

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA – MESTRADO

**Disfunção temporomandibular e qualidade de vida em mulheres em situação de
violência doméstica**

Roberta Maués de Carvalho Azevedo Luz

Belém - Pará

2013

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA – MESTRADO

**Disfunção temporomandibular e qualidade de vida em mulheres em situação de
violência doméstica**

Roberta Maués de Carvalho Azevedo Luz

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia (Mestrado) da Universidade Federal do Pará como pré-requisito para obtenção do grau de Mestre, sob a orientação da Profa. Dra. Liliane Silva do Nascimento.

Belém - Pará

2013

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA – MESTRADO

Candidata: Roberta Maués de Carvalho Azevedo Luz

Título: Disfunção temporomandibular e qualidade de vida em mulheres em situação de violência Doméstica

Orientadora: Liliane Silva do Nascimento

A comissão de trabalhos de defesa de dissertação de mestrado, em sessão pública realizada em 26 de junho de 2013, na cidade de Belém-Pa, considerou a candidata:

Aprovada

Reprovada

Examinador 1:

Nome: Dr. Gustavo Antônio Martins Brandão

Instituição: Universidade Federal do Pará

Assinatura: _____

Examinador 2:

Nome: Dr. Cícero de Almeida Andrade

Instituição: Universidade Federal do Pará

Assinatura: _____

Examinador 3:

Nome: Liliane Silva do Nascimento

Instituição: Universidade Federal do Pará

Assinatura: _____

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	5
2. JUSTIFICATIVA.....	8
3. ARTIGO 1.....	9
3.1. <u>NORMAS DA REVISTA.....</u>	<u>26</u>
4. <u>ARTIGO 2.....</u>	<u>30</u>
4.1. <u>NORMAS DA REVISTA.....</u>	<u>45</u>
5. <u>BIBLIOGRAFIA SUPORTE.....</u>	<u>51</u>
6. ANEXOS	
– CARTA DE APROVAÇÃO CEP.....	<u>53</u>
– TERMO CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO.....	<u>54</u>
– INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	<u>55</u>
– ABUSSE ASSEMENT SCREEN.....	<u>58</u>
7. <u>APÊNDICES</u>	
– QUESTIONÁRIO ANAMNÉSICO DE FONSECA.....	<u>59</u>
– QUESTIONÁRIO AVALIAÇÃO QUALIDADE DE VIDA SF-36.....	<u>60</u>

INTRODUÇÃO

Dentre as diversas formas de violência, a violência contra a mulher foi reconhecida na última década como um problema de saúde pública^{1,2}. Dados do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE), divulgados em 2011, mostram que quatro entre cada dez mulheres brasileiras já foram vítimas de violência doméstica².

A violência contra a mulher apresenta-se sob muitas formas, como estupros, assassinatos, prostituição forçada, abuso de meninas, tráfico de mulheres, mutilação genital e outros. Quando ocorre em ambiente doméstico, apresenta características específicas, sendo, na maioria das vezes, perpetrada pelo parceiro, ex-parceiros, familiares, conhecidos e se repete em ciclos³. Esta violência pode ser física, psicológica, patrimonial e sexual, ou a associação entre duas ou mais^{4,5}. Pode ser aguda, quando em estágio inicial ou crônica, quando ocorre mais de duas vezes, podendo ocorrer mensalmente, semanalmente ou mesmo diariamente^{1,6}.

A maioria das agressões parte do cônjuge ou do ex-cônjuge e o local de residência da mulher é o que decididamente prepondera nas situações de violência³.

A violência física é a mais presente. Caracteriza-se pelo ato de deixar lesões corporais geralmente diagnosticáveis, tais como cutâneas, neurológicas, oculares e ósseas, provocadas por queimaduras, mordidas, tapas, espancamentos, ou qualquer ação que ponha em risco a integridade física da mulher^{2,4-6}.

A violência psicológica pode ser evidenciada pelo prejuízo à competência emocional da mulher. É expressa pelo agressor através da tentativa de controlar as ações, crenças e decisões, por meio de intimidação, manipulação, ameaças dirigidas à mulher ou a seus filhos, humilhação, isolamento, rejeição, exploração e agressão verbal. Sendo assim, é considerado violento todo ato que cause danos à saúde psicológica, à autodeterminação ou ao desenvolvimento pessoal, como por exemplo, negar carinho, impedi-la de trabalhar, ter amizades ou sair de casa. São atos de hostilidade e agressividade que podem influenciar na motivação, na auto imagem e na auto estima feminina^{1,6-9}.

A violência patrimonial resulta em danos, perdas, subtração ou retenção de objetos, documentos pessoais, bens e valores da mulher. Esta forma de violência pode ser visualizada através de situações como quebrar móveis ou eletrodomésticos, rasgar roupas e documentos, ferir ou matar animais de estimação, tomar imóveis e dinheiro, ou, até, não pagar pensão alimentícia⁷.

Outra forma de violência praticada contra a mulher é a sexual, que corresponde a qualquer forma de atividade e prática sexual sem seu consentimento, com uso de força, intimidações, chantagens, manipulações, ameaças ou qualquer outro mecanismo que anule ou limite a vontade pessoal⁷.

O mapa da violência contra a mulher, divulgado em 2012, revelou que as maiores taxas de vitimização de mulheres concentram-se na faixa dos 15 aos 29 anos¹⁰. Entretanto, pode acontecer em qualquer fase da vida de mulheres inseridas em um contexto familiar, ou em relações íntimas e não respeita fronteiras de classe social, cor da pele, religião, idade e escolaridade^{4,10}.

No Brasil, os estudos sobre violência contra a mulher são realizados, principalmente, a partir dos casos denunciados nas delegacias de defesa da mulher. Estes, no entanto, ainda são subnotificados^{5,7-9}, tanto pela pouca conscientização social dos profissionais, desconhecimento das atitudes a serem tomadas diante dos casos, medo do revanchismo por parte da família da vítima⁸, quanto pelas mulheres vítimas que tendem a esconder a situação de violência na qual se encontram em função do medo, vergonha^{5,11-13} ou vínculo afetivo com o agressor¹³.

A violência afeta significativamente o processo saúde-doença das mulheres e sua qualidade de vida^{1,4,8,11,13}. Estima-se que mulheres que sofrem violência doméstica têm mais problemas de saúde e mais sintomas físicos e psicológicos do que mulheres que nunca sofreram violência^{8,9,15}. Desta forma, os profissionais de saúde são geralmente os primeiros a entrarem em contato com mulheres em situação de violência^{5,11-13}.

A violência pode provocar danos e alterações, desde pequenas lesões até mortes, e apresenta consequências imediatas e tardias^{5,16}. Como efeitos imediatos, destacam-se traumas e lesões que levam as mulheres aos serviços de emergência^{4,9}. Como efeitos tardios, ocorre a fragilização das vítimas podendo incluir efeitos permanentes na auto-estima e auto-imagem, deixando-as com menos possibilidade de se proteger, menos seguras do seu valor e dos seus limites pessoais, e mais propensas a aceitar a vitimização como sendo parte de sua condição de mulher^{3,8,9,16}.

Destaca-se que, a violência doméstica contra a mulher afeta a integridade biopsicossocial da vítima. São diversas as sintomatologias e transtornos que podem se manifestar, tais como: doenças nos sistemas digestivo e circulatório, dores e tensões musculares, distúrbios menstruais, depressão, ansiedade, suicídio, uso de entorpecentes,

transtornos de estresse pós-traumático, além de lesões físicas, privações e assassinato da vítima¹⁶.

Estudos relatam que há alto nível de dor crônica orofacial em mulheres vítimas de violência. Aponta-se altos níveis de depressão e somatização como consequências danosas da dor crônica, indicando uma baixa qualidade de vida^{4,9,15,17}.

O termo disfunção temporomandibular (DTM) compreende um grupo de alterações clínicas que afetam os músculos mastigatórios, as articulações temporomandibulares e estruturas associadas¹⁸. Possui origem multifatorial, abrangendo importantes elementos funcionais, anatômicos e psicossociais^{17,18}. Podem ser evidenciados vários sinais e sintomas clínicos presentes nesta desordem, tais como: cefaleia, mialgias, sensibilidade à palpação dos músculos mastigatórios e das articulações temporomandibulares, zumbidos, ruídos articulares durante os movimentos condilares e movimentos mandibulares limitados ou assimétricos¹⁸. Fatores Psicológicos, como depressão, somatização e problemas para dormir também podem estar associados à disfunção⁷. Outro fator psicossocial que pode vir a acentuar a sintomatologia da disfunção é ocorrência de conflitos familiares^{7,19}.

Estudos epidemiológicos sobre a DTM apontam que 40 a 60% da população apresentam algum sinal ou sintoma desta disfunção^{7,15,19-21}, podendo atingir a todos os estratos sociais¹⁹. A DTM é mais comum no gênero feminino⁷ e alguns autores afirmam que não existem diferenças quanto à idade em pacientes portadores de DTM^{17,20,21}.

As alterações causadas na DTM, em especial a dor, podem intervir nas atividades diárias sociais do indivíduo afetado, levando a um efeito negativo na função social, na saúde emocional e no nível de energia¹⁷. Mulheres com DTM têm maior intensidade dos sintomas de dor, apertamento dos dentes, dificuldade de dormir, maior sensibilidade dolorosa em músculos mastigatórios e cervicais e pior qualidade de vida quando comparadas com mulheres sem DTM^{20,21}.

Embora existam razões para supor que a violência contra a mulher possa ter relação com uma maior ocorrência de disfunções temporomandibulares e outras condições dolorosas da face que causem algum impacto na qualidade de vida, apenas um pequeno número de estudos documenta o uso de questionários específicos ou mesmo de ferramentas multidimensionais aplicados a este grupo^{8,15,20-22}. Nesse sentido, este trabalho tem como objetivo observar a associação entre disfunção temporomandibular e a qualidade de vida em mulheres em situação de violência doméstica.

JUSTIFICATIVA

A presente pesquisa se justifica pela insuficiência de respostas, na literatura especializada, sobre os possíveis agravos nos episódios de DTM em mulheres em situação de violência. Este estudo constitui importante contribuição para a área da saúde e, em especial, para a odontologia, uma vez que as consequências da violência causam danos físicos e psicossociais às vítimas, agravando possíveis sintomatologias dolorosas, contribuindo para uma pior qualidade de saúde e conseqüentemente de vida. Compreender como se estabelece a associação entre a violência contra a mulher, seus conseqüentes impactos físicos, psicossociais e a sua influência sobre a dinâmica da DTM, possibilitará ao cirurgião dentista uma maior compreensão e a melhor forma de abordar, manejar e tratar, prestando um atendimento mais humanizado a esse grupo vulnerável.

**ARTIGO 01- Associação entre disfunção temporomandibular e qualidade de vida em
mulheres em situação de violência doméstica.**

Revista Brasileira de Epidemiologia

Associação entre disfunção temporomandibular e qualidade de vida em mulheres em situação de violência doméstica.

Temporomandibular joint disorder and quality of life in women's violence victims

Resumo

Objetivou-se neste estudo verificar a associação entre disfunção temporomandibular (DTM) e a qualidade de vida em mulheres em situação de violência doméstica. A amostra foi por conveniência, constituindo-se de 100 participantes (n=50 Caso; n=50 Controle), obtida a partir de mulheres que realizaram boletim de ocorrência sobre casos de violência doméstica na Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (Caso) e, de mulheres da comunidade, não vítimas de violência doméstica, na Universidade Federal do Pará (Controle). Em ambos os grupos foi aplicado o Questionário Anamnésico de Fonseca para caracterização dos graus de DTM e o questionário Medical Outcome Study Short-Form 36 Health Survey (SF-36), para avaliar a qualidade de vida. A classificação da DTM mostrou que 68% do grupo Caso apresentou algum grau de DTM e o grupo Controle apresentou a categoria sem DTM (48%) como a mais frequente. A comparação entre os grupos conforme o escore obtido no Índice de Fonseca, mostrou que houve significativa diferença (p-valor = 0.00123) entre Caso e Controle. A comparação da Qualidade de Vida entre o grupo de mulheres vítimas de violência e o grupo Controle mostrou que entre as 8 facetas do questionário SF-36 houve 4 domínios que se apresentaram significativamente diferentes (p-valor <0.0001): Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais e Saúde Mental. A situação de violência doméstica abala a mulher agredida e influencia negativamente em fatores psicológicos e sociais, podendo ser responsável pelo agravamento da DTM e pelos menores indicadores de qualidade de vida das mulheres em situação de violência quando comparadas com as mulheres sem história de violência doméstica.

Palavras-chaves: Violência contra a mulher. Violência Doméstica. Qualidade de vida. Transtornos da articulação temporomandibular.

Abstract

The aim of this study is to check the association between temporomandibular joint disorder (TMD) and quality of life in women who suffer domestic violence. The sample was carried out as a matter of convenience, with 100 participants (n=50 case; n=50 control), obtained from women who reported cases of domestic violence at a Women's Police Station (Case) and from women belonging to the community, who were not victims of domestic violence, at the Federal University of Pará (Control). In both groups, Fonseca's Anamnestic Questionnaire was applied in order to characterize the levels of TMD and the questionnaire Medical Outcome Study Short-Form 36 Health Survey (SF-36) was applied to evaluate the quality of life. According to TMD's classification, 68% of the Cases presented some level of TMD and the Controls presented lack of TMD (48%). Regarding the Fonseca's Anamnestic Index, the comparison between the groups has showed that there was a statistically significant difference (p-value = 0.00123) between Cases and Controls. The comparison of Quality of Life between the group of women who suffered violence and the control group has showed that, amongst the 8 facets of SF-36 questionnaire, there were 4 domains which showed themselves as significantly different (p-value <0.0001): Vitality, Emotional and Social Aspects, and Mental Health. The situation of domestic violence undermines the women who were assaulted and it influences negatively in psychological and social factors, being responsible for the aggravation of TMD and the low indicators of women's quality of life who suffer violence when they are compared with women who have never suffered domestic violence.

Keywords: Violence against women. Domestic Violence. Quality of life. Temporomandibular joint disorders.

Introdução

Dentre as diversas formas de violência, a agressão contra a mulher foi reconhecida na última década como um problema de saúde pública^{1,2}. Dados do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE), divulgados em 2011, mostram que quatro entre cada dez mulheres brasileiras já foram vítimas de violência doméstica².

A violência contra a mulher apresenta-se sob muitas formas, como estupros, assassinatos, prostituição forçada, abuso de meninas, tráfico de mulheres, mutilação genital e outros. Quando ocorre em ambiente doméstico, apresenta características específicas, sendo, na maioria das vezes, perpetrada pelo parceiro, ex-parceiros, familiares, conhecidos e se repete em ciclos³. Esta violência pode ser física (traduzindo-se em socos, tapas, empurrões, ferimentos com armas brancas), psicológica (ameaças, torturas), patrimonial e sexual, ou a associação entre duas ou mais^{4,5}.

O mapa da violência contra a mulher, divulgado em 2012, revelou que as maiores taxas de vitimização de mulheres concentram-se na faixa dos 15 aos 29 anos⁶. Entretanto, pode acontecer em qualquer fase da vida de mulheres inseridas em um contexto familiar, ou em relações íntimas, e, não respeita fronteiras de classe social, cor da pele, religião, idade e escolaridade^{4,6}.

No Brasil, os estudos sobre violência contra a mulher são realizados, principalmente, a partir dos casos denunciados nas delegacias de defesa da mulher. Estes, no entanto, ainda são subnotificados^{5,7-9}, tanto pela pouca conscientização social dos profissionais, desconhecimento das atitudes a serem tomadas diante dos casos, medo do revanchismo por parte da família da vítima⁸, quanto pelas mulheres vítimas que tendem a esconder a situação de violência na qual se encontram, em função do medo, vergonha^{5,7-10} ou vínculo afetivo com o agressor¹⁰.

A violência afeta significativamente o processo saúde-doença das mulheres e sua qualidade de vida^{1,4,7,11,12}. Estima-se que mulheres que sofrem violência doméstica têm mais problemas de saúde e mais sintomas físicos e psicológicos do que mulheres que nunca sofreram violência¹²⁻¹⁴. Desta forma, os profissionais de saúde são geralmente os primeiros a entrarem em contato com mulheres em situação de violência^{5,7-9}.

A violência pode provocar danos e alterações, desde pequenas lesões até mortes, e apresenta consequências imediatas e tardias^{5,15}. Como efeitos imediatos, destacam-se traumas e lesões que levam as mulheres aos serviços de emergência^{4,13}, sendo frequentemente, a região da cabeça e pescoço um dos sítios mais atingidos⁴. Já considerando os efeitos tardios, ocorre a fragilização das vítimas, podendo incluir-se efeitos permanentes na autoestima e autoimagem, deixando-as com menos possibilidade de se proteger, menos seguras do seu valor e dos seus limites pessoais, e mais propensas a aceitar a vitimização como sendo parte de sua condição de mulher^{3,12,13,15}.

Estudos relatam que há alto nível de dor crônica orofacial em mulheres vítimas de violência. Aponta-se altos níveis de depressão e somatização como consequências danosas da dor crônica, indicando baixa qualidade de vida^{4,13,14,16}.

O termo disfunção temporomandibular (DTM) compreende um grupo de alterações clínicas que afetam os músculos mastigatórios, as articulações temporomandibulares e estruturas associadas¹⁷. Possui origem multifatorial, abrangendo importantes elementos funcionais, anatômicos e psicossociais^{16,17}. Podem ser evidenciados vários sinais e sintomas clínicos presentes nesta desordem, tais como: cefaleia, mialgias, sensibilidade à palpação dos músculos mastigatórios e das articulações temporomandibulares, zumbidos, ruídos articulares durante os movimentos condilares e movimentos mandibulares limitados ou assimétricos¹⁷. Fatores psicológicos, como depressão, somatização e problemas para dormir, também podem estar associados à disfunção¹⁸. Outro fator psicossocial que pode vir a acentuar a sintomatologia da disfunção é a ocorrência de conflitos familiares^{18,19}.

As alterações causadas na DTM, em especial a dor, podem intervir nas atividades diárias sociais do indivíduo afetado, levando a um efeito negativo na função social, na saúde emocional e no nível de energia^{16,20,21}.

Embora existam razões para supor que a violência contra a mulher possa ter relação com uma maior ocorrência de disfunções temporomandibulares e outras condições dolorosas da face que causem algum impacto na qualidade de vida, apenas um pequeno número de estudos documenta o uso de questionários específicos ou mesmo de ferramentas multidimensionais aplicados a este grupo^{12,14,20-22}. Nesse sentido, a investigação teve como objetivo principal verificar a associação da violência com a disfunção temporomandibular e com a Qualidade de Vida (QV) em mulheres em situação de violência doméstica.

Metodologia

Realizou-se um estudo observacional do tipo caso-controle na região metropolitana de Belém, estado do Pará, no período de outubro de 2012 a abril de 2013.

Os dados foram coletados a partir de uma amostra de 100 participantes, do sexo feminino, divididas em dois grupos: Casos – constituídos por 50 mulheres que realizaram boletim de ocorrência sobre violência doméstica na Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM); e Controles – constituído por 50 mulheres participantes de projetos

conduzidos pela Universidade Federal do Pará, e que não apresentavam histórico de violência doméstica.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, recebendo aprovação sob o parecer nº 081/09.

Os critérios de inclusão foram: ser mulher, acima de 18 anos, ter assinado o termo de consentimento livre e esclarecido e ter concluído todo o protocolo de coleta dos dados. Para assegurar que no grupo Controle a mulher não havia sofrido violência doméstica, foi aplicado uma versão em Português adaptada do questionário Abuse Assessment Screen²³, no qual todas as respostas deveriam ser negativas. Caso houvesse uma resposta afirmativa, a participante era excluída da pesquisa.

Em ambos os grupos, foi aplicado um questionário sociodemográfico, o Questionário Anamnésico de Fonseca²⁴ para caracterização dos graus de disfunção temporomandibular (DTM) e o questionário Medical Outcome Study Short-Form 36 Health Survey (SF-36), elaborado para avaliar a qualidade de vida, validado no Brasil em 1997²⁵.

O Questionário Anamnésico de Fonseca, constituído por 10 perguntas relativas a sinais e sintomas de disfunção temporomandibular, permitiu a classificação do indivíduo em relação à presença e à severidade da disfunção. A cada pergunta, são possíveis as respostas “sim”, “às vezes” e “não”, as quais são atribuídos os valores “10”, “5” e “0”, respectivamente. Para a análise do questionário, foram somadas as respostas “sim”, “às vezes” e “não”. O indivíduo foi classificado conforme o valor encontrado em “sem disfunção”, “com disfunção leve”, “com disfunção moderada” e “com disfunção severa” (faixas de “0 a 15”, “20 a 40”, “45 a 65” e “70 a 100”, respectivamente).

O SF-36 na sua forma abreviada contém 36 itens, é um instrumento considerado genérico, pois procura avaliar conceitos que representam valores humanos básicos e não se relacionam necessariamente com a idade, doença ou tratamento específico. É um questionário que avalia a qualidade de vida sob 8 diferentes aspectos²⁵: Capacidade Funcional, Limitação por Aspectos Físicos, Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais e Saúde Mental. Seus resultados são mostrados em escores que variam de 0 a 100. Nesta escala, o pior resultado possível é expresso pelo valor 0 e o indicador de qualidade de vida cresce linearmente até atingir o valor máximo, indicado pelo escore 100.

Os resultados foram tabulados em planilhas do Microsoft Excel 2007 e a análise dos dados foi realizada por métodos estatísticos descritivos e inferenciais, sendo todo o processamento estatístico realizado no software BioEstat versão 5.3.

As variáveis quantitativas foram apresentadas por medidas de tendência central. As variáveis qualitativas foram apresentadas por distribuições de frequências absolutas e relativas.

A avaliação da tendência foi realizada somente no grupo Caso, e, para caracterizar a vítima, foi realizada pelo teste do Qui-quadrado de aderência²⁶. A comparação das variáveis qualitativas entre os grupos Caso e Controle foi realizada pelo Qui-quadrado de independência²⁵.

A comparação do Índice Anamnésico de Fonseca entre os grupos Caso e Controle foi realizada pelo teste Mann-Whitney. A comparação da qualidade de vida (SF-36) entre os grupos Caso e Controle foi realizada pelo teste t de Student. Nos Casos, quando não houve normalidade e homocedasticidade, foi aplicado o teste U de Mann-Whitney²⁶.

Resultados

Para caracterizar a DTM em mulheres que sofreram violência doméstica, o presente estudo analisou dados de dois grupos. O grupo Caso foi composto por 50 mulheres, com idade variando entre 18 e 58 anos (média 37.8 ± 11.9 anos), as quais sofreram violência doméstica. O grupo Controle foi composto por 50 mulheres, com idade entre 19 e 61 anos (média 34.8 ± 8.6 anos), as quais não sofreram episódios de violência doméstica, de acordo com as respostas dadas na versão em português do questionário Abuse Assessment Screen²³. As idades foram comparadas pelo teste de Mann-Whitney e o p-valor = 0.1690 indica que não existe real diferença entre as idades das mulheres dos dois grupos.

Em ambos os grupos houve maior frequência de mulheres de cor parda (Caso 74% e Controle 56%) e com escolaridade tendendo para o ensino médio (Caso 54% e Controle 60%), 44% das mulheres em situação de violência doméstica estão ligadas ao mercado informal de trabalho, enquanto nas que não sofreram violência doméstica, esse percentual foi de 18%, o que mostrou diferença estatisticamente significativa ($p=0.0068$) (TABELA 1).

TABELA 1

A classificação da DTM conforme o Índice Anamnésico de Fonseca mostrou que 68% do grupo Caso apresentou algum grau de DTM. O grupo Controle apresentou a categoria sem DTM (48%) como a mais frequente. A comparação entre os grupos conforme o escore obtido no Índice de Fonseca mostrou que houve significativa diferença (p-valor= 0.00123) entre Caso (mediana 30 pontos) e Controle (mediana 20 pontos), conforme mostra a FIGURA 1.

FIGURA 1

A comparação da Qualidade de Vida entre o grupo de mulheres vítimas de violência e o grupo Controle apresentou os seguintes resultados: nas 8 facetas do questionário SF-36 houve 4 domínios que apresentaram real diferença: Vitalidade (Caso 45.8 ± 26.4 e Controle 68.2 ± 19.6) (p-valor < 0.0001), Aspectos Sociais (Caso 49.0 ± 25.6 e Controle 73.2 ± 30.1) (p-valor < 0.0001), Aspectos Emocionais (Caso 36.7 ± 45.8 e Controle 68.7 ± 42.7) (p-valor 0.0016), e Saúde Mental (Caso 46.1 ± 22.0 e Controle 73.5 ± 17.7) (p-valor < 0.0001), (TABELA 2).

TABELA 2

Discussão

O aumento progressivo da violência vem se tornando alvo de muitas investigações^{3,5,7-9,11}, pois gera uma demanda para o sistema de saúde no que tange ao atendimento às vítimas, seja logo após a agressão e/ou posteriormente, no acompanhamento das morbidades, ratificando a sua consideração como questão social e como questão de saúde pública⁴.

Nessa investigação realizada na região metropolitana de Belém-Pa a predominância observada na idade das mulheres em situação de violência entrevistadas na Delegacia de Atendimento à Mulher (DEAM), teve média de 37 anos, o que está de acordo com a média nacional^{2,6,10}. O nível de escolaridade mais frequente foi o de ensino médio e a cor predominante foi a parda, diferente do que consta na média nacional, na qual as mulheres com menores níveis de escolaridade e de cor preta são as mais acometidas^{2,10}. Essa diferença pode ter ocorrido pelo acesso à informação sobre a existência de um serviço de atendimento

especializado não ser igual para todas as mulheres e pelo critério de autodeclaração da cor, que foi de acordo com o realizado durante as coletas sócio-demográficas do SB Brasil²⁷.

As mulheres investigadas no grupo Caso se encontravam na DEAM, em situação de vulnerabilidade e fragilizadas, com o objetivo de prestar a ocorrência contra a violência sofrida, portanto, para a investigação da possível presença de disfunção temporomandibular, optou-se pela aplicação do Questionário Anamnésico de Fonseca, por ser rápido e de fácil aplicação.

Ao realizar a comparação entre os grupos, verificou-se diferença estatisticamente significativa entre os Casos e Controles, no qual a classificação da DTM conforme o Índice Anamnésico de Fonseca mostrou que 68% das entrevistadas do grupo caso apresentou algum grau de severidade de disfunção, ficando acima da porcentagem apontada pelos estudos epidemiológicos relatados na literatura, que varia entre 40% e 60% da população acometida por sinais e sintomas da disfunção^{14,18-21}, enquanto que aproximadamente metade das entrevistadas do grupo Controle não apresentou grau de DTM.

Ao analisar o questionário de Fonseca, verificou-se que a maioria das entrevistadas relatou que sente dores de cabeça com frequência, percebe ruídos na articulação temporomandibular e se considera uma pessoa nervosa e/ou estressada, o que corrobora com resultados achados na literatura^{19,20}.

Martins et al.¹⁹ associou estresse e DTM em uma população de zona urbana no Estado de São Paulo, e, verificou que existe uma relação direta entre essas duas variáveis mostrando que os portadores de disfunção dolorosa na articulação temporomandibular apresentavam ansiedade e manifestavam sintomas mais intensos e frequentes do que os não portadores, o que o levou a concluir que o estresse atua como fator etiológico predisponente na manifestação de tais sintomas. Campbell et al.²⁹ em seu estudo comparou mulheres vítimas de violência e não vítimas com disfunção temporomandibular e observou que as mulheres que sofriam abuso físico apresentavam mais dor, ansiedade e sintomas depressivos, do que aquelas que não sofriam violência. Progiante et al.²⁰ verificou alta prevalência de disfunção temporomandibular e dor orofacial (DOF) em mulheres vítimas de violência, atentando para a necessidade de qualificação de profissionais de saúde que atendam mulheres agredidas, a fim de identificar a presença de DTM e DOF, bem como depressão e somatização nesse grupo.

O conceito de qualidade de vida tem sido discutido intensamente no Brasil e no mundo, na última década²⁸. A qualidade de vida é a percepção que o indivíduo tem de si

mesmo em um momento da sua vida e, para a qualidade de vida, além dos aspectos de saúde, torna-se importante também a saúde mental e o bem-estar psicológico e social.

Em relação aos domínios do SF-36, quando a violência doméstica foi correlacionada com os aspectos da qualidade de vida, houve uma forte influência negativa na Vitalidade, nos Aspectos Sociais, nos Aspectos Emocionais e na Saúde Mental, mostrando menores indicadores na qualidade de vida quando comparadas com o grupo de mulheres sem histórico de violência.

Pesquisas que utilizaram o instrumento SF-36 encontradas na literatura^{28,30,31}, geralmente foram empregadas em casos nos quais havia alguma doença e demonstraram que os domínios mais afetados eram Capacidade Funcional e Dor, diferente do que foi encontrado neste estudo, o que ratifica que a violência doméstica é um agravo sem agente etiológico patogênico e que a violência é multipolissêmica, como afirma Schraiber^{1,7}. Além disso, essa interferência negativa do bem estar físico, social, mental e psicológico, verificada a partir da aplicação do SF-36, confirma o pressuposto que saúde não é meramente a ausência de doença ou enfermidade.

O domínio Saúde Mental no grupo Caso, com média geral baixa (46.1), demonstrou baixo controle emocional das entrevistadas, representado, pelo que avalia este domínio, maior ansiedade, nervosismo e depressão, o que está diretamente ligado a situação de vulnerabilidade em que a mulher vitimizada se encontra e que já foi relatado na literatura^{1,7,12,14}. Adeodato et al.¹², em pesquisa realizada na Delegacia da Mulher do Ceará observou que mulheres vítimas de seus parceiros apresentaram má qualidade de vida e sinais de depressão, concluindo que a violência doméstica está associada a percepção negativa da saúde mental da mulher.

O domínio “aspectos emocionais”, o qual avalia como o estado emocional interferiu nas atividades diárias domésticas ou no trabalho, foi o que indicou menor escore (36.7), seguido pelo domínio “vitalidade” (mede a energia e disposição) e o de “aspectos sociais” (avalia a integração do indivíduo em atividades sociais e o possível prejuízo que os problemas de saúde e/ou emocionais podem ocasionar a elas), evidenciando que as mulheres que sofrem violência doméstica diminuíram suas atividades sociais, contato com familiares, amigos e grupos, corroborando com dados da literatura^{1,5,7}.

Observa-se neste estudo, por intermédio das variáveis sócio-demográficas e do SF-36, que as DTM e DOF são desordens que apresentam uma etiologia multifatorial. Deve-se atentar para o treinamento de uma equipe multidisciplinar, para uma melhor assistência e

tratamento a este grupo, visando a melhora da sintomatologia e da qualidade de vida. Entretanto, vale resaltar que estes instrumentos são indicadores subjetivos e não devem ser usados no diagnóstico de doenças ou em substituição ao exame clínico, pois não fornecem os sinais objetivos da doença. Estes dados devem ser usados mais como um instrumento de avaliação, complementando as informações clínicas e possibilitando identificar pessoas que necessitem de ações curativas, preventivas ou educativas.

Conclusão

As mulheres em situação de violência doméstica apresentam mais altos níveis de DTM e menores indicadores de qualidade de vida, quando comparadas com mulheres sem histórico de violência no lar.

Alerta-se para a necessidade dessa desordem ser entendida e tratada por uma equipe de profissionais de saúde, que esteja apta para observar e entender os fenômenos sociais que podem estar envolvidos na dinâmica dessa doença, pois trabalhar em equipes interdisciplinares aumenta a taxa de resolutividade das demandas de saúde.

Também se atenta para a necessidade da inclusão do cirurgião dentista no cenário das discussões sobre violência doméstica, que amplia o olhar na área específica e afins de modo a possibilitar reflexões à elaboração de políticas de saúde bucal, considerando a perspectiva de gênero.

Referências

1. Schraiber LB, Oliveira AFPL, Couto MT. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. Cad. Saúde Pública 2009; 25 Sup 2:S205-S216.
2. DIEESE. Anuário das mulheres brasileira. 2011. Disponível em <<http://www.dieese.org.br/anu/anuarioMulheresBrasileiras2011.pdf>>, acesso em: 03 de abril de 2013.
3. Medina NT, Erazo GEC, Dávila CB, Humphreys JC. Contribution of intimate partner violence exposure, other traumatic events and posttraumatic stress disorder to chronic pain and depressive symptoms. Investigacion y educacion en enfermeria, 2011; 29 (2):174 -186.

4. Rezende EJC, Araújo MT, Moraes MAS, Santana JSS, Radicchi R. Lesões buco-dentais em mulheres em situação de violência: um estudo piloto de casos periciados no IML de Belo Horizonte, MG. *Rev. Bras. Epidemiologia* 2007; 10(2): 202-14.
5. Oliveira MT, Samico I, Ishigami ABM, Nascimento RMM. Violência intrafamiliar: a experiência dos profissionais de saúde nas Unidades de Saúde da Família de São Joaquim do Monte, Pernambuco. *Rev. Bras. Epidemiologia* 2012; 15(1): 166-78.
6. Waiselfisz JJ. Mapa da violência. 2012. Disponível em <http://mapadaviolencia.org.br/>, acesso em: 8 de outubro de 2012.
7. Schraiber LB, D'oliveira AFPL, Franca-junior I, Pinho AA. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev. Saúde Pública*, 2002; 36(4): 470-7.
8. Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Rev Saúde Pública* 2007; 41(3): 472-7.
9. Garcia MV, Ribeiro LA, Jorge MT, Pereira GR, Resende AP. Caracterização dos casos de violência contra a mulher atendidos em três serviços na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(11): 2551-63.
10. Brasil. Datasenado. 2013. Disponível em: http://www.senado.gov.br/noticias/datasenado/pdf/datasenado/DataSenado-Pesquisa-Violencia_Domestica_contra_a_Mulher_2013.pdf, acessado em 03 de abril de 2013.
11. Marinheiro ALV, Vieira EM, Souza L. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. *Rev Saúde Pública* 2006; 40(4): 604-10.
12. Adeodato VG, Carvalho RR, Siqueira VR, Souza FGM. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. *Rev. Saúde Publica* 2005; 39 (1): 108-13.
13. Plichta SB. Intimate Partner Violence and Physical Health Consequences. *J Interperson violence* 2004; 19(11): 1296-323.
14. Progiante PS, Ficht DM, Lemos MS, Grossi PK, Grossi ML. Prevalence of temporomandibular disorders and orofacial pain in battered women in Brazilian shelters. *Rev. odonto ciênc.*, 2011; 26(3): 227-31.
15. Porto M, McCallun C, Scott RP, Morais HMM. A saúde da mulher em situação de violência: representações e decisões de gestores/as municipais do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública* 2003; 19(Sup. 2): S243-S252.
16. Toledo BAS, Capote TSO, Campos JADB. Associação entre disfunção temporomandibular e depressão. *Cien Odontol Bras.* 2008; 11(4): 75-9.

17. Figueiredo VMG, Cavalcanti AL, Farias ABL, Nascimento SR. Prevalência de sinais, sintomas e fatores associados em portadores de disfunção temporomandibular. *Acta Scientiarum – Health Sciences* 2009; 31(2):159-63.
18. Ferreira KDM, Guimarães JP, Batista CHT, Ferraz Júnior AML, Ferreira LA. Fatores psicológicos associados à sintomatologia crônica das desordens temporomandibulares. *RFO* 2004; 14(3):262-7.
19. Martins RJ, Garcia AR, Garbin CAS, Sundefeld MLMM. Associação entre classe econômica e stress na ocorrência da disfunção temporomandibular. *Rev Bras Epidemiol* 2007; 10(2): 215-22.
20. Biassoto-Gonzalez DA, Andrade DV, Gonzalez TO, Martins MD, Fernandes KPS, Côrrea JCF et al.. Correlação entre disfunção temporomandibular, postura e qualidade de vida. *Rev. Bras. Crescimento Desenvolv Mum.* 2008; 18(1):79-86.
21. Moreno BGD, Maluf AS, Marques AP, Crivello-junior O. Avaliação clínica e da qualidade de vida de indivíduos com disfunção temporomandibular. *Rev. bras. fisioter.* 2009; 13(3): 210-14.
22. Kuroiwa DN, Marinelli JG, Rampani MS, De Oliveira W, Nicodemo D. Desordens temporomandibulares e dor orofacial: estudo da qualidade de vida medida pelo Medical Outcomes Study 36 – Item ShortForm Health Survey. *Rev Dor* 2011; 12(2):93-8.
23. Reichennheim M, Moraes CL, Hasselmann MH. Equivalência semântica da versão em português do instrumento Abuse Assessment Screen para rastrear a violência contra a mulher grávida. *Rev Saúde Pública* 2000;34(6):610-6.
24. Fonseca DM, Valle GBAL, Freitas SFT. Diagnóstico pela anamnese da disfunção craniomandibular. *RGO* 1994; 42(1):23-8.
25. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol* 1999; 39(3):143-50.
26. Ayres M, Ayres Jr M, Ayres DL, Santos AAS. *BioEstat 5.3: Aplicações Estatísticas nas Áreas das Ciências Biológicas e Médicas* 2007; 5. ed. Belém-PA: Publicações Avulsas do Mamirauá, 361 p.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde.departamento de Atenção Básica. Área temática de saúde bucal. Projeto SB Brasil 2010 – condições de saúde bucal da população Brasileira 2010: resultados principais. Brasília: Ministéri da Saúde; 2011.

28. Pimenta AP, Simil FF, Tôrres HOG, Amaral CFS, Rezende CF, Coelho TO et al.. Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário sf-36. Rev Assoc Med Bras 2008; 54(1): 55-60.
29. Campbell LC, Rilley JL, Kasbikar-Zuck S, Gremillian H, Robinson ME. Somatic, Affective, and Pain Characteristics of Chronic TMD Patients with Sexual Versus Physical Abuse Histories. J Orofac Pain 2000; 14(2):112-119.
30. Berber JSS, Kupek E, Berber SC. Prevalência de Depressão e sua Relação com a Qualidade de Vida em Pacientes com Síndrome da Fibromialgia. Rev Bras Reumatol 2005; 45(2): 47-54.
31. Santos FR, Figueiras MST, Chaubah A, Bastos MG, De Paula RB. Efeitos da abordagem interdisciplinar na qualidade de vida e em parâmetros laboratoriais de pacientes com doença renal crônica. Rev. psiquiatr. clín. 2008; 35(3):87-95.

Tabela 1: Caracterização das mulheres em situação de violência doméstica (n=50) e mulheres não vítimas (n=50) quanto à cor, grau de escolaridade, ocupação, número de pessoas na residência, renda familiar mensal, gravidez e número de filhos. Belém-PA, ano 2012/2013.

Caracterização	Grupo Caso (Vítimas)		Grupo Controle (Não vítimas)		p-valor
	N	%	n	%	
Cor					0.1321
Negra	8	16,0	10	20,0	
Parda	7	74,0	28	56,0	
Branca	5	10,0	9	18,0	
Amarela	0	0,0	3	6,0	
Grau de escolaridade					0.5185
Não estudou	3	6,0	6	12,0	
Ensino Fundamental	15	30,0	10	20,0	
Ensino Médio	27	54,0	30	60,0	
Superior	5	10,0	4	8,0	
Ocupação					0.0068*
Dona de casa/Desempregada	11	22,0	17	34,0	
Estudante	3	6,0	7	14,0	
Profissional Liberal	0	0,0	6	12,0	
Mercado informal	22	44,0	9	18,0	
Mercado formal	14	28,0	10	20,0	
Aposentada	0	0,0	1	2,0	
Número de pessoas na residência					0.2218
Um	1	2,0	3	6,0	
Duas	8	16,0	9	18,0	
Três	20	40,0	14	28,0	
Quatro	6	12,0	14	28,0	
De cinco a nove	14	28,0	10	20,0	
Dez ou mais	1	2,0	0	0,0	
Renda familiar mensal					0.5374
menos de 1 SM	6	12,0	2	4,0	
de 1 a 2 SM	24	48,0	30	60,0	
de 2 a 5 SM	16	32,0	14	28,0	
Acima de 5 SM	2	4,0	2	4,0	
Ignorado	1	2,0	2	4,0	
Gravidez					1.000
Sim	2	4,0	2	4,0	
Não	48	96,0	48	96,0	
Número de filhos					0.3064
Um	16	32,0	13	26,0	
Dois	16	32,0	11	22,0	
Três ou mais	11	22,0	12	24,0	
Nenhuma	7	14,0	14	28,0	

Fonte: protocolo da pesquisa.*Teste do Qui-quadrado

Figura 1: Comparação do Índice Anamnésico de Fonseca em mulheres vítimas de violência doméstica (n=50) e mulheres não vítimas (n=50). Belém-PA, ano 2012/2013.

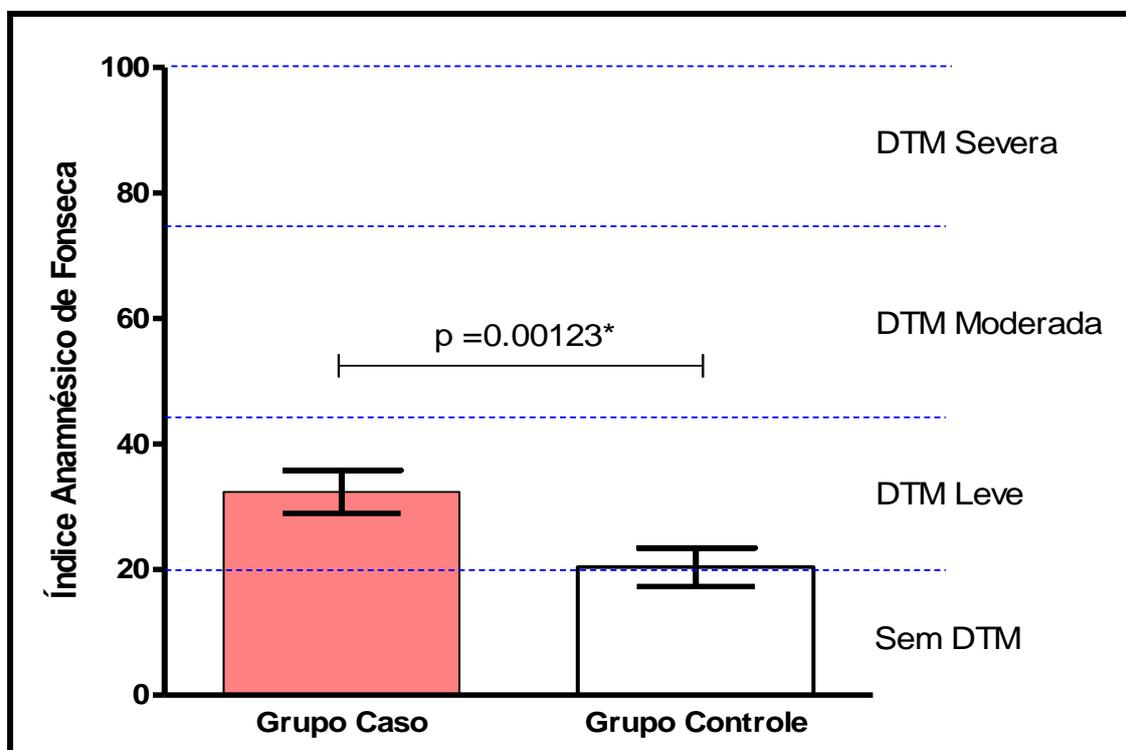


Tabela 2: Qualidade de Vida (SF-36) em mulheres vítimas de violência doméstica (n=50) e mulheres não vítimas (n=50). Belém-PA, ano 2012/2013.

	Mín.	Máx.	Mediana	1Q	3Q	Média±DP	p-valor
C Funcional							0.9645
Caso	30	100	77.5	60.0	98.8	75.4±22.4	
Controle	10	100	80.0	66.3	95.0	77.0±20.5	
Limitação A. Físicos							0.2046
Caso	0	100	100.0	6.3	100.0	68.5±43.4	
Controle	0	100	75.0	6.3	100.0	59.5±41.6	
Dor							0.2900
Caso	0	100	63.0	50.0	100.0	67.8±29.5	
Controle	0	100	61.5	43.5	81.5	62.2±25.6	
Estado G. Saúde							0.0519
Caso	10	100	72.0	50.0	82.0	66.7±22.2	
Controle	32	95	77.0	67.8	85.8	75.5±14.6	
Vitalidade							<0.0001*
Caso	0	95	42.5	22.5	68.8	45.8±26.4	
Controle	20	100	75.0	51.3	83.8	68.2±19.6	
A. Sociais							<0.0001*
Caso	0	100	50.0	25.0	62.5	49.0±25.6	
Controle	0	100	75.0	62.5	100.0	73.2±30.1	
A. Emocionais							0.0016*
Caso	0	100	0.0	0.0	100.0	36.7±45.8	
Controle	0	100	100.0	33.3	100.0	68.7±42.7	
S. Mental							<0.0001*
Caso	0	84	52.0	32.0	60.0	46.1±22.0	
Controle	28	100	76.0	60.0	87.0	73.5±17.7	

*Teste U de Mann-Whitney.

Normas para publicação na Revista Brasileira de Epidemiologia

ISSN - 1415-790X

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- Escopo e política
- Apresentação do manuscrito
- Envio de manuscritos

Escopo e política

A **Revista Brasileira de Epidemiologia** tem por finalidade publicar Artigos Originais e inéditos, inclusive de revisão crítica sobre um tema específico, que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da Epidemiologia e ciências afins (máximo de 25 p., incluindo tabelas e gráficos). Publica também artigos para as seções: Debate destinada a discutir diferentes visões sobre um mesmo tema que poderá ser apresentado sob a forma de consenso/dissenso, artigo original seguido do comentário de outros autores, reprodução de mesas redondas e outras formas assemelhadas; Notas e Informações - notas prévias de trabalhos de investigação, bem como relatos breves de aspectos novos da epidemiologia além de notícias relativas a eventos da área, lançamentos de livros e outros (máximo de 5 p.); Cartas ao Editor - comentários de leitores sobre trabalhos publicados na Revista Brasileira de Epidemiologia (máximo de 3 p.).

Os manuscritos apresentados devem destinar-se exclusivamente à **Revista Brasileira de Epidemiologia**, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico. Para tanto, o(s) autor(es) deverá(ão) assinar declaração de acordo com modelo fornecido pela Revista. Os conceitos emitidos, em qualquer das seções da Revista, são de inteira responsabilidade do(s) autor(es).

Cada manuscrito é apreciado por no mínimo dois relatores, indicados por um dos Editores Associados, a quem caberá elaborar um relatório final conclusivo a ser submetido ao Editor Científico. Os manuscritos não aceitos ficam à disposição do(s) autor(es) por um ano.

Os manuscritos publicados são de responsabilidade da Revista, sendo vedadas tanto a reprodução, mesmo que parcial, em outros periódicos, como a tradução para outro idioma sem a autorização do Conselho de Editores. Assim, todos os trabalhos, quando submetidos a publicação, deverão ser acompanhados de documento de transferência de direitos autorais, contendo assinatura do(s) autor(es), conforme modelo fornecido pela Revista.

Apresentação do manuscrito

Os artigos são aceitos em português, espanhol ou inglês. Os artigos em português e espanhol podem ser acompanhados, além dos resumos (no idioma original do artigo e em inglês), e respectivo número do processo.

Ilustrações

As tabelas e figuras (gráficos e desenhos) deverão ser enviadas em páginas separadas; devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução de forma reduzida, quando necessário.

Palavras-chave

Os autores deverão apresentar no mínimo 3 e no máximo 10 palavras-chave que considerem como descritores do conteúdo de seus trabalhos, no idioma em que o artigo foi apresentado e em inglês para os artigos submetidos em português e espanhol, estando os mesmos sujeitos a alterações de acordo com o “Medical Subject Headings” da NML.

Abreviaturas

Deve ser utilizada a forma padronizada; quando citadas pela primeira vez, devem ser por extenso. Não devem ser utilizadas abreviaturas no título e no resumo.

Referências

Numeração consecutiva de acordo com a primeira menção no texto, utilizando algarismos arábicos em sobrescrito. A listagem final deve seguir a ordem numérica do texto, ignorando a ordem alfabética de autores. Não devem ser abreviados títulos de livros, editoras ou outros.

Os títulos de periódicos seguirão as abreviaturas do Index Medicus/Medline. Devem constar os nomes dos 6 primeiros autores; quando ultrapassar este número utilize a expressão et al.

Comunicações pessoais, trabalhos inéditos ou em andamento poderão ser citados quando absolutamente necessários, mas não devem ser incluídos na lista de referências, somente citadas no texto ou em nota de rodapé. Quando um artigo estiver em via de publicação, deverá ser indicado: título do periódico, ano e outros dados disponíveis, seguidos da expressão, entre parênteses “no prelo”. As publicações não convencionais, de difícil acesso, podem ser citadas desde que o(s) autor(es) do manuscrito indique(m) ao leitor onde localizá-las.

A exatidão das referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

Exemplos de Referência

Artigo de periódico

Szklo M. Estrogen replacement therapy and cognitive functioning in the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study. *Am J Epidemiol* 1996; 144: 1048-57.

Livros e outras monografias

Lilienfeld DE, Stolley PD. *Foundations of epidemiology*. New York: Oxford University Press; 1994.

Capítulo de livro

Laurenti R. Medida das doenças. In: Forattini OP. *Ecologia, epidemiologia e sociedade*. São Paulo: Artes Médicas; 1992. p. 369-98.

Tese e Dissertação

Bertolozzi MR. Pacientes com tuberculose pulmonar no Município de Taboão da Serra: perfil e representações sobre a assistência prestada nas unidades básicas de saúde [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1991.

Trabalho de congresso ou similar (publicado)

Mendes Gonçalves RB. Contribuição à discussão sobre as relações entre teoria, objeto e método em epidemiologia. In: Anais do 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia; 1990 set 2-6; Campinas (Br). Rio de Janeiro: ABRASCO; 1990. p. 347-61.

Relatório da OMS

World Health Organization. Expert Committee on Drug Dependence. 29th Report. Geneva; 1995. (WHO - Technical Report Series, 856).

Documentos eletrônicos

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics. [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Systems; 1993.

Observação

A Revista Brasileira de Epidemiologia adota as normas do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (estilo Vancouver), publicadas no New England Journal of Medicine 1997; 336: 309 e na Revista Panamericana de Salud Publica 1998; 3: 188-96, cuja cópia poderá ser solicitada à Secretaria da Revista.

**ARTIGO O2- Presença de disfunção temporomandibular em mulheres em situação
de violência doméstica na Região Metropolitana de Belém-PA
Revista Dor – Pesquisa Clínica e Terapêutica**

Presença de disfunção temporomandibular em mulheres em situação de violência doméstica na Região Metropolitana de Belém-PA

Presence of temporomandibular joint disorder in women who suffer domestic violence in the metropolitan region of Belem-PA

RESUMO

Esta pesquisa objetivou identificar sinais e sintomas de DTM em mulheres em situação de violência, procurando observar se existe associação entre a disfunção temporomandibular e a violência doméstica. A amostra foi por conveniência, constituindo-se de 100 participantes (n=50 Caso; n= 50 Controle), obtida a partir de mulheres que realizaram boletim de ocorrência sobre casos de violência doméstica na Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (Caso) e de mulheres da comunidade, não vítimas de violência doméstica, na Universidade Federal do Pará (Controle). Em ambos os grupos foi aplicado o questionário Anamnésico de Fonseca para caracterização dos graus de DTM. A classificação da DTM mostrou que 68% do grupo Caso apresentou algum grau de DTM e o grupo Controle apresentou a categoria sem DTM (48%) como a mais frequente. A comparação entre os grupos conforme o escore obtido no Índice de Fonseca mostrou que houve significativa diferença (p-valor = 0.00123*) entre Caso e Controle. Os resultados do Índice Anamnésico de Fonseca, no grupo Caso, identificaram em um maior percentual, o sintoma subjetivo da dor de cabeça (66%), seguida de dor no ouvido ou nas têmporas (46%) e tensão emocional (44%). As evidências sugerem relação entre as consequências psicossociais de violência, com o surgimento e manutenção de dor, podendo ser responsável pelo agravamento da DTM.

Descritores: Violência contra a mulher. Violência Doméstica. Transtornos da articulação temporomandibular.

SUMMARY

This research aimed to identify signals and symptoms of TMD in women who suffer violence, and seeking to observe if there is an association between temporomandibular joint disorder and domestic violence. The sample was collected as a matter of convenience, with 100 participants (n=50 case; n= 50 control), obtained from women who made occurrence reports on cases of domestic violence at a Women's Police Station (Case) and from women belonging to the community, who were not victims of domestic violence, at the Federal University of Pará (Control). In both groups, Fonseca's Anamnestic Questionnaire was applied in order to characterize the levels of TMD. According to TMD's classification, 68% of the group presented some level of TMD and the control group presented the category without TMD (48%) as the most frequent one. The comparison between the groups as the score obtained with Fonseca's Anamnestic Index has showed that there was a significant difference (p-value = 0.00123*) between Case and Control. The results of Fonseca's Anamnestic Index, in Case group, have identified in a higher percentage the subjective symptom of headache (66%), followed by pain in the ears or in the temples (46%) and emotional stress (44%). The evidences suggest a relation amongst the psychosocial consequences of violence, with the appearance and persistent pain, being responsible for the aggravation of TMD.

Keywords: Violence Against Women. Domestic Violence. Temporomandibular Joint Disorders.

INTRODUÇÃO

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará) a define como qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada, a qual transcende todos os setores da sociedade, independentemente de sua classe, raça ou grupo étnico, níveis de salário, cultura, nível educacional, idade ou religião”¹.

A violência no ambiente doméstico ocorre frequentemente na invisibilidade, pois é cercada pelo medo, dor e silêncio, variando desde humilhações, ameaças, acusações até à violência física^{2,3,4,5}.

Estima-se que a cada 15 segundos uma mulher é agredida no Brasil e mais de dois milhões de mulheres são espancadas, a cada ano, por maridos ou namorados – atuais e antigos⁶.

Estudo de base populacional realizado com 6760 mulheres, com idade entre 15-69 anos, em 15 capitais brasileiras, e também no Distrito Federal, apontou prevalência de abuso físico menor, que variou de 12.8% em João Pessoa para 34.7% em Belém. Quanto a abuso físico severo, Belém teve maior prevalência entre todas as cidades estudadas, com índice de 22,1%⁷.

A saúde é reconhecida como uma área de atuação privilegiada para a prevenção e manejo dos resultados de episódios violentos. Pacientes com história de abuso físico e/ou sexual mostram níveis muito altos de sintomas depressivos, os quais têm um importante impacto no desenvolvimento e manutenção de dor crônica⁸⁻¹⁰.

A dor orofacial, na maioria dos casos, está associada com os músculos da mastigação e/ou com a articulação temporomandibular. Fatores psicossociais (como depressão, somatização e problemas de sono) podem exercer um papel fundamental no desenvolvimento de disfunção e dor orofacial (DOF), assim como na resposta ao tratamento destas síndromes. Sendo assim, tais determinantes precisam ser considerados na caracterização diagnóstica e prognóstica da disfunção temporomandibular (DTM)^{9,11}.

Considerando-se a alta prevalência de violência contra a mulher encontrada na cidade de Belém em estudo anterior¹², as evidências que sugerem relação entre: a) as consequências psicossociais; b) o surgimento e manutenção de dor crônica e c) o fato da DTM poder levar a dor crônica, foi realizada uma pesquisa na Região Metropolitana de Belém-Pa, visando traçar um perfil sócio-demográfico das mulheres em situação de violência doméstica e identificar sinais e sintomas de DTM, procurando observar se existe associação entre a disfunção temporomandibular e a violência doméstica sofrida por mulheres.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo Caso-Controle, realizado na região metropolitana de Belém, no período de outubro de 2012 a abril de 2013.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, recebendo aprovação sob o parecer nº 081/09.

A amostra foi por conveniência, constituindo-se de 100 participantes (n=50 Caso; n=50 Controle), obtida a partir de mulheres que foram realizar boletim de ocorrência sobre casos de violência doméstica na Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher – DEAM (grupo Caso) e de mulheres da comunidade, não vítimas de violência doméstica, na Universidade Federal do Pará (grupo Controle).

Para assegurar que no grupo Controle a mulher não havia sofrido violência doméstica, foi aplicado uma versão em português adaptada do questionário Abuse Assessment Screen¹³, no qual todas as respostas deveriam ser negativas. Caso houvesse uma resposta afirmativa, a participante era excluída da pesquisa. Mulheres com idade inferior a 18 anos ou que não aceitaram assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, não puderam participar do estudo.

Em ambos os grupos foi aplicado um questionário sociodemográfico e o “questionário Anamnésico de Fonseca”¹⁴, contendo 10 perguntas relativas a sinais e sintomas de disfunção temporomandibular, o que permitiu a classificação do indivíduo em relação à presença e à severidade da disfunção. A cada pergunta, são possíveis as respostas “sim”, “às vezes” e “não”, às quais são atribuídos os valores “10”, “5” e “0”, respectivamente. Para a análise do questionário, foram somadas as respostas “sim”, “às vezes” e “não”. O indivíduo foi classificado conforme o valor encontrado em “sem disfunção”, “com disfunção leve”, “com disfunção moderada” e “com disfunção severa” (faixas de “0 a 15”, “20 a 40”, “45 a 65” e “70 a 100”, respectivamente).

No grupo Caso, ainda foi aplicado um questionário para caracterizar os aspectos da violência, como o contexto da violência (quem foi o agressor, tipo de violência sofrida e o local), o meio e a frequência da agressão e o que a vítima fez após ter sofrido a violência.

A análise dos dados foi realizada por métodos estatísticos descritivos e inferenciais, sendo todo o processamento estatístico realizado no software BioEstat versão 5.3.

As variáveis quantitativas foram apresentadas por medidas de tendência central e de variação. As variáveis qualitativas foram apresentadas por distribuições de frequências absolutas e relativas. A avaliação da tendência, foi aplicada somente no grupo Caso. Para caracterizar a vítima foi realizada o teste do Qui-quadrado de aderência¹⁵. A comparação das variáveis qualitativas entre os grupos Caso e Controle foi realizada pelo Qui-quadrado de independência¹⁵. A comparação do Índice de Anamnese de Fonseca entre os grupos Caso e

Controle foi realizada pelo teste Mann-Whitney. Foi previamente fixado o nível de significância $\alpha = 0.05$ para rejeição da hipótese de nulidade.

RESULTADOS

Para caracterizar a DTM em mulheres em situação de violência doméstica, o presente estudo analisou dados de dois grupos. O grupo Caso foi composto por 50 mulheres, com idade variando entre 18 e 58 anos (média 37.8 ± 11.9 anos), as quais sofreram violência doméstica. O grupo Controle foi composto por 50 mulheres, com idade entre 19 e 61 anos (média 34.8 ± 8.6 anos), as quais não sofreram episódios de violência doméstica, de acordo com as respostas dadas na versão em português do questionário Abuse Assessment Screen¹³. As idades foram comparadas pelo teste de Mann-Whitney e o p-valor = 0.1690 indica que não existe real diferença entre as idades das mulheres dos dois grupos.

Em ambos os grupos houve maior frequência de mulheres de cor parda (Caso 74% e Controle 56%) e com escolaridade tendendo para o Ensino Médio (Caso 54% e Controle 60%), conforme a TABELA 1. No tocante à ocupação, as mulheres em situação de violência doméstica apresentaram uma característica preponderante: 44% estão ligadas ao mercado informal de trabalho. Por outro lado, entre as mulheres não vítimas, esse percentual foi de 18%. Essa diferença mostrou ser altamente significativa ($p = 0.0068^*$) (TABELA 1).

TABELA 1 (Página 41)

A classificação da DTM conforme o Índice Anamnésico de Fonseca, mostrou que 68% do grupo Caso apresentou algum grau de DTM. O grupo Controle apresentou a categoria sem DTM (48%) como a mais frequente (FIGURA 1). A comparação entre os grupos conforme o escore obtido no Índice de Fonseca mostrou que houve significativa diferença ($p\text{-valor} = 0.00123^*$) entre Caso (mediana 30 pontos) e Controle (mediana 20 pontos) (FIGURA 1).

FIGURA 1 (Página 42)

Os resultados do Índice Anamnésico de Fonseca, no grupo Caso, identificaram em um maior percentual, o sintoma subjetivo da dor de cabeça (66%), seguida de dor no ouvido ou nas têmporas (46%) e tensão emocional (44%). (TABELA 2).

TABELA 2 (Página 42)

Na análise exclusiva do grupo de mulheres que sofreu violência doméstica, a agressão predominante foi a Psicológica/Moral (50%), sendo perpetrada majoritariamente (p-valor <0.0001*) pelo marido/companheiro (62%) no ambiente do lar (74%) (TABELA 3).

TABELA 3 (Página 43)

Houve predomínio (p-valor 0.0003*) do meio de agressão verbal 68%, ocorrida mais que duas vezes (50%) (p-valor <0.0001*) e após a agressão, a maioria das vítimas ficou em casa (52%) (p-valor <0.0001*) (TABELA 4).

TABELA 4 (Página 44)

DISCUSSÃO

A etiologia das desordens temporomandibulares é complexa e multifatorial, sendo indispensável ao diagnóstico de DTM, a observação de aspectos biológicos, comportamental, social, ambiental e cognitivo^{16,17}.

Nesta pesquisa, observou-se que a violência psicológica foi o principal meio de agressão, sendo perpetrada principalmente pelo marido ou companheiro. A violência psicológica é evidenciada pelo prejuízo à competência emocional da mulher, sendo considerado violento todo o ato que cause danos à saúde mental, à autodeterminação ou ao desenvolvimento pessoal¹⁸.

A identificação de sinais e sintomas possíveis da DTM representa um importante recurso para o diagnóstico precoce dessa disfunção. Nesse contexto, o uso de índices tem sido amplamente difundido na literatura, principalmente por serem de fácil aplicação e interpretação e com vistas à uniformização para comparação dos dados¹⁹.

O reconhecimento da influência dos fatores psicológicos sobre a função mandibular tem conduzido ao desenvolvimento de teorias, psicológica e psicossomática, as quais mantêm os fatores emocionais, comportamentais ou de personalidade como uma das principais causas das Desordens Temporomandibulares^{17,19}. Entre os fatores psicológicos associados à etiologia das DTM, são relacionados os comportamentais, os cognitivos e os emocionais ou afetivos, como a ansiedade, o estresse e a depressão^{16,19}.

Quando observada a presença de DTM nas mulheres em situação de violência doméstica estabelecida, obteve-se uma diferença estatisticamente significativa entre os Casos e Controles, nos quais a classificação da DTM conforme o Índice Anamnésico de Fonseca mostrou que 68% das entrevistadas do grupo Caso apresentou algum grau de severidade de disfunção, ficando acima da porcentagem apontada pelos estudos epidemiológicos relatados na literatura, que varia entre 40% e 60% da população acometida por sinais e sintomas da disfunção^{11,20-22}, enquanto que aproximadamente metade das entrevistadas do grupo Controle não apresentou grau de DTM.

Em 2011, Progiante et al⁹ avaliou a prevalência de DTM e DOF em mulheres em situação de violência e constatou que 85% das mulheres relatou dor na face, têmporas e ouvido como um padrão recorrente. No grupo de mulheres em situação de violência da presente pesquisa, segundo as variáveis avaliadas no questionário Anamnésico de Fonseca, mais da metade relatou sentir dores de cabeça com frequência e o restante dos sintomas subjetivos a que responde o questionário, foram superiores aos do grupo Controle, destacando-se a dificuldade para movimentar a mandíbula para os lados, dores de ouvido ou nas têmporas e o fato de se sentirem pessoas tensas/ nervosas.

Laskin²³ e Schwartz²⁴ acreditam que a sintomatologia de DTM seja causada por espasmos musculares associados ao estresse. Os espasmos dolorosos dos músculos da mandíbula seriam provocados por uma tensão aumentada, pois sob estresse esses músculos nunca relaxam.

A violência perpetrada por parceiros íntimos tem caráter cíclico, traduzido por momentos intercalados de agressões e amor, fato que contribui para que a mulher permaneça durante anos vivenciando uma relação violenta. A possibilidade de recorrência dos episódios violentos gera um estado de constante medo, sendo um fator estressor para a mulher²⁵, o que é compatível com os resultados encontrados no grupo Caso que observou que 44% das entrevistadas consideram-se pessoas tensas e/ou nervosas.

A cefaleia é uma sintomatologia relatada em portadores de DTM^{9,19}, porém pode estar associada ao estresse gerado em vítimas de violência doméstica²⁶, necessitando-se de um estudo mais detalhado sobre o assunto.

CONCLUSÃO

Os dados indicaram alta prevalência de DTM em mulheres em situação de violência. Os resultados do Índice Anamnésico de Fonseca, no grupo Caso, identificaram em um maior percentual o sintoma subjetivo de dor de cabeça, seguida de dor no ouvido ou nas têmporas e tensão emocional.

Este estudo contribui para atentar à forte influência de fatores emocionais na instalação da sintomatologia da DTM. Assim, alerta-se para a necessidade da situação de violência ser pesquisada durante a anamnese de pacientes com possível diagnóstico de DTM, para auxiliar no prognóstico e tratamento da doença.

AGRADECIMENTOS

À Delegacia de Atendimento à Mulher – DEAM pelo espaço concedido para a realização desta pesquisa. Às alunas de graduação Bárbara Nogueira e à Thamires Campos pelo auxílio prestado na coleta de dados. Ao Professor Igor Duarte Luz pela revisão e correção do texto. Ao Alex Santos pela análise estatística dos dados.

REFERÊNCIAS

1. Organización de los estados americanos (OEA). Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher. Belém, 1994. Convenção de Belém do Pará. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dts/violencia_e.doc> Acesso em: 01 jun. 2013.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual. Brasília, DF, 2006.
3. Vieira LJES et al. Fatores de risco para violência contra a mulher no contexto doméstico e coletivo. *Saúde soc.* [on line]. 2008; 17(3):113-25.

4. Rezende EJC, Araújo MT, Moraes MAS et al. Lesões buco-dentais em mulheres em situação de violência: um estudo piloto de casos periciados no IML de Belo Horizonte, MG. *Rev. Bras. Epidemiologia* 2007; 10(2): 202-14.
5. Oliveira MT, Samico I, Ishigami ABM et al. Violência intrafamiliar: a experiência dos profissionais de saúde nas Unidades de Saúde da Família de São Joaquim do Monte, Pernambuco. *Rev. Bras. Epidemiologia* 2012; 15(1): 166-78.
6. FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. Pesquisas de opinião: a mulher brasileira nos espaços público e privado. São Paulo, 2001. Disponível em: <http://www2.fpa.org.br/portal/modules/news/article.php?storyid=227> Acesso em: 01 jun. 2013.
7. Reichenheim ME et al. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2006; 22(2): 425-37.
8. Lima DC, Buchele F, Climaco DA. Homens, gênero e violência contra a mulher. *Saúde soc.* [online]. 2008; 17(2): 69-81.
9. Progiante PS, Ficht DM, Lemos MS et al.. Prevalence of temporomandibular disorders and orofacial pain in battered women in Brazilian shelters. *Rev. odonto ciênc.*, 2011; 26(3): 227-31.
10. Schraiber LB, Oliveira AFPL, Couto MT. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25 Sup 2:S205-S216.
11. Martins RJ, Garcia AR, Garbin CAS et al. Associação entre classe econômica e stress na ocorrência da disfunção temporomandibular. *Rev Bras Epidemiol* 2007; 10(2): 215-22.
12. Nascimento LS, Hage CA, Nakamo MAS et. al.. Violência contra a Mulher e Consequências à Saúde Bucal. *Gênero na Amazônia* 2012; 2: 149-56.
13. Reichennheim M, Moraes CL, Hasselmann MH. Equivalência semântica da versão em português do instrumento Abuse Assessment Screen para rastrear a violência contra a mulher grávida. *Rev Saúde Pública* 2000; 34(6):610-6.
14. Fonseca DM, Valle GBAL, Freitas SFT. Diagnóstico pela anamnese da disfunção craniomandibular. *RGO* 1994; 42(1):23-8.
15. Ayres M, Ayres Jr M, Ayres DL et al. *BioEstat 5.3: Aplicações Estatísticas nas Áreas das Ciências Biológicas e Médicas* 2007; 5. ed. Belém-PA: Publicações Avulsas do Mamirauá, 361 p.

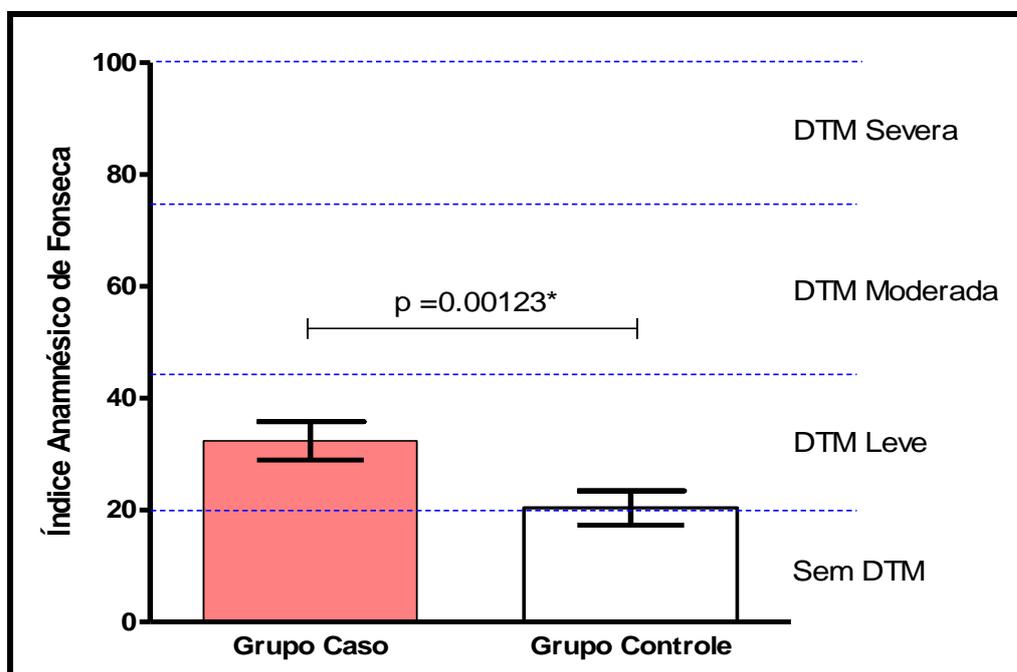
16. Kuroiwa DN, Marinelli JG, Rampani MS et al.. Desordens temporomandibulares e dor orofacial: estudo da qualidade de vida medida pelo Medical Outcomes Study 36 – Item ShortForm Health Survey. Rev Dor 2011; 12(2):93-8.
17. Dekon SFC, Fajardo RS, Zavanelli AC et al.. Estudo comparativo entre índice anamnético de DTM e inventário de ansiedade traço-estado (IDATE). JBA, 2002; 2(7): 224-7.
18. Miller MS. Feridas invisíveis: abuso não-físico contra mulheres, 1999. Tradução Denise Maria Bolanho. São Paulo: Summus.
19. Bezerra BPN, Ribeiro AIAM, Farias ABL et al.. Prevalência da disfunção temporomandibular e de diferentes níveis de ansiedade em estudantes universitários. Rev. Dor 2012; 13(3):235-42.
20. Ferreira KDM, Guimarães JP, Batista CHT et al.. Fatores psicológicos associados à sintomatologia crônica das desordens temporomandibulares. RFO 2004; 14(3):262-7.
21. Biassoto-Gonzalez DA, Andrade DV, Gonzalez TO et al.. Correlação entre disfunção temporomandibular, postura e qualidade de vida. Rev. Bras. Crescimento Desenvol Mum. 2008; 18(1):79-86.
22. Moreno BGD, Maluf AS, Marques AP et al.. Avaliação clínica e da qualidade de vida de indivíduos com disfunção temporomandibular. Rev. bras. fisioter. 2009; 13(3): 210-14.
23. Laskin D.M. Etiology of the pain-dysfunction syndrome. J Am Dent Assoc 1969; 79(1):147–53.
24. Chwartz RA. Personality characteristics of unsuccessfully treated MPD patients. J Dent Res 1974; 53: 27.
25. Grossi PK. Violência contra a mulher: implicações para os profissionais de saúde. In: LOPES, Meyer de Waldow. Gênero e Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996: 133-49.
26. Almeida APF, Sousa ER, Fortes S et al.. Dor crônica e violência doméstica: estudo qualitativo com mulheres que frequentam um serviço especializado de saúde. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. 2008; 8(1): 83-91.

Tabela 1: Caracterização das mulheres em situação de violência doméstica (n=50) e mulheres não vítimas (n=50) quanto à cor, grau de escolaridade, ocupação, número de pessoas na residência, renda familiar mensal, gravidez e número de filhos. Belém-PA, ano 2012/2013.

Caracterização	Grupo Caso (Vítimas)		Grupo Controle (Não vítimas)		p-valor
	n	%	N	%	
Cor					0.1321
Negra	8	16,0	10	20,0	
Parda	7	74,0	28	56,0	
Branca	5	10,0	9	18,0	
Amarela	0	0,0	3	6,0	
Grau de escolaridade					0.5185
Não estudou	3	6,0	6	12,0	
Ensino Fundamental	15	30,0	10	20,0	
Ensino Médio	27	54,0	30	60,0	
Superior	5	10,0	4	8,0	
Ocupação					0.0068*
Dona de casa/Desempregada	11	22,0	17	34,0	
Estudante	3	6,0	7	14,0	
Profissional Liberal	0	0,0	6	12,0	
Mercado informal	22	44,0	9	18,0	
Mercado formal	14	28,0	10	20,0	
Aposentada	0	0,0	1	2,0	
Número de pessoas na residência					0.2218
Um	1	2,0	3	6,0	
Duas	8	16,0	9	18,0	
Três	20	40,0	14	28,0	
Quatro	6	12,0	14	28,0	
De cinco a nove	14	28,0	10	20,0	
Dez ou mais	1	2,0	0	0,0	
Renda familiar mensal					0.5374
menos de 1 SM	6	12,0	2	4,0	
de 1 a 2 SM	24	48,0	30	60,0	
de 2 a 5 SM	16	32,0	14	28,0	
Acima de 5 SM	2	4,0	2	4,0	
Ignorado	1	2,0	2	4,0	
Gravidez					1.000
Sim	2	4,0	2	4,0	
Não	48	96,0	48	96,0	
Número de filhos					0.3064
Um	16	32,0	13	26,0	
Dois	16	32,0	11	22,0	
Três ou mais	11	22,0	12	24,0	
Nenhuma	7	14,0	14	28,0	

Fonte: protocolo da pesquisa.*Teste do Qui-quadrado

Figura 1: Comparação do Índice Anamnésico de Fonseca em mulheres vítimas de violência doméstica (n=50) e mulheres não vítimas (n=50). Belém-PA, ano 2012/2013.



*teste U-Mann-Whitney

Tabela 2: Respostas ao Questionário de Fonseca *et al.* (1994) por mulheres em situação de violência doméstica (n=50) e mulheres não vítimas (n=50). Belém-PA, ano 2012/2013.

Questionário de Fonseca <i>et al</i> (1994).	Caso (%)	Controle (%)
Dificuldade para abrir a boca	28.0	18.0
Dificuldade para movimentar a mandíbula para os lados	42.0	24.0
Dor/cansaço quando mastiga	30.0	22.0
Dor de cabeça com frequência	66.0	28.0
Dor na nuca ou torcicolo	4.0	2.0
Dor de ouvido ou nas têmporas	46.0	32.0
Ruídos na região da ATM	36.0	24.0
Ranger os dentes	20.0	8.0
Dentes não se articulam bem	8.0	12.0
Tensa/nervosa	44.0	24.0

Fonte: protocolo da pesquisa.

Tabela 3: Contexto da agressão nas mulheres vítimas de violência doméstica (n=50) quanto ao agressor, o tipo e o local da violência. Belém, Pará, ano 2012/2013.

Contexto da agressão	n	%	p-valor
Agressor			<0.0001*
Marido/companheiro	31	62,0	
Namorado	3	6,0	
Vizinho	1	2,0	
Pai	0	0,0	
Outros	15	30,0	
Tipo de violência			<0.0001*
Física	3	6,0	
Psicológica/Moral	25	50,0	
Patrimonial	2	4,0	
Física e psicológica	12	24,0	
Física e Patrimonial	3	6,0	
Psicológica e Patrimonial	4	8,0	
Todas	1	2,0	
Local da violência			<0.0001*
Carro	1	2,0	
Casa	37	74,0	
Casa da mãe	4	8,0	
Casa da sogra	1	2,0	
Local de trabalho	1	2,0	
Não especificado	1	2,0	
Rua	3	6,0	
Telefone	1	2,0	
Telefone, mensagens	1	2,0	

Fonte: protocolo da pesquisa. *Teste do Qui-quadrado.

Tabela 4: Meio e frequência da agressão e atitude da mulher após a agressão no grupo de mulheres vítimas de violência doméstica (n=50), Belém, Pará, ano 2012/2013.

	N	%	p-valor
Meio de agressão			0.0003*
Arma branca	3	6,0	
Arma de fogo	1	2,0	
Objeto contundente	1	2,0	
Força corporal	13	26,0	
Enforcamento/Sufocação	1	2,0	
Verbal	34	68,0	
Frequência de agressão			<0.0001*
Mais de 2 vezes	25	50,0	
Semanalmente	11	22,0	
Mensalmente	3	6,0	
Diariamente	11	22,0	
Atitude da mulher após agressão			<0.0001*
Ficou em casa	26	52,0	
Procurou a DEAM	16	32,0	
Foi ao hospital ou UBS	2	4,0	
Foi para casa de amigo/parente	4	8,0	
Outros	2	4,0	

*Teste do Qui-quadrado

Normas para publicação na Revista Dor – Pesquisa Clínica e Terapêutica
ISSN 1806-0013

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- Escopo e política
- Apresentação do manuscrito
- Envio de manuscritos

ESCOPO E POLÍTICA

Política editorial da revista - Divulgar artigos originais, artigos de revisão e relatos de casos sobre o estudo da fisiopatologia e da terapêutica da dor aguda ou crônica em seres humanos e em animais, de autores nacionais e estrangeiros sócios ou não da Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED).

Especificação das áreas de interesse da publicação - Dor aguda, Dor crônica, Ética e dor, Dor em seres humanos, Dor em animais.

Tipos de artigos - Artigos originais, Artigos de revisão, Relatos de casos, Cartas ao editor.

Outros assuntos que publica - Apenas publica artigos relacionados à fisiopatologia e da terapêutica da dor aguda ou crônica em seres humanos e em animais.

Relato dos procedimentos de avaliação por pares - *peer review* - da revista: Todos os trabalhos submetidos são revisados. Os artigos recebidos são enviados para 2-4 revisores, que são solicitados a devolver a avaliação em 15 dias. Após o recebimento dos pareceres os autores têm 15 dias de prazo para responderem à revisão. Artigos sem resposta no prazo de seis meses deverão ser re-submetidos.

Especificação do público da revista - Profissionais da área da saúde - dentistas, educadores físicos, enfermeiros, farmacêuticos, farmacologistas, fisiologistas, fisioterapeutas, médicos, médicos veterinários, psicólogos, terapeutas ocupacionais, etc., sócios ou não da Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED).

FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

ARTIGOS ORIGINAIS

Esta sessão deve ser escrita do ponto de vista dos pesquisadores sem conhecimento de especialista na área e deve claramente oferecer - e, se possível, ilustrar - a base para a pesquisa e seus objetivos. Relatos de pesquisa clínica devem, sempre que apropriado, incluir um resumo da pesquisa da literatura para indicar porque o estudo foi necessário e o que o estudo visa contribuir para o campo. Esta sessão deve terminar com uma breve declaração do que está sendo relatado no artigo.

Método - deve incluir o desenho do estudo, o cenário, o tipo de participantes ou materiais envolvidos, a clara descrição das intervenções e comparações, e o tipo de análise usado, incluindo o poder de cálculo, se apropriados.

Resultados - Os resultados da análise estatística devem incluir, quando apropriado, riscos relativo e absoluto ou reduções de risco, e intervalos de confiança.

Discussão - Essa seção pode ser dividida em subtítulos com leituras curtas e informativas.

Conclusão - Deve discorrer claramente as conclusões principais da pesquisa e fornecer uma clara explicação da sua importância e relevância.

Referências - Não deve exceder a 15 referências.

Gráficos, Figuras e Tabelas: devem ser enviadas separadas do texto principal do artigo.

RELATOS DE CASOS

Relatos de casos clínicos referentes ao estudo e terapêutica da dor devem ser estruturados da seguinte forma: Introdução, Relato do Caso, Discussão e Referências.

ARTIGOS DE REVISÃO

É um artigo de síntese, de assuntos bem estabelecidos, com análise crítica das referências consultadas e conclusões, revisões sistemáticas referentes ao estudo e terapêutica da dor. Devem conter não mais que 2000 palavras.

Deve ser estruturado da seguinte forma: Introdução, Conteúdo, Conclusão e Referências. Não deve exceder a 40 referências.

INSTRUÇÕES PARA OS AUTORES DE CARTAS

Damos boas vindas a comentários em qualquer artigo publicado na revista. Elas usualmente não são revisadas, mas, ocasionalmente, podem-se convidar respostas às cartas para publicação no mesmo número da revista. Preferem-se cartas com menos de 400 palavras e que contenham cinco ou menos referências (a primeira delas a ser referida deve ser o artigo da Revista Dor ao qual a carta se refere). Os autores devem também providenciar seus dados e endereço completo (incluindo telefone, fax, e e-mail). Todas as cartas são editadas e enviadas para os autores antes da publicação.

Referências: Não deve exceder a 30 referências.

Abreviações: Por favor, lembre que, apesar de muitos de nossos leitores serem especialistas, eles podem não ser especialistas na sua área e, assim é necessário explicar toda a terminologia e acrônimos a primeira vez que eles são usados. Por favor, providencie uma lista alfabética de todas as abreviações.

REFERÊNCIAS

A Revista Dor adota as "Normas de Vancouver", disponível em <http://www.icmje.org>, como referência para a veiculação de seus trabalhos.

Use as abreviações de revistas encontradas no Index Medicus/MedLine. Elas devem ser dispostas no texto em ordem sequencial numérica, sendo obrigatória a sua citação (sobrescritas, sem parêntesis). Evitar a citação do nome do autor em destaque. Não se recomenda a citação de trabalho não publicado ou apresentado em Eventos Médicos. As referências com mais de cinco anos, de livros texto e resumo de congressos, devem limitar-se às que são fundamentais. Incluir referências acessíveis aos leitores. Quando a citação for de artigo já aceito para publicação, incluir "em processo de publicação", indicando a revista e o ano. Comunicações pessoais não são aceitas.

Devem ser citados até três autores e, a seguir, et al. O título do periódico deverá ter seu nome abreviado.

ILUSTRAÇÕES

É obrigatória a sua citação no texto. Enumerar gráficos, figuras, tabelas e quadros em algarismos arábicos, elas deverão conter título e legenda. Indicar no texto, o local preferencial de entrada de cada ilustração (Entre Figura x, por exemplo). Usar fotos em branco e preto. As fotos só devem ser usadas se forem essenciais para o bom entendimento do texto e o seu número não deve exceder a três. O mesmo resultado não deve ser expresso por mais de uma ilustração. Sinais gráficos utilizados nas tabelas ou gráficos devem ter sua correlação mencionada no rodapé. Gráficos, Figuras e Tabelas devem ser enviadas separadas do texto principal do artigo.

USO DE RECURSOS DIGITAIS

Texto em formato DOC (padrão Winword); gráficos em barras ou linhas deverão ser encaminhados em Excel (extensão XLS) (gráfico 1, por exemplo). Fotos ou outras figuras deverão ser digitalizadas com resolução mínima de 300 DPI, em formato JPEG. Não inserir ilustrações no corpo do texto, cada ilustração deve ter arquivo individual. O nome do arquivo deve expressar o tipo e a numeração da ilustração (Gráfico 1, Figura 1, Tabela 2, por exemplo). Títulos e legendas das ilustrações, devidamente numerados, devem estar no arquivo de texto. Cópias ou reproduções de outras publicações serão permitidas apenas mediante a anexação de autorização expressa da Editora ou do Autor do artigo de origem.

ÉTICA

Ao relatar experimentos com seres humanos, indique se os procedimentos seguidos estavam de acordo com os padrões éticos do Comitê responsável pela experimentação humana (institucional ou regional) e com a Declaração de Helsinque de 1975, tal como revista em 1983.

REGISTRO DE ENSAIO CLÍNICO

Ensaio clínico deverão ser registrados de acordo com orientação da Organização Mundial de Saúde (OMS) no endereço www.who.int/ictrp/en/. A OMS considera ensaios

clínicos inclusive ensaios preliminares (fase I), qualquer estudo que recrute prospectivamente sujeitos de pesquisa para serem submetidos a intervenções relacionadas à saúde (fármacos, procedimentos cirúrgicos, aparelhos, tratamentos comportamentais, dietas, modificações nos cuidados de saúde) com finalidade de avaliar os efeitos sobre desfechos clínicos (qualquer variável biomédica ou relacionada à saúde, inclusive medidas farmacocinéticas e efeitos adversos). A Rev Dor tem o direito de não publicar estudos clínicos que não estejam de acordo com estes e outros padrões éticos determinados por diretrizes internacionais.

USO DE ABREVIACÕES

O uso de abreviações deve ser mínimo. Quando expressões extensas devem ser repetidas, recomenda-se que suas iniciais maiúsculas as substituam após a sua primeira menção no texto. Esta deve ser seguida das iniciais entre parênteses. Todas as abreviações inferidas em tabelas e figuras deverão conter o seu significado no rodapé.

ENVIO DE MANUSCRITOS

Título: O título do artigo deve ser curto, claro e conciso para facilitar sua classificação. Quando necessário, pode ser usado um subtítulo. Deve ser enviado em português e inglês.

Autor(es): O(s) nome(s) completo(s) do(s) autor(es) e seus títulos e filiações à Sociedade ou Instituições, endereço, fone, fax e endereço eletrônico. Indicar a instituição onde o estudo foi realizado. Agradecimentos a outros colaboradores poderão ser citados no final, antes das referências.

Resumo: Deverá conter no máximo 250 palavras e elaborado de forma estruturada.

Para artigos de Pesquisa e Ensaio Clínicos destacar: Justificativa e Objetivos, Método, Resultados e Conclusão.

Para os relatos de casos destacar: Justificativa e Objetivos, Relato do Caso e Conclusão.

Para artigos de revisão destacar: Justificativa e Objetivos, Conteúdo e Conclusão.

Descritores: Para todos os artigos, indicar os Descritores. Recomenda-se a utilização do DECS - Descritores em Ciência da Saúde da Bireme, disponível em <http://decs.bvs.br/>.

Summary: A versão do resumo para o inglês será feita por tradutor especializado da Revista Dor.

Texto: Iniciar o texto de acordo com o tipo de artigo. Em artigos originais deve-se informar o nº do processo do Comitê ou Comissão de Ética da Instituição.

BIBLIOGRAFIA SUPORTE

1. Schraiber LB, Oliveira AFPL, Couto MT. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25 Sup 2:S205-S216.
2. DIEESE. Anuário das mulheres brasileira. 2011. Disponível em <<http://www.dieese.org.br/anu/anuarioMulheresBrasileiras2011.pdf>>, acesso em: 03 de abril de 2013.
3. Medina NT, Erazo GEC, Dávila CB, Humphreys JC. Contribution of intimate partner violence exposure, other traumatic events and posttraumatic stress disorder to chronic pain and depressive symptoms. *Investigacion y educacion en enfermeria*, 2011; 29 (2):174 -186.
4. Rezende EJC, Araújo MT, Moraes MAS, Santana JSS, Radicchi R. Lesões buco-dentais em mulheres em situação de violência: um estudo piloto de casos periciados no IML de Belo Horizonte, MG. *Rev. Bras. Epidemiologia* 2007; 10(2): 202-14.
5. Oliveira MT, Samico I, Ishigami ABM, Nascimento RMM. Violência intrafamiliar: a experiência dos profissionais de saúde nas Unidades de Saúde da Família de São Joaquim do Monte, Pernambuco. *Rev. Bras. Epidemiologia* 2012; 15(1): 166-78.
6. Miller MS. Feridas invisíveis: abuso não-físico contra mulheres, 1999. Tradução Denise Maria Bolanho. São Paulo: Summus.
7. Ferreira KDM, Guimarães JP, Batista CHT et al.. Fatores psicológicos associados à sintomatologia crônica das desordens temporomandibulares. *RFO* 2004; 14(3):262-7.
8. Adeodato VG, Carvalho RR, Siqueira VR, Souza FGM. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. *Rev. Saúde Publica* 2005; 39 (1): 108-13.
9. Plichta SB. Intimate Partner Violence and Physical Health Consequences. *J Interperson violence* 2004; 19(11): 1296-323.
10. Waiselfisz JJ. Mapa da violência. 2012. Disponível em <http://mapadaviolencia.org.br/>, acesso em: 8 de outubro de 2012.
11. Schraiber LB, D'oliveira AFPL, Franca-junior I, Pinho AA. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev. Saúde Pública*, 2002; 36(4): 470-7.
12. Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Rev Saúde Pública* 2007; 41(3): 472-7.

13. Garcia MV, Ribeiro LA, Jorge MT, Pereira GR, Resende AP. Caracterização dos casos de violência contra a mulher atendidos em três serviços na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(11): 2551-63.
14. Marinheiro ALV, Vieira EM, Souza L. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. *Rev Saúde Pública* 2006; 40(4): 604-10.
15. Progiante PS, Ficht DM, Lemos MS, Grossi PK, Grossi ML. Prevalence of temporomandibular disorders and orofacial pain in battered women in Brazilian shelters. *Rev. odonto ciênc.*, 2011; 26(3): 227-31.
16. Porto M, McCallun C, Scott RP, Morais HMM. A saúde da mulher em situação de violência: representações e decisões de gestores/as municipais do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública* 2003; 19(Sup. 2): S243-S252.
17. Toledo BAS, Capote TSO, Campos JADB. Associação entre disfunção temporomandibular e depressão. *Cien Odontol Bras.* 2008; 11(4): 75-9.
18. Figueiredo VMG, Cavalcanti AL, Farias ABL, Nascimento SR. Prevalência de sinais, sintomas e fatores associados em portadores de disfunção temporomandibular. *Acta Scientiarum – Health Sciences* 2009; 31(2):159-63.
19. Martins RJ, Garcia AR, Garbin CAS, Sundefeld MLMM. Associação entre classe econômica e stress na ocorrência da disfunção temporomandibular. *Rev Bras Epidemiol* 2007; 10(2): 215-22.
20. Biassoto-Gonzalez DA, Andrade DV, Gonzalez TO, Martins MD, Fernandes KPS, Côrrea JCF, Bussadori SK. Correlação entre disfunção temporomandibular, postura e qualidade de vida. *Ver. Bras. Crescimento Desenvol Mum.* 2008; 18(1):79-86.
21. Moreno BGD, Maluf AS, Marques AP, Crivello-junior O. Avaliação clínica e da qualidade de vida de indivíduos com disfunção temporomandibular. *Rev. bras. fisioter.*, 2009; 13(3): 210-14.
22. Kuroiwa DN, Marinelli JG, Rampani MS, De Oliveira W, Nicodemo D. Desordens temporomandibulares e dor orofacial: estudo da qualidade de vida medida pelo Medical Outcomes Study 36 – Item ShortForm Health Survey. *Rev Dor* 2011; 12(2):93-8.