



CURSO DE BACHARELADO EM FISIOTERAPIA

DIANA MARIA PEREIRA DE SOUZA
ETEVALDO DEVES FERNANDES NETO
JORGEANE GONZAGA PARENTE
RAIMUNDO NONATO DA SILVA GOMES

**LOCALIZAÇÃO DA DOR MUSCULOESQUELÉTICA E LIMITAÇÃO FUNCIONAL
NOS DISCENTES DE UM CURSO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA COM
DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (DTM), CEFALeia E CERVICALGIA**

Fortaleza

2018

DIANA MARIA PEREIRA DE SOUZA
ETEVALDO DEVES FERNANDES NETO
JORGEANE GONZAGA PARENTE
RAIMUNDO NONATO DA SILVA GOMES

**LOCALIZAÇÃO DA DOR MUSCULOESQUELÉTICA E LIMITAÇÃO FUNCIONAL
NOS DISCENTES DE UM CURSO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA COM
DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (DTM), CEFALEIA E CERVICALGIA**

Trabalho de Conclusão de Curso
submetido ao Centro Universitário
Uniateneu, como pré-requisito para
obtenção do título de bacharel em
Fisioterapia.

Orientador: Prof. Esp. Antônio Viana de
Carvalho Junior.

Co-orientadora: Prof.^a Dra. Bárbara
Martins Soares Cruz.

DIANA MARIA PEREIRA DE SOUZA
ETEVALDO DEVES FERNANDES NETO
JORGEANE GONZAGA PARENTE
RAIMUNDO NONATO DA SILVA GOMES

**LOCALIZAÇÃO DA DOR MUSCULOESQUELÉTICA E LIMITAÇÃO FUNCIONAL
NOS DISCENTES DE UM CURSO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA COM
DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (DTM), CEFALIA E CERVICALGIA**

Trabalho de Conclusão de Curso
submetido ao Centro Universitário Ateneu,
como pré-requisito para obtenção do título
de bacharel em Fisioterapia

Orientador: Prof. Esp. Antônio Viana de
Carvalho Junior.

Co-orientadora: Prof.^a Dra. Bárbara
Martins Soares Cruz.

Data de aprovação: ____/____/____

Banca Examinadora:

Prof. Esp. Antônio Viana de Carvalho Junior (Orientador)
Centro Universitário Ateneu

Prof.^a Dra. Bárbara Martins Soares Cruz (Co-orientadora)
Centro Universitário Ateneu

Prof.^a Esp. Belma Sharlony Melo da Silva
Centro Universitário Ateneu

Prof.^a Ms. Candice Monteiro Mariano
Centro Universitário Ateneu

LOCALIZAÇÃO DA DOR MUSCULOESQUELÉTICA E LIMITAÇÃO FUNCIONAL NOS DISCENTES DE UM CURSO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA COM DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (DTM), CEFALEIA E CERVICALGIA

LOCALIZATION OF MUSCULOESQUELÉTIC PAIN AND FUNCTIONAL LIMITATION IN THE COURSES OF A GRADUATION COURSE IN PHYSIOTHERAPY WITH TEMPOROMANDIBULAR DYSFUNCTION (DTM), HEADACHE AND CERVICALGIA

Diana Maria Pereira de Souza¹
Etevaldo Deves Fernandes Neto²
Jorgeane Gonzaga Parente³
Raimundo Nonato da Silva Gomes⁴
Antônio Viana de Carvalho Junior⁵
Bárbara Martins Soares Cruz⁶

RESUMO

Objetivo: Avaliar a localização da dor musculoesquelética em discentes de um curso de graduação em fisioterapia com disfunção temporomandibular (DTM), cefaleia e cervicalgia; identificar a presença do sintoma álgico em discentes com DTM, cervicalgia e cefaleia juntamente com algias encontradas em demais regiões do corpo que possam ter correlação ou não com as algias estudadas e presença de limitação funcional; analisar a prevalência de dores musculoesqueléticas dos discentes nos últimos 12 meses e correlacionar a presença do sintoma “dor” com as funções exercidas em atividades da vida diária (AVD). **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, com questionários autoaplicáveis, com vistas a avaliar localizações de dores musculoesqueléticas em discentes com DTM, cervicalgia e cefaleia, uma ficha de dados clínicos e pessoais com dados pessoais e informações de tratamentos e medicamentos utilizados para o alívio de dores musculoesqueléticas. **Resultados:** Discentes com DTM apresentavam dor lombar (73,86%), cervical (47,72%), cefaleia (42,04%), trapézio (28,04%), ombro (13,63%) e mandíbula (13,63%); Cervicalgia: lombar (49,38%), trapézio (49,38%) e cabeça (30,86%); Cefaleia: lombar (86,48%), cervical (64,86%), mandíbula (35,13%), trapézio (35,13%) e ombro (21,62%). Localização de dor levando a comprometimento das AVDs: lombar, pescoço e ombros nos últimos 7 dias e nos últimos 12 meses acompanhados de uma cronicidade com automedicações de analgésicos sem acompanhamento médico. **Conclusão:** Verificou-se um alto índice de dor musculoesquelética e limitação funcional nos discentes e uma correlação da DTM, cervicalgia e cefaleia com demais regiões do corpo, podendo estes vir a contribuir com declínios no rendimento acadêmico e nas AVDs dos acadêmicos do curso de fisioterapia.

Palavras-chave: Articulação Temporomandibular. Cefaleia. Cervicalgia. Dor.

¹ Aluna do Curso de Bacharelado em Fisioterapia. Uniateneu. E-mail: fisiodiana2014@gmail.com

² Aluno do Curso de Bacharelado em Fisioterapia. Uniateneu. E-mail: devesfernandes@gmail.com

³ Aluna do Curso de Bacharelado em Fisioterapia. Uniateneu. E-mail: joycestudio23@gmail.com

⁴ Aluno do Curso de Bacharelado em Fisioterapia. Uniateneu. E-mail: nonatogomes09@gmail.com

⁵ Professor do Curso de Bacharelado em Fisioterapia. Orientador. Uniateneu. E-mail: avcjunior@gmail.com

⁶ Professora do Curso de Bacharelado em Fisioterapia. Co-orientador. Uniateneu. E-mail: barbaramscruz@yahoo.com.br

ABSTRACT

Objective: To evaluate the location of musculoskeletal pain in students of a degree course in physiotherapy with temporomandibular joint dysfunction (TMD), headache and neck pain; Identify the presence of the algic symptoms in students with DTM, neck pain and headache along with pain found in other regions of the body that may have correlation with the pain study and presence of functional limitation; Analyze the prevalence of musculoskeletal pains of students over the past 12 months and correlate the presence of symptom "pain" with the functions exercised in activities of daily living (ADLS). **Methodology:** this is a cross-sectional study with autoaplicáveis questionnaires to assess musculoskeletal pain locations in students with DTM, neck pain and headache, a clinical and personal data with personal data and information of treatments and medicines used for the relief of musculoskeletal pain. **Results:** Students with TMD showed low back pain (73.86), cervical (47.72), headache (42.04%), trapezius (28.04%), shoulder (13.63%) and jaw (13.63%); Neck pain: low back (49.38), trapezius (49.38%) and head (30.86%); Headache: lumbar spine (86.48), cervical (64.86), jaw (35.13%), trapezius (35.13%) and shoulder (21.62%). Location of pain leading to commitment of Dlas: lumbar spine, neck and shoulders in the past 7 days and in the last 12 months accompanied by a chronicity with automedicações of painkillers without medical supervision. **Conclusion:** there is a high rate of musculoskeletal pain and functional impairment in students and a correlation of the TMD, neck pain and headaches with other regions of the body. And may these come to contribute to decreases in academic performance and in the academic course AVDs physiotherapy.

Keywords: Temporomandibular Joint. Headache. Neck pain. Pain.

1 INTRODUÇÃO

Segundo a International Association of the Study of Pain – IASP (2016), dor define-se como uma “experiência sensorial e emocional desagradável que é associada a lesões reais ou potenciais, ou descrita em termos de tais lesões.”

Existe um número expressivo de pessoas acometidas pela sintomatologia de dor musculoesquelética. Em média, 80% da população mundial procura os serviços de emergência médica e consultórios de fisioterapia para o tratamento do sintoma dor (MARQUES, 2016).

De acordo com Strauss *et al.* (2005), dentre as regiões de maior acometimento de dores musculoesqueléticas se destacam a região de cabeça e pescoço, tendo como principais causas a disfunção temporomandibular (DTM), cefaleia e cervicalgia, com prevalência de 73%, gerando limitações nas atividades de vida diária (AVD), alterações negativas na qualidade de vida (QV) e no convívio biopsicossocial dos indivíduos que sofrem com estes problemas de saúde (FLORIAN *et al.*, 2011).

A articulação temporomandibular (ATM) faz parte do sistema estomatognático, responsável pela mastigação, fala e deglutição, e na presença de alguma alteração articular, surgem também sintomas como dores na musculatura envolvida, cefaleia, ruídos, crepitações e/ou até mesmo vertigens, culminando em DTM (BIASOTTO-GONZALEZ *et al.*, 2009) que, segundo Gonçalves *et al.* (2010), mostra-se como uma patologia de alta incidência, acometendo cerca de 21,5% a 51,8% da população mundial, principalmente em indivíduos com idade entre 20 e 45 anos, predominantemente do gênero feminino, com proporção de cinco mulheres para cada homem, e estimando-se que cerca de 3,6 a 7% da população só buscam tratamento quando a disfunção já se encontra em estágio avançado (GOYATÁ *et al.*, 2010).

A cervicalgia representa uma das patologias musculoesqueléticas que mais acomete indivíduos no mundo, mostrando-se como um importante problema para profissionais de saúde em geral (RAMIREZ, 2005). De origem multifatorial, vem ocorrendo com frequência em pessoas que realizam atividades em posturas estáticas, em especial com elevação dos membros superiores, incorrendo em estímulos dolorosos na região posterior do pescoço irradiando-se para o ombro, braço e antebraço em caráter segmentar até a mão (FAULIN *et al.*, 2015). Apresenta prevalência de 10% a 15% na população, com estimativa em torno de 67% a 70% nos adultos durante algum momento de sua vida. A incidência gira em torno de 14,6% com maior acometimento no sexo feminino (CÔTÉ *et al.*, 2004).

Em relação às dores de cabeça e pescoço, indivíduos com idade média de 21 anos e universitários brasileiros se enquadram em uma parcela significativa de pessoas que sofrem com dores de cabeça constantes e esse fenômeno pode ser justificado por fatores sociais e biológicos inerentes de suas AVDs (INEP, 2009).

Estima-se que 36% dos estudantes universitários do curso de fisioterapia relatam possível correlação entre as dores de cabeça e redução no rendimento do trabalho e/ou faculdade, 82% referiram diminuição da concentração e 11% afirmam sensação de mal-estar (BENATTI, 2012).

Conforme dados do Ministério da Saúde (MS), a cefaleia caracteriza-se como dor de intensidade leve a moderada, podendo durar de alguns minutos a dias. Os sintomas mais severos associados a dor podem ser fotofobia, náuseas e vômitos (BRASIL, 2012). De acordo com a Organização Mundial de Saúde - OMS (2011), a prevalência mundial de cefaleia ao longo da vida pode ser de até 93% nos homens e 99% nas mulheres. Confirmando os dados da Sociedade Brasileira de Cefaleia

(SBC) em 2017, quando afirmaram que a cefaleia atingiria em torno de 140 milhões de brasileiros, representando um problema de saúde pública e vindo a ser a terceira maior causa de procura ao serviço médico.

Somente a utilização de medicamentos no tratamento de dores musculoesqueléticas não implica necessariamente em melhores condições de saúde, pois os maus hábitos prescritivos e frequentes automedicações podem levar a tratamentos ineficazes e pouco seguros (ARRAIS *et al.*, 2005).

Com isso, compreendemos a necessidade de avaliar a localização de dores musculoesqueléticas, funcionalidade e a qualidade de vida desses universitários, assim como as estratégias de tratamento por eles utilizadas na tentativa de sanar o sintoma, contribuindo, com esses achados, no desenvolvimento de ações educativas de saúde voltadas a prevenção e tratamento adequado da dor.

Este estudo traz como objetivo geral identificar a localização da dor musculoesquelética em discentes de um curso de graduação em fisioterapia com disfunção temporomandibular (DTM), cefaleia e cervicalgia.

2 METODOLOGIA

Realizou-se um estudo de campo na Faculdade Ateneu, sede Lagoa de Messejana, durante os meses de setembro e outubro de 2018. Foram convidados para participar do estudo todos os alunos regularmente matriculados nos turnos manhã e noite do curso de fisioterapia da referida instituição, com idade superior a 18 anos, que apresentavam queixas de dores na região da ATM (cabeça e pescoço), de ambos os gêneros e que aceitaram participar do estudo após lerem, compreenderem e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram excluídos os participantes que não responderam os questionários de forma completa ou que quiseram desistir de participar por qualquer motivo e em qualquer momento.

Foram distribuídos questionários para 250 participantes, excluídos 66 participantes, por não atenderem aos critérios, restando 184 participantes.

Os discentes preencheram uma ficha de dados clínicos e pessoais com dados tais como nome, semestre do curso, peso, altura, frequência do sintoma dor, uso de medicações, tratamento anterior ou atual e presença de doença pré-existente.

Em seguida, todos responderam aos questionários autoaplicáveis que mensuram a classificação e sintomatologia de dor musculoesquelética na região cervical, temporomandibular e quadro algico.

A classificação e a análise da sintomatologia e funcionalidade na região cervical e temporomandibular foram desenvolvidas por meio do Questionário e Índice de Limitação Funcional Mandibular (MFIQ) (ANEXO A). Esse questionário apresenta-se como uma ferramenta adequada para verificar ganhos em termos funcionais após programas de tratamento ou intervenções terapêuticas (CHAVES *et al.*, 2008).

Para a coleta de dados referentes a localização da dor, utilizou-se o autoaplicável Questionário Nórdico Musculoesquelético (NMQ), onde os discentes assinalaram entre 'sim' ou 'não', perguntas relacionadas à dor em locais anatômicos do corpo nos últimos doze meses e nos últimos sete dias e, também, se a dor atrapalhou suas atividades de trabalho ou lazer nos últimos doze meses (ANEXO B), traduzido e validado para o português do Brasil. (PINHEIRO; TRÓCCOLI; CARVALHO, 2002).

Assinalaram também em uma escala alfanumérica de dor, numerada de 0 a 10, onde 0 é ausência de dor e 10 é a pior dor possível, para determinarem a presença e o nível de dor na região cervical, temporomandibular e demais partes do corpo (ANEXO C).

Para análise e cruzamento dos dados, foi utilizado o programa Microsoft Excel 2007, cujo mesmo é um programa constantemente utilizado para análise e criação de dados, gráficos e variáveis.

No presente estudo, foram isoladas as amostras com cefaleia, tendo como característica a presença de dor na região frontal e/ou face, dor em hemiface e discentes com cervicálgia, apresentando dor em região cervical. Logo, foi possível extrair o número específico de discentes que apresentassem apenas cefaleia, não abrangendo demais participantes que julgassem qualquer tipo de dor na região de cabeça e pescoço como sendo cefaleia.

Esta pesquisa apresentou riscos mínimos por possível constrangimento do participante ao responder os questionários. Entretanto, todos ficaram livres para optar em não responder às perguntas ou até mesmo interromper a entrevista a qualquer momento, caso fosse da própria vontade.

Quanto aos benefícios deste estudo, se mostram achados que podem favorecer dados atuais, identificando possíveis relações da sintomatologia de dor na

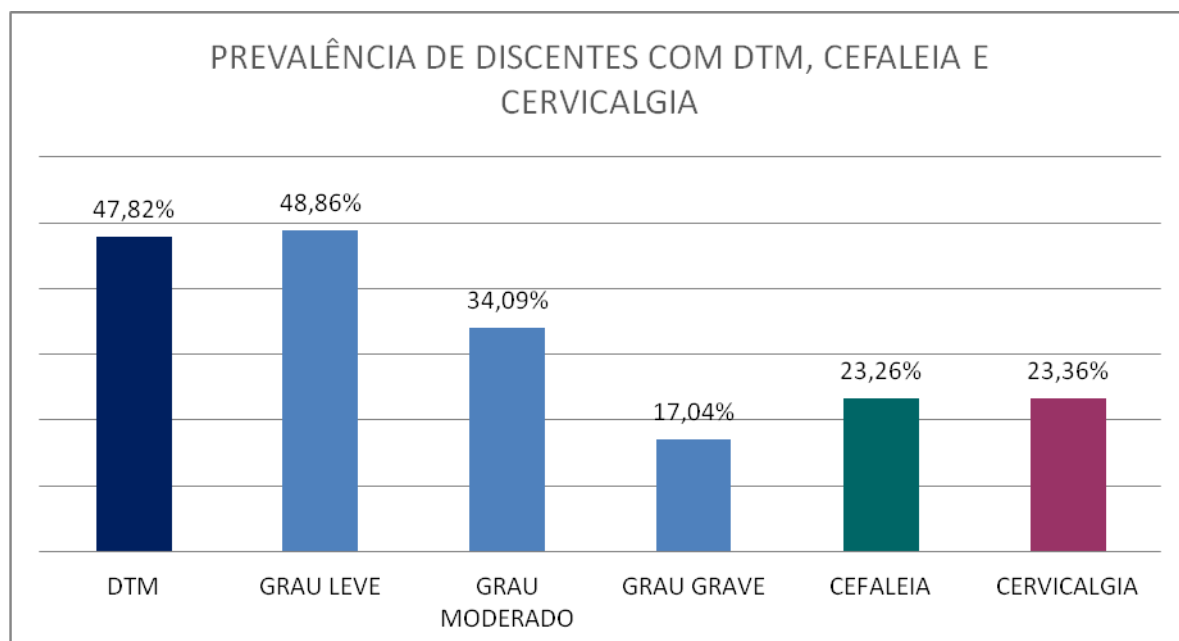
região cervical e temporomandibular com demais partes do corpo, repercussões no âmbito do trabalho e AVDs. Espera-se que estes dados possam ser úteis em ações educativas de saúde e estudos mais abrangentes sobre o tema.

Esta pesquisa respeitou a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que rege as regras em estudo com seres humanos e foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Ateneu, conforme parecer de número 2.857.051.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com o levantamento de dados de 184 participantes, classificou-se com algum grau de limitação e funcionalidade na articulação temporomandibular 47,82%, cefaleia com 23,26% e cervicalgia 23,36% (Gráfico 1). Detectou-se um índice significativo de automedicação com analgésicos para alívio de dores musculoesqueléticas e ausência de acompanhamento especializado.

Gráfico 1. Prevalência de discentes com DTM, Cefaleia e Cervicalgia



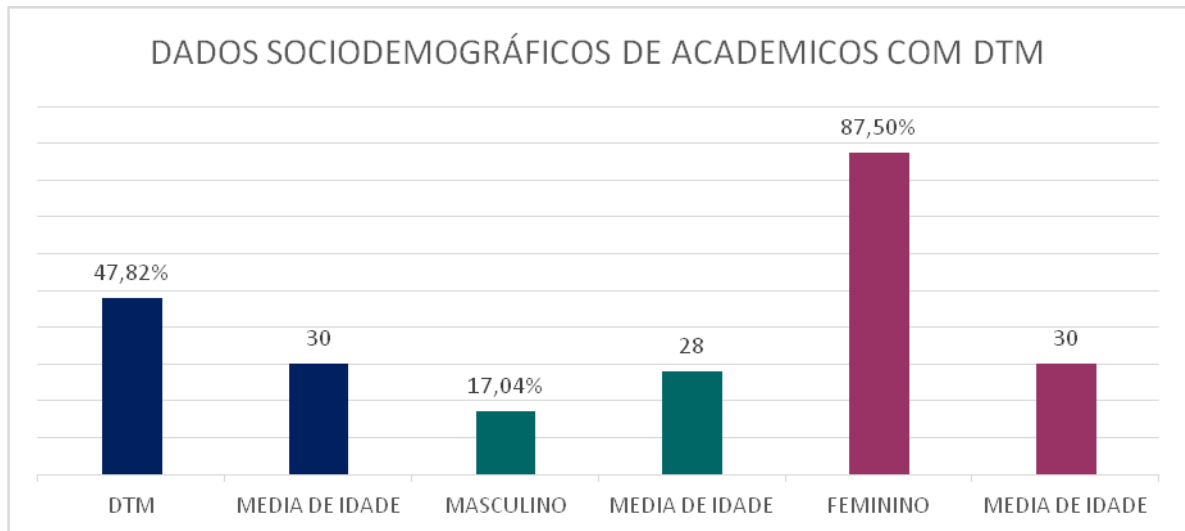
Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

3.1 DTM

Ao analisar isoladamente a amostra dos participantes que apresentavam DTM, verificou-se que 17,04% era composta por discentes do sexo masculino, com

média de 28 anos e cerca de 26,66% faziam uso somente de automedicação para dor. Por outro lado, 87,5% era composta por discentes do sexo feminino, com média de 30 anos, onde cerca de 42,46% faziam uso de automedicação para dor (Gráfico 2).

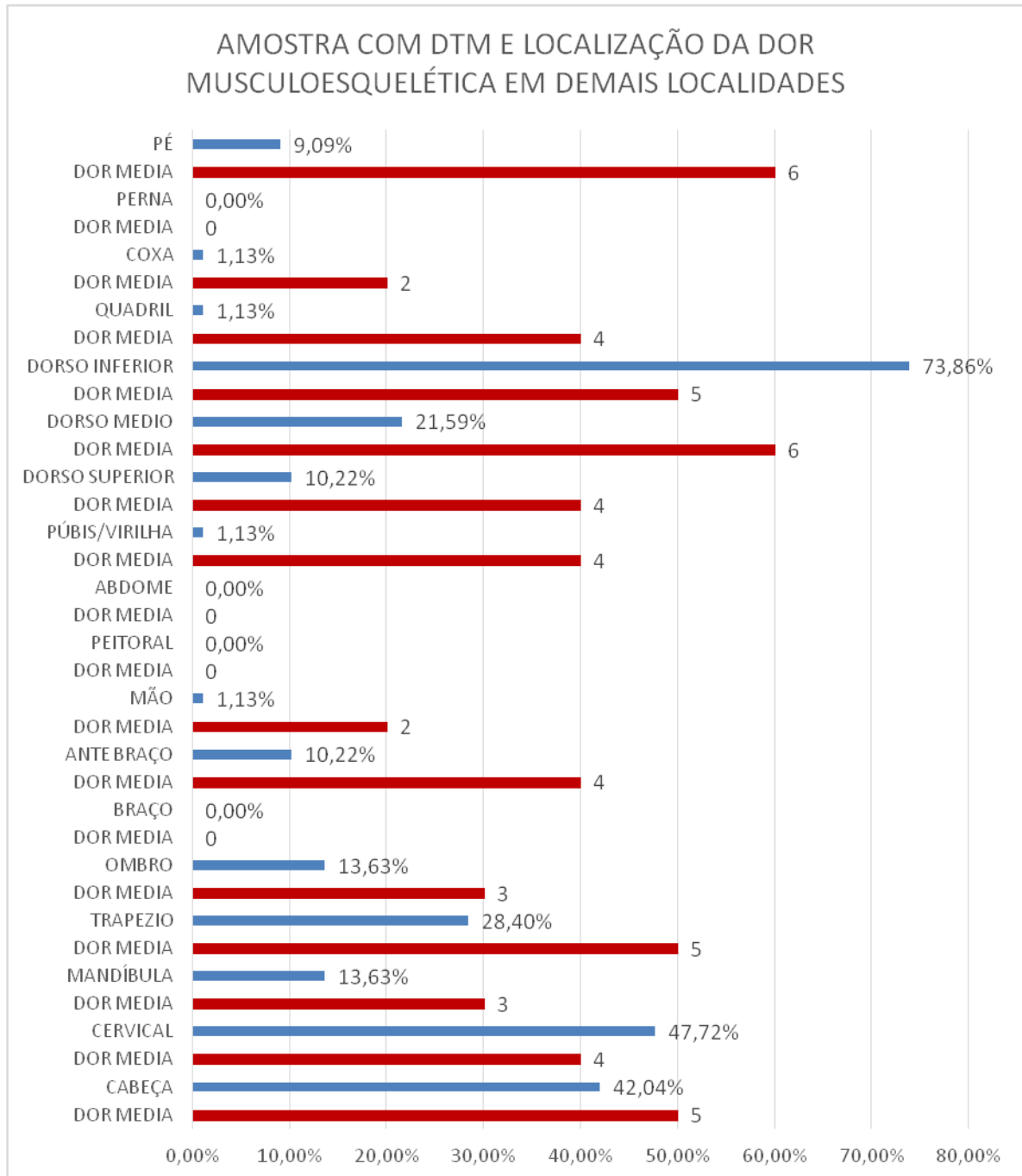
Gráfico 2. Discentes com DTM, média de idade e utilização de medicamentos para dor em decorrência da DTM.



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Veficou-se um aumento da população de sexo feminino com DTM, corroborando com John *et al.*, (2003), onde afirmaram que a maioria dos pacientes que buscou tratamento para DTM é composta pelo gênero feminino, correspondente a 84% e 16% do gênero masculino, ambos os sexos com idade média de 20 a 40 anos (RAMMELSBURG *et al.*, 2003).

Ao isolar a amostra com DTM, pode-se analisar demais localidades de dores musculoesqueléticas e média de dor (MD) desses participantes, sendo elas: lombar (73,86%) (MD 6), cervical (47,72%) (MD 4), cefaleia (42,04%) (MD 5), trapézio (28,04%) (MD 5), ombro (13,63%) (MD 3) e mandíbula (13,63%) (MD 3). Observou-se, portanto, um grande predomínio de dor na região lombar desses pacientes, juntamente com dor cervical, cefaleia e trapézio (Gráfico 3).

Gráfico 3. Discentes com DTM e demais localizações de dor musculoesquelética.

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

No estudo de Montal e Guimarães (2001), realizado com 121 pacientes com DTM, a cefaleia foi relatada como queixa principal por 82,2% dos participantes, seguida de dor na região mandibular (68,0%) e otalgia (62,3%).

De acordo com o trabalho de Rocha *et al.* (2002), realizado com 1000 pacientes portadores de DTM, demonstrou presença significativa de cefaleia em quase todos os grupos etários, corroborando com Montal e Guimarães (2001).

Franco *et al.* (2010), em seu estudo caso-controle, confirmam a hipótese de que pacientes com DTM apresentam maior frequência de cefaleia primária. Indivíduos com DTM são de 1,8 a 2 vezes mais propensos a ter cefaleia primária que indivíduos sem nenhum grau de severidade de DTM (CIANCAGLINI; RADAELLI, 2001).

Segundo *et al.* (2010), em seu estudo com 377 acadêmicos de medicina em uma universidade de Santa Catarina, concluiu que 69% apresentaram cefaleia e dores em região temporo mandibular. Outro estudo 17,1% de universitários com DTM aponta a mesma como um fator desencadeador das cefaleias (FERRI-DE-BARROS *et al.*, 2011).

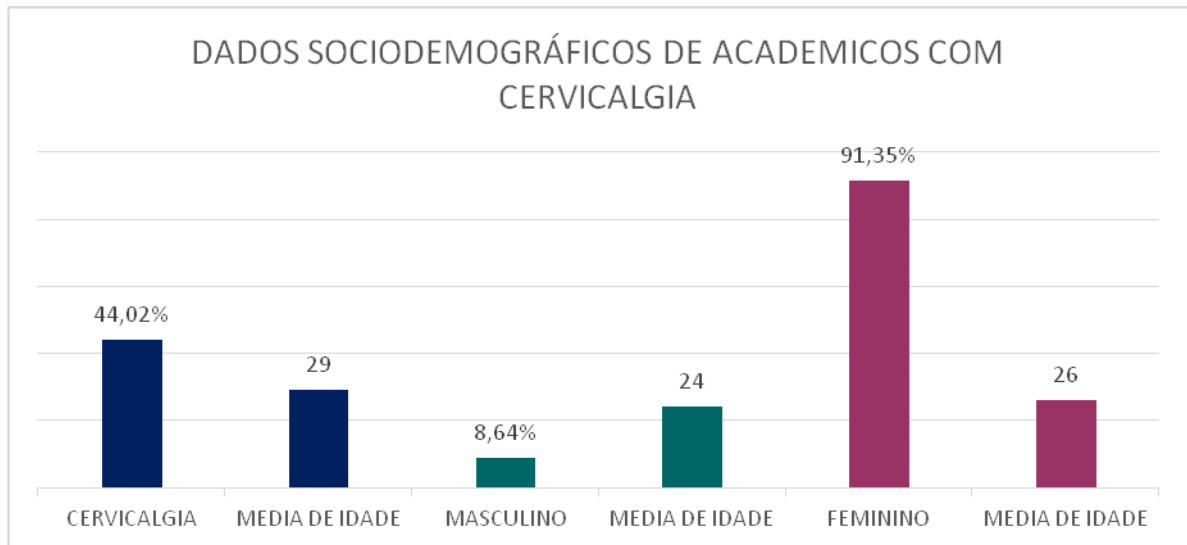
Cuccia *et al.* (2009) e Wiesinger *et al.* (2009) afirmaram que a posição da cabeça interfere diretamente na postura da mandíbula, o que explica a existência de uma forte comorbidade entre DTM e cervicalgia, sugerindo que elas podem compartilhar fatores de risco ou até influenciar uma a outra. Além disso, há evidências de uma forte relação entre a incapacidade mandibular e da coluna cervical.

Biasotto-Gonzalez *et al.* (2007), em seu estudo com 20 mulheres com DTM e cervicalgia, constataram que as mulheres com DTM também apresentavam lombalgia, porém a amostra que apresentava cervicalgia se mostrou com maiores sintomas de lombalgia que a amostra com DTM.

3.2 Cervicalgia

Ao analisar isoladamente a amostra dos participantes que apresentavam cervicalgia, verificou-se que 8,64% era composta por discentes do sexo masculino, com média de 24 anos e que não faziam uso de automedicação para dor. Por outro lado, 91,35% era composta por discentes do sexo feminino, com média de 26 anos, onde cerca de 27,02% faziam uso de automedicação para dor (Gráfico 4).

Gráfico 4. Discentes com cervicalgia, média de idade e utilização de medicamentos para dor em decorrência da cervicalgia.

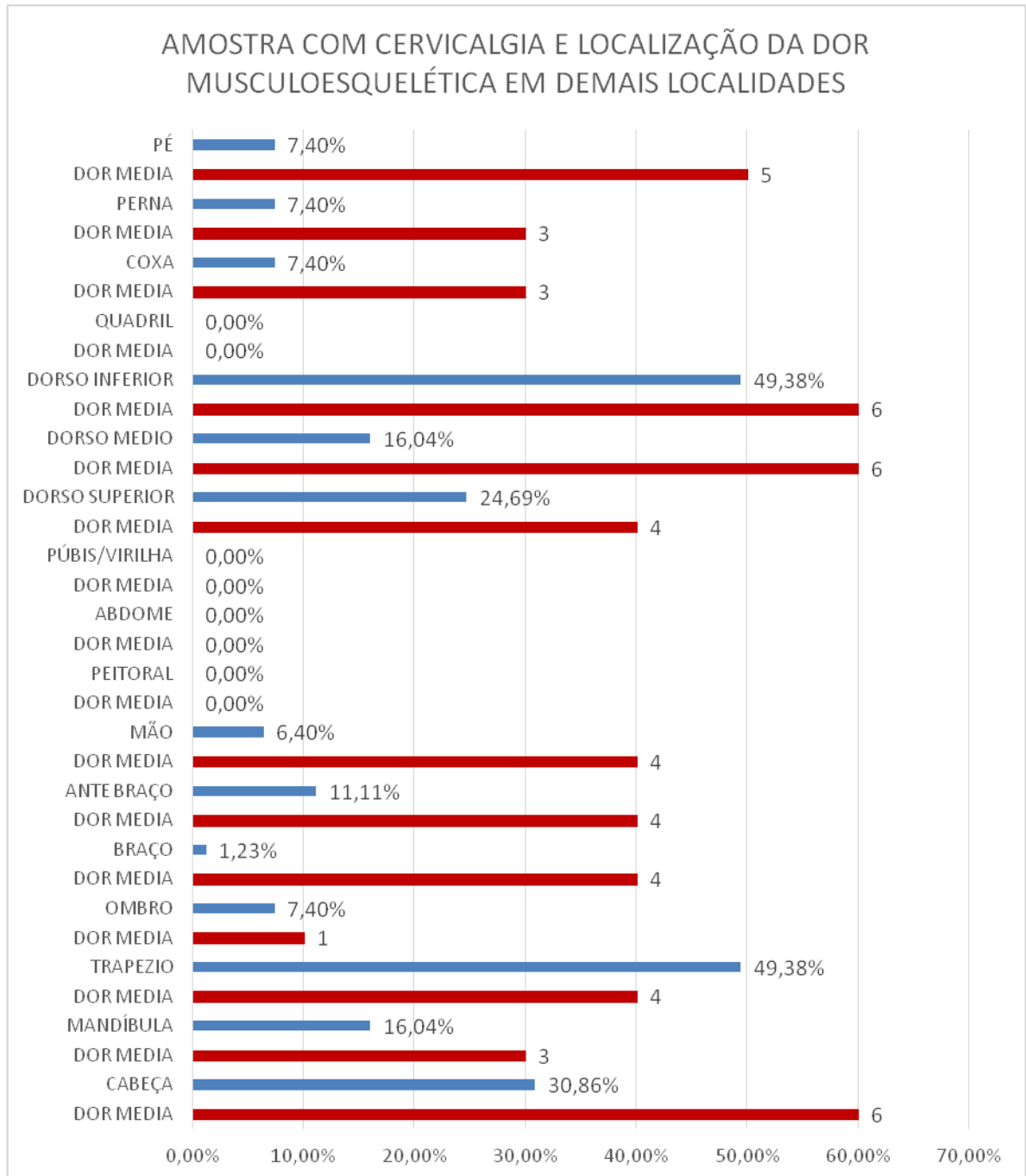


Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

No estudo realizado por Melo (2011), 336 participantes 24,10% apresentavam dor cervical com idade entre 18 a 45 anos e predomínio no sexo feminino com 97,53%. Segundo Silva *et al.* (2017), a prevalência de cervicalgia, em um estudo com acadêmicos de odontologia de um centro universitário, foi de 44,8%, sendo 62,7% do sexo feminino e 37,3% do sexo masculino e ambos os sexos com média de idade de 24 anos.

A prevalência de cervicalgia na literatura se mostra variável, com estudos que destacam entre 12% a 70%, com predomínio do gênero feminino (SOARES *et al.*, 2013; DELFINO *et al.*, 2017; GADIN, 2013).

Ao isolar a amostra com cervicalgia, pode-se analisar demais localidades de dores musculoesqueléticas e média de dor desses participantes, sendo elas: lombar (49,38%) (MD 6), trapézio (49,38%) (MD 4), cefaleia (30,86% (MD 6)) e mandíbula (16,04%) (MD 3). Observa-se um grande predomínio de dor na região lombar desses pacientes, juntamente com dor em trapézio e cabeça (Gráfico 5).

Gráfico 5. Discentes com cervicalgia e demais localizações de dor musculoesquelética.

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

A Disfunção da Coluna Cervical (DCC) de acordo com estudos de Weber (2002), se define como uma condição comum, que afeta a região cervical e estruturas adjacentes, apresentando sinais e sintomas como dor nos músculos cervicais, limitações dos movimentos fisiológicos e alterações posturais crânio cervicais.

As disfunções cervicais podem ser decorrentes de fatores tais como redução da força dos músculos flexores e extensores da região cervical, hiperatividade e

aumento da fadiga dos músculos flexores do pescoço, limitações da amplitude de movimento, anteriorização da posição da cabeça e redução da propriocepção cervical (CORR *et al.*, 2012; SOUZA *et al.*, 2006).

Pacientes que apresentaram dor na região cervical exibem associada dor na ATM devido a relação entre a coluna cervical e o crânio, pois qualquer alteração postural na região cervical sugere uma alteração na biomecânica da ATM, sendo a mandíbula um osso móvel e passivo de sofrer alterações em seu posicionamento, juntamente com dores na região temporo mandibular. Assim, uma cervicalgia pode levar a uma postura antálgica da cabeça, podendo influenciar na ATM. Essa alteração pode levar a uma disfunção temporomandibular (DTM) (TOSATO *et al.*, 2007).

Dores musculares da região cervical e cefaleias estão frequentemente associadas a DTM, pela relação neurofuncional e anatômica existente entre ATM, crânio e coluna cervical. Esta relação é decorrente da ativação simultânea dos músculos da mastigação, coluna cervical e crânio durante os movimentos mandibulares (POZZEBON, 2016).

A mudança na posição da cabeça, causada por uma alteração na musculatura da região cervical, altera a posição da mandíbula e leva ao aumento da prevalência de DTM. Além disso, a tensão da musculatura posterior da cervical pode comprimir o nervo occipital levando a cefaleia (BERTOLI *et al.*, 2007).

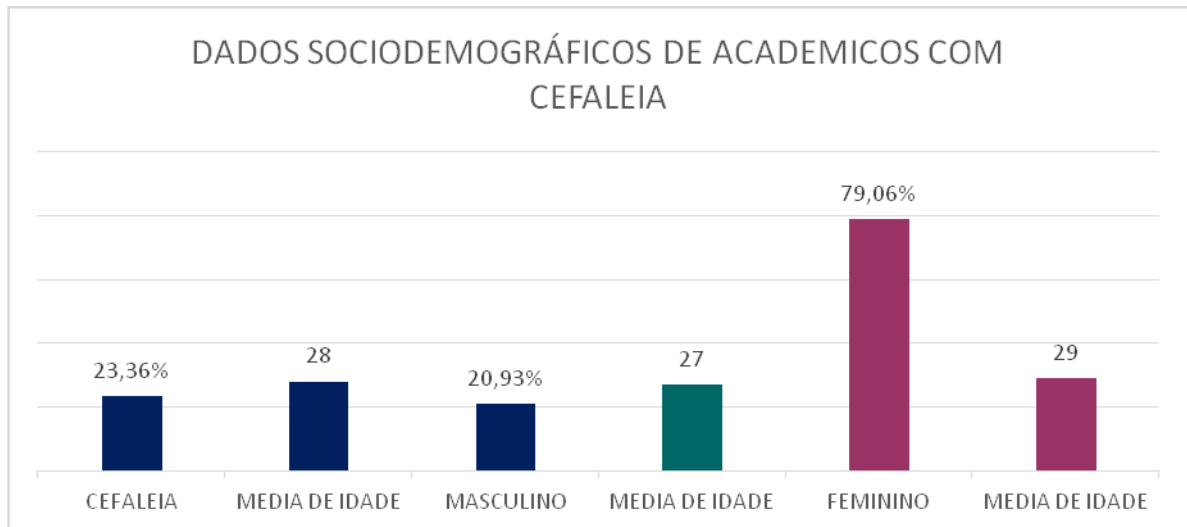
Segundo o estudo de Tosato *et al.* (2007), 67% das mulheres com cefaleia apresentaram DTM, cervicalgia e lombalgia, corroborando com Soares *et al.* (2013), Delfino *et al.* (2017) e Gadin (2013).

Dutton (2006) afirma que a grandes amplitudes de movimento da coluna cervical com adequação às exigências funcionais do cotidiano leva a região cervical a apresentar fortes dores inclusive com irradiação para MMSS e cabeça.

3.3 Cefaleia

Ao analisar isoladamente a amostra dos participantes que apresentavam cefaleia, verificou-se que 20,26% era composta por discentes do sexo masculino, com média de 27 anos e cerca de 66,66% faziam uso somente de automedicação para dor. Por outro lado, 79,06% era composta por discentes do sexo feminino, com média de 29 anos, onde cerca de 73,52% faziam uso de automedicação para dor (Gráfico 6).

Gráfico 6. Discentes com cefaleia, média de idade e utilização de medicamentos para dor em decorrência da cefaleia.



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

De acordo com os achados na literatura, verificaram-se altos índices de discentes com cefaleia, contrapondo ao que foi observado neste estudo (gráfico 6). No entanto, os perfis das amostras desses estudos não eram específicos para discentes de fisioterapia, onde os mesmos puderam apresentar rotinas diferenciadas, justificando essa contraposição.

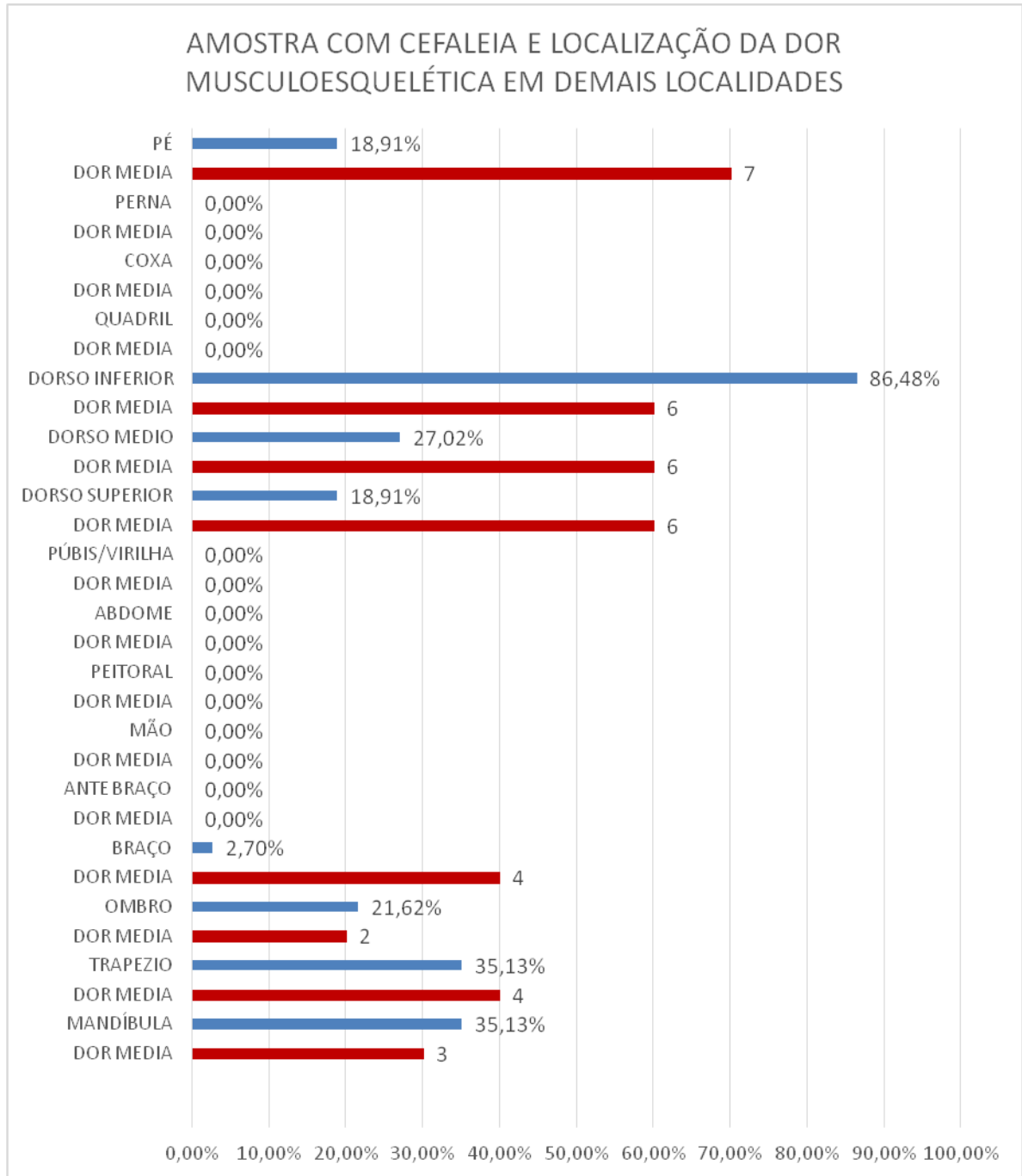
Menon e Kinnera (2013), em seu estudo com 340 discentes de uma faculdade de Medicina, no sul da Índia, verificaram que 68% dos estudantes tinham dor de cabeça, sendo que, destes, 42% apresentavam enxaqueca, de acordo com a Classificação Internacional de Cefaleias. 23% relataram ter a produtividade reduzida e 18% afirmaram ter se ausentado de suas AVDs. O estudo mencionou também que 14% dos estudantes procuraram atendimento de emergência devido aos episódios de dores severas.

Lopes, Fuhrer e Aguiar (2015), em um estudo com 200 alunos do curso de Medicina, apontaram que 99% dos acadêmicos referiram sentir dor de cabeça alguma vez na vida. Falavigna *et al.* (2010), em um estudo com 1092 estudantes da Universidade de Caxias do Sul, apontou que 74,5% tinham apresentado episódio de cefaleia nos três meses anteriores à pesquisa com predomínio no sexo feminino.

Benatti (2012) apresentou resultados semelhantes ao realizar um estudo com 560 alunos de uma universidade em Curitiba, em que 75% dos respondentes apresentaram cefaleia.

Ao isolar a amostra com cefaleia, pode-se analisar demais localidades de dores musculoesqueléticas e média de dor desses participantes, sendo elas: lombar (86,48) (MD 6), mandíbula (35,13%) (MD 3), trapézio (35,13%) (MD 4) e ombro (21,62%) (MD 2). Observa-se um grande predomínio de dor na região lombar desses pacientes juntamente com dor cervical, mandíbula e trapézio (Gráfico 7).

Gráfico 7. Discentes com cefaleia e demais localizações de dor musculoesquelética.



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

De acordo com Cipriano *et al.* (2011), em um estudo com 111 pacientes que apresentavam dores crônicas, as regiões com maior acometimento foram cefaleia seguida de lombar, cervical, membros superiores, dor generalizada e dor orofacial.

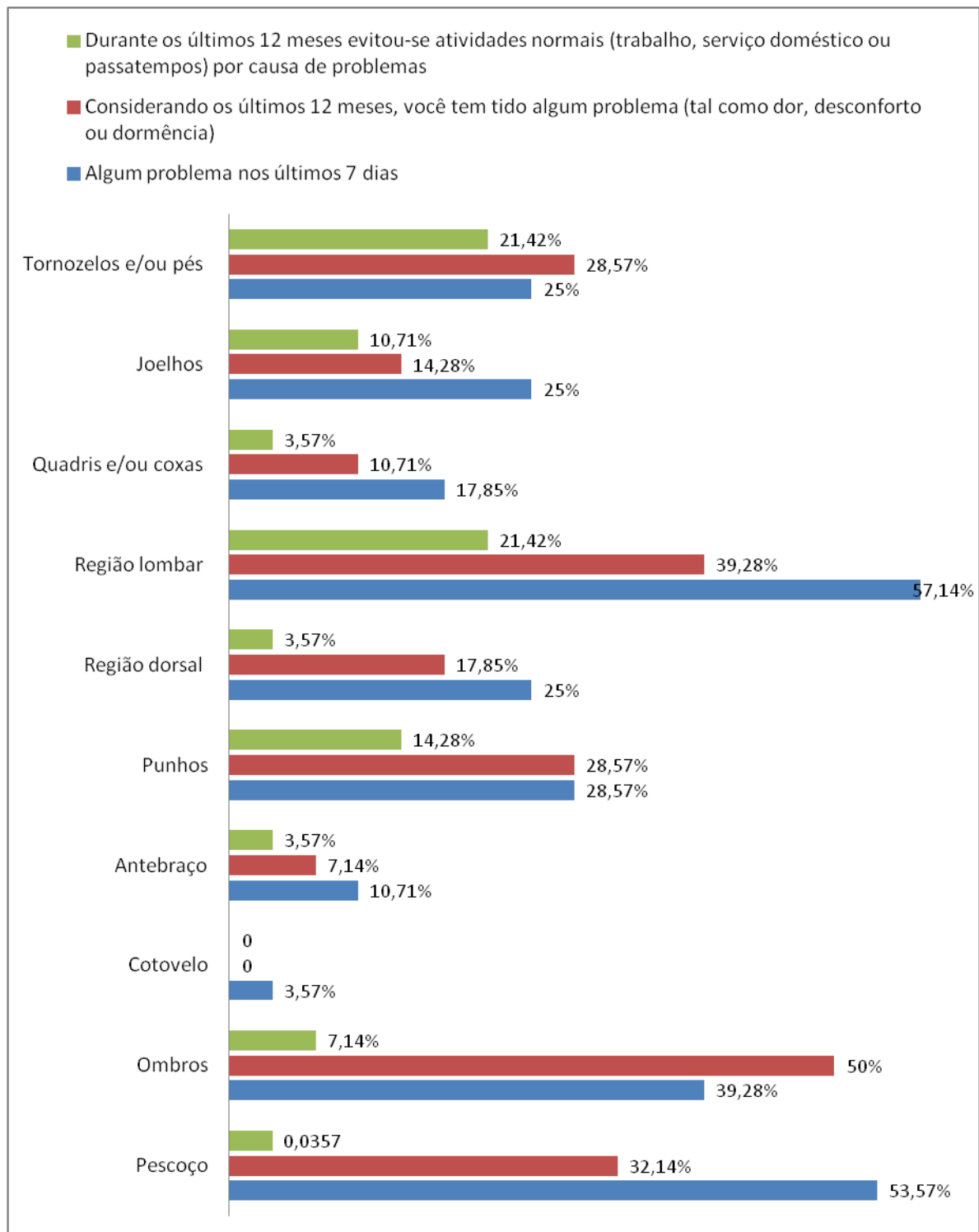
Kreling *et al.* (2006), em sua avaliação envolvendo 505 funcionários de uma universidade do Paraná, verificou que 61,4% das mulheres apresentaram cefaleia, lombalgia e dor em membros inferiores e superiores.

Grande parte da população mundial sofre de cefaleia do tipo tensional crônica, enxaqueca ou cefaleia crônica secundária, geralmente ao uso excessivo de analgésicos ou distúrbios temporomandibulares. A cefaleia crônica de origem primária é definida como de curta ou longa duração e inclui enxaqueca crônica, cefalgia trigeminal, hemicrania contínua, cefaleia do tipo tensional crônica e cefaleia persistente diária (BENOLIEL; ELIAV; SHARAV, 2010).

3.5 Comprometimentos das atividades da vida diária

Ao analisar os impactos gerados nas atividades da vida diária em discentes com cefaleia, cervicgia e DTM, verificou-se que as regiões lombar, pescoço e ombros são as mais acometidas por algias nos últimos 7 dias e nos últimos 12 meses, também gerando incapacidades nas AVDs desses discentes em decorrência de dores nas respectivas regiões (Gráfico 8). A prevalência de algias nessas regiões nos últimos 12 meses mostra uma cronicidade desses problemas de saúde. A automedicação e falta de procura por outras linhas de tratamento vem a corroborar com a cronicidade dessas algias (gráficos 3, 5 e 7).

Gráfico 8. Comprometimentos das AVDs, dor, dormência ou desconforto nos últimos 12 meses e problema nos últimos 7 dias



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Ao analisarem a qualidade de vida de estudantes que referiram cefaleias, Lopes, Fuhrer e Aguiar (2015) revelaram que 68,5% dos 200 estudantes afirmaram ter algum déficit em suas AVDs, em decorrência da dor.

Estudos inferem que a cefaleia impacta não só na qualidade de vida do indivíduo, como também nas atividades corriqueiras e no rendimento acadêmico (FERRI-DE-BARROS *et al.*, 2011).

De acordo com Demirkirkan *et al.* (2006), a cefaleia vem a ser maior queixa frequente entre jovens estudantes e o prejuízo advindo dessa dor implica em incapacidade, déficit educacional e absenteísmo acadêmico, em média de 2,8 dias/ano. De acordo com Curry *et al.* (2007), há consenso que as mulheres e adultos jovens são os mais representados.

No Brasil, um estudo conduzido com estudantes universitários de diferentes cursos, em Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, estimou prevalência de enxaqueca de 24% e de cefaleia tensional de 32%, sendo que, entre os discentes com enxaqueca, a produtividade acadêmica foi menor do que entre aqueles que sofriam cefaleia tipo tensional (BIGAL *et al.*, (2001).

Na pesquisa conduzida por Benatti *et al.* (2012), 36% dos universitários estudados relataram uma possível correlação entre as dores de cabeça e uma redução no rendimento do trabalho ou na faculdade, tendo em vista que, 82% afirmaram haver uma diminuição da concentração e 11% relataram uma sensação de mal-estar. Esses impactos no público de estudantes universitários são relevantes, uma vez que são fundamentais para as atividades que estes precisam exercer. Há ainda outro dado importante, como o índice de absenteísmo, em decorrência das crises de dor, uma vez que, 34% dos participantes afirmaram já ter faltado no trabalho ou na faculdade, comportamento este que pode comprometer o desempenho acadêmico do indivíduo.

4 CONCLUSÃO

O presente estudo mostrou alto índice de dor em cinco localizações musculoesqueléticas (lombar, cabeça, cervical, mandíbula, ombros, trapézio e MMSS). Nos acadêmicos que relataram cefaleia foram: lombar, mandíbula, trapézio e ombro. A partir disso, pode-se dizer que há uma correlação entre os problemas de saúde estudados com demais regiões do corpo.

Verifica-se também índice significativo de automedicação com analgésicos para alívio de dores musculoesqueléticas e ausência de acompanhamento especializado, acarretando a cronicidade dessas algias e comprometimento nas AVDs dos discentes.

Estudos randomizados devem ser realizados neste perfil da população para análise das principais causas quanto aos índices de DTM, cefaleia e cervicalgia e suas repercussões em demais regiões do corpo. Sugerimos ações de promoções na saúde realizadas junto a instituição de ensino com intuito de prevenir o declínio, citado por alguns autores, no rendimento acadêmico, e conseqüente melhora na qualidade de vida e nas AVDs desses discentes.

REFERÊNCIAS

- ARRAIS, P. S. D.; BRITO, L. L.; BARRETO, M. L.; COELHO, H. L. L. Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.6, p.1737-1746, dez. 2005.
- BEVILAQUA-GROSSI D.; CHAVES, T. C.; OLIVEIRA, A. S. Cervical spine signs and symptoms: perpetuating rather than predisposing factors for temporomandibular disorders in women. **J Appl Oral Sci**, v. 15, n. 4, p. 259-264, 2007.
- BERTOLI, F.M.P.I. Evaluation of the signs and symptoms of temporomandibular disorders in children with headaches. **Arq. Neuro-Psiquiatr**, v.65, n.2A, p.251-255, 2007
- BENATTI, R. M. Estudo da prevalência de cefaleia e seu impacto na qualidade de vida em universitários. **Revista Inspirar Movimento & Saúde**, Curitiba, v. 4, n. 21, p. 1-5, 2012.
- BENOLIEL, R.; ELIAV, E.; SHARAV, Y. Classification of chronic orofacial pain: applicability of chronic headache criteria. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.* **Revista Oral Radiol. Endod.**, St. Louis, v. 110, n. 6, p. 729-737, dec. 2010.
- BIASOTTO-GONZALEZ, D.; MENDES, P. C.; MARTINS L. A.; DOMINGUES M. Qualidade de vida em portadores de disfunção temporomandibular – um estudo universal. **Revista Inst Ciênc Saúde**. v.27, n.2, p.128-132, 2009.
- BIASOTTO-GONZALEZ, D. A.; TOSATO, J. P.; GONZALEZ, T. O.; SAMPAIO, L. M. M. Prevalência de sinais e sintomas de disfunção temporomandibular em mulheres com cervicalgia e lombalgia. **Arq Med ABC**, v. 33 supl. 2, 2007.
- BIGAL, M. E. L. Prevalência e impacto da migrânea em funcionários do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP. **Arq Neuropsiquiatr**. v. 58, n. 2B, p. 431-6, 2000.
- BIGAL, M. E.; BIGAL, J. M.; BETTI, M.; BORDINI, C. A.; SPECIALI, J. G. Evaluation of the impact of migraine and episodic tension-type headache on the quality of life and performance of a university student population. **Headache**. v.41, n. 7, p.710-9, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006**. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de

Saúde. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html.

Acesso em: 12 mai. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**: queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BROVEDAN, A. **A auriculoterapia como complemento na redução dos sintomas respiratórios da doença pulmonar obstrutiva crônica**. (Trabalho de Conclusão de Curso em Fisioterapia, UNESC). Santa Catarina, 2012. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:qCNily0cVAcJ:repositorio.unesc.net/bitstream/1/71/1/Aline%2520Brovedan.pdf+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br&client=firefox-b>. Acesso em: 17 mai. 2018.

CATHARINO, A. M. S. Cefaleia: prevalência e relação com o desempenho escolar de estudantes de medicina. **Migrêneas & Cefaleias**, v. 10, n. 2, p. 46-50, 2007.

CIANCAGLINI, R.; RADAELLI, G. The relationship between headache and symptoms of temporomandibular disorder in the general population. **J. Dent., Guildford**, v. 29, n. 2, p. 93-98, feb. 2001

CHAVES, T. C. Principais instrumentos para avaliação da disfunção temporomandibular, parte I: índices e questionários; uma contribuição para a prática clínica e de pesquisa. **Revista Fisioterapia e Pesquisa**. v.15, n. 1 p. 92-100, 2008.

CIPRIANO, A.; BENZECRY, D.; VALL J. Perfil do paciente com dor crônica atendido em um ambulatório de dor de uma grande cidade do sul do Brasil. **Revista Dor**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 297-300, out./dez. 2011.

CÔTÉ P.; CASSIDY, J. D.; CARROLL, L. J.; KRISTMAN V. The annual incidence and course of neck pain in the general population: a population-based cohort study. **Revista Pain**. v. 11, n.3, p. 267-73, 2004.

CONSELVAN, R. S.O., SILVÉRIO-LOPES. Cefaleia crônica e tratamento com acupuntura auricular: estudo comparativo de pontos. V Simpósio Paraense de Acupuntura e Fisioterapia (SIPAF). Curitiba, 2007. **Anais...** Disponível em: <http://www.omnipax.com.br/livros/2013/ANAC/anac-cap01.pdf>. Acesso em: 15 out. 2018.

CORR, J.; WEBER, P.; TREVISAN, M. E.; TREVISAN, C. M.; ROSSI, A. G. Correlação entre postura da cabeça, intensidade da dor e índice de incapacidade cervical em mulheres com queixa de dor cervical. **Fisioter Pesq**. v.1, p. 68-72, 2012.

CUCCIA, A.; CARADONNA, C. The relationship between the stomatognathic system and body posture. **Rev. Clinics**. v. 64, n. 1, p. 61-6, 2009.

CURRY, K.; GREEN, R. Prevalence and management of headache in a university undergraduate population. **J Am Acad Nurse Pract**. v.9, n. 7., p. 378-82, 2007.

DANTAS, A. M, X. Perfil epidemiológico de pacientes atendidos em um Serviço de Controle da Dor Orofacial. **Revista Odontol**. v. 44, n. 6, p. 313-319, 2015.

DELFINO, P. D.; RAMPIM, D. B.; ALFIERI, F. M.; TOMIKAWA, L, C, O.; FADEL, G.; STUMP, P. R. N. A. G. Cervicalgia: reabilitação. **Acta fisiátrica**. [On-line]. v. 19, n. 2, p. 73-81, jan. 2017. Disponível em: http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=168. Acesso em: 22 nov. 2018.

DEMIRKIRKAN, M. K.; ELLIDOKUZ, H.; BOLUK, A. Prevalence and clinical characteristics of migraine in university students in Turkey. **Tohoku J Exp Med**. v. 208, n.1, p. 87-92, 2006.

DUTTON, M. Fisioterapia ortopédica: **Exame, avaliação e intervenção**. Porto Alegre: Artmed, 2006

FALAVIGNA, A. Prevalence and impact of headache in undergraduate students in Southern Brazil. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 68, n. 6, p. 873–7, 2010.

FERRI-DE-BARROS, J. E. Headache among medical and psychology students. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 69, n. 3, p. 502–8, 2011.

FLORIAN, M. R.; MEIRELLES, M. P. M. R.; SOUZA, M. L. R. Disfunção Temporomandibular e acupuntura: uma terapia integrativa e complementar. **Revista Odontol. Clín.-Cient**. Recife, v. 10, n. 2, p. 189-192, 2011.

FRANCO, A. L. Migraine is the most prevalent primary headache in individuals with temporomandibular disorders. **J. Orofac. Pain, Carol Stream**, v. 24, n. 3, p. 287-292, Summer. 2010.

FREZZA, S. C. **Ansiedade, estresse e auriculoterapia uma revisão de literatura**. (Trabalho de Conclusão de Curso em Fisioterapia, UNESC). Santa Catarina, 2016. Disponível em: <<http://repositorio.unesc.net/handle/1/4180>>. Acesso em: 17 mai. 2018.

FAULIN, E. F; GUEDES, C. G; FELTRIN, P. P; JOFFILEY, C. M. M. S. C. Association between temporomandibular disorders and abnormal head postures. **Revista Braz Oral**. v. 29. n. 1. p. 1-6. 2015.

FIGUEIREDO, V. M. G.; Cavalcanti, A. L.; Farias, A. B. L.; Nascimento, S. R. Prevalência de sinais, sintomas e fatores associados em portadores. **Acta Scientiarum. Health Sciences**. v. 31, n. 2, p. 59-63, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4025/actascihealthsci.v31i2.5920>. Acesso em: 23 nov. 2018.

GADIN, A. M. V.; Felipe, F. A. A. Estudo comparativo entre dois protocolos de tratamento Flor de Liz e Método Canal Unitário em algias cervicais. **Rev. Dor** [On-line]. v. 14, n. 4, p. 394-4, jan. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S180600132013000400011&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 23 nov. 2018.

GOYATÁ, F. R.; TAIRA, N. V.; ALMEIDA, S. D.; SILVA, D. D.; TAIRA, C. V. Avaliação de sinais e sintomas de disfunção temporomandibular entre os acadêmicos do curso de odontologia da universidade Severino Sombra, Vassouras – RJ. **Int J Dent**. v.9, n. 4, p. 181-6, 2010.

INTERNATIONAL ASSOCIATION OF THE STUDY OF PAIN (**IASP**). Acesso em: 26 mar. 2018. Disponível em: www.iasp.paing.org/. Acesso em: 10 out. 2018.

KRELING, M. C. G. D.; CRUZ, D. A. L. M.; PIMENTA, C. A. M. Prevalência de dor crônica em adultos. **Revista Bras Enferm**. V.59, n. 4, p. 509-13, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Levantamento da incidência de cefaleia no Brasil. 2011. Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod_migraine.pdf. Acesso em: 17 mai. 2018.

LEEuw.; R, KLASSER, G. D. Orofacial pain - guidelines for assessment, diagnosis and management. **Revista American Academy of Orofacial Pain. General Assessment of The Orofacial Pain Patient**. v. 5, n.1, p. 25-46, 2013.

LOMAS, V. R.; LÓPEZ, R. M. C. Estabilometría y calidad de vida en las algias vertebrales. **Revista Fisioterapia**. v. 27, n. 1, p. 129-37, 2005.

LOPES, D. C. P.; FÜHRER, F. M-E. C.; AGUIAR, P. M. C. Cefaleia e qualidade de vida na graduação de medicina. **Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria**, Salvador, v. 19, n. 2, p. 84-95, 2015.

GONÇALVES, D. A.; DAL FABBRO, A. L.; CAMPOS, J. A.; BIGAL, M. E.; SPECIALI, J. G. Symptoms of temporomandibular disorders in the population: an epidemiological study. **Revista J Orofac Pain**. v. 24, n.3, p. 270-8, 2010.

INEP, Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Censo da Educação Superior: Relatórios Técnicos**. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/web/censo-da-educacao-superior/resumos-tecnicos>. Acesso em: 9 mar. 2018.

JOHN, M. T.; MIGLIORETTI, D. L.; LERESCHE, L.; VON, K. O. R. F. F. M.; CRITCHLOW, C. W. Widespread pain as a risk factor for dysfunctional temporomandibular disorder pain. **Rev. Pain**. v.102, n. 3, p. 257-63, 2003.

LOPES, D. C. P.; FÜHRER, F. M.E. C.; AGUIAR, P. M. C. Cefaleia e qualidade de vida na graduação de medicina. **Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria**, Salvador, v. 19, n. 2, p. 84-95, 2015.

MENON, B.; KINNERA, N. Prevalence and characteristics of migraine in medical students and its impact on their daily activities. **Annals of Indian Academy of Neurology**, v. 16, n. 2, p. 221-5, 2013.

MARQUES, E. S. Avaliação do conhecimento fisiológico da dor de estudantes de fisioterapia. **Revista Dor** [online]. v. 17, n. 1, p. 29-33, 2016.

MAS, W. D. D. **Auriculoterapia: auriculomedicina na doutrina brasileira**. São Paulo: ROCA, 2004

MASCELLA, V. Stress, sintomas de ansiedade e depressão em mulheres com dor de cabeça. **Boletim - Academia Paulista de Psicologia**, São Paulo, v. 34, n. 87, p. 407- 428, 2014.

MARQUES FILHO, ARNALDO. **Ponto-atendimento em acupuntura: tirando a dor com um único ponto**. 2. ed. São Paulo: Roca, 2009.

MEIRELLES, M. L. R.; GONÇALO, C. S.; SOUZA, M. R. L. Manejo da dor orofacial através do tratamento com a acupuntura: relato de um caso. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 38, n. 6, p. 379-382, 2009.

MELO, R. S.; PEREIRA, T. R. **Prevalência de algias vertebrais em cirurgiões dentistas. Cirurgiões Dentistas** (Buenos Aires) [On-line] 15, n. 157, p.1, jan. 2017. Disponível em: <http://www.efdeport.es.com/efd157/algias-vertebrais-em-cirurgioes-dentistas.htm>. Acesso:10 nov. 2018.

MILANESI, J. M.; CORRÊA, E, C, R.; BORIN, G, S.; SOUZA, J. A, PASINATO, F. Avaliação eletromiográfica e músculos mastigatórios com uso de acupuntura em indivíduos com desordem temporomandibular. **Rev Fisioter Pesq**. v. 18, n.3, p. 217-22, 2011.

MORESCO, S. V., SILVÉRIO-LOPES, S. M. **Enxaqueca crônica: tratamento com auriculoterapia - estudo de caso**. (Monografia de especialização em acupuntura, IBRATE), Londrina, p 37. 2009.

NEVES, Marcos Lisboa. **Manual Prático de Auriculoterapia**. Porto Alegre, 2009.

PINHEIRO, Fernanda Amaral; TRÓCCOLI, Bartholomeu Torres; CARVALHO, Cláudio Viveiros. Validity of the Nordic Musculoskeletal Questionnaire as Morbidity Measuremet Tool, **Revista Saúde Pública**. v. 36. n. 3, 2002.

POZZEBON, D.; PICCIN, C. F.; SILVA, A. M. T.; CORRÊA, E. C. R. Disfunção temporomandibular e dor craniocervical em profissionais da área da enfermagem sob estresse no trabalho. **Rev. CEFAC**. v. 18, n. 2, p. 439-448, mar./abr. 2016.

RAMMELSBERG, P.; LERESCHE L.; DWORKIN S.; MANCL L. Longitudinal outcome of temporomandibular disorders: a 5-year epidemiologic study of muscle disorders defined by research diagnostic criteria for temporomandibular disorders. **J Orofac Pain**. v. 17, n.1 p. 9-20, 2003.

RAMIREZ, G. S; RUIZ, C. E. S; MDEL, R. A. M. R; DIAZ VEGA M, GONZALEZ, G. J. M; ALCANTARA, J. J. A. Clinical guideline for rehabilitation of patients with cervical whiplash at the primary care level. **Revista Med Inst Mex Seguro Soc**. v. 1. n. 43. p. 61-8. 2005.

ROCHA, A. P. F.; NARDELLI, M. R.; RODRIGUES, M. F. Epidemiologia das desordens temporomandibulares: estudo da prevalência da sintomatologia e sua interrelação com a idade e o sexo dos pacientes. **Rev Serviço ATM**. v. 2, n.1, p. 5-10, jan./jun. 2002.

SILVA, M. A. P. F.; PINHEIRO, A. M. A enxaqueca no adulto sob o olhar da psicologia do desenvolvimento humano e saúde. Semana de humanidades, UFRN. Rio Grande do Norte, 2009. **Anais...** Disponível em: <http://www.cchla.ufrn.br/humanidades2009/Anais/GT12/12.1.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018.

SANTOS, L. A. S.; SANDIN, G. R.; SAKAE, T. M. Associação de cefaleia e ansiedade em estudantes de Medicina de uma universidade do sul de Santa Catarina. **Revista da AMRIGS** – Associação Médica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, v. 54, n. 3, p. 288-293, 2010.

SILVA, J. R. A. A.; BRANDÃO, K. V.; FALEIROS, B. E.; TAVARES, R. M.; LARA, R. P.; JANUZZI, E. Temporomandibular disorders are an important comorbidity of migraine and may be clinically difficult to distinguish them from tension-type headache. **Arq Neuropsiquiatr**. V.72, n. 2, p. 99-103, 2014.

SILVA, A. F.; COSTA, M. A. L.; SOUTINHO, R. S. R.; PEDROSA, A. S. Prevalência de Cervicalgia em Acadêmicos de Odontologia de um Centro Universitário. **Revist. Port.: Saúde e Sociedade**. v.2, n. 2, p. 422-434, 2017.

SIERRA-CÓRDOVA, A.; VALLE-LEÓN, D.; MUSAYÓN-OBLITAS, Y. Efecto de la auriculoterapia en la disminución de la intensidad del dolor cervical en pacientes ambulatorios en la unidad de medicina complementaria hospital sabogal sologuren - essalud. **Revista Enfermería Herediana**, v. 3, n. 1, p. 2-9, 2010.

SOARES, J. C.; WEBER, P.; TREVISAN, M. E.; TREVISAN, C. M.; MOTA, C. B.; ROSSI, A. G. **Influência da dor no controle postural de mulheres com dor cervical**. (Rio Grande do Sul) [On-line]. v. 15, n. 3, p.371-81, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198000372013000300011&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso: 10 nov. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE. Associação Brasileira de Medicina Física e Reabilitação. Academia Brasileira de Neurologia. **Cefaleias em adultos na Atenção Primária à Saúde: Diagnóstico e tratamento**. Projeto Diretrizes. Disponível em: http://www.sbmfc.org.br/default.asp?site_Acao=mostraPagina&paginaId=28. Acesso em: 11 mar. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALEIA (SBF). **Dia Nacional do Combate à Cefaleia Aniversário de 39 anos da Sociedade Brasileira de Cefaleia**. Disponível em: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:dtT8paATSalJ:https://sbccefaleia.com.br/noticias.php%3Fid%3D321+%&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: 11 de mar. 2018.

SOUZA, G. S. D. Neck Proprioceptors and Postural Balance: a Review. **Fisioter em Mov.** v. 19, n.4, p. 33–40, 2006.

STRAUSS S, GUTHRIE F, NICOLOSI F. **The epidemiology of pain: an Australian Study**. Disponível em: <http://users.med.auth.gr/~karanik/english/articles/epidem.html>. Acesso em: 20 jul. 2018.

TEIXEIRA, A. C.; FONSECA, A. R.; MAXIMO I. M. N. S. Inventário SF36: avaliação da qualidade de vida dos alunos do Curso de Psicologia do Centro UNISAL – U.E. de Lorena (SP). **Revista de Psicologia**. v. 3, n. 1, p. 16-27, 2002.

THIAGO, S. C.; TESSER, C. D. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. **Revista Saúde Pública**. v. 45, n. 2, p. 249-57, 2011.

TOSATO, J.P.; GONZALEZ, T.O.; SAMPAIO, L.M.M.; CORRÊA, J.C.F.; BIASOTTO-GONZALEZ, D.A.. Prevalência de sinais e sintomas de disfunção temporomandibular em mulheres com cervicalgia e lombalgia. **Arq. Med. ABC**, v.32 supl. 2 2007.

WEBER, P. CORRÊA, E. C. R.; FERREIRA, F. S.; SOARES, J. C.; BOLZAN, G. P., SILVA, A. M. T. Frequência de sinais e sintomas de disfunção cervical em indivíduos com disfunção temporomandibular. **J Soc Bras Fonoaudiol**. v. 24, n. 2, p. 134-9, 2012.

WIESINGER, B.; MALKER, H.; ENGLUND, E.; WÄNMAN, A. Does a dose-response relation exist between spinal pain and temporomandibular disorders? **BMC Musculoskelet Disord**. v.10, n. 28, p. 1-8, 2009.

ANEXO A – Questionário e Índice de Limitação Funcional Mandibular (MFIQ)

Item	Pontuação	Nível de dificuldade			
		Nenhuma (0)	Um pouco (1)	Bastante (2)	Muita (3)
Com relação a queixas de dores na mandíbula, quanto de dificuldade você apresenta para realizar as seguintes atividades:					
1 Atividades sociais					
2 Falar					
3 Dar uma boa mordida					
4 Mastigar comida dura					
5 Mastigar comida mole					
6 Trabalhar ou realizar atividades de vida diária					
7 Beber					
8 Rir					
9 Mastigar comida dura					
10 Bocejar					
11 Beijar					
Comer inclui morder, mastigar e deglutir. Quanto de dificuldade você tem para comer os seguintes alimentos:					
1 Uma bolacha dura					
2 Um bife					
3 Uma cenoura crua					
4 Um pão francês					
5 Amendoim					
6 Uma maçã					

Soma das pontuações $S = \text{---} + \text{---} + \text{---} + \text{---} + \text{---}$
 Cálculo do índice: $C = S/N.4$, onde S = soma das pontuações obtidas e N = número de itens respondidos (divida a soma S encontrada pelo número de itens respondidos vezes 4)

Para chegar ao grau de acometimento funcional, calcule C e siga as regras da 1ª coluna:

Regras (R = resposta/s)	Faixas de variação do índice C	Grau de acometimento funcional
Todas as R com pontuação < 2	$C \leq 0,3$	0
Pelo menos uma R ≥ 2	$C \leq 0,3$	1
Todas as R com pontuação < 3	$0,3 < C \leq 0,6$	2
Pelo menos uma R ≥ 3	$0,3 < C \leq 0,6$	3
Todas as R ≥ 4	$C > 0,6$	4
Todas as R = 4	$C > 0,6$	5
Gradação da severidade	I baixo	0 ou 1
	II moderado	2 ou 3
	III severo	4 ou 5

* Pontuação (4): no original, "é muito difícil OU é impossível sem ajuda"

ANEXO B – Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares

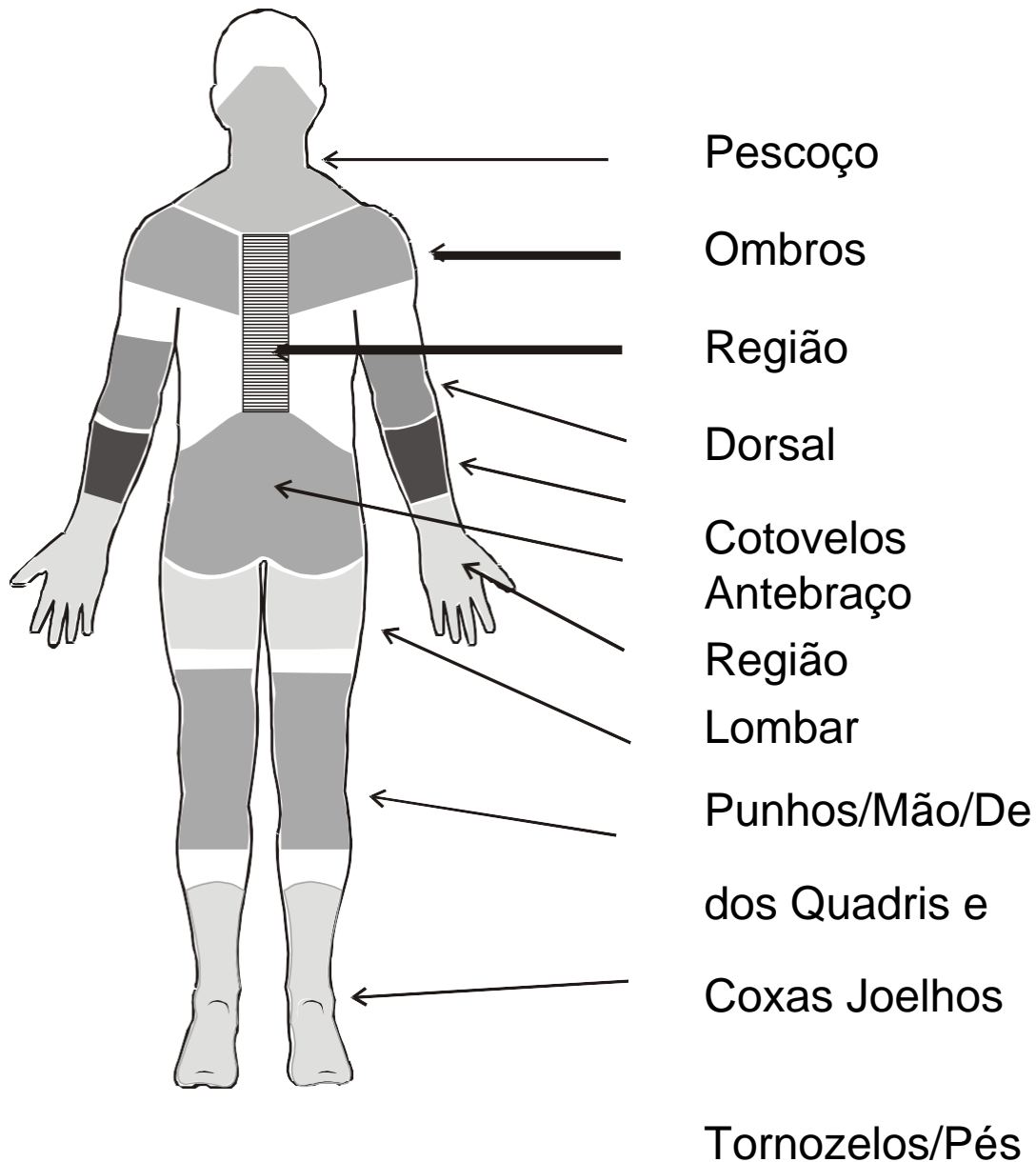
INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

Por favor, responda a cada questão assinalando um “x” na caixa apropriada: X

Marque apenas um “x” em cada questão.

Não deixe nenhuma questão em branco, mesmo se você não tiver problema em alguma parte do corpo.

Para responder, considere as regiões do corpo conforme ilustra a figura abaixo.



<p>Considerando os últimos 12 meses, você tem tido algum problema (tal como dor, desconforto ou dormência) nas seguintes regiões:</p>	<p>Você tem tido algum problema nos últimos 7 dias, nas seguintes regiões:</p>	<p>Durante os últimos 12 meses você teve que evitar suas atividades normais (trabalho, serviço doméstico ou passatempos) por causa de problemas nas seguintes regiões:</p>
<p>1. Pescoço? Não Sim <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>2. Pescoço? Não Sim <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>3. Pescoço? Não Sim <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p>
<p>4. Ombros? Não Sim <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> no ombro direito <input type="checkbox"/> no ombro esquerdo <input type="checkbox"/> em ambos</p>	<p>5. Ombros? Não Sim <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> no ombro direito <input type="checkbox"/> no ombro esquerdo <input type="checkbox"/> em ambos</p>	<p>6. Ombros? Não Sim <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> no ombro direito <input type="checkbox"/> no ombro esquerdo <input type="checkbox"/> em ambos</p>
<p>7. Cotovelo? Não Sim <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> no cotovelo direito <input type="checkbox"/> no cotovelo esquerdo <input type="checkbox"/> em ambos</p>	<p>8. Cotovelo? Não Sim <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> no cotovelo direito <input type="checkbox"/> no cotovelo esquerdo <input type="checkbox"/> em ambos</p>	<p>9. . Cotovelo? Não Sim <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> no cotovelo direito <input type="checkbox"/> no cotovelo esquerdo <input type="checkbox"/> em ambos</p>
<p>10. Antebraço? Não Sim <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> no antebraço direito <input type="checkbox"/> no antebraço esquerdo <input type="checkbox"/> em ambos</p>	<p>11. Antebraço? Não Sim <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> no antebraço direito <input type="checkbox"/> no antebraço esquerdo <input type="checkbox"/> em ambos</p>	<p>12. . Antebraço? Não Sim <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> no antebraço direito <input type="checkbox"/> no antebraço esquerdo <input type="checkbox"/> em ambos</p>

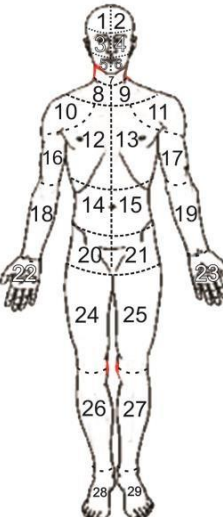
<p>Considerando os últimos 12 meses, você tem tido algum problema (tal como dor, desconforto ou dormência) nas seguintes regiões:</p>	<p>Você tem tido algum problema nos últimos 7 dias, nas seguintes regiões:</p>	<p>Durante os últimos 12 meses você teve que evitar suas atividades normais (trabalho, serviço doméstico ou passatempos) por causa de problemas nas seguintes regiões:</p>
<p>13. Punhos/Mãos/Dedos? Não Sim <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> no punho/mão/dedos direitos <input type="checkbox"/> no punho/mão/dedos esquerdos <input type="checkbox"/> em ambos</p>	<p>14. Punhos/Mãos/Dedos? Não Sim <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> no punho/mão/dedos direitos <input type="checkbox"/> no punho/mão/dedos esquerdos <input type="checkbox"/> em ambos</p>	<p>15. . Punhos/Mãos/Dedos? Não Sim <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> no punho/mão/dedos direitos <input type="checkbox"/> no punho/mão/dedos esquerdos <input type="checkbox"/> em ambos</p>

16. Região dorsal Não Sim <input type="checkbox"/> 1Ž <input type="checkbox"/> 2Ž	17. Região dorsal Não Sim <input type="checkbox"/> 1Ž <input type="checkbox"/> 2Ž	18. Região dorsal Não Sim <input type="checkbox"/> 1Ž <input type="checkbox"/> 2Ž
19. Região lombar Não Sim <input type="checkbox"/> 1Ž <input type="checkbox"/> 2Ž	20. Região lombar Não Sim <input type="checkbox"/> 1Ž <input type="checkbox"/> 2Ž	21. Região lombar Não Sim <input type="checkbox"/> 1Ž <input type="checkbox"/> 2Ž
22. Quadril e/ou coxas Não Sim <input type="checkbox"/> 1Ž <input type="checkbox"/> 2Ž	23. Quadril e/ou coxas Não Sim <input type="checkbox"/> 1Ž <input type="checkbox"/> 2Ž	24. Quadril e/ou coxas Não Sim <input type="checkbox"/> 1Ž <input type="checkbox"/> 2Ž
25. Joelhos Não Sim <input type="checkbox"/> 1Ž <input type="checkbox"/> 2Ž	26. Joelhos Não Sim <input type="checkbox"/> 1Ž <input type="checkbox"/> 2Ž	27. Joelhos Não Sim <input type="checkbox"/> 1Ž <input type="checkbox"/> 2Ž
28. Tornozelos e/ou pés Não Sim <input type="checkbox"/> 1Ž <input type="checkbox"/> 2Ž	29. Tornozelos e/ou pés Não Sim <input type="checkbox"/> 1Ž <input type="checkbox"/> 2Ž	30. Tornozelos e/ou pés Não Sim <input type="checkbox"/> 1Ž <input type="checkbox"/> 2Ž

ANEXO C – Escala Alfanumérica de Dor

FRENTE

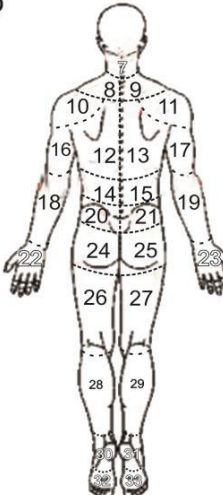
Lado Direito		Lado Esquerdo	
Sem Dor	Dor Insuportável	Sem Dor	Dor Insuportável
0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10	Cabeça Frontal.1	2.Cabeça Frontal	0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10
0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10	Face.3	4.Face	0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10
0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10	Mandíbula.5	6.Mandíbula	0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10
0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10	Pescoço.7	7.Pescoço	0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10
0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10	Trapézio.8	9.Trapézio	0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10
0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10	Ombro.10	11.Ombro	0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10
0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10	Peitoral.12	13.Peitoral	0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10
0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10	Abdome.14	15.Abdome	0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10
0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10	Braço.16	17.Braço	0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10
0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10	Ante Braço.18	19.Ante Braço	0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10
0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10	Púbis/Virilha.20	21.Púbis/Virilha	0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10
0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10	Mão.22	23.Mão	0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10
0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10	Coxa.24	25.Coxa	0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10
0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10	Perna.26	27.Perna	0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10
0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10	Pé.28	29.Pé	0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10



Por Favor Assinar com X os locais de dor e marcar na escala o grau de sua dor, onde 0 é dor nenhuma e 10 uma dor insuportável.

COSTA

Lado Esquerdo		Lado Direito	
Sem Dor	Dor Insuportável	Sem Dor	Dor Insuportável
0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10	Cervical.7	7.Cervical	0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10
0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10	Trapézio.8	9.Trapézio	0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10
0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10	Ombro.10	11.Ombro	0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10
0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10	Dorso Superior.12	13.Dorso Superior	0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10
0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10	Dorso Médio.14	15.Dorso Médio	0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10
0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10	Braço.16	17.Braço	0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10
0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10	Ante Braço.18	19.Ante Braço	0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10
0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10	Dorso Inferior.20	21.Dorso Inferior	0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10
0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10	Mão.22	23.Mão	0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10
0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10	Quadril.24	25.Quadril	0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10
0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10	Coxa.26	27.Coxa	0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10
0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10	Perna.28	29.Perna	0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10
0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10	Retropé.30	31.Retropé	0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10
0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10	Antepé.32	33.Antepé	0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10



Por Favor Assinar com X os locais de dor e marcar na escala o grau de sua dor, onde 0 é dor nenhuma e 10 uma dor insuportável.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) participante

Nós, Diana Maria Pereira de Souza (CPF Nº 29359988391), Etevaldo Deves Fernandes Neto (CPF Nº 03419985320), Jorgeane Gonzaga Parente (CPF Nº 76673600306) e Raimundo Nonato da Silva Gomes (CPF Nº 311652493-91). Alunos regularmente matriculados no curso de graduação em Fisioterapia da Faculdade Ateneu (FATE), estamos desenvolvendo uma pesquisa sob orientação do Prof. Esp. Antonio Viana de Carvalho Junior e Co-Orientação da Profa. Dra. Bárbara Martins Soares Cruz.

A pesquisa é intitulada Localização da dor musculoesquelética em discentes de um curso de graduação em fisioterapia com disfunção temporomandibular (DTM), cefaleia e cervicalgia será realizada em consonância com as Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016, ambas do Conselho Nacional de Saúde, que tratam dos aspectos éticos em pesquisas envolvendo seres humanos.

Assim, de acordo com as resoluções supracitadas, esclarecemos os seguintes aspectos: I – Essa pesquisa está sendo realizada para Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de graduação em Fisioterapia e tem como objetivos: Avaliar a localização da dor musculoesquelética em discentes de um curso de graduação em fisioterapia com disfunção temporomandibular (DTM), cefaleia e cervicalgia; Identificar a presença do sintoma álgico em discentes com DTM, cervicalgia e cefaleia juntamente com algias encontradas em demais regiões do corpo que possam ter correlação ou não com as algias estudadas; Analisar a prevalência de dores musculoesqueléticas dos discentes nos últimos 12 meses; Correlacionar a presença do sintoma “dor” com as funções exercidas em AVDs e verificar quais linhas de tratamento são utilizadas em discentes com DTM, cervicalgoa e cefaleia.

A coleta de dados será realizada por meio dos instrumentos Questionário e Índice de Limitação Funcional Mandibular (MFIQ), Questionário SF 36- Qualidade de vida, Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares e uma FICHA DE DADOS CLÍNICOS E PESSOAIS.

II- Quanto aos riscos deste estudo, consideramos mínimos podendo haver constrangimento de responder aos questionários.

Entretanto, os entrevistados poderão, a qualquer momento, optarem em não responder às perguntas ou até mesmo interromper a entrevista caso se sintam constrangidos. Não haverá nenhum procedimento invasivo à privacidade dos entrevistados. As entrevistas com os alunos ocorrerão em local fechado e reservado. Quanto aos benefícios deste estudo são esperados achados que possam favorecer dados atuais identificando as causas de sintomatologia de dor, suas limitações adquiridas no âmbito do trabalho e AVDs e um levantamento de quais métodos essa população estudada tem utilizado para a tratativa de dores musculoesqueléticas na região de cabeça, cervical e temporomandibular podendo ser útil para o desenvolvimento de ações educativas, de saúde e estudos mais aprofundados sobre o tema.

Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente você estará contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico.

III – Informamos ainda que a participação nesse estudo é voluntária não lhe gerando ônus e se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo. Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo. Porém, garantimos aos participantes livre acesso aos resultados da pesquisa.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pelo pesquisador ANTONIO VIANA DE CARVALHO JUNIOR por meio do telefone: (85) 999557355, e-mail: jrfisio@bol.com.br, endereço: Rua Santa Rosália 04 ou pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FATE, localizado na Rua Manuel Arruda, 70. Telefone: 3474-5203. E-mail: cep@fate.edu.br. Bairro: Mesejana. CEP 60.863-315. Fortaleza-CE, responsável pelo acompanhamento ético de pesquisas com seres humanos.

Atenciosamente,

Diana Maria Pereira de Souza Matrícula: 2014103853	Local e data
Etevaldo Deves Fernandes Neto Matrícula: 2014101651	Local e data
Jorgeane Gonzaga Parente Matrícula: 2014876451	Local e data
Raimundo Nonato da Silva Gomes Matrícula: 20141100038	Local e data

Prof. Esp. Antonio Viana de Carvalho Junior

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Eu, _____, aceito participar deste estudo e declaro que, por este termo, do qual recebi uma cópia, fui devidamente esclarecido e orientado sobre a pesquisa.

Assinatura do(a) participante	Local e data
-------------------------------	--------------

TCLE referente à pesquisa intitulada LOCALIZAÇÃO DA DOR MUSCULOESQUELÉTICA E LIMITAÇÃO FUNCIONAL NOS DISCENTES DE UM CURSO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA COM DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (DTM), CEFALÉIA E CERVICALGIA, de autoria de Diana Maria Pereira de Souza, Etevaldo Deves Fernandes Neto, Jorgeane Gonzaga Parente e Raimundo Nonato da Silva Gomes, sob orientação do Prof. Esp. Antonio Viana de Carvalho Junior e Co-Orientação da Profa. Dra. Bárbara Martins Soares Cruz.

APÊNDICE B – FICHA DE DADOS CLÍNICOS E PESSOAIS

DADOS PESSOAIS				
Nome				
Endereço				
Telefone				
E-mail				
Data de nascimento				
Peso				
Altura				
Ocupação/trabalho				
Estado civil	Solteiro ()	União estável ()	Casado ()	Divorciado ()
Semestre atual		Destro ()	Canhoto ()	

ANTECEDENTES PESSOAIS	
Diabético SIM () NÃO ()	Toma medicação específica? Qual: _____
Hipertenso SIM () NÃO ()	Toma medicação específica? Qual: _____
Sente dor em alguma parte do corpo?	Quantos meses/semanas: _____ Realiza ou já realizou algum tratamento? Qual?: _____
Toma remédio para dor? SIM () NÃO ()	Se sim, quais: _____ Quantos por dia? _____

HÁBITOS DE VIDA	
Consome bebidas alcoólicas? SIM () NÃO ()	Se sim, quantas vezes por semana? _____
Fumante? SIM () NÃO ()	Se sim, quantos cigarros consome por dia? _____
Pratica atividades físicas? SIM () NÃO ()	Se sim, Frequência por semana: _____ Por quantos minutos? _____

APÊNDICE C – CARTA DE ANUÊNCIA

FACULDADE ATENEU

Prezado Prof. Ms. Candice Monteiro Mariano

Coordenadora do Curso de Fisioterapia da Faculdade Ateneu

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada “Localização da Dor Musculoesquelética e Limitação Funcional nos Discentes de um Curso de Graduação Em Fisioterapia com Disfunção Temporomandibular (Dtm), Cefaleia e Cervicalgia” envolvendo aplicação de 4 questionários com duração aproximada de 30 minutos. A pesquisa tem como objetivo avaliar a localização da dor musculoesquelética e limitação funcional em discentes de um curso de graduação em fisioterapia com disfunção temporomandibular (DTM), cefaleia e cervicalgia da Faculdade Ateneu, Sede Lagoa. Esse estudo trará benefícios à comunidade acadêmica, pois irá favorecer dados atuais identificando as causas de sintomatologia de dor, limitações adquiridas no trabalho, atividades da vida diária e quais métodos esses participantes tem utilizado para a tratativa dessas dores na região da cabeça e pescoço podendo ser útil para o desenvolvimento de ações educativas, de saúde e estudos mais aprofundados sobre o tema.

Os participantes serão convidados por meio de visitas dos pesquisadores em sala de aula. Somente participarão da pesquisa, os acadêmicos que tenham assinado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados da pesquisa será iniciada no mês de Setembro de 2018, sendo conduzida pelo pesquisador responsável e seus discentes de Fisioterapia.

Os dados coletados serão publicados de maneira a não identificar os participantes e somente se iniciará a coleta após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Faculdade Ateneu (FATE). Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Coordenação, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Fortaleza, 5 de Agosto de 2018.

Prof. Antonio Viana de Carvalho Junior – Orientador

Candice Monteiro Mariano – Coordenadora do Curso de Fisioterapia da Faculdade Ateneu