

Três instrumentos de coleta de dados para caracterização dos pacientes portadores de DTM do Projeto de DTM/ Núcleo da Dor no Centro Integrado de Fisioterapia do UniFOA

Three instruments of data collection for characterization of patients with TMD of Project TMD/Nucleus of Pain in the Integrated Physiotherapeutic Center of UniFOA

Glória Maria Moraes Vianna da Rosa ¹

Alexandra Dias Serafim ²

Etyene Castro ³

Glauco Alexandra Gaban ⁴

Lívia da Lima Gonçalves Pinto ⁴

Helen Cândido Bitencourt ⁴

Artigo
Original

Original
Paper

Palavras-chaves:

Articulação
Temporomandibular

Músculos
Mastigatórios

Dor Facial

Cervicalgia

Epidemiologia

Etiologia

Diagnóstico

Resumo

Introdução A DTM envolve a musculatura mastigatória e/ou articulações temporomandibulares. Para isso descrever e caracterizar portadores de DTM exige a utilização de diferentes ferramentas. **Objetivos e Métodos** Descrever as características de 43 pacientes atendidos no UniFOA e discutir a severidade de seus sintomas utilizando três instrumentos de coleta de dados: 1) Índice Anamnésico baseado nas incapacidades; 2) Questionário Anamnésico e 3) a Escala Visual Analógica. **Resultados e Conclusão** Houve prevalência de DTM no sexo feminino (93%). A intensidade da dor nos homens mostrou-se menor. O índice baseado nas incapacidades mostrou-se severo em 66% dos homens e em 65% das mulheres. Quanto à severidade dos sintomas observou-se severidade em 66% dos homens e em 45% das mulheres. Os transtornos mais intensos e freqüentes foram o estalido e trancamento (44%), limitação funcional (30%) e intensidade da dor mastigatória (25%). O desconforto oclusal revelou 18% de casos severos e a limitação social 13%. Foi observada presença de dor periférica (cefaléia e cervicalgia) em 90% dos casos. Observa-se a inter-relação entre a região orofacial e coluna cervical havendo a necessidade de intervenção multi-profissional maximizando o diagnóstico e o tratamento da DTM.

Abstract

Introduction The TMD involving masticated musculature and/or temporomandibular joints. That to describe and to characterize carriers of TMD is necessary the use of different valid, sensitive and trustful tools. **Objective & Methods** Characterize the TMD of 43 patients were appraised in UniFOA and to discuss the severity of the symptoms by three different instruments of obtaining data: 1) the anamnesis index based on the inabilities of the patient; 2) The classification of the symptoms severity. 3) Application of a visual analogical schedule of pain. **Results and Conclusion** Prevalence of TMD in females (93%). The intensity of the pain in the male sex was shown smaller. The anamnesis index based on the inabilities was shown severe in 66% of the male and 65% of the female. With reference the severity of the symptoms was also revealed severe in 66% of the male and in 45% of the female. The most frequent symptoms were the jaw clicks associated with obstruction of mouth opening (44%), functional limitation (30%) and chewing pain (25%). The occlusal distress revealed 18% of severe cases and the social limitation 13%. Presence of outlying pain (headache and neck pain) was observed in 90% of cases. To observe the interrelation between the orofacial area and cervical spine and also the need to the intervention multi-professional to increase the diagnosis and the treatment of TMD.

Key words:

Temporomandibular
Joint

Masticator Muscles

Facial Pain

Neck Pain

Epidemiological

Etiology

Diagnosis

¹ Monitores da disciplina de Técnica Operatória do Curso de Medicina do UniFOA

² Doutor e Docente do Curso de Medicina do UniFOA

³ Monitores da disciplina de Técnica Operatória do Curso de Medicina do UniFOA

⁴ Doutor e Docente do Curso de Medicina do UniFOA

1. Introdução

Disfunção temporomandibular (DTM) abrange várias situações clínicas envolvendo musculatura mastigatória e/ou articulações temporomandibulares (McNeill, 1993). Considerada de etiologia multifatorial, seu transtorno não é diagnosticado por sua patogenia ou etiologia, mas pelos chamados sintomas guias do diagnóstico. Além disso, a sintomatologia não é patognomônica do transtorno, já que outras doenças ou condições podem apresentar os mesmos sintomas (Palla, 2004). Por isso, descrever e caracterizar portadores de DTM são de grande importância e exigem a utilização de diferentes ferramentas válidas, sensíveis e confiáveis.

Vários são os índices anamnésicos que vem sendo utilizados na literatura para caracterizar e classificar pacientes com DTM (THILANDER *et al*, 2002; CONTI *et al*, 1996; DWORKIN ET AL, 1992; FONSECA, 1994; PULLINGER E MONTEIRO, 1988). Esses instrumentos, contudo, têm indicado uma prevalência variando de 16 a 59%. Essa grande variação nos valores documentada é causada pelo uso de diferentes metodologias e nessas se incluem o emprego de questionários não padronizados e com diferentes critérios de análise (Palla, 2004) e este problema muito vezes leva a tratamentos desnecessários ou ineficientes.

O objetivo deste estudo foi descrever as características dos pacientes atendidos no projeto de DTM/ núcleo da dor no centro integrado de Fisioterapia do Centro Universitário de Volta Redonda, através da utilização de três instrumentos de coleta de dados rotineiramente utilizados no setor e discutir a severidade de seus sintomas.

2. Material e métodos

Para realização deste trabalho foi selecionado um grupo de 43 pacientes, sendo 40 mulheres e 3 homens, com faixa etária entre 15 a 71 anos de idade (35 ± 14 anos) do município de Volta Redonda e região, atendidos no projeto de DTM/Núcleo da Dor, no Centro Integrado de Fisioterapia do UniFOA, com diagnóstico odontológico de DTM. A todos os pacientes foi solicitado o preenchimento do consentimento

formal de participação, após o completo esclarecimento dos objetivos da pesquisa.

Foram analisados três instrumentos rotineiramente utilizados na coleta de dados dos pacientes atendidos no setor: 1) Índice anamnésico baseado nas incapacidades, elaborado por Pullinger e Monteiro (1988), para obtenção do perfil sintomático da paciente de acordo com a frequência, intensidade e interferência da função; 2) Questionário anamnésico proposto por Fonseca (1992), adaptado à população brasileira e que é de fácil compreensão e aplicação e 3) Escala Visual Analógica para medição quantitativa da intensidade da dor que consiste de uma régua com 10 centímetros, com descritores em cada extremidade (CARDOSO, 1999).

Para o preenchimento de cada questionário utilizado no setor, sempre são oferecidas instruções para completa compreensão do paciente. O preenchimento é normalmente realizado pelo paciente, com o auxílio do terapeuta que permanece à disposição para qualquer esclarecimento e os instrumentos são aplicados sem controle de tempo, para não haver razões de conduzir o paciente a respostas apressadas. Em média, o tempo gasto com a aplicação do questionário completo é de 30 minutos.

3. Análise dos Dados

A análise descritiva escolhida foi a distribuição de frequência dos dados obtidos para os itens contidos nos instrumentos utilizados.

4. Resultados

Dos 43 participantes do estudo, 40 (93%) são do gênero feminino e 3 (7%) do masculino (figura 1).

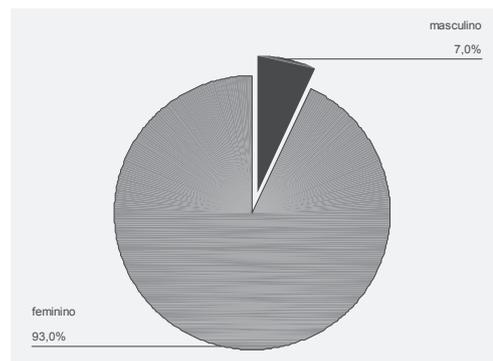


Figura 1: sexo dos participantes

A distribuição dos pacientes, de acordo com a faixa etária é observada na tabela 1. Nota-se que a maior ocorrência dos casos encontra-se na faixa etária compreendida entre 21 e 40 anos (56%) sendo 42% entre 21-30 anos.

Faixa etária	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	+ 60	Total
Masculino	-	2 (66%)	-	1 (34%)	-	-	3 (7%)
Feminino	3 (7.5%)	16 (40%)	6 (15%)	7 (17.5%)	6 (15%)	2 (5%)	40 (93%)
Total	3 (7%)	18 (42%)	6 (14%)	8 (18%)	6 (14%)	2 (5%)	43 (100%)

Tabela 1: Distribuição dos pacientes de acordo com o gênero e a faixa etária

A intensidade média da dor (figura 2), de acordo com a escala analógica de 10 cm apresenta-se consideravelmente maior nas mulheres (7.5) que nos homens (3.5).

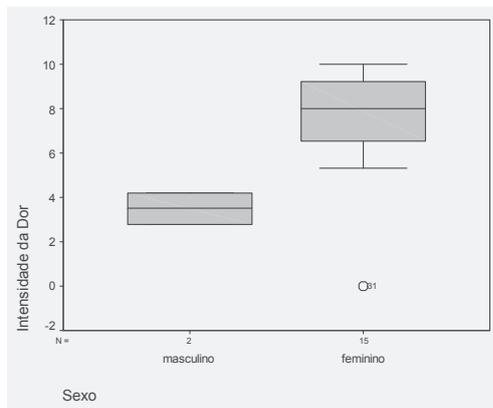


Figura 2: Gráfico "Box & Whiskers" da intensidade da dor entre gêneros. O "Box" representa o intervalo interquartil e os "Whiskers" representam os quartis superior e inferior, respectivamente

O índice anamnésico de Fonseca (figura 3) demonstra um total de 22 (51%) indivíduos com escore severo seguido de 16 (37%) de escore moderado.

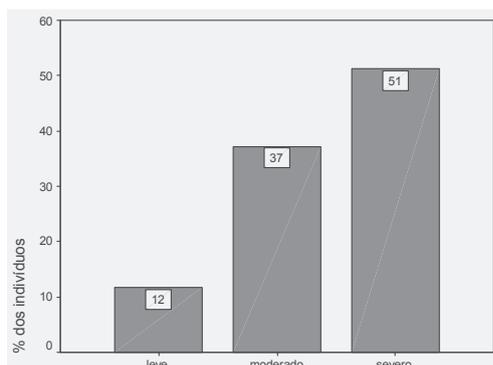


Figura 3: distribuição dos participantes do estudo em relação à severidade dos sintomas de DTM segundo o Índice anamnésico de Fonseca

Destes, 20 (50%) são do gênero feminino e 2 (67%) do masculino (figura 4).

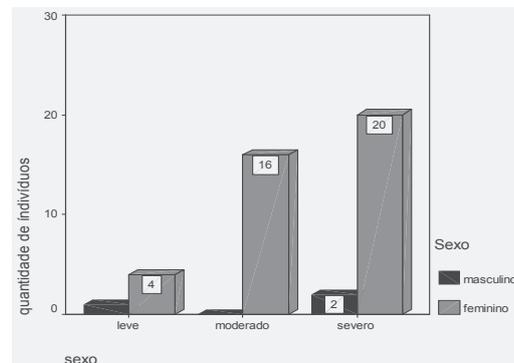


Figura 4: distribuição dos indivíduos do estudo (n=43) de acordo com sexo (feminino, n=40, masculino, n=3) em relação à severidade dos sintomas de DTM segundo Índice anamnésico de Fonseca.

O índice de Pullinger e Monteiro (figura 5) também revelou escore severo para 67% dos homens e para 63% das mulheres. Este instrumento, embora tenha apresentado valores similares ao anterior, mostra um grau de severidade (severo 2) em 23% das mulheres maior do que nos homens uma vez que o divide em severo 1 e 2 de acordo como somatório de grupos (6 grupos) com escore severo.

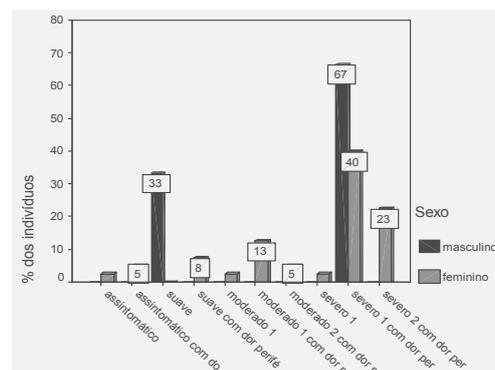


Figura 5: distribuição dos participantes do estudo (n=43) de acordo com o sexo (feminino, n=40, masculino, n=3) em relação à severidade dos sintomas de DTM de acordo com o índice anamnésico de Pullinger e Monteiro

Os transtornos que se mostraram mais severamente intensos e frequentes, de acordo com o índice anamnésico, foram o estalido e trancamento (44%) (figura 6) seguido da limitação funcional (30%) (figura 7) e pela intensidade da dor mastigatória (25%) (figura 8). O desconforto oclusal (figura 9) revelou 18% de casos severos e a limitação social 13% (figura 10).

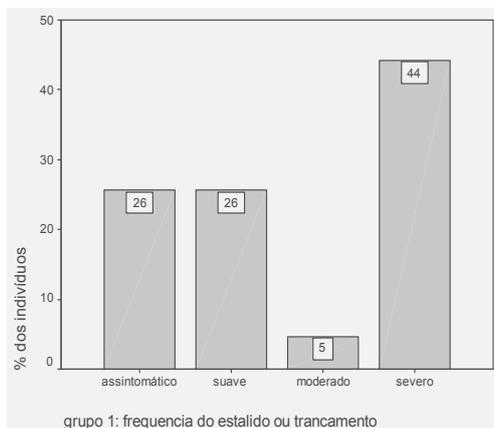


Figura 6: distribuição dos indivíduos do estudo em relação à frequência do estalido ou trancamento

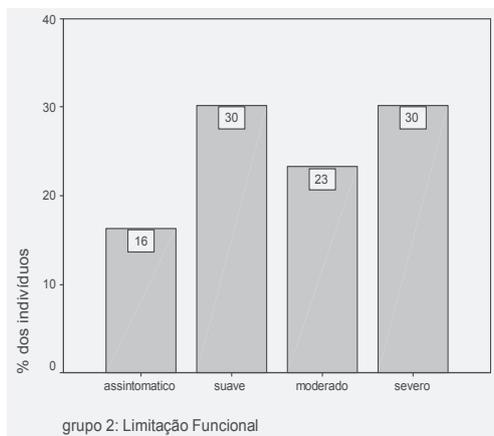


Figura 7: distribuição dos indivíduos do estudo em relação à limitação funcional

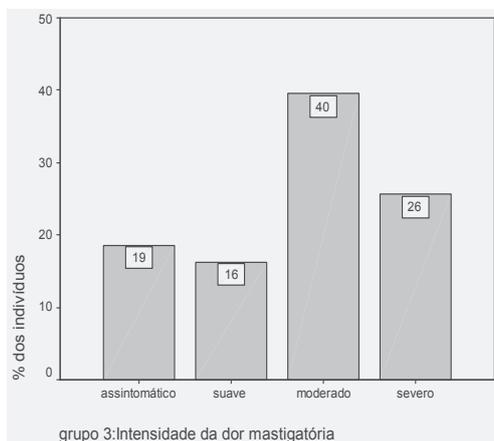


Figura 8: distribuição dos indivíduos do estudo em relação à intensidade da dor mastigatória

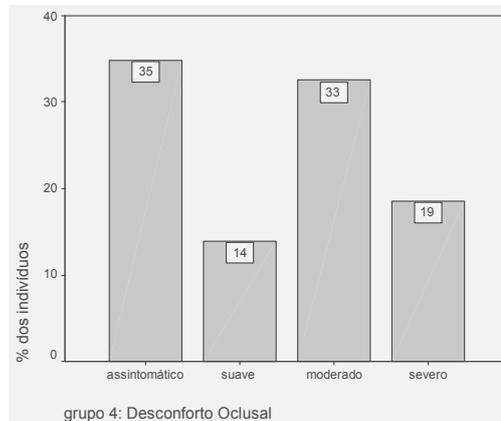


Figura 9: distribuição dos indivíduos do estudo em relação à limitação social

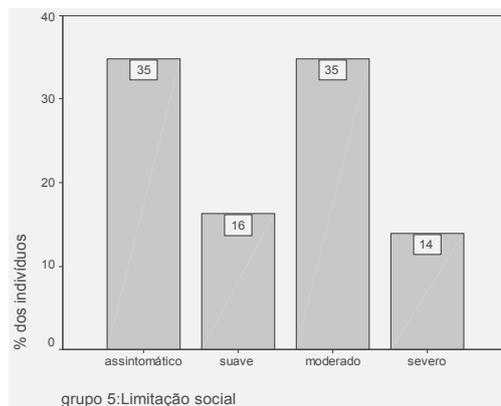


Figura 10 : distribuição dos indivíduos do estudo em relação ao desconforto oclusal

A dor periférica representa a intensidade e frequência de cefaleia e cervicálgia. Este grupo apresentou-se severo em 88% (n=38) dos casos.

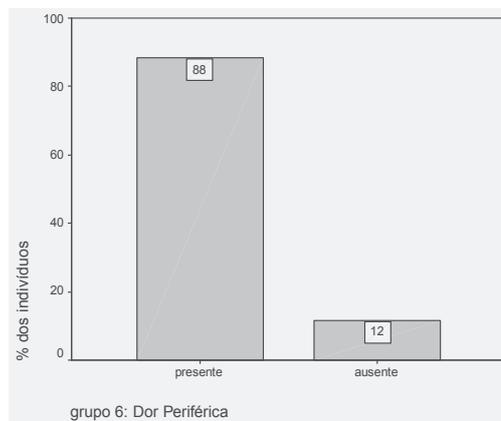


Figura 11: distribuição dos indivíduos do estudo em relação à presença de dor periférica

5. Discussão

Os dados analisados revelaram predominância de indivíduos do gênero feminino (93%) portando DTM na faixa etária entre 21 e 40 anos, o que está de acordo com a maioria dos trabalhos sobre o assunto (BOVE *et al*, 2005; PEREIRA *et al*, 2005; MACFARLANE *et al*, 2002; LIMA *et al*, 1999; DONEGÁ *et al*, 1997).

Cerca de 70% de todosos casos dos participantes desse estudo foram classificados como severos nos dois índices anamnésicos.

Lima *et al* (1999) concluíram que um número maior de mulheres procura por tratamento por apresentarem mais sintomas e sinais de DTM que os do sexo oposto.

Nossos resultados demonstraram que, além de mais prevalentes, as mulheres mostraram-se também mais intensamente acometidas pela dor quando se comparou a intensidade desse sintoma entre ambos os sexos e isso ocorreu mesmo na presença de índices anamnésicos com o mesmo grau de severidade.

Segundo Macfarlane *et al* (2002), a maior prevalência em mulheres pode ser devido a uma sensibilidade biológica mais alta a estímulos neste gênero.

Para Teixeira *et al* (2001), o conceito de que a mulher apresenta menor tolerância e que se queixe mais de dor necessita ser melhor fundamentado. Contudo, vários são os trabalhos epidemiológicos que revelam uma prevalência significativamente maior de dor nas mulheres quando comparadas com os homens em idades similares (STEMBACH, 1986; MACFARLANE *et al* 2002).

Fatores biológicos parecem contribuir para essas diferenças como variações na prevalência de dor nas fases do ciclo menstrual (Teixeira *et al* 2001). Um outro fator é o social. Normalmente é mais aceito pela sociedade a queixa de experiência de dor em mulheres do que em homens (MACFARLANE *et al* 2002).

Dor é definida , segundo a Internacional Association for the Study of Pain (IASP) publicado em 1986, como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal dano.Nos termos dessa definição, não apenas os componentes físico e químico envolvidos no evento doloroso são considerados, mas também os aspectos subje-

tivo e psicológico, que são cruciais na compreensão da queixa dolorosa, especialmente em paciente com dor crônica.

É sabido que mulheres apresentam índices de ansiedade maiores que os homens e isso parece ser devido a forte ligação existente entre o estrogênio e numerosas funções como comportamento cognitivo, sistema reprodutor e as emoções (GENAZZANI ET AL. E JOFFE E COHEN APUD KRÜZEL *et al*, 2001; SPARRENBERGER ET AL. 2003).

Além disso, fatores sociais como o mais alto nível de expectativas éticas que envolvem o comportamento feminino , já que a cultura é mais permissiva com os homens e mais restrita com as mulheres, as pressões no sentido da profissionalização e ingresso no mercado de trabalho, como afirmação pessoal e busca de independência econômica, requisitos importantes da personalidade da mulher no limiar do novo milênio , forçando-a a se engajar em comportamentos competitivos, comumente estressantes e eventualmente conflitantes com feminilidade e o projeto de constituição de uma família, o que significa, para a quase totalidade, uma dupla jornada de trabalho, a de fora de casa e as atividades domésticas, incluindo as funções de esposa e mãe, ocasionando elevação maior de seu estado de ansiedade, como consequência da exposição dessas situações percebidas como ameaçadoras.

É, portanto, possível que seja a associação de diversos fatores como os biológicos, psicológicos, fisiológicos e sociais os responsáveis por essa tendência de maior dor observada nas mulheres.

Os transtornos que se mostraram mais severamente intensos e frequentes foram o estalido e trancamento (44%) seguido da limitação funcional (30%) e da intensidade da dor mastigatória (25%). O desconforto oclusal revelou 18% de casos severos e a limitação social 13%.

A literatura descreve que os estalos são um dos sintomas mais frequentes em pacientes com DTM e ocorrem devido ao posicionamento errado da cartilagem, podendo ou não ser acompanhado de dor (PEREIRA,2005). Os ruídos articulares também foram frequentes nos resultados de Donegá *et al* (1997) que defendem a ideia de serem esses ruídos devido à incoordenação disco-côndilo, características das disfunções intra-articulares. A maioria das casuísticas de disfun-

ções intra-articulares tem destacado a frequência de estalos (STETENGA ET AL 1992; RAMOS ET AL 1993). Para autores como Stetenga et al (1992) os estalos são próprios do deslocamento do disco com redução.

É importante salientar entretanto que esse tipo de transtorno foi também o mais frequente no grupo de indivíduos não portadores de DTM, em estudo realizado por Pullinger e Monteiro (1988). Dessa forma, a frequência e intensidade de estalido e trancamento não parece ser um bom referencia para o diagnóstico de DTM.

A articulação temporomandibular é fundamental para funções como falar, comer e até respirar, nos respiradores bucais. O transtorno em sua função pode causar sérios prejuízos à realização das atividades essenciais para uma boa qualidade de vida. É provável por isso que a limitação funcional tenha sido o transtorno que se apresentou mais frequentemente severo nos pacientes em estudo, estando inclusive à frente da própria dor que se apresentou como o terceiro transtorno de maior severidade.

O desconforto oclusal apresentou-se severo em somente 18% dos componentes desse estudo. Estudos como os de Lima et al (1999), que avaliaram clinicamente a oclusão, observaram que o índice de disfunção clínica moderado e severo não foi necessariamente desencadeado por uma má oclusão severa já que dos 12% indivíduos com oclusão severa não apresentaram sintomatologia severa.

Nosso estudo não abordou clinicamente a oclusão sendo somente a sensação de mau encaixe dentário verificado, contudo, nossos resultados vêm colaborar com outros estudos como os de Pullinger et al, (1993), que concluíram que nenhum fator oclusal único foi capaz de diferenciar pacientes de indivíduos saudáveis.

Os resultados deste estudo revelaram presença de dor periférica (cefaleia e cervicálgia) em 90% dos casos. Vários estudos têm mostrado alta prevalência de dor na região do pescoço em pacientes com DTM. (De Laat et al, 1993; Visscher et al 2001; Stiesche-Scholz et al, 2003) e isso parece ser devido às interações anatômicas e neurofisiológicas existentes entre essas regiões. As reações musculares do sistema mastigatório podem envolver os músculos do pescoço devido à cadeia cinética de movimento entre essas regiões e esses fatores podem proporcionar uma menor mobilidade cer-

vical em pacientes com DTM (ROCABADO, 1983; DE LAAT ET AL, 1993; DE WIJER E STEENKS, 1995; GROSSI E CHAVES, 2004).

A relação existente então entre a coluna cervical e o sistema mastigatório ratifica a preocupação de se investigar na prática diária, não só o sistema mastigatório nos pacientes com suspeita de DTM, mas também a coluna cervical visando uma abordagem terapêutica mais ampla e eficaz e também a necessidade de intervenção multiprofissional para maximizar o diagnóstico assim como o tratamento de DTM.

6. Conclusão

Esses resultados revelam a maior frequência de casos do gênero feminino portando DTM com uma faixa etária mais frequente de 21 a 40 anos.

A intensidade da dor mostrou-se maior no sexo feminino mesmo com similar grau de severidade apresentada no homem.

Os transtornos que se mostraram mais severamente intensos e frequentes foram o estalido e trancamento, seguido pela limitação funcional. A intensidade da dor mastigatória foi a terceira queixa mais severa, não sendo, pois, o principal fator de interferência da função nos casos severos.

O elevado número de indivíduos apresentando dor periférica ratifica a inter-relação entre a região orofacial e coluna cervical e também a necessidade de intervenção multiprofissional para maximizar o diagnóstico, assim como o tratamento da DTM.

7. Referências bibliográficas

- BOVE SR, Guimarães AS e Smith RL. Caracterização dos pacientes de um laboratório de disfunção temporomandibular e dor orofacial. *Rev. Latino-am Enfermagem*,13(5)689-91, 2005
- CARDOSO, A. Manual de Tratamento da dor Crônica, edições Técnicas, Lisboa,17-20, 1999
- CONTI PCR, FERREIRA PM,PEGORARO LF, CONTI JV, SALVADOR MCG. A cross-sectional study of prevalence and etiology of signs and symptoms of temporomandibular disorders in high school and university students. *J of Orofacial Pain* 10 (3): 254-62, 1996
- DE LAAT A., MEULEMAN H. E STEVENS A. Relation between functional limitations of the cervical spine and temporomandibular disorders (abstract). *J of Orofacial Pain*,1:109-117, 1993
- DE WIJER A. E STEENKS M.H. Cervical spine evaluation for the TMD patient, a review. In: *Prpfacial Pain and Temporomandibular Disorders* (editado por Fricton J. e Dubner R) 351-361. Raven Press, Ltda, New York, 1995
- DONEGÁ SHP, CARDOSO R, PROCÓPIO ASF E LUZ JGC. Análise da sintomatologia em pacientes com disfunções intra-articulares da articulação temporomandibular. *Rev. Odontol. Univ. São Paulo*,11 (1) ISSN0103-0663
- DWORKIN SF, LERESEARCH L. Research Diagnostic Criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. *J Craniomandibular disorders: Facial and Oral Pain*,6(4):300-55, 1992
- FONSECA DM, BONFANTE G, VALLE AL, FREITAS SFT. Diagnóstico pela anamnese da disfunção craniomandibular. *Rev. Gaúcha Odontol.* 32:23-8;1994
- FONSECA DM. Disfunção temporomandibular (DTM): elaboração de um índice anamnésico. Bauru,1992.Dissertação (Mestrado) Faculdade de Odontologia de Bauru/USP.
- GROSSIDB, CHAVES, TC. Physiotherapeutic treatment of temporomandibular disorders (TMD). *Braz J. Oral Sci.*3(10):492-97.2004
- KRÜZEL W, DUPONT S, KRUST A, CHAMBON P, CHAPMAN PF. Increased anxiety and synaptic plasticity in estrogen receptor β -deficient mice. *Proc Natl Acad Sci* ; 98(21):12278-82.;2001
- LIMA DR, BRUNETTI,RF, OLIVEIRA W. Estudo da prevalência de disfunção craniomandibular segundo o índice de Helkimo tendo como variáveis:sexo, faixa etária e indivíduos tratados ou não ortodonticamente.Pós- Grad. *Rev. Odontol. São José dos Campos*,2(2):1999.
- MACFARLANE TV, BLINKHORN AS, DAVIES RM, KINCEY J, WORTHINGTON HV.Oro-facialpaininthecommunity:prevalence and associated impact. *Communit Dent Oral Epidemiol.*, 30:52-60; 2002
- MCNEILL, CH (ed). *Temporomandibular Disorders. Guidelines for classification, Assessment, and Management.* 2ed, The American Academy of Orofacial Pain. Quintessence Publishing Co., Inc., Chicago, 39-60, 1993
- Pain. Classification of chronic pain syndromes and definitions of pain terms [S217]. *Pain*1986 Supplement 3
- PALLA,S.(coord). *Mioartropatias do sistema mastigatório e dores orofaciais.*, Artes Médicas, São Paulo, 2004,502p
- PEREIRA KNF, ANDRADE LLS, COSTA MLG e PORTAL TF. Sinais e sintomas de pacientes com disfunção temporomandibular. *Rev. CEFAC*, São Paulo,7(2)221-8,2005.
- PULLINGER A.G. e MONTEIRO A. Functional Impairment in TMJ patient and nonpatient groups according to a disability index and symptom profile. *J of Craniomandibular Practice.* 6(2): 156-164, 1988.

PULLINGER AG et al, A multiple logistic regression analysis of the risk and relative odds of temporomandibular disorders as a function of common occlusal features. J. Dent. Res. Washington DC,72(6):968-979,1993

RAMOS, H. A. D. et al. Incidência de ruídos articulares em pacientes portadores de disfunção dolorosa da articulação temporomandibular. Rev Odontol Univ São Paulo,7:43-46, 1993.

ROCABADO, M. Biomechanical relationship of the cranial and hyoidregions. J. Cran Prac. 1983.

SPARRENBERGER F, SANTOS I, LIMA RC. Epidemiologia do distress psicológico: estudo transversal de base populacional. Rev Saúde Publica 2003; 37(4):434-39.

STETENGA, B. et al. Classification of temporomandibular joint osteoarthritis and internal derangement. Part I: Diagnosis significance of clinical and radiographic symptoms and signs. J Craniomandib Pract,10:96-106, 1992.

STIESCH-SCHOLZ, M.; FINK, M. & TSHCERNITSCHKEK, H. Comorbidity of internal derangement of the tempormandibular joint and silent dysfunction of the cervical spine. J of Oral Rehabilitation, 30:386-391, 2003.

TEIXEIRA MJ, TEIXEIRA WGJ, SANTOS FPSS, ANDRADE, DCA, BEZERRA SL, FIGUEIRDOJB, OKADA, M. Epidemiologia clínica da dor músculo-esquelética. Rev. Med (São Paulo), 80(1):1-21, 2001

THILANDER, B, RUBIO G, PENA L, MAYORGA C. Prevalence of tempormandibular dysfunction and its association with malocclusion in children and adolescents: an epidemiologic study related to specified stages of dental development. Angle Orthodontist, 72(2):146-54, 2002

VISSCHER CM, LOBBEZOO F, DE BOER W, VANDERZANGJ, NOEIJEM. Prevalence of cervical spine pain in craniomandibular pain patients. Eur J Oral Sci. 109:76-80, 2001

Endereço para Correspondência:

Glória Maria Moraes Vianna da Rosa
 glrosa@superig.com.br

Av. Oliveira Botelho, 504
 Alto - Teresópolis - Rio de Janeiro
 CEP: 25960-001

Informações bibliográficas:

Conforme a NBR 6023:2002 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), este texto científico publicado em periódico eletrônico deve ser citado da seguinte forma: ROSA, Glória Maria Moraes Vianna da; SERAFIM, Alessandra Dias; CASTRO, Etyene; GABAN, Glauco Alexandra; PINTO, Lívia da Lima Gonçalves; BITENCOURT, Helen Cândido. Três instrumentos de coleta de dados para caracterização dos pacientes portadores de DTM do Projeto de DTM/ Núcleo da Dor no Centro Integrado de Fisioterapia do UniFOA. **Cadernos UniFOA**. Volta Redonda, ano IV, n. 11, dezembro 2009. Disponível em: <<http://www.unifoa.edu.br/cadernos/edicao/11/77.pdf>>