
- ◆ É uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e a de 1 ano atrás.

A pontuação é obtida através de um cálculo mostrado no apêndice 8.3. Escores mais elevados representam melhor QV, enquanto escores mais baixos representam maior limitação funcional, dor, alterações em atividades decorrentes de problemas físicos e/ou emocionais, menor vitalidade, entre outros que resultam em pior QV.

4.5.3 Inventário de Sintomas de Stress de Lipp

O CFP (Resolução CFP nº 002 – 2003), após análise de 120 testes, onde se objetivava verificar a qualidade dos instrumentos de avaliação psicológica, detectou que o ISSL (apêndice 8.4) mostrou-se adequado para avaliação de stress. É um excelente instrumento no diagnóstico de sintomas de stress, auxiliando também na identificação de suas fases, o que possibilita a compreensão da magnitude e evolução dos sintomas na área física ou psicológica. A aplicação deste questionário pode ser individual ou coletiva e o tempo de aplicação é de aproximadamente 30 minutos (CRUZ, GUILLIANI, PEIXOTO, 2004). Foi validado em 1994 e tem sido utilizado em dezenas de pesquisas e trabalhos clínicos na área do stress (LIPP, 2000).

O ISSL apresenta três quadros que contêm sintomas físicos e psicológicos de cada fase do stress:

- ◆ Quadro 1: com sintomas relativos à 1ª fase do stress;
- ◆ Quadro 2: com sintomas da 2ª e 3ª fases do stress;
- ◆ Quadro 3: com sintomas da 4ª fase do stress.

O ISSL é composto de 52 questões divididas em 3 partes, sendo:

1. Contém 15 questões sobre a fase de alarme ou alerta do stress (12 referentes aos sintomas físicos e 3 referentes aos sintomas psicológicos);
2. Contém 15 questões da fase intermediária (resistência) do stress (10 referentes aos sintomas físicos e 5 sobre os sintomas psicológicos);
3. Contém 23 questões referentes a fase de exaustão do stress (12 sobre sintomas físicos e 11 sobre sintomas psicológicos).

Análise Estatística

Após procedimento de tabulação dos dados realizamos as análises descritivas para verificarmos a tendência de distribuição das variáveis estudadas.

A análise dos dados coletados no QQV SF-36, foi utilizado o Software EpiInfo 6® (DEAN et al, 1995).

Para a análise dos dados coletados no ISSL, após a soma dos resultados brutos verificou-se a porcentagem correspondente nas tabelas de correção das fases e dos sintomas de stress (anexo 9.3).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Análise da ficha de anamnese

Os resultados referentes a primeira parte da ficha de anamnese mostraram que 93,33% eram funcionárias, 6,66% alunas de graduação e pós-graduação dos diferentes setores da UNICAMP.

Na segunda parte, as respostas das questões relativas à sintomatologia de DTM nos mostraram que: 1 voluntária apresentava dor há 30 anos, 1 há 25 anos, 6 há 10 anos, 2 há 8 anos, 3 há 5 anos, 3 há 2 anos, 9 apresentavam dor há 1 ano, 1 há 6 meses, 3 há 1 mês, 1 não se recordava do tempo de dor.

A população estudada apresentou dor crônica na ATM, onde verificamos que dentre as 30 voluntárias estudadas, 18 destas, ou seja, 60% faziam o uso de placa plana de alívio, com prescrição realizada pelos cirurgiões dentistas, como tratamento para o alívio das queixas de dor.

Verificou-se que nas questões da segunda parte da ficha de anamnese, as voluntárias relataram dor nas ATMs 73,33%, músculos temporais 50%, cefaléia (generalizada) e dor no ouvido 43,33%, região frontal da cabeça 36,66%, nuca 26,66% e pescoço 3,33% (gráfico 1).

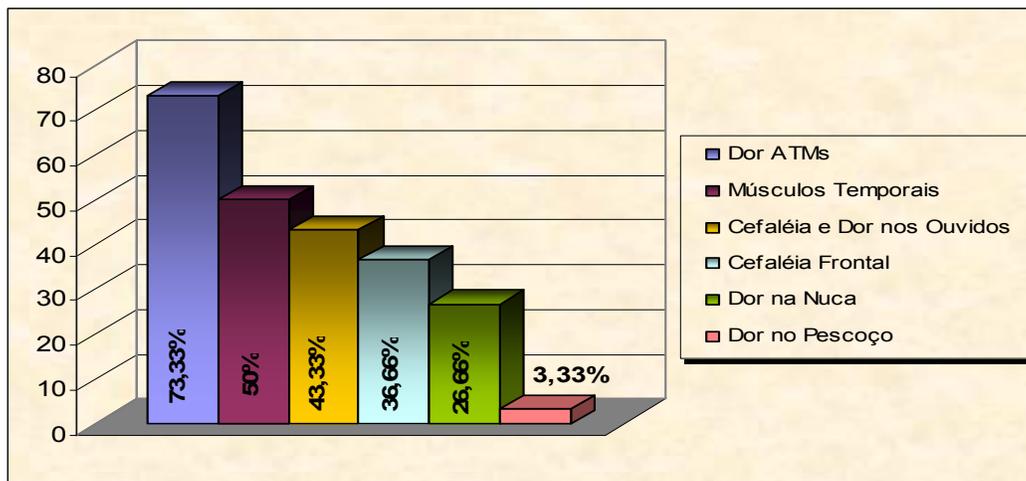


GRÁFICO 1 - Percentual das queixas descritas na ficha de anamnese pelas voluntárias participantes da pesquisa.

Em relação ao aperto e ao ranger dos dentes as mulheres descreveram respectivamente 73,33% e 66,66%. Já em relação à queixa principal (parte 3) foi relatado: dor nos músculos trapézios 20%, fundo de olho 16,66%, crepitação nas ATMs 13,33%, zumbido no ouvido 10%, enxaqueca 3,33%, travamento em boca aberta 3,33% e diminuição na abertura da boca 3,33% (gráfico 2).

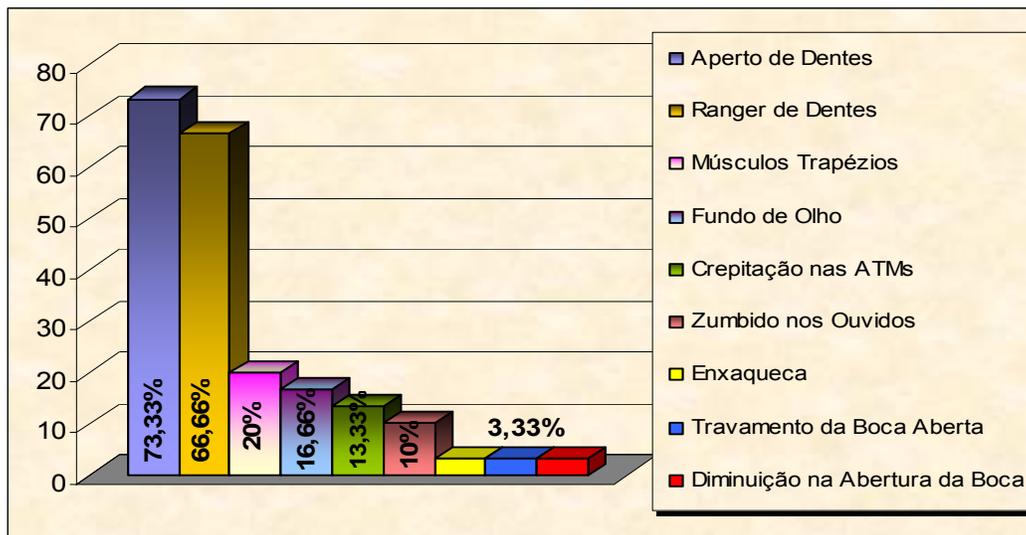


GRÁFICO 2 - Percentual dos relatos aperto e ranger de dentes e das queixas principais descritas na ficha de anamnese pelas voluntárias participantes da pesquisa.

Nas mulheres avaliadas as queixas não foram isoladas, isto é, foi verificado mais de uma referência de ponto ou região de dor, desconforto e limitação como: músculo trapézio, fundo de olho, dor nos ouvidos, crepitação nas ATMs, zumbido nos ouvidos, enxaqueca, dor na região da nuca e pescoço (frontal), músculo temporal, travamento da boca na posição aberta e diminuição na amplitude de movimento de abertura de boca.

Em tratamentos anteriores e história médica foi constatado que 33,33% das voluntárias faziam tratamento para HAS, 30% relataram OA de coluna, 20% OA de joelhos e doenças cardiovasculares, 13,33% depressão e diminuição da audição, 10% rinite e osteoporose.

O gráfico 3 nos mostra os dados referentes ao exame de palpação (parte 4), onde constatou-se que: 73% das mulheres apresentaram dores nos músculos masseter e escaleno, 56% (sem considerar unilateralidade ou bilateralidade) nas ATMs e nos músculos pterigóideo lateral e pterigóideo medial, 50% no ângulo da mandíbula e

46% no músculo rombóide. Ao realizarmos o exame de palpação dos músculos e das estruturas examinadas, detectamos que as respostas em relação ao lado direito e esquerdo não foram diferentes na proporção da lateralidade.

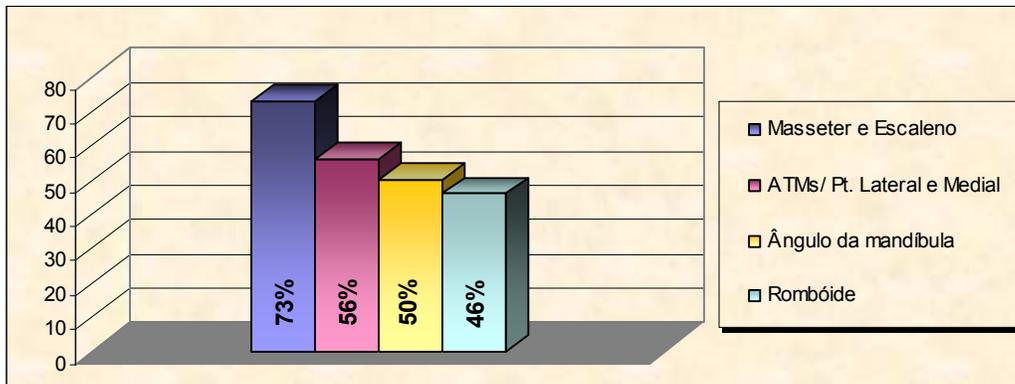


GRÁFICO 3 - Percentual de sintomas de dor à palpação de grande implicação em músculos e estruturas avaliados na ficha de anamnese pelas voluntárias participantes de nossa pesquisa.

5.2 Análise do Questionário de Qualidade de Vida SF-36

A análise realizada nas questões constantes no QOV SF-36, que avalia a qualidade de vida sob os 8 diferentes aspectos, mostrou que a pontuação obtida através do cálculo do escore, que os valores mais elevados representavam melhor QV, enquanto os escores mais baixos mostraram maior limitação funcional, dor, alterações em atividades decorrentes de problemas físicos e/ou emocionais, menor vitalidade, entre outros que resultavam em pior QV.

Os resultados da análise realizada através do QOV SF-36, podem ser visualizados na tabela 1 e gráfico 4, onde verificamos o número de voluntárias com os menores e maiores escores e os valores de média e mediana por domínio. Quanto aos domínios: aspectos físicos, dor e vitalidade os dados nos mostraram que os valores apresentaram escore médio abaixo de 52. Já em relação à capacidade funcional, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental os dados mostraram valores médios abaixo de 65. No domínio estado geral de saúde os dados coletados mostraram valores ficando acima de 70.

TABELA 1. Estatísticas descritivas dos escores padronizados das voluntárias do estudo, por domínio do SF-36.

DOMÍNIO	N. Vol. < escore	Mínimo	N. Vol. > escore	Máximo	Mediana	Média
1-Capacidade Funcional	1	25%	3	100%	62,5%	64,33%
2-Aspectos Físicos	10	0%	10	100%	50%	51,67%
3-Dor	5	22%	3	74%	41%	45,8%
4-Estado Geral de Saúde	1	25%	1	97%	72%	71,23%
5-Vitalidade	1	10%	1	100%	50%	52%
6-Aspectos Sociais	1	0%	5	100%	62,5%	63,33%
7-Aspectos Emocionais	6	0%	15	100%	83,35%	63,33%
8-Saúde Mental	1	16%	1	92%	68%	64%

Podemos visualizar no gráfico 4, no eixo X a numeração de 1 a 8 que é relativa aos domínios Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais e Saúde Mental, e no eixo Y os escores obtidos mínimo, médio e máximo.

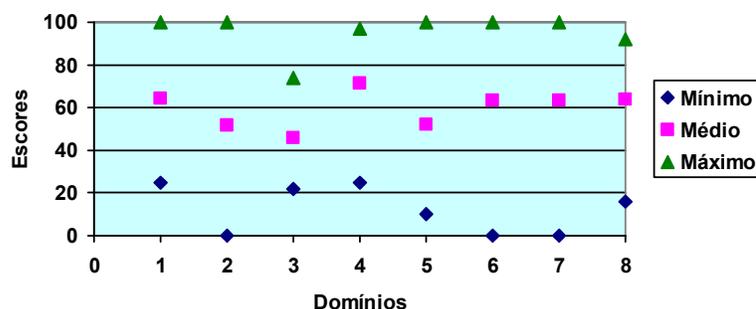


GRÁFICO 4 - Escores mínimos, médios e máximos por domínio das voluntárias estudadas.

Em relação à variável Capacidade Funcional que é a medida da limitação provocada pela saúde em todas as atividades físicas, desde as mais vigorosas até as mais simples tais como tomar banho ou vestir-se, podemos visualizar no gráfico 5 que o escore médio foi 64,33%.

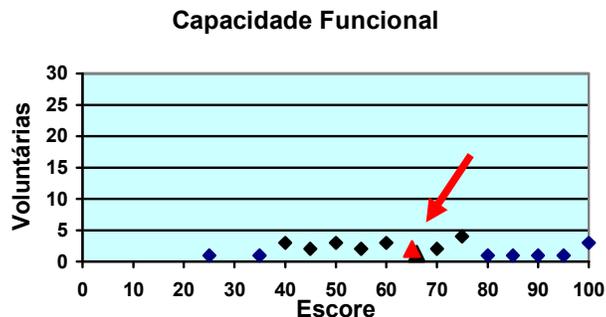


GRÁFICO 5 - Dados coletados das mulheres participantes da pesquisa para a variável Capacidade Funcional.

A variável Aspectos Físicos que é a medida dos problemas com o trabalho ou outras atividades diárias como resultado da saúde física, o escore médio foi 51,67%, como nos mostra o gráfico 6.

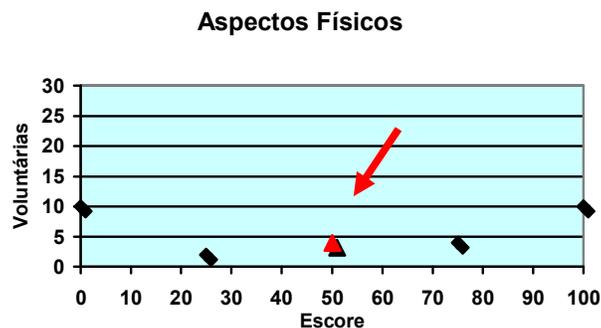


GRÁFICO 6 - Dados coletados das mulheres participantes da pesquisa para a variável Aspectos Físicos.

A variável Dor, que é a medida da dor grave e limitante ou ausência de dor e/ou limitações dela decorrentes, podemos visualizar no gráfico 7 que o escore médio foi 45,8%.

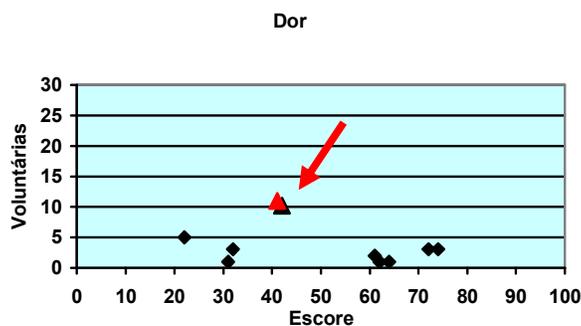


GRÁFICO 7 - Dados coletados das mulheres participantes da pesquisa para a variável Dor

Para a variável Estado Geral de Saúde que é a medida da saúde pessoal e a perspectiva do indivíduo em relação à sua saúde, o escore médio foi 71,23%, como podemos visualizar no gráfico 8.

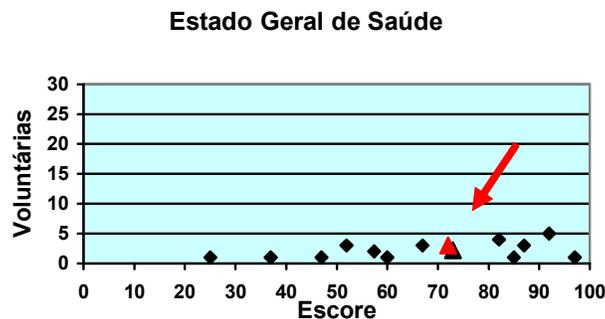


GRÁFICO 8 - Dados coletados das mulheres participantes da pesquisa para a variável Estado Geral de Saúde.

Em relação à variável Vitalidade que é a medida do cansaço e do nível de energia, podemos visualizar no gráfico 9 que o escore médio foi 52%.

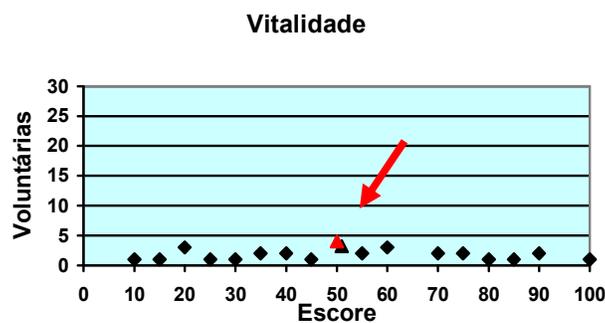


GRÁFICO 9 - Dados coletados das mulheres participantes da pesquisa para a variável Vitalidade.

O gráfico 10 nos mostra que para a variável Aspectos Sociais que é a medida da interferência nas atividades sociais normais devido a problemas físicos ou emocionais, o escore médio foi 63,33%.

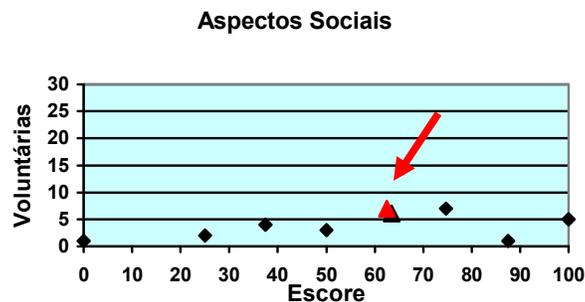


GRÁFICO 10 - Dados coletados das mulheres participantes da pesquisa para a variável Aspectos Sociais.

Para a variável Aspectos Emocionais que é a medida dos problemas com o trabalho e outras atividades diárias devido a fatores emocionais, o escore médio foi 63,33%, como podemos visualizar no gráfico 11.

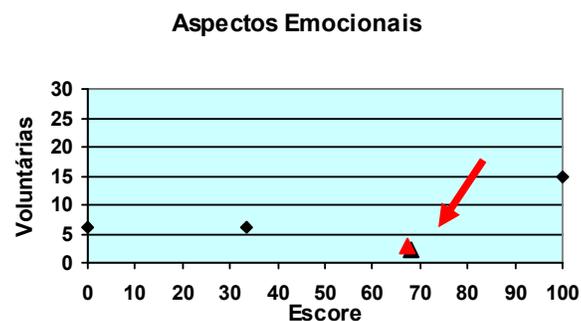


GRÁFICO 11 - Dados coletados das mulheres participantes da pesquisa para a variável Aspectos Emocionais.

Em relação à Saúde Mental que é a medida da presença, permanência ou ausência de sentimentos de nervosismo, depressão, paz e felicidade na maior parte do tempo, podemos visualizar no gráfico 12 que o escore médio foi 64%.

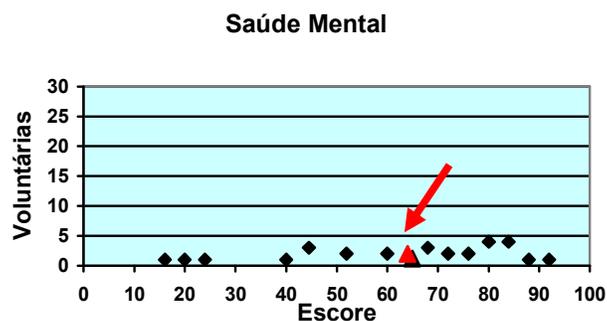


GRÁFICO 12 - Dados coletados das mulheres participantes da pesquisa para a variável Saúde Mental.

Dessa forma, verificamos que os domínios com piores resultados foram os domínios aspectos físicos, dor e vitalidade e o domínio com melhor escore foi estado geral de saúde.

Pesquisa realizada por James, Large, Bushnell (1991) constatou que a dor é um enorme problema para a pessoa e para a sociedade, comprometendo as atividades habituais e limitando as atividades recreacionais, relações sociais e de família. Os autores relatam que devido à dor, 60% dos indivíduos tornam-se total ou parcialmente incapacitados, transitória ou permanentemente.

O estado final provocador da doença é o resultado da interação de uma multiplicidade de fatores determinantes: econômicos, culturais, sócio-políticos, psicossociais, ecológicos, biológicos, físicos e químicos (ROUQUAYROL, 1994).

Estudo realizado por Ciconelli et al (1999), onde avaliou a QV em indivíduos com artrite reumatóide, aplicando o QQVSF-36, detectaram que em seis domínios o escore médio ficou abaixo de 70, onde supõe-se uma baixa QV desses pacientes comparados à população normal.

Ciconelli (1997) relata que como os componentes físicos envolvem os domínios capacidade funcional, aspectos físicos, dor e estado geral de saúde, e englobando os componentes mentais estão os domínios saúde mental, aspectos emocionais, aspectos sociais e vitalidade. Verificamos que em nossa pesquisa a menopausa, a DTM e o stress trazem pior QV nas questões que mostram os problemas na saúde dificultando e limitando a execução das atividades diárias e do trabalho; dor interferindo nas atividades em casa e no trabalho e sensação de vitalidade baixa (cansaço, esgotamento, pouco vigor e energia).

5.3 Análise do Inventário de Sintomas de Stress de Lipp

No gráfico 13 podemos visualizar os percentuais que foram obtidos com a aplicação do ISSL onde: 10 das voluntárias, ou seja, 33,33% das mulheres apesar de apresentarem sintomas de stress na pontuação, não se encaixaram dentro do fator stress. Já entre as 20 mulheres restantes, 03 delas (10%) estão na fase de alerta, 13 mulheres (43,33%) estão na fase de resistência, 04 (13,33%) na fase de quase-exaustão e 0% na fase de exaustão.

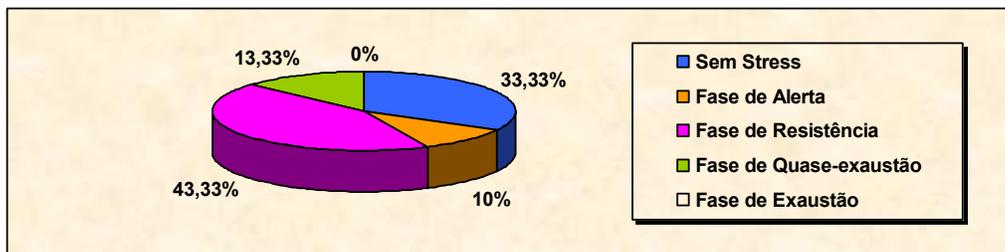


GRÁFICO 13 - Percentual das voluntárias que responderam ao ISSL em relação as fases de stress.

Em relação aos sintomas: 16,66% das voluntárias apresentavam mais sintomas físicos do que psicológicos. Já em 43,33% das mulheres, os dados coletados mostraram que elas apresentavam mais sintomas psicológicos do que físicos. Quanto aos dados coletados dos sintomas físicos na medida semelhante aos sintomas psicológicos, 6,66% das mulheres ficaram no escore “medidas semelhantes” e 33,33% sem stress (gráfico 14).

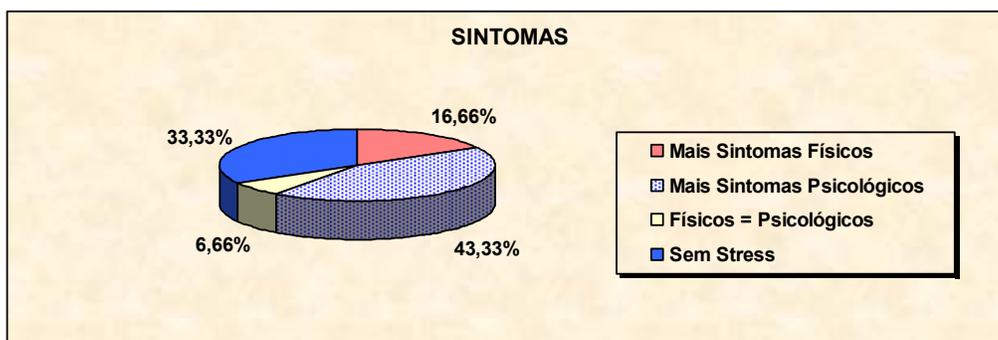


GRÁFICO 14 - Percentual das voluntárias que apresentavam sintomas de stress, segundo dados coletados no ISSL.

O gráfico 15 nos mostra as maiores freqüências de sintomas encontrados na Fase de Alerta entre as mulheres pesquisadas que foram:

Sintomas Físicos

1. Tensão muscular – 83,33%
2. Aperto da mandíbula/ ranger de dentes – 76,66%

Sintomas Psicológicos

1. Vontade súbita de iniciar novos projetos – 56,66%

Fase de Alerta

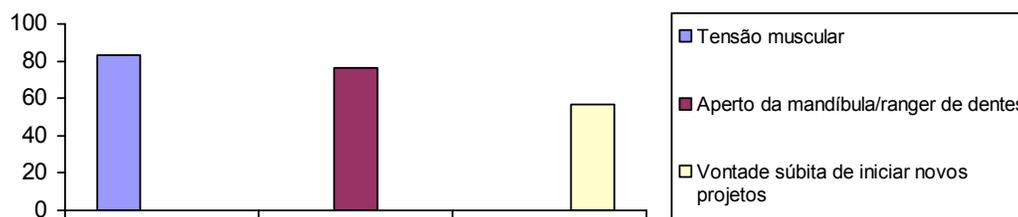


GRÁFICO 15 - Percentual dos sintomas de stress das voluntárias estudadas, segundo dados coletados no ISSL na Fase de Alerta.

No gráfico 16 podemos visualizar as maiores frequências de sintomas encontrados na Fase de Resistência entre as mulheres pesquisadas que foram:

Sintomas Físicos

1. Problemas com a memória – 66,66%
2. Sensação de desgaste físico constante – 63,33%

Sintomas Psicológicos

1. Sensibilidade emotiva excessiva – 50%
2. Pensar constantemente em um só assunto – 50%
3. Irritabilidade excessiva – 46,66%
4. Diminuição da libido – 46,66%

Fase de Resistência



GRÁFICO 16 - Percentual dos sintomas de stress das voluntárias estudadas, segundo dados coletados no ISSL na Fase de Resistência.

Visualizamos no gráfico 17 as maiores frequências de sintomas físicos e psicológicos encontrados na Fase de Quase Exaustão entre as mulheres pesquisadas que foram:

Sintomas Físicos

1. Excesso de gases – 46,66%
2. Dificuldades sexuais – 40%
3. Insônia – 40%

Sintomas Psicológicos

1. Angústia/ ansiedade diária – 53,33%
2. Cansaço excessivo – 50%
3. Vontade de fugir de tudo – 46,66%

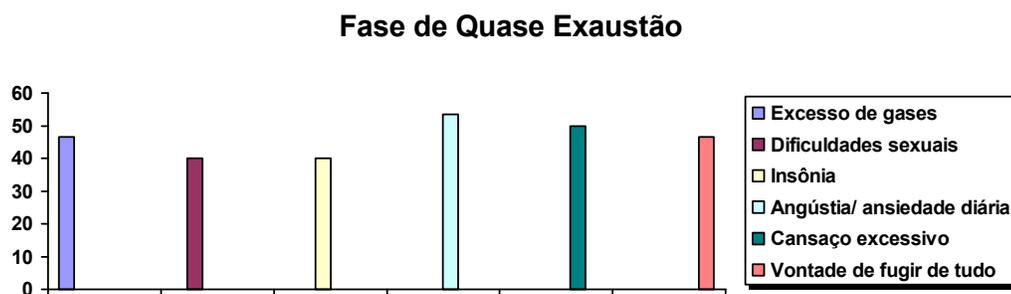


GRÁFICO 17 - Percentual dos sintomas de stress das voluntárias estudadas, segundo dados coletados no ISSL na Fase de Quase Exaustão.

A mulher vai passar um terço de sua vida como na condição de pós-menopausa. Liberman (2002), analisando uma população com idades entre 46 e 62 anos observou que: 57% apresentam sintomas vasomotores, 57,1% relataram depressão/irritabilidade, 52% distúrbios do sono, 57% sintomas osteomusculares, 57% perda da libido e 21 % apresentavam secura vaginal. As ondas de calor (fogachos) constituem o sintoma mais freqüente sendo encontrado em 85% das mulheres na perimenopausa.

Essas alterações, não necessariamente ocorrem todas ao mesmo tempo, mas levam a mulher a uma ansiedade e às vezes ao desânimo. Com isso, pode ocorrer uma diminuição na sua sociabilidade e se coincidente com a aposentadoria, distanciando a mulher da vida social.

Lipp & Guevara (1994) em sua pesquisa relataram possíveis reações frente ao stress. As reações físicas: tensão muscular, aperto da mandíbula, ranger de dentes e as reações psicológicas: ansiedade, tensão, angústia, dúvidas quanto a si próprio, preocupação excessiva, pensar constantemente em um só assunto, dificuldade de relaxar, irritabilidade e hipersensibilidade emotiva.

Segundo Sapolsky (1986, 1996) em termos neurofisiológicos a resposta ao stress é considerada como resposta emocional, e o efeito da cronicidade do stress é a perda da capacidade de memória.

Camelo & Angerami (2004) verificaram em sua pesquisa que dos 37 voluntários estudados, 83% dos trabalhadores estressados possuíam predominância de sintomas físicos e/ou psicológicos da fase de resistência, e 17%, da fase de quase-exaustão. A predominância dos sintomas de stress ocorre na área psicológica (48%), seguida da área física (39%).

Em estudo realizado por Manfredi (2005), observou-se que o sexo feminino apresenta os maiores percentuais de sujeitos que se encaixavam no perfil como sendo portadores de DTM em relação aos homens. Verificou também que conforme o escore do stress aumenta, também há um aumento significativo no escore médio da dor e a análise do nível de stress dos sujeitos definidos como portadores de DTM demonstraram que 90,91% destes indivíduos se encontram com nível alto de stress.

Estudando doença crônica de pele, em 115 indivíduos, os autores Silva, Muller, Bonamigo (2006), constataram que a fase do stress da maioria dos pacientes é a de resistência. Quanto à variável sexo, verificou-se que as mulheres possuem significativamente mais diagnóstico de stress do que os homens. A doença crônica inflamatória de pele, não importando de qual tipo, causa um prejuízo considerável no esforço adaptativo do paciente, produzindo um processo de stress negativo (distress), o que, inevitavelmente, interfere em sua QV. A fase de resistência em que se encontram a maioria dos pacientes pesquisados, demonstra que está ocorrendo por sua parte a tentativa automática de manter a homeostase interna. Se os fatores estressantes persistirem em frequência ou intensidade poderá haver uma quebra da resistência, podendo o paciente passar para uma fase mais grave de stress.

Nordenfelt (1994) relatou que o objetivo último da medicina e dos cuidados em saúde não pode ser simplesmente, a cura da doença e a prevenção da morte, mas também a preservação da dignidade da pessoa e de sua vida. Quando não há cura efetiva possível, a atenção à saúde não deve ser a eliminação da doença e, sim,

melhorar a QV dos pacientes nos outros aspectos, dando suporte e encorajando-os a enfrentar o seu dia a dia.

Segundo Dohrenbusch et al (1997), o stress desencadeia ou piora a sintomatologia dolorosa de diversas doenças.

Na pesquisa, a fase e os sintomas de stress que apresentaram maior porcentagem na análise geral foram: fase de resistência com 43,33% e sintomas psicológicos com 43,33%. Pudemos verificar que na fase de alerta o sintoma com maior frequência foi aperto de mandíbula/ ranger de dentes (76,66%). Na fase de resistência os sintomas físicos com maiores frequências foram: problemas com a memória (66,66%) e sensação de desgaste físico (63,33%). Nos sintomas psicológicos encontrou-se: sensibilidade emotiva excessiva (50%), pensar constantemente em um só assunto (50%), irritabilidade excessiva e diminuição da libido (46,66%). Já na fase de quase exaustão o sintoma com maior porcentagem foi angústia/ ansiedade diária (53,33%).

Segundo Lobo (1994), a mudança hormonal na menopausa ocasionará alterações nos sistemas ósteo-muscular e nervoso, além de alterações psíquicas. Vieira (2002), constatou que vários sintomas como: aperto na mandíbula, cefaléia e tensão muscular e dor são devido ao stress. Segundo Rugh & Ohrbach (1989), 90% das cefaléias são devido à contração muscular ou dor nos músculos masseter ou temporal. Nas cefaléias tensionais o stress provoca excesso de contração muscular cervical (MOSQUERAS, 1998 *apud* ARANTES & FREITAS, 2002).

Castro et al (2003) em suas pesquisas constatou que os indivíduos com dor crônica parecem mais deprimidos, com sintomas de perturbações de sono, redução da energia, dificuldade de concentração e irritabilidade.

Quanto a avaliação da QV no domínio dor, este apresentou escore baixo, sugerindo com isso uma QV baixa. Em relação ao aperto (73,33%) e ao ranger(66,66%) dos dentes as mulheres, na ficha de anamnese, descreveram alto percentual, com resultado semelhante aos apresentados no ISSL quanto a variável aperto de mandíbula e ranger de dentes (76,66%).

Na ficha de anamnese foram refereridos os músculos masseter e escalenos com 73%, pterigoídeos lateral e medial com 56%, 50% os músculos temporais, 46% os rombóides e os músculos trapézios com 20%, dados que corroboram com as queixas de tensão muscular do ISSL (83,33%).

Os resultados do QV SF-36 apresentaram escore baixo de QV no domínio vitalidade (cansaço, esgotamento, pouco vigor e energia) e do ISSL sensação de desgaste físico e cansaço excessivo (63,33%).

6. CONCLUSÕES

A maior porcentagem das voluntárias da pesquisa eram funcionárias da UNICAMP que apresentavam dor crônica e faziam uso de placa de alívio para tratamento das ATMs. Os maiores percentuais de queixas encontrados foram: travamento da boca em posição aberta, diminuição na abertura da boca, dor e crepitação nas ATMs, zumbido e dor no ouvido, fundo de olho, cefaléia, dor nos músculos masseter, temporal, trapézio, escaleno, rombóide, pterigóideo medial e lateral. Também faziam tratamento para HAS, osteoporose, depressão, alterações na audição e OA de coluna e joelhos.

Verificamos nos dados coletados, que as mulheres que se encontram na menopausa e com DTM, apresentavam pior QV nas questões relativas aos problemas de saúde dificultando e limitando a execução das atividades diárias e do trabalho; dor interferindo nas atividades em casa e no trabalho e sensação de vitalidade baixa (cansaço, esgotamento, pouco vigor e energia).

Quanto ao stress, os sintomas encontrados nesta pesquisa indicaram desgaste físico, sensibilidade emotiva excessiva, angústia, ansiedade diária, cansaço excessivo, irritabilidade, aperto e ranger de dentes, tensão muscular, problemas com a memória e insônia. A percepção subjetiva de stress e a intensidade da dor apresentaram alta correlação negativa com a vitalidade das pacientes.

O estudo mostrou que ocorreu alinhamento das respostas, sobre sintomas e suas repercussões, na utilização da ficha de anamnese, o QQVSF-36 e o ISSL onde queixas e resultados foram reincidentes. Uma dificuldade encontrada para o perfeito desenvolvimento da pesquisa foi a questão do absenteísmo, onde várias voluntárias não compareceram as avaliações previamente agendadas.

A importância da pesquisa desenvolvida foi que a mesma poderá auxiliar futuros trabalhos não só para profissionais de fisioterapia, como também para outros profissionais da área da saúde envolvidos na complexidade do tema QV, stress, menopausa e DTM.

O modelo de ficha de anamnese aplicado nas voluntárias da pesquisa foi metodologicamente muito útil na coleta de dados. Dessa forma, sugerimos que para pesquisas futuras seria interessante utilizar o mesmo para comprovar a sua eficiência.

7. REFERÊNCIAS

ALLEGRETTI, J. Nível de stress, fontes estressoras e estratégias de enfrentamento em mulheres. Campinas, 2006. 70 p. Tese de Mestrado – Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC).

ARANTES, M. A. A. C.; VIEIRA, M. J. F. Stress. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. 2º Edição.

ARAUJO, M. E. Saúde Bucal Entendendo de Forma Total. In Atualização na Clínica Odontológica. Vol.1. Ed. Artes Médicas. São Paulo, 2000.

BASSIT, A. Z. Menopausa: uma passagem ao poder? Ou o início de um combate cultural? In FREITAS, E. V.; PY, L.; CANÇADO, F. A. X.; DOLL, J; GORZONI, M. L. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.p. 1332-1337.

CAILLIET, R. Dor: Mecanismos e Tratamento. Porto Alegre, Artes Médicas Sul, 1999.

CALMAN, K. C. Quality of life in cancer patients an hypothesis. J. Med. Ethics, v. 10, p. 124-7, 1984.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; DOLL, J. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.p. 88-104.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Sintomas de stress nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. Rev. Latino-am. Enfermagem 2004 janeiro-fevereiro; 12 (1): 14-21.

CARLSON, N. E. Fisiologia do comportamento. Barueri: Manole, 2002.

CASTRO, A. B.; LODUCA, A.; FONSECA, A. P. C.; PORTNOI, A. et al. A Clínica de Dor: organização, funcionamento e bases científicas. Curitiba: Editora Maio, 2003.

CICONELLI, R. M. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “*Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)*”. São Paulo, 1997. 120 p. Dissertação (Doutorado). Universidade Federal de São Paulo (EPM).

CICONELLI, R. M.; FERRAZ, M. B.; SANTOS, W.; MEINÃO, I.; QUARESMA, M.R. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36. Revista Brasileira de Reumatologia. (39), 1999.

CRUZ, I. B. M. Genética do envelhecimento, da longevidade e doenças crônico-degenerativas associadas à idade. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.p.20-31.

CRUZ, R. M.; GUILLIANI, C.; PEIXOTO, C. N. Estresse ocupacional e cargas de trabalho. Cap.2. In: SARDÁ JR, J. J.; LEGAL E. J.; JABLONSKI JR, S. J. Estresse: conceitos, métodos, medidas e possibilidades de intervenção. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

DEAN, A. G.; DEAN, J. A.; COULOMBIER, R., D.; BRENDDEL, K. A.; SMITH, D. C.; BURTON, A. H.; DICKER, R. C.; SULLIVAN, K.; FAGAN, R. F.; ARNER, T. G. Epi Info, Version 6: A word processing, data base, and statistics program for epidemiology on microcomputers. Center for Disease Control and Prevention. Atlanta, Georgia, USA, 1995.

DeBOEVER, J. A.; CARLSSON, G. E. Etiologia e diagnóstico diferencial. In: ZARB, G. A., CARLSSON, G. E.; SESSLE, B. J.; MOHL, N. D. Disfunções da articulação temporomandibular e dos músculos da mastigação. São Paulo:Ed. Santos Livraria, 2000. p. 171-185.

DOHRENBUSH, R.; SODHI, H.; LAMPRECHT, J. & GENTH, E. Fibromyalgia as a disorder of perceptual organization? An analysis of acoustic stimulus processing in patients with wides pread pain. Z. Rheumatol. 56 (6): 334-41, 1997. In: ARANTES, M. A. A. C.; VIEIRA, M. J. F. Stress. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. 2º Edição.

FORTI, V. A. M. Adaptações cárdio-respiratórias ao treinamento físico aeróbio em mulheres na menopausa: estudo longitudinal e transversal. 1993. 149 p. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

FRANKENHAEUSER, M. Stress, health, job satisfaction. Stockholm: Swedishwork, Environment Fund., 1989. In: ARANTES, M. A. A. C.; VIEIRA, M. J. F. Stress. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. 2º Edição.

FREITAS, E. V.; PIMENTA, L. Climatério. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

GONÇALVES A.; VILARTA R. Qualidade de Vida e Atividade Física: explorando teorias e práticas. Barueri, SP: Manole, 2004.

GONZÁLEZ, M. A. A. Stress: temas de psiconeuroendocrinologia. São Paulo: Robe Editorial, 2001.

GÜNTHER, H.; KOHLRAUSCH W.; TEIRICH-LEUBE H. Ginástica médica em ginecologia e obstetrícia. São Paulo, 1988.

HALBE, H. W. Tratado de Ginecologia. São Paulo: Livraria Roca, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Síntese de Indicadores Sociais, 2007. Disponível em < www.ibge.org.br >.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (IASP). Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Pain, v.6, 1979.

JAMES, F. R.; LARGE, R. G.; BUSHINELL, J. A. Epidemiology of pain in New Zeland. Pain. 44: 279-283, 1991.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A.; Compêndio de psiquiatria clínica: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 7º ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

KOPP. S.; CARLSSON. G. E. A Articulação temporomandibular: problemas relacionados com a função oclusal. In: MOHL, N. D ZARB G. A.; CARLSSON, G. E.; RUGH, J. D. Fundamentos de Oclusão. Rio de Janeiro: Ed. Quintessense, 1989. p 265-280.

LEVENSTEIN, S.; PRANTERA, V.; VARVO, V.; SCRIBANO, M. L.; BERTO, E.; LUZI, C.; ANDREOLI, A. Development of the perceived stress questionnaire: a new tool for psychosomatic research. J. Psychosom. Res. ,v. 37, p. 19-32, 1993.

LIBERMAN, S. Envelhecimento do Sistema Endócrino. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.p. 480-86.

LIPP M. E. N.; GUEVARA A. J. H. Validação Empírica do Inventário de Sintomas de Stress (ISS). Estudos Psicologia, 1994; 11(3): 43-9.

LIPP M. E. N. Stress: conceitos básicos. In: LIPP M. E. N., Organizadora. Pesquisas sobre stress no Brasil: Saúde, ocupações e grupos de risco. Campinas (SP): Papyrus; 1996.p.17-31.

_____. Manual do Inventário de Sintomas de Stress para adultos de Lipp (ISSL). São Paulo (SP): Casa do Psicólogo, 2000.

_____. Pesquisas sobre stress no Brasil. 2 ed. São Paulo: Papyrus, 2001.

LOBO, R. A. Treatment of post menopausal woman. Basic and Clinical Aspects. New York. Ed. Raven Press, 1994.

MANFREDI, A. P. S. Estudo da manifestação da Disfunção Temporomandibular (DTM) influenciada pelo estresse na população de uma Universidade Pública. [s.n.], 2005. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

McCALL JR, W. D. A musculatura. In: MOHL, N. D.; ZARB G. A.; CARLSSON, G. E.; RUGH, J. D. Fundamentos de Oclusão. Rio de Janeiro: Ed. Quintessense, 1989. p 107-126.

MEDRONHO, R. A.; CARVALHO D. M.; BLOCH K. V.; LUIZ R. R.; WERNECK G. L. Epidemiologia. Editora Atheneu. São Paulo, 2004.

MERCK, Manual de Medicina. São Paulo: Livraria Roca, 1990.

MERSKY, H. Classification of chronic pain: Description of chronic pain syndromes and definitions. Pain (Suppl.) 3; S1-S225,1986. In:CAILLIET, R. Dor: Mecanismos e Tratamento. Porto Alegre, Artes Médicas Sul, 1999.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Revista Ciência e Saúde Coletiva. p. 7-18, 2000.

MOHL, N. D. A articulação temporomandibular In: MOHL, N. D; ZARB G. A.; CARLSSON, G. E.; RUGH, J. D. Fundamentos de Oclusão. Rio de Janeiro: Ed. Quintessence, 1989. p 89-106.

MOSQUERAS, I. Cefalea tensional: una enfermedad psicossomática. Neuroeje, 12 (2): 15-8, 1998.

NAHAS, M. V. Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 3ªEd. Londrina: Midiograf, 2003.

NETTER, F. H. Atlas de Anatomia Humana. 3ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

NORDENFELT, L. Concepts and measurement of Quality of Life in health care. Dordrecht: Academic Publishers,1994.p. 1-15,

OKESON, J. P. Dor Orofacial: Guia para avaliação, Diagnóstico e Tratamento. São Paulo: Ed.Quintessence,1998.

PAPALÉO NETTO M.. Estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; CANÇADO, F. A. X.; DOLL, J.; GORZONI, M. L. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.2-12.

PASCHOAL, S. M. P. Qualidade de Vida na velhice. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; CANÇADO, F. A. X.; DOLL, J.; GORZONI, M. L. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.147-153.

ROCHA, R. Contribuições da medicina mente/ corpo para a compreensão do processo saúde/ doença e suas implicações sobre o sistema de saúde. Trabalho de conclusão de curso. Itajaí: UNIVALI, 2002.

ROUQUAYROL, M. Z. Epidemiologia & Saúde. 4ª ed. Editora Medsi. Rio de Janeiro, 1994.

RUGH J. D.; OHRBACH, R. In: MOHL, N. D.; ZARB G. A.; CARLSSON, G. E.; RUGH, J. D. Fundamentos de Oclusão.Rio de Janeiro: Ed. Quintessence, 1989. p 281-294.

RUGH J. D.; DAHLSTRÖM, L. Mecanismos psicológicos e comportamentais. In: ZARB, G. A.; CARLSSON, G. E.; SESSLE, B. J.; MOHL, N. D. Disfunções da articulação temporomandibular e dos músculos da mastigação. São Paulo: Ed. Santos Livraria, 2000. p. 208-216.

SAPOLSKY, R. M. "Glucocorticoid toxicity in the hippocampus: reversal by supplementation with brain fuels". *Journal of Neuroscience*, 6, p.2240-2244, 1986.

_____. "Why stress is bad for your brain". *Science*, 273, p. 749, 1996.

SARDÁ JR, J. J.; LEGAL, E. J.; JABLONSKI JR, S. J. Stress: conceitos, métodos, medidas e possibilidades de intervenção. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

SCHAE, K. W.; GEIWITZ, J. Adult development and aging. Boston: Little, Brown, 1982. In: SPIRDUSO, W. W.; MACKIE, K. S. Saúde, exercício e função emocional. Cap.10. p. 316. In: SPIRDUSO, W. W. Dimensões físicas do envelhecimento. Barueri, SP: Manole, 2005.

SELYE H. The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation. *Journal of Clinical Endocrinology* 6:117-231, 1946.

_____. The stress of life. Toronto: McGraw-Hill, 1956.

SILVA J. D. T.; MÜLLER M. C.; BONAMIGO R. R. Estratégias de coping e níveis de estresse em pacientes portadores de psoríase. *An. Bras. Dermatol.* 2006; 81(2):143-9.

SPIPKER, B. In: *Guide to clinical trials*, New York: Raven Press, 1155p, 1991.

SPIRDUSO, W. W. Dimensões físicas do envelhecimento. Barueri, SP: Manole, 2005.

SPIRDUSO, W. W.; MACKIE, K. S. Saúde, exercício e função emocional. Cap. 10. In: SPIRDUSO, W. W. Dimensões físicas do envelhecimento. Barueri, SP: Manole, 2005.

TAVARES, M. C. G. C. F. Imagem Corporal e Qualidade de Vida. Cap. 4, p. 79-101. In: GONÇALVES A.; VILARTA R. Qualidade de Vida e Atividade Física: explorando teorias e práticas. Barueri, SP: Manole, 2004.

TEIXEIRA, M. J.; FIGUEIRÓ, J. B. Dor: epidemiologia e evolução histórica da dor. São Paulo: Ed. Moreira Junior, 2001.

VAN DER KAR, L. D.; RICHARDSON-MORTON, K. D.; RITTENHOUSE, P. A. Stress: neuroendocrine and pharmacological mechanisms. *Meth. Arch. Exp. Pathol. Bas. Karger*, v. 14, p. 133-173, 1991.

VIEIRA, M. J. F. As funções orgânicas diante do stress. In: ARANTES, M. A. A. C.; VIEIRA, M. J. F. Stress. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. 2ª Edição.

VON BOREL, E. H. The Biology of Stress and its application to Livestock Housing and Transportation Assessment. *Journal of Animal Science*, 79 (E. SUPPL.): E 260-267, 2001.

WARE, J. E.; SHERBOURNE, C. D. The SF-36 short form health status survey 1, conceptual framework and item selection. *Med. Care*, 30: 473-83, 1992. In: GONÇALVES A.; VILARTA R. *Qualidade de Vida e Atividade Física: explorando teorias e práticas*. Barueri, SP: Manole, 2004. Cap. 2.

WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Sci Med.*, 1995, 41:1403-1409.

WOLFOLK, R.; RICHARDSON, F. *Stress, sanity, and survival*. New York: Signet, 1978. In: SPIRDUSO, W. W.; MACKIE, K. S. *Saúde, exercício e função emocional*. Cap. 10. p. 319. In: SPIRDUSO, W. W. *Dimensões físicas do envelhecimento*. Barueri, SP: Manole, 2005.

ZARB G. A.; CARLSSON G. E. *Conceitos Terapêuticos: Visão Geral*. In: MOHL, N. D ZARB G. A.; CARLSSON, G. E.; RUGH, J. D. *Fundamentos de Oclusão*. Rio de Janeiro: Ed. Quintessense, 1989. p 297-303.

8. APÊNDICES

8.1. APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido das voluntárias que participarão do Projeto de Pesquisa: “Avaliação da qualidade de vida e dos sintomas de stress em mulheres menopausadas com disfunção da articulação temporomandibular”.

RESPONSÁVEL PELO PROJETO: Profª. Dra. Vera Aparecida Madruga Forti

Pós-Graduanda de Mestrado: Fisioterapeuta Cláudia Maria Peres

Local de Desenvolvimento do Projeto: Cecom-Unicamp em parceria com a Faculdade de Educação Física/Universidade Estadual de Campinas. Projeto vinculado ao Programa de Pós-Graduação da FEF/Unicamp.

Eu, _____, RG _____, _____ anos de idade, residente à _____, voluntariamente concordo em participar do projeto de pesquisa acima mencionado, que será detalhado a seguir, e sabendo que para a sua realização as despesas monetárias serão de responsabilidade da instituição. É de meu conhecimento que este projeto será desenvolvido em caráter de pesquisa científica e objetiva verificar a disfunção da articulação temporomandibular na menopausa podendo influenciar nas variáveis de Qualidade de Vida sendo analisado através do instrumento de avaliação The Medical Outcomes Study Short Form – SF-36. Neste instrumento serão avaliados os domínios de capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Além deste, também utilizaremos um instrumento de avaliação dos sintomas de stress, o Inventário de Sintomas de Stress (ISSL). Estou ciente ainda, de que, as informações obtidas durante as avaliações serão mantidas em sigilo e não poderão ser consultadas por pessoas leigas, sem a minha devida autorização. Esses dados coletados, no entanto, poderão ser usados para fins de pesquisa científica, desde que a minha privacidade seja totalmente resguardada. Li e entendi as informações precedentes, sendo que eu e os responsáveis pelo projeto já discutimos todos os riscos e benefícios decorrentes deste, onde as dúvidas futuras que possam vir a ocorrer poderão ser prontamente esclarecidas, bem como o acompanhamento dos resultados. Comprometo-me, na medida das minhas possibilidades, responder aos questionários da melhor forma possível a fim de colaborar para um bom desempenho do trabalho científico dos responsáveis por este projeto. Estou ciente também que poderei abandonar a pesquisa a qualquer tempo sem ter minha assistência médica comprometida, e, caso ocorram danos decorrentes desta pesquisa, terei meus direitos assegurados diante do item IV da Resolução 196/96. Em caso de dúvidas ou denúncias, as mesmas poderão ser esclarecidas através dos telefones abaixo relacionados. Assim, estando de acordo com estes termos relacionados, me proponho a contribuir para esta pesquisa através de minha assinatura abaixo firmada:

CAMPINAS, de _____ de 2006.

VOLUNTÁRIA

Orientanda: Fisioterapeuta Cláudia Maria Peres
Local de trabalho: Cecom-Unicamp
Telefones de contato: (19) 32524754/ 96106722

Prof^a. Dr^a. Vera Aparecida Madruga Forti.
ORIENTADORA / Fone: (0xx19) 81115760 e 3521-6607
(DEAFA/UNICAMP)

Comitê de Ética/ Informações ou Denúncias Fone: (0xx19) 3521-8936

8.2. APÊNDICE 2 - FICHA DE ANAMNESE.

Nome:

Data de nascimento:

Endereço:

Tel:

Profissão:

Funcionária () Docente () Aluna ()

Questionário

- 1 - Você tem problemas em abrir muito a boca? Tem dificuldade ao mastigar, falar, bocejar?
- 2 - Você acha difícil mover sua mandíbula para frente e para os lados?
- 3 - Sua boca já travou? Quantas vezes? Como voltou ao normal?
- 4 - Você sente dor quando abre muito a boca? Tem rigidez matinal?
- 5 - Desde quando apresenta esses sintomas?
- 6 - Você mastiga dos dois lados? Se negativo, cite qual o lado?
- 7 - Você ouve estalos ou dor na articulação?
- 8 - Você apresenta dor de cabeça ou no rosto?
- 9 - Qual a frequência da dor?
- 10 - Se positivo sublinhe quando a dor piora: Mastigação, deglutição, fala
- 11 - Assinale a dor do rosto onde ela ocorre?
Têmporas / frente / ouvido / laterais do rosto / nuca / outra
- 12 - Qual o tipo de dor? Descreva-a
- 13 - Você aperta os dentes? Quando?
- 14 - Você range os dentes? Qual horário?
- 15 - Você tem o hábito de morder os lábios, caneta, bochecha, unhas?
- 16 - Masca chicletes com frequência? Apresenta dor?
- 17 - Já passou por anestesia geral?
- 18 - Extração do 3º molar?
- 19 - Acidente de carro?
- 20 - Dorme bem? Em qual posição?
- 21 - Respira pela boca?
- 22 - Apresenta dor ou alguma patologia na coluna?
- 23 - Segura telefone inadequadamente?

Descrição da queixa principal

Tratamentos anteriores

Data do último tratamento odontológico
 Tratamento ortodôntico?
 Já fez fisio?
 Já foi ao neuro?
 Otorrino?
 Psicólogo?
 Fono?
 Outros:

Usa prótese?
 Quanto tempo?

História médica

Atrite Reumatóide?
 Osteo-Artrite (Artrose)?
 Gota?
 Doenças Córdio-vasculares?
 Pressão alta?
 Diabetes?
 Faz algum tratamento ou toma algum medicamento?

Atm

Abertura máxima (40 a 60mm)
 Dor?
 Protrusão máxima (3 a 5mm)
 Laterotrusão – D E (8mm)
 Crepitação na abertura e fechamento da mandíbula - D E
 Hipermobilidade Hipomobilidade

Exame Geral (dor a palpção)

→ X LEVE

→ XX MODERADO

→ XXX INTENSO

MÚSCULOS	D	E
MASSETER		
PTERIGOIDEO LATERAL		
PTERIGOIDEO MEDIAL		
TEMPORAL		
SUPRA HIOIDEOS		
ESCALENOS		
TRAPÉZIOS		
ROMBÓIDES		
ESTERNOCLEIDO- MASTOIDEO		

ESTRUTURAS (Dor)	D	E
ATM		
ÂNGULO MANDIBULA		
MAXILA		
OUVIDO		
FUNDO DE OLHO		

8.3. APÊNDICE 3 - QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA SF-36.

Instruções: esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de realizar suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro de como responder, tente fazer melhor que puder.

1. Em geral, você diria que sua saúde é:
 - Excelente - 1
 - Muito boa - 2
 - Boa - 3
 - Ruim - 4
 - Muito ruim - 5

2. Comparada a um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?
 - Muito melhor agora do que um ano atrás - 1
 - Um pouco melhor agora do que um ano atrás - 2
 - Quase a mesma de um ano atrás - 3
 - Um pouco pior agora do que um ano atrás - 4
 - Muito pior agora do que um ano atrás - 5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido a sua saúde, você tem dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quanto?

Atividades	Sim Dificulta muito	Sim, Dificulta pouco	Não, não Dificulta de modo algum
A . atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar te esportes árduos...	1	2	3
B . atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa...	1	2	3
C .levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
D .subir vários lances de escadas.	1	2	3
E .subir um lance de escada	1	2	3
F .curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
G .andar mais que um quilômetro	1	2	3
H .andar vários quarteirões	1	2	3
I . andar um quarteirão	1	2	3
J .tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante as últimas quatro semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
A .Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
B .Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
C .Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
D . Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra)?	1	2

5. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
A . Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
B .Realizou menos do que você gostaria?	1	2
C .Não trabalhou ou não fez qualquer atividade com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6. Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física, ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma - 1
 Ligeiramente - 2
 Moderadamente - 3
 Bastante - 4
 Extremamente - 5

7. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas quatro semanas?

Nenhuma - 1
 Muito leve - 2
 Leve - 3
 Moderada - 4
 Grave - 5
 Muito grave - 6

8. Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu em seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora como dentro de casa)?

De maneira alguma - 1
 Um pouco - 2
 Moderadamente - 3
 Bastante - 4
 Extremamente - 5

9. Estas questões são como você se sente, e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, de uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Um boa parte do tempo	Alguma Parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
A . quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
B .quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
C .Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
D .Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
E .Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
F .Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
G .Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
H .Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
I .Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram em suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

Todo o tempo - 1

A maior parte do tempo - 2

Alguma parte do tempo - 3

Uma pequena parte do tempo - 4

Nenhuma parte do tempo - 5

- 11.O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro.	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa.
A .Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas.	1	2	3	4	5
B .Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que conheço.	1	2	3	4	5
C .Eu acho que a minha saúde vai piorar.	1	2	3	4	5
D .Minha saúde é excelente.	1	2	3	4	5

VALORES E CÁLCULOS DO SF-36

Questão	Pontuação
01	1=>5.0 2=>4.4 3=>3.4 4=>2.0 5=>1.0
02	Soma normal
03	Soma normal
04	Soma normal
05	Soma normal
06	1=>5 2=>4 3=>3 4=>2 5=>1
07	1=>6 2=>5.4 3=>4.2 4=>3.1 5=2.2 6=>1
08	Se 8=>1 e 7=>1 ==>>>>>>6 Se 8=>1 e 7=> 2 a 6 ==>>>>>>5 Se 8=>2 e 7=> 2 a 6 ==>>>>>>4 Se 8=>3 e 7=> 2 a 6 ==>>>>>>3 Se 8=>4 e 7=> 2 a 6 ==>>>>>>2 Se 8=>5 e 7=>2 a 6 ==>>>>>>1 Se a questão 7 não foi respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte: 1=>6.0 2=>4.75 3=>3.5 4=>2.25 5=>1.0
09	a,d,e,h, = valores contrários (1=6 2=5 3=3 4=3 5=2 6=1) vitalidade = a+e+g+i Saúde Mental = b+c+d+f+h
10	Soma normal
11	a, c = valores normais b,d = valores contrários (1=5 2=4 3=3 4=2 5=1)

Cálculo do raw scale (0 a 100).

	Questão	Limites	Score Range
Capacidade funcional	3 (a+b+c+d+e+f+g+h+i+j)	10.30	20
Aspectos físicos	4 (a+b+c+d)	4.8	4
Dor	7+8	2.12	10
Estado geral da saúde	1+11	5.25	20
Vitalidade	9 (a+e+g+i)	4.24	20
Aspectos sociais	6+10	2.10	8
Aspectos emocionais	5 (a+b+c)	3.6	3
Saúde mental	9 (b+c+d+f+h)	5.30	25

Raw Scale:

Ex: Item = $(\text{valor obtido} - \text{valor mais baixo}) \times 100$

Variação

Ex: Capacidade funcional=21

Valor mais baixo = 10

Variação = 20

 $21 - 10 \times 100 = 55$

20

Obs: a questão número 2 não entra no cálculo dos domínios.

Dados perdidos: Se responder mais de 50% = substituir o valor pela média.

8.4. APÊNDICE 4 - INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE STRESS DE LIPP.

QUADRO 1

A) Marque com F1 os sintomas que tem experimentado nas últimas 24 horas

- () 1. MÃOS (PÉS) FRIOS
- () 2. BOCA SECA
- () 3. NÓ NO ESTÔMAGO
- () 4. AUMENTO DA SUDORESE
- () 5. TENSÃO MUSCULAR
- () 6. APERTO DA MANDÍBULA/ RANGER DE DENTES
- () 7. DIARRÉIA PASSAGEIRA
- () 8. INSÔNIA
- () 9. TAQUICARDIA
- () 10. HIPERVENTILAÇÃO
- () 11. HIPERTENSÃO ARTERIAL SÚBITA E PASSAGEIRA
- () 12. MUDANÇA DE APETITE

Some 1 ponto para cada F1 que assinalou.....() F1

B) Marque com P1 os sintomas que tem experimentado nas últimas 24 horas

- () 13. AUMENTO SÚBITO DE MOTIVAÇÃO
- () 14. ENTUSIASMO SÚBITO
- () 15. VONTADE SÚBITA DE INICIAR NOVOS PROJETOS

Some 1 ponto para cada P1 que assinalou.....() P1

QUADRO 2

A) Marque com F2 os sintomas que tem experimentado na última semana

- () 1. PROBLEMAS COM A MEMÓRIA
- () 2. MAL-ESTAR GENERALIZADO, SEM CAUSA ESPECÍFICA
- () 3. FORMIGAMENTO DAS ESTREMIDADES
- () 4. SENSACÃO DE DESGASTE FÍSICO CONSTANTE
- () 5. MUDANÇA DE APETITE
- () 6. APARECIMENTO DE PROBLEMAS DERMATOLÓGICOS
- () 7. HIPERTENSÃO ARTERIAL
- () 8. CANSAÇO CONSTANTE
- () 9. APARECIMENTO DE ÚLCERA
- () 10. TONTURA/ SENSACÃO DE ESTAR FLUTUANDO

Some 1 ponto para cada F2 que assinalou.....() F2

B) Marque com P2 os sintomas que tem experimentado na última semana

- () 11. SENSIBILIDADE EMOTIVA EXCESSIVA
- () 12. DÚVIDA QUANTO A SI PRÓPRIO
- () 13. PENSAR CONSTANTE EM UM SÓ ASSUNTO
- () 14. IRRITABILIDADE EXCESSIVA
- () 15. DIMINUIÇÃO DA LIBIDO

Some 1 ponto para cada P2 que assinalou.....() P2

QUADRO 3***A) Marque com F3 os sintomas que tem experimentado na última semana***

- () 1. DIARRÉIA FREQUENTE
 () 2. DIFICULDADES SEXUAIS
 () 3. INSÔNIA
 () 4. NÁUSEAS
 () 5. TIQUES
 () 6. HIPERTENSÃO ARTERIAL CONTINUADA
 () 7. PROBLEMAS DERMATOLÓGICOS PROLONGADOS
 () 8. MUDANÇA EXTREMA DE APETITE
 () 9. EXCESSO DE GASES
 () 10. TONTURA FREQUENTE
 () 11. ÚLCERA
 () 12. INFARTO

Some 1 ponto para cada F3 que assinalou.....() F3

B) Marque com P3 os sintomas que tem experimentado na última semana

- () 13. IMPOSSIBILIDADE DE TRABALHAR
 () 14. PESADELOS
 () 15. SENSÇÃO DE INCOMPETÊNCIA EM TODAS AS ÁREAS
 () 16. VONTADE DE FUGIR DE TUDO
 () 17. APATIA, DEPRESSÃO OU RAIVA PROLONGADA
 () 18. CANSAÇO EXCESSIVO
 () 19. PENSAR/ FALAR CONSTANTEMENTE EM UM SÓ ASSUNTO
 () 20. IRRITABILIDADE SEM CAUSA APARENTE
 () 21. ANGÚSTIA/ ANSIEDADE DIÁRIA
 () 22. HIPERSENSIBILIDADE EMOTIVA
 () 23. PERDA DO SENSO DE HUMOR

Some 1 ponto para cada P3 que assinalou.....() P3

AVALIACÃO

A) F1 () P1 ()

B) F2 () P2 ()

C) F3 () P3 ()

TOTAL

(VERTICAL) F () P ()

LINHA A. Sintomas F (físicos) e P (psicológicos) da fase do Alerta

LINHA B. Sintomas F (físicos) e P (psicológicos) da fase de Resistência

LINHA C. Sintomas F (físicos) e P (psicológicos) da fase de Exaustão

8.5. APÊNDICE 5 –RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA SF-36.

TABELA 2. Resultados obtidos no questionário SF-36 das voluntárias participantes da pesquisa na questão capacidade funcional.

ESPCPF		Freq	Percent	Cum.		
25.0		1	3.3%	3.3%		
35.0		1	3.3%	6.7%		
40.0		3	10.0%	16.7%		
45.0		2	6.7%	23.3%		
50.0		3	10.0%	33.3%		
55.0		2	6.7%	40.0%		
60.0		3	10.0%	50.0%		
65.0		2	6.7%	56.7%		
70.0		2	6.7%	63.3%		
75.0		4	13.3%	76.7%		
80.0		1	3.3%	80.0%		
85.0		1	3.3%	83.3%		
90.0		1	3.3%	86.7%		
95.0		1	3.3%	90.0%		
100.0		3	10.0%	100.0%		
Total		30	100.0%			
Total	Sum	Mean	Variance	Std Dev	Std Err	
30	1930	64.333	427.126	20.667	3.773	
Minimum	25%ile	Median	75%ile	Maximum	Mode	
25.000	50.000	62.500	75.000	100.000	75.000	

TABELA 3. Resultados obtidos no questionário SF-36 das voluntárias participantes da pesquisa na questão aspectos físicos.

ESCPFIS		Freq	Percent	Cum.		
0.0		10	33.3%	33.3%		
25.0		2	6.7%	40.0%		
50.0		4	13.3%	53.3%		
75.0		4	13.3%	66.7%		
100.0		10	33.3%	100.0%		
Total		30	100.0%			
Total	Sum	Mean	Variance	Std Dev	Std Err	
30	1550	51.667	1850.575	43.018	7.854	
Minimum	25%ile	Median	75%ile	Maximum	Mode	
0.000	0.000	50.000	100.000	100.000	0.000	

TABELA 4. Resultados obtidos no questionário SF-36 das voluntárias participantes da pesquisa na questão dor

ESCPDOR		Freq	Percent	Cum.		
22.0		5	16.7%	16.7%		
31.0		1	3.3%	20.0%		
32.0		3	10.0%	30.0%		
41.0		11	36.7%	66.7%		
61.0		2	6.7%	73.3%		
62.0		1	3.3%	76.7%		
64.0		1	3.3%	80.0%		
72.0		3	10.0%	90.0%		
74.0		3	10.0%	100.0%		
Total			30	100.0%		
Total	Sum	Mean	Variance	Std Dev	Std Err	
30	1374	45.800	323.338	17.982	3.283	
Minimum	25%ile	Median	75%ile	Maximum	Mode	
22.000	32.000	41.000	62.000	74.000	41.000	

TABELA 5. Resultados obtidos no questionário SF-36 das voluntárias participantes da pesquisa na questão estado geral de saúde.

ESCPGER		Freq	Percent	Cum.		
25.0		1	3.3%	3.3%		
37.0		1	3.3%	6.7%		
47.0		1	3.3%	10.0%		
50.0		1	3.3%	13.3%		
52.0		3	10.0%	23.3%		
57.0		2	6.7%	30.0%		
60.0		1	3.3%	33.3%		
67.0		3	10.0%	43.3%		
72.0		3	10.0%	53.3%		
82.0		4	13.3%	66.7%		
85.0		1	3.3%	70.0%		
87.0		3	10.0%	80.0%		
92.0		5	16.7%	96.7%		
97.0		1	3.3%	100.0%		
Total			30	100.0%		
Total	Sum	Mean	Variance	Std Dev	Std Err	
30	2137	71.233	353.909	18.812	3.435	
Minimum	25%ile	Median	75%ile	Maximum	Mode	
25.000	57.000	72.000	87.000	97.000	92.000	

TABELA 6. Resultados obtidos no questionário SF-36 das voluntárias participantes da pesquisa na questão vitalidade.

ESCPVIT		Freq	Percent	Cum.		
10.0		1	3.3%	3.3%		
15.0		1	3.3%	6.7%		
20.0		3	10.0%	16.7%		
25.0		1	3.3%	20.0%		
30.0		1	3.3%	23.3%		
35.0		2	6.7%	30.0%		
40.0		2	6.7%	36.7%		
45.0		1	3.3%	40.0%		
50.0		4	13.3%	53.3%		
55.0		2	6.7%	60.0%		
60.0		3	10.0%	70.0%		
70.0		2	6.7%	76.7%		
75.0		2	6.7%	83.3%		
80.0		1	3.3%	86.7%		
85.0		1	3.3%	90.0%		
90.0		2	6.7%	96.7%		
100.0		1	3.3%	100.0%		
Total		30	100.0%			
Total	Sum	Mean	Variance	Std Dev	Std Err	
30	1560	52.000	597.586	24.446	4.463	
Minimum	25%ile	Median	75%ile	Maximum	Mode	
10.000	35.000	50.000	70.000	100.000	50.000	

TABELA 7. Resultados obtidos no questionário SF-36 das voluntárias participantes da pesquisa na questão aspectos sociais.

ESCPSOC		Freq	Percent	Cum.		
0.0		1	3.3%	3.3%		
25.0		2	6.7%	10.0%		
37.5		4	13.3%	23.3%		
50.0		3	10.0%	33.3%		
62.5		7	23.3%	56.7%		
75.0		7	23.3%	80.0%		
87.5		1	3.3%	83.3%		
100.0		5	16.7%	100.0%		
Total		30	100.0%			
Total	Sum	Mean	Variance	Std Dev	Std Err	
30	1900	63.333	635.057	25.200	4.601	
Minimum	25%ile	Median	75%ile	Maximum	Mode	
0.000	50.000	62.500	75.000	100.000	62.500	

TABELA 8. Resultados obtidos no questionário SF-36 das voluntárias participantes da pesquisa na questão aspectos emocionais.

ESCPMO		Freq	Percent	Cum.		
0.0		6	20.0%	20.0%		
33.3		6	20.0%	40.0%		
66.7		3	10.0%	50.0%		
100.0		15	50.0%	100.0%		
Total			30	100.0%		
Total	Sum	Mean	Variance	Std Dev	Std Err	
30	1900	63.330	1713.081	41.389	7.557	
Minimum	25%ile	Median	75%ile	Maximum	Mode	
0.000	33.300	83.350	100.000	100.000	100.000	

TABELA 9. Resultados obtidos no questionário SF-36 das voluntárias participantes da pesquisa na questão saúde mental.

ESCPSM		Freq	Percent	Cum		
16.0		1	3.3%	3.3%		
20.0		1	3.3%	6.7%		
24.0		1	3.3%	10.0%		
40.0		1	3.3%	13.3%		
44.0		3	10.0%	23.3%		
52.0		2	6.7%	30.0%		
60.0		2	6.7%	36.7%		
64.0		2	6.7%	43.3%		
68.0		3	10.0%	53.3%		
72.0		2	6.7%	60.0%		
76.0		2	6.7%	66.7%		
80.0		4	13.3%	80.0%		
84.0		4	13.3%	93.3%		
88.0		1	3.3%	96.7%		
92.0		1	3.3%	100.0%		
Total			30	100.0%		
Total	Sum	Mean	Variance	Std Dev	Std Err	
30	1920	64.000	427.034	20.665	3.773	
Minimum	25%ile	Median	75%ile	Maximum	Mode	
16.000	52.000	68.000	80.000	92.000	80.000	

8.6. APÊNDICE 6 – RESULTADOS DO INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE STRESS DE LIPP.

TABELA 10. Resultado obtido no ISSL da voluntária 1 que nos mostra: Não tem stress.

VOLUNTÁRIA 1						
QUADROS	FÍSICOS		PSICOLÓGICOS		TOTAL F+P	%
	Resultado Bruto	%	Resultado Bruto	%		
Q1 Alerta	5	41	0	0	5	-
Q2 Resistência	1	10	0	0	1	-
Q3 Exaustão	1	8	3	27	4	-
TOTAL	7		3		10	

TABELA 11. Resultado obtido no ISSL da voluntária 2 que nos mostra: Tem stress/ Fase de Resistência/ Predominância de sintomas psicológicos.

VOLUNTÁRIA 2						
QUADROS	FÍSICOS		PSICOLÓGICOS		TOTAL F+P	%
	Resultado Bruto	%	Resultado Bruto	%		
Q1 Alerta	3	25	0	0	3	-
Q2 Resistência	3	30	3	60	6	25
Q3 Exaustão	1	8	6	54	7	-
TOTAL	7		9		16	

TABELA 12. Resultado obtido no ISSL da voluntária 3 que nos mostra: Tem stress/ Fase de Quase-exaustão/ Predominância de sintomas físicos.

VOLUNTÁRIA 3						
QUADROS	FÍSICOS		PSICOLÓGICOS		TOTAL F+P	%
	Resultado Bruto	%	Resultado Bruto	%		
Q1 Alerta	8	66	1	33	9	33
Q2 Resistência	9	90	5	100	14	92
Q3 Exaustão	6	50	9	81	15	47
TOTAL	23		15		38	

TABELA 13. Resultado obtido no ISSL da voluntária 4 que nos mostra: Não tem stress

VOLUNTÁRIA 4						
QUADROS	FÍSICOS		PSICOLÓGICOS		TOTAL F+P	%
	Resultado Bruto	%	Resultado Bruto	%		
Q1 Alerta	2	16	1	33	3	-
Q2 Resistência	0	0	0	0	0	-
Q3 Exaustão	0	0	0	0	0	-
TOTAL	2		1		3	

TABELA 14. Resultado obtido no ISSL da voluntária 5 que nos mostra: Não tem stress

VOLUNTÁRIA 5						
QUADROS	FÍSICOS		PSICOLÓGICOS		TOTAL F+P	%
	Resultado Bruto	%	Resultado Bruto	%		
Q1 Alerta	1	8	0	0	1	-
Q2 Resistência	1	10	1	20	2	-
Q3 Exaustão	2	16	0	0	2	-
TOTAL	4		1		5	

TABELA 15. Resultado obtido no ISSL da voluntária 6 que nos mostra: Não tem stress

VOLUNTÁRIA 6						
QUADROS	FÍSICOS		PSICOLÓGICOS		TOTAL F+P	%
	Resultado Bruto	%	Resultado Bruto	%		
Q1 Alerta	2	16	1	33	3	-
Q2 Resistência	2	20	1	20	3	-
Q3 Exaustão	1	8	1	9	2	-
TOTAL	5		3		8	

TABELA 16. Resultado obtido no ISSL da voluntária 7 que nos mostra: Tem stress/
Fase de Resistência/ Predominância de sintomas físicos

VOLUNTÁRIA 7						
QUADROS	FÍSICOS		PSICOLÓGICOS		TOTAL F+P	%
	Resultado Bruto	%	Resultado Bruto	%		
Q1 Alerta	4	33	0	0	4	-
Q2 Resistência	5	50	2	40	7	33
Q3 Exaustão	1	8	5	45	6	-
TOTAL	10		7		17	

TABELA 17. Resultado obtido no ISSL da voluntária 8 que nos mostra: Não tem stress

VOLUNTÁRIA 8						
QUADROS	FÍSICOS		PSICOLÓGICOS		TOTAL F+P	%
	Resultado Bruto	%	Resultado Bruto	%		
Q1 Alerta	3	25	1	33	4	-
Q2 Resistência	3	30	0	0	3	-
Q3 Exaustão	3	25	3	27	6	-
TOTAL	9		4		13	

TABELA 18. Resultado obtido no ISSL da voluntária 9 que nos mostra: Tem stress/
Fase de Quase-exaustão/ Predominância de sintomas psicológicos

VOLUNTÁRIA 9						
QUADROS	FÍSICOS		PSICOLÓGICOS		TOTAL F+P	%
	Resultado Bruto	%	Resultado Bruto	%		
Q1 Alerta	6	50	2	66	8	22
Q2 Resistência	7	70	5	100	12	75
Q3 Exaustão	2	16	9	81	11	20
TOTAL	15		16		31	

TABELA 19. Resultado obtido no ISSL da voluntária 10 que nos mostra: Tem stress/
Fase de Resistência/ Predominância de sintomas físicos e psicológicos

VOLUNTÁRIA 10						
QUADROS	FÍSICOS		PSICOLÓGICOS		TOTAL F+P	%
	Resultado Bruto	%	Resultado Bruto	%		
Q1 Alerta	2	16	0	0	2	-
Q2 Resistência	4	40	2	40	6	25
Q3 Exaustão	1	8	5	45	6	-
TOTAL	7		7		14	

TABELA 20. Resultado obtido no ISSL da voluntária 11 que nos mostra: Não tem
stress

VOLUNTÁRIA 11						
QUADROS	FÍSICOS		PSICOLÓGICOS		TOTAL F+P	%
	Resultado Bruto	%	Resultado Bruto	%		
Q1 Alerta	2	16	1	33	3	-
Q2 Resistência	1	10	1	20	2	-
Q3 Exaustão	1	8	1	9	2	-
TOTAL	4		3		7	

TABELA 21. Resultado obtido no ISSL da voluntária 12 que nos mostra: Tem stress/
Fase de Alerta/ Predominância de sintomas psicológicos

VOLUNTÁRIA 12						
QUADROS	FÍSICOS		PSICOLÓGICOS		TOTAL F+P	%
	Resultado Bruto	%	Resultado Bruto	%		
Q1 Alerta	4	33	3	100	7	11
Q2 Resistência	3	30	1	20	4	8
Q3 Exaustão	1	8	0	0	1	-
TOTAL	8		4		12	

TABELA 22. Resultado obtido no ISSL da voluntária 13 que nos mostra: Tem stress/
Fase de Resistência/ Predominância de sintomas psicológicos

VOLUNTÁRIA 13						
QUADROS	FÍSICOS		PSICOLÓGICOS		TOTAL F+P	%
	Resultado Bruto	%	Resultado Bruto	%		
Q1 Alerta	1	8	1	33	2	-
Q2 Resistência	2	20	2	40	4	8
Q3 Exaustão	1	8	1	9	2	-
TOTAL	4		4		8	

TABELA 23. Resultado obtido no ISSL da voluntária 14 que nos mostra: Tem stress/
Fase de Resistência/ Predominância de sintomas psicológicos

VOLUNTÁRIA 14						
QUADROS	FÍSICOS		PSICOLÓGICOS		TOTAL F+P	%
	Resultado Bruto	%	Resultado Bruto	%		
Q1 Alerta	7	58	1	33	8	22
Q2 Resistência	5	50	4	80	9	50
Q3 Exaustão	4	33	4	36	8	-
TOTAL	16		9		25	

TABELA 24. Resultado obtido no ISSL da voluntária 15 que nos mostra: Tem stress/
Fase de Resistência/ Predominância de sintomas psicológicos

VOLUNTÁRIA 15						
QUADROS	FÍSICOS		PSICOLÓGICOS		TOTAL F+P	%
	Resultado Bruto	%	Resultado Bruto	%		
Q1 Alerta	3	25	2	66	5	-
Q2 Resistência	2	20	2	40	4	8
Q3 Exaustão	4	33	1	9	5	-
TOTAL	9		5		14	

TABELA 25. Resultado obtido no ISSL da voluntária 16 que nos mostra: Tem stress/
Fase de Resistência/ Predominância de sintomas psicológicos

VOLUNTÁRIA 16						
QUADROS	FÍSICOS		PSICOLÓGICOS		TOTAL F+P	%
	Resultado Bruto	%	Resultado Bruto	%		
Q1 Alerta	4	33	3	100	7	11
Q2 Resistência	4	40	4	80	8	42
Q3 Exaustão	4	33	7	63	11	20
TOTAL	12		14		26	

TABELA 26. Resultado obtido no ISSL da voluntária 17 que nos mostra: Tem stress/
Fase de Resistência/ Predominância de sintomas psicológicos

VOLUNTÁRIA 17						
QUADROS	FÍSICOS		PSICOLÓGICOS		TOTAL F+P	%
	Resultado Bruto	%	Resultado Bruto	%		
Q1 Alerta	3	25	1	33	4	-
Q2 Resistência	2	20	2	40	4	8
Q3 Exaustão	1	8	0	0	1	-
TOTAL	6		3		9	

TABELA 27. Resultado obtido no ISSL da voluntária 18 que nos mostra: Não tem stress

VOLUNTÁRIA 18						
QUADROS	FÍSICOS		PSICOLÓGICOS		TOTAL F+P	%
	Resultado Bruto	%	Resultado Bruto	%		
Q1 Alerta	3	25	0	0	3	-
Q2 Resistência	2	20	0	0	2	-
Q3 Exaustão	2	16	2	18	4	-
TOTAL	7		2		9	

TABELA 28. Resultado obtido no ISSL da voluntária 19 que nos mostra: Tem stress/
Fase de Alerta/ Predominância de sintomas físicos

VOLUNTÁRIA 19						
QUADROS	FÍSICOS		PSICOLÓGICOS		TOTAL F+P	%
	Resultado Bruto	%	Resultado Bruto	%		
Q1 Alerta	9	75	2	66	11	56
Q2 Resistência	3	30	1	20	4	8
Q3 Exaustão	3	25	1	9	4	-
TOTAL	15		4		19	

TABELA 29. Resultado obtido no ISSL da voluntária 20 que nos mostra: Tem stress/
Fase de Resistência/ Predominância de sintomas físicos

VOLUNTÁRIA 20						
QUADROS	FÍSICOS		PSICOLÓGICOS		TOTAL F+P	%
	Resultado Bruto	%	Resultado Bruto	%		
Q1 Alerta	4	33	3	100	7	11
Q2 Resistência	4	40	1	20	5	17
Q3 Exaustão	1	8	7	63	8	-
TOTAL	9		11		20	

TABELA 30. Resultado obtido no ISSL da voluntária 21 que nos mostra: Não tem stress

VOLUNTÁRIA 21						
QUADROS	FÍSICOS		PSICOLÓGICOS		TOTAL F+P	%
	Resultado Bruto	%	Resultado Bruto	%		
Q1 Alerta	3	25	3	100	6	-
Q2 Resistência	0	0	2	40	2	-
Q3 Exaustão	0	0	2	18	2	-
TOTAL	3		7		10	

TABELA 31. Resultado obtido no ISSL da voluntária 22 que nos mostra: Tem stress/
Fase de Resistência/ Predominância de sintomas psicológicos

VOLUNTÁRIA 22						
QUADROS	FÍSICOS		PSICOLÓGICOS		TOTAL F+P	%
	Resultado Bruto	%	Resultado Bruto	%		
Q1 Alerta	4	33	1	33	5	-
Q2 Resistência	5	50	3	60	8	42
Q3 Exaustão	2	16	9	81	11	20
TOTAL	11		13		24	

TABELA 32. Resultado obtido no ISSL da voluntária 23 que nos mostra: Tem stress/
Fase de Resistência/ Predominância de sintomas psicológicos

VOLUNTÁRIA 23						
QUADROS	FÍSICOS		PSICOLÓGICOS		TOTAL F+P	%
	Resultado Bruto	%	Resultado Bruto	%		
Q1 Alerta	6	50	2	66	8	22
Q2 Resistência	4	40	3	60	7	33
Q3 Exaustão	1	8	2	18	3	-
TOTAL	11		7		18	

TABELA 33. Resultado obtido no ISSL da voluntária 24 que nos mostra: Tem stress/
Fase de Resistência/ Predominância de sintomas físicos e psicológicos

VOLUNTÁRIA 24						
QUADROS	FÍSICOS		PSICOLÓGICOS		TOTAL F+P	%
	Resultado Bruto	%	Resultado Bruto	%		
Q1 Alerta	3	25	2	66	5	-
Q2 Resistência	6	60	3	60	9	50
Q3 Exaustão	3	25	8	72	11	20
TOTAL	12		13		25	

TABELA 34. Resultado obtido no ISSL da voluntária 25 que nos mostra: Tem stress/
Fase de Resistência/ Predominância de sintomas psicológicos

VOLUNTÁRIA 25						
QUADROS	FÍSICOS		PSICOLÓGICOS		TOTAL F+P	%
	Resultado Bruto	%	Resultado Bruto	%		
Q1 Alerta	3	25	3	100	6	-
Q2 Resistência	2	20	3	60	5	17
Q3 Exaustão	2	16	4	36	6	-
TOTAL	7		10		17	

TABELA 35. Resultado obtido no ISSL da voluntária 26 que nos mostra: Não tem stress

VOLUNTÁRIA 26						
QUADROS	FÍSICOS		PSICOLÓGICOS		TOTAL F+P	%
	Resultado Bruto	%	Resultado Bruto	%		
Q1 Alerta	1	8	0	0	1	-
Q2 Resistência	2	20	1	20	3	-
Q3 Exaustão	0	0	2	18	2	-
TOTAL	3		3		6	

TABELA 36. Resultado obtido no ISSL da voluntária 27 que nos mostra: Tem stress/
Fase de Quase-exaustão/ Predominância de sintomas psicológicos

VOLUNTÁRIA 27						
QUADROS	FÍSICOS		PSICOLÓGICOS		TOTAL F+P	%
	Resultado Bruto	%	Resultado Bruto	%		
Q1 Alerta	9	75	3	100	12	67
Q2 Resistência	7	70	5	100	12	75
Q3 Exaustão	7	58	11	100	18	67
TOTAL	23		39		42	

TABELA 37. Resultado obtido no ISSL da voluntária 28 que nos mostra: Tem stress/
Fase de Quase-Exaustão/ Predominância de sintomas físicos

VOLUNTÁRIA 28						
QUADROS	FÍSICOS		PSICOLÓGICOS		TOTAL F+P	%
	Resultado Bruto	%	Resultado Bruto	%		
Q1 Alerta	7	58	0	0	7	11
Q2 Resistência	8	80	2	40	10	58
Q3 Exaustão	5	41	3	27	8	-
TOTAL	20		5		25	

TABELA 38. Resultado obtido no ISSL da voluntária 29 que nos mostra: Não tem stress

VOLUNTÁRIA 29						
QUADROS	FÍSICOS		PSICOLÓGICOS		TOTAL F+P	%
	Resultado Bruto	%	Resultado Bruto	%		
Q1 Alerta	2	16	0	0	2	-
Q2 Resistência	2	20	1	20	3	-
Q3 Exaustão	1	8	3	27	4	-
TOTAL	5		4		9	

TABELA 39. Resultado obtido no ISSL da voluntária 30 que nos mostra: Tem stress/
Fase de Alerta/ Predominância de sintomas psicológicos.

VOLUNTARIA 30						
QUADROS	FÍSICOS		PSICOLÓGICOS		TOTAL F+P	%
	Resultado Bruto	%	Resultado Bruto	%		
Q1 Alerta	10	83	3	100	13	78
Q2 Resistência	6	60	5	100	11	67
Q3 Exaustão	7	58	8	72	15	47
TOTAL	23		16		39	

9. ANEXOS

9.1. ANEXO 1 - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.



CEP: 287/1546
PARCELER PROJETO: N° 24527063

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

www.fcm.unicamp.br/etica/eticaindex.html

PARECER

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: "EFETOS DE UM PROGRAMA DE TERAPIA MANUAL NA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES DE MEIA IDADE COM DISTRUNÇÃO DA ARTICULAÇÃO TEMPORO MANDIBULAR".

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Renata Cristina Di Grazia

II - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP tornou ciência e aprova o estudo que inclui o projeto de pesquisa "DISTRUNÇÃO TEMPORO MANDIBULAR: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E SINTOMAS DE STRESS EM MULHERES MENOPAUSADAS COM E SEM TERAPIA DE RESPOSTA HORMONAL", com finalidade de dissertação de mestrado da aluna Cláudia Maria Alves, referente ao protocolo de pesquisa supracitado.

A validade e as conclusões aqui apresentadas são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas, sendo comprometida.

Homologada na XI Reunião Ordinária do CEP/FCM em 25 de novembro de 2016.


Prof. Dra. Carmem Sílvia Bertuzzi
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM/UNICAMP

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: José de Almeida Coutinho, 35
Caixa Postal 6111
13064-971 Campinas, SP

FOFEX 010 3523-0556
FAX 010 3523-7167
cep@unicamp.br

9.2. ANEXO 2 – CARTA DE RECEBIMENTO DO ARTIGO

Atlântica Editora
Rua da Lapa, 180 sl.1103
20021-180 – Rio de Janeiro - RJ
Tel/fax: (21) 2221-4164
www.atlanticaeditora.com.br
atlantica@atlanticaeditora.com.br

Rio de Janeiro, 10 de dezembro de 2007.

Prezada Sra. Cláudia,

Confirmamos que recebemos o seu artigo:

Avaliação da qualidade de vida e dos sintomas de stress em mulheres menopausadas com disfunção da articulação temporomandibular

Autor: **Cláudia Maria Peres**

Este artigo será encaminhado para análise do conselho científico da revista *Fisioterapia Brasil*.

Atenciosamente,

Jean-Louis Peytavin
Editor
jeanlouis@atlanticaeditora.com.br

9.3. ANEXO 3 - INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE STRESS DE LIPP. TABELAS DE CÁLCULOS.

SINAIS de STRESS	
P1 + F1 > 6	
P2 + F2 > 3	
P3 + F3 > 8	

Tabela de Correção 1.
Fases do Stress

QUADRO 1		QUADRO 2		QUADRO 3	
Fase I		Fase II		Fase III	
Resultado Bruto	Porcentagem	Resultado Bruto	Porcentagem	Resultado Bruto	Porcentagem
7	11	4	8	9	7
8	22	5	17	10	19
9	33	6	25	11	20
10	44	7	33	12	27
11	56	8	42	13	33
12	67	9	50	14	40
13	78	10	58	15	47
14	89	11	67	16	53
15	100	12	75	17	60
		13	83	18	67
		14	92	19	73
		15	100	20	80
				21	87
				22	93
				23	100

Tabela de Correção 2.
Tipo de Sintomatologia
Sintomas Físicos

Fase de Alerta		Fase de Resistência		Fase de Exaustão	
Res. Bruto	Porcent.	Res. Bruto	Porcent.	Res. Bruto	Porcent.
1	8	1	10	1	8
2	16	2	20	2	16
3	25	3	30	3	25
4	33	4	40	4	33
5	41	5	50	5	41
6	50	6	60	6	50
7	58	7	70	7	58
8	66	8	80	8	66
9	75	9	90	9	75
10	83	10	100	10	83
11	91			11	91
12	100			12	100

Tabela de Correção 3.
Tipo de Sintomatologia
Sintomas Psicológicos

Fase de Alerta		Fase de Resistência		Fase de Exaustão	
Res. Bruto	Porcent.	Res. Bruto	Porcent.	Res. Bruto	Porcent.
1	33	1	20	1	9
2	66	2	40	2	18
3	100	3	60	3	27
		4	80	4	36
		5	100	5	45
				6	54
				7	63
				8	72
				9	81
				10	90
				11	100