
Aspectos psicossociais da dor miofacial crônica Psychosocial aspects of chronic myofacial pain

ANDRÉA CORRÊA CARRASCOSA¹
JULIANA ALVARES DUARTE BONINI CAMPOS²

RESUMO: O objetivo deste trabalho foi estudar a correlação entre os domínios do critério de diagnóstico na pesquisa para distúrbios temporomandibulares (RDC/TMD - Eixo II) e os aspectos psicossociais de 37 mulheres com dor miofacial crônica pacientes de uma instituição de ensino de Araraquara (SP) em 2006. Realizou-se apuração dos dados e a correlação entre os domínios do instrumento (D1: intensidade de dor e incapacidade; D2: depressão; D3a: sintomas não-específicos incluindo itens de dor; D3b: sintomas não-específicos excluindo itens de dor; D4: limitação mandibular) foi estimada pelo Coeficiente de correlação de Pearson. Com relação ao D1, 9 indivíduos apresentaram classificação grau I, 22 grau II, 4 grau III e 2 grau IV. Depressão grave esteve presente em 23 sujeitos e D3a e D3b foram classificados como graves na maioria dos indivíduos. Observou-se correlação significativa entre D2 e D3a ($r=0,742$), D2 e D3b ($r=0,734$), D2 e D4 ($r=0,534$), D3a e D3b ($r=0,962$), D3a e D4 ($r=0,487$) e D3b e D4 ($r=0,454$). O domínio D1 apresentou correlação não-significativa com os demais. Observou-se, exceto para D1, correlação significativa entre os domínios do RDC/TMD - Eixo II, sendo este um importante instrumento para diagnóstico das características psicossociais de portadores de dor miofacial.

Palavras-chave: Síndrome da Disfunção da Articulação Temporomandibular. Diagnóstico. Impacto Psicossocial.

¹Aluna do Curso de Pós-Graduação em Alimentos e Nutrição da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da UNESP, Araraquara-SP – Av. Cônego Jerônimo César 171, São José, Cep 14801-407, Araraquara-SP, e-mail: acarrascosa@uniara.com.br

²Professora Doutora do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP, Araraquara-SP.

ABSTRACT: The aim of this present study was to evaluate psychosocial aspects and the relationship of domains of the research diagnostic criteria for temporomandibular disorders (RDC/TMD - Axis II). The sample was composed by 37 women with chronic myofacial pain diagnosis that seeking for treatment in Araraquara (SP) college school at 2006. The data was described and the domains (D1: pain intensity and disability; D2: depression; D3a: nonspecific physical symptoms including items of pain; D3b: nonspecific physical symptoms excluding items of pain; D4: limitations related to mandibular functioning) was analyzed by Pearson correlation test. In relation to D1, 9 subjects presented pain classified as a grade I, 22 with grade II, 4 with grade III and 2 with grade IV; severe depression was present in 23 subjects and, D3a and D3b were classified as severe on most of the subjects. It was observed a significant correlation between D2 and D3a ($r=0,742$), D2 and D3b ($r=0,734$), D2 and D4 ($r=0,534$), D3a and D3b ($r=0,962$), D3a and D4 ($r=0,487$) and D3b and D4 ($r=0,454$). The domain D1 presented a non-significant correlation with the others. It was observed, with the exception of D1, a significant correlation among the domains of RDC/TMD - Axis II, being this one, an important instrument for the diagnostic of the psychosocial characteristics of people with myofacial pain.

Key-words: Temporomandibular Joint Dysfunction Syndrome. Diagnosis. Psychosocial Impact.

INTRODUÇÃO

A dor constitui o principal motivo para procura de tratamento médico e/ou odontológico (FRICTON; SCHIFFMAN, 2003). A dor orofacial compreende aproximadamente 25% do total das queixas de dor, sendo particularmente perturbadora, devido à associação das estruturas orofaciais com a mastigação, comunicação, aparência, auto-estima e expressão, com conseqüências profundas para o indivíduo (JERJES et al., 2007; JOHN et al., 2007).

As disfunções temporomandibulares (DTM) são as condições mais comuns entre as queixas de dor orofaciais, predominando aquelas de origem musculoesquelética como a dor miofacial (FRICTON; SCHIFFMAN, 2003; YAP et al., 2003; RANTALA et al., 2004; PLESH et al., 2005). Várias características clínicas têm sido encontradas em portadores de DTM, como limitações da função mandibular, sons nas articulações temporomandibulares aos movimentos e dor de natureza

persistente, recorrente ou crônica nos músculos mastigatórios e/ou articulações temporomandibulares (DWORKIN et al., 2002b; FRICTON; SCHIFFMAN, 2003).

A cronicidade das DTM tem sido apontada como responsável pela freqüente associação da patologia física com alterações psicológicas como a depressão e a somatização, além de alterações psicossociais, incluindo interferências no trabalho, em casa, nas relações interpessoais e uso excessivo de serviços de saúde (GAROFALO, 1998; YAP et al., 2001; DWORKIN et al., 2002b). John et al. (2007) ressaltam ainda que a intensidade da dor e a expressão de sofrimento variam grandemente entre os indivíduos sendo dependentes de numerosos fatores individuais e ambientais.

Os fatores psicológicos e psicossociais têm sido associados à predisposição, iniciação e perpetuação dos quadros clínicos, e a vários outros aspectos das DTM. O estresse está relacionado com a hiperatividade muscular e aumento de hábitos parafuncionais. Alterações psicológicas têm sido sugeridas para explicar o fato de alguns pacientes serem mais afetados pelos mesmos sintomas que outros e condições psicológicas como a depressão têm explicado o motivo de alguns pacientes não responderem a terapia convencional (YAP et al., 2002c; 2004).

O entendimento do papel dos fatores psicológicos e psicossociais nos indivíduos com DTM e sua interação dinâmica com os processos patofisiológicos é a proposta do modelo atual para estudo das DTM. Este modelo biopsicossocial foi proposto inicialmente por Engel (1977) e norteia a maioria dos estudos atuais de disfunção temporomandibular (YAP et al., 2001; 2002b; c; 2003; 2004; DWORKIN et al., 2002b; RANTALA et al., 2004; SUVINEN et al., 2005).

Dworkin e Leresche (1992) realizaram revisão de estudos clínicos e epidemiológicos de DTM e, seguindo a proposta do modelo biopsicossocial, elaboraram um esquema de diagnóstico para estas disfunções que classifica o indivíduo em dois eixos separados, o Eixo I que permite o diagnóstico físico dos subtipos mais comuns de disfunção e o Eixo II que avalia os aspectos comportamentais, psicológicos e psicossociais destes indivíduos.

O sistema proposto, chamado de critério de diagnóstico na pesquisa para distúrbios temporomandibulares (RDC/TMD), é atualmente um modelo padronizado e internacionalmente utilizado para a classificação dos indivíduos com DTM (DWORKIN et al., 2002a), e sua

validação já foi realizada em diversos idiomas, inclusive na língua portuguesa (KOSMINSKY et al., 2004; LUCENA et al., 2006; CAMPOS et al., 2007).

As medidas dos domínios psicológico e psicossocial do Eixo II do RDC/TMD têm a função de identificar alterações emocionais e interferências da DTM na vida diária do portador, não permitindo, no entanto, um diagnóstico clínico psiquiátrico destes indivíduos. O Eixo II do RDC/TMD mede a extensão na qual o indivíduo com estas disfunções poderia estar alterado cognitivamente, emocional ou comportamentalmente, com contribuição destes fatores biocomportamentais para o desenvolvimento ou manutenção da dor e/ou interferência na adesão ao tratamento (DWORKIN et al., 2002b).

Pesquisas atuais (AUERBACH et al., 2001; YAP et al., 2002a; SUVINEN et al., 2005) sobre DTM têm preconizado a integração do tratamento físico com o psicológico, com o auxílio de equipes multidisciplinares, esperando-se nestes casos resultados superiores àqueles obtidos por terapias direcionadas apenas aos achados físicos.

Deste modo, realizou-se este trabalho com o objetivo de estudar a correlação entre os domínios que compõem o Eixo II do RDC/TMD e caracterizar os aspectos psicológicos e psicossociais de mulheres portadoras de dor miofacial crônica.

MATERIAL E MÉTODOS

A amostra deste estudo foi composta por 37 mulheres com diagnóstico de dor miofacial crônica aferida pelo Eixo I – Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD) (DWORKIN; LERESCHE, 1992), que demandaram atendimento junto à Clínica de Fisioterapia do Centro Universitário de Araraquara – UNIARA, no período de janeiro a julho de 2006, tendo sido adotada a técnica de amostragem por conveniência. A realização deste trabalho foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da referida instituição sob protocolo nº361/05 e todas as voluntárias assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, conforme resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Como critério de inclusão adotou-se idade mínima de 20 anos, com pelo menos vinte dentes funcionais na cavidade bucal, com histórico de dor musculoesquelética na face. Como critério de exclusão adotou-se a

presença de prótese parcial removível ou total, placas oclusais e a utilização de analgésicos.

Para levantamento de informações dos aspectos psicológicos e psicossociais associados à dor miofacial dos indivíduos utilizou-se a versão em português dos Critérios de Diagnóstico para Pesquisa das Desordens Temporomandibulares RDC/TMD - Eixo II adaptada transculturalmente por Kosminsky et al. (2004). Os questionários foram aplicados por um único examinador, previamente treinado e familiarizado com o método empregado.

Os dados foram organizados segundo as recomendações propostas por Dworkin e Leresche (1992), que agrupa os indivíduos segundo quatro domínios sendo Intensidade de dor crônica e incapacidade (D1), grau de depressão (D2), escala de sintomas físicos inespecíficos (D3) e limitação da função mandibular (D4). A escala de sintomas físicos inespecíficos pode ser subdividida em sintomas físicos inespecíficos incluindo os itens de dor (D3a) e sintomas físicos inespecíficos sem os itens de dor (D3b).

Realizou-se a apuração dos dados segundo os domínios propostos e em seguida as mulheres avaliadas foram agrupadas segundo os itens de dor e depressão em “normal”, “moderada” e “severa” e realizou-se o teste de associação Exato de Fisher. Para estudo da Correlação entre cada um dos domínios propostos utilizou-se o Coeficiente de Correlação de Pearson. O nível de significância adotado para os testes foi de 5%, e os dados foram apresentados em tabelas.

RESULTADOS

A idade média das mulheres participantes foi de 31,65 anos com mínimo de 20 e máximo de 50 anos de idade. Quanto ao nível de escolaridade 1 participante possuía apenas nível primário completo, 2 ginásial completo, 22 colegial completo ou superior incompleto e 12 superior completo. A renda familiar relatada foi menor que 2 salários mínimos (SM) para 4 pessoas, esteve entre 2 e 5 SM para 10 pessoas, entre 5 e 10 SM para 12 pessoas e 11 mulheres apontaram uma renda familiar acima de 10 salários mínimos.

A classificação das mulheres avaliadas no estudo segundo os critérios propostos pelo Eixo II do RDC/TMD (DWORKIN; LERESCHE, 1992) encontra-se na Tabela 1. Cabe ressaltar que como não existe ainda classificação dos indivíduos segundo o domínio limitação da função

mandibular (D4) (DWORKIN; LERESCHE, 1992; LIST; DWORKIN, 1996; GAROFALO et al., 1998) o mesmo não foi incluído nesta tabela.

Tabela 1. Classificação dos indivíduos segundo critérios propostos pelo Eixo II do RDC/TMD (DWORKIN; LERESCHE, 1992). Araraquara, 2006.

Indivíduos	Domínios			
	D1	D2	D3a	D3b
1	Grau II	Normal	Grave	Moderado
2	Grau II	Grave	Grave	Grave
3	Grau II	Moderada	Moderado	Normal
4	Grau II	Normal	Normal	Normal
5	Grau I	Normal	Moderado	Moderado
6	Grau I	Grave	Grave	Grave
7	Grau I	Grave	Grave	Grave
8	Grau II	Grave	Grave	Grave
9	Grau II	Grave	Grave	Grave
10	Grau II	Grave	Grave	Grave
11	Grau I	Normal	Moderado	Moderado
12	Grau IV	Grave	Grave	Grave
13	Grau II	Normal	Grave	Grave
14	Grau I	Moderada	Moderado	Normal
15	Grau II	Moderada	Moderado	Normal
16	Grau II	Moderada	Grave	Moderado
17	Grau II	Grave	Grave	Grave
18	Grau I	Grave	Grave	Grave
19	Grau II	Grave	Grave	Grave
20	Grau III	Grave	Grave	Grave
21	Grau II	Grave	Grave	Grave
22	Grau II	Grave	Grave	Grave
23	Grau II	Moderada	Grave	Grave
24	Grau III	Grave	Grave	Grave
25	Grau II	Grave	Grave	Grave
26	Grau II	Moderada	Grave	Grave
27	Grau II	Grave	Grave	Grave
28	Grau III	Grave	Grave	Grave
29	Grau II	Moderada	Moderado	Moderado
30	Grau II	Normal	Moderado	Moderado
31	Grau III	Grave	Grave	Grave
32	Grau II	Grave	Grave	Grave
33	Grau I	Moderada	Moderado	Normal
34	Grau I	Grave	Moderado	Moderado
35	Grau IV	Grave	Grave	Grave
36	Grau I	Grave	Grave	Grave
37	Grau II	Grave	Moderado	Normal

Pode-se notar que 9 indivíduos apresentaram dor classificada como grau I (dor de intensidade baixa), 22 grau II (dor de intensidade alta), 4 grau III (alta incapacidade – moderadamente limitante) e 2 grau IV (alta incapacidade – altamente limitante). A depressão grave esteve presente em 23 sujeitos e os sintomas físicos inespecíficos com e sem os itens de dor foram classificados como graves na maioria dos indivíduos (n = 26 e n = 24, respectivamente).

Deve-se enfatizar que dos 23 indivíduos com depressão grave 21 apresentaram sintomas físicos inespecíficos classificados como graves. O escore médio e o erro-padrão da limitação mandibular nas mulheres examinadas foi de $0,32 \pm 0,04$. A apuração dos itens de limitação da função mandibular apresentam-se na Tabela 2.

Tabela 2. Apuração dos itens de limitação da função mandibular. Araraquara, 2006.

Quais as atividades a sua dor na face ou problema na mandíbula (queixo) impedem limitam ou prejudicam?	N (%)	
	não	sim
Mastigar	12 (32,43)	25 (67,57)
beber (tomar líquidos)	35 (94,59)	2 (5,41)
fazer exercícios físicos ou ginástica	29 (78,38)	8 (21,62)
comer alimentos duros	10 (27,03)	27 (72,97)
comer alimentos moles	34 (91,89)	3 (8,11)
sorrir ou gargalhar	19 (51,35)	18 (48,65)
atividade sexual	36 (97,30)	1 (2,70)
Limpar os dentes ou a face	27 (72,97)	10 (27,03)
Bocejar (abrir muito a boca quando está com sono)	19 (51,35)	18 (48,65)
Engolir	34 (91,89)	3 (8,11)
Conversar	24 (64,86)	13 (35,14)
ficar com o rosto normal: sem aparência de dor ou triste	23 (62,16)	14 (37,84)

A maioria das mulheres avaliadas relatou dificuldade de mastigar e comer alimentos duros. Chama atenção também o número de pessoas que afirmaram ter dificuldade para bocejar e sorrir ou gargalhar.

A classificação das mulheres avaliadas segundo os itens de dor e depressão encontra-se na Tabela 3. Nota-se associação significativa entre “aperto no peito” ou no coração e músculos doloridos com a depressão.

Na Tabela 4 apresenta-se a Matriz de Correlação entre os domínios do RDC/TMD – Eixo II.

Nota-se correlação moderada significativa da limitação da função mandibular (D4) com o grau de depressão (D2), alta entre a escala de sintomas físicos inespecíficos (D3a,b) e o grau de depressão (D2) e correlação muito intensa entre os componentes (D3a e D3b) da escala de sintomas físicos inespecíficos, o que é de se esperar uma vez que estes domínios compartilham itens.

Tabela 3. Classificação das mulheres avaliadas segundo os Itens de dor e Depressão. Araraquara, 2006.

Eixo II - Itens de dor		Depressão			p
		normal	moderada	severa	
dores de cabeça	normal	1	1	1	0,099
	Moderada	3	5	6	
	Severa	2	2	16	
"aperto no peito" ou no coração	normal	2	2	8	0,036*
	Moderada	4	6	6	
	Severa	0	0	9	
dores na parte inferior das costas	normal	1	0	3	0,410
	Moderada	2	5	6	
	Severa	3	3	14	
enjôo ou problemas no estômago	normal	4	5	5	0,116
	Moderada	2	3	13	
	Severa	0	0	5	
músculos doloridos	normal	3	0	3	0,001*
	Moderada	3	7	6	
	Severa	0	1	14	

Tabela 4. Matriz de Correlação entre os domínios do RDC/TMD - Eixo II. Araraquara, 2006.

Domínios do RDC/TMD – Eixo II					
	D1	D2	D3a	D3b	D4
D1	1				
D2	0,168 p=(0,323)	1			
D3a	0,214 p=(0,204)	0,742 p=(0,000)	1		
D3b	0,252 p=(0,132)	0,734 p=(0,000)	0,962 p=(0,000)	1	
D4	0,144 p=(0,397)	0,534 p=(0,001)	0,487 p=(0,002)	0,454 p=(0,005)	1

DISCUSSÃO

O delineamento amostral adotado neste estudo pode representar um viés de seleção, podendo-se constituir numa limitação do estudo quanto à validade externa. Entretanto, entende-se que o tema abordado é de suma importância e que os achados deste estudo podem ser elucidativos para o diagnóstico e tratamento de mulheres com dor miofacial crônica.

A participação apenas de indivíduos do sexo feminino deveu-se a maior prevalência de DTM em indivíduos deste gênero (LERESCHE et al., 1997; ROLLMAN; LAUTENBACHER, 2001; HUANG et al., 2002). As características hormonais relacionadas ao ciclo reprodutivo, com variações do hormônio estrógeno (LERESCHE et al., 2003) ou a utilização exógena deste hormônio na pós-menopausa (LERESCHE et al.,

1997) têm sido utilizadas para explicar o acometimento maior do sexo feminino.

A sensibilidade aumentada à dor associada à tendência para reportar numerosos sintomas físicos também são relatadas como uma características acentuadas nas mulheres, predispondo-as ao desenvolvimento de condições de dor crônica (ROLLMAN; LAUTENBACHER, 2001). Para Huang et al. (2002) os aspectos biológicos, culturais, comportamentais e hormonais podem isoladamente ou em conjunto ser responsáveis pela grande associação entre DTM e o sexo feminino.

Os sinais e sintomas de DTM podem ser encontrados em indivíduos de todas as faixas etárias, no entanto, tendem a ocorrer mais frequentemente nas mulheres após a puberdade, com pico na fase reprodutiva entre 20-40 anos, diminuindo novamente com a idade (MEISLER, 1999). A idade média das mulheres deste estudo foi de 31,65 anos, sendo similar à encontrada em outros estudos como o de Yap et al. (2002a) (33,9 anos), Yap et al. (2002b) (30,8 anos) e Yap et al. (2003) (33,6 anos).

Laskin (1969) descreveu a importância dos fatores psicológicos na etiologia da dor miofacial a partir do modelo psicofisiológico, no qual a dor miofacial resultaria da interação de eventos ambientais estressores, ansiedade, habilidades de enfrentamento inadequadas e condição orgânica e psicológica predisponentes, causando tensão muscular, que quando persistente, produziria uma variedade de sintomas de DTM. Apesar da dúvida com relação ao papel dos fatores psicológicos na etiologia, ou como consequência das DTM, vários trabalhos atuais ressaltam associações entre estes dois aspectos (GAROFALO et al., 1998; YAP et al., 2002a; YAP et al., 2002b; YAP et al., 2002c; YAP et al., 2004; FERRANDO et al., 2004; RANTALA et al., 2004).

A presença de depressão e o relato de sintomas físicos inespecíficos são características comuns em indivíduos com DTM. Níveis moderado e grave de depressão foram encontradas na maioria das mulheres avaliadas neste estudo, assim como a presença de sintomas físicos inespecíficos graves (Tabela 1). Yap et al. (2003; 2004) encontraram para depressão moderada e grave uma prevalência média de 45% e para sintomas físicos inespecíficos graves de 55%, sendo inferiores aos desta pesquisa. Este fato pode ser justificado pela avaliação, no presente estudo, de sujeitos apenas do sexo feminino e com diagnóstico de dor miofacial, subtipo de DTM mais acometido pelas alterações

psicológicas do que os demais que compõem o Eixo I do RDC/TMD (AUERBACH et al., 2001; YAP et al., 2002b; PLESH et al., 2005).

A intensidade de dor crônica e incapacidade é um dos domínios do Eixo II do RDC/TMD importante para predizer o curso da dor crônica (LERESCHE, 2003). Os estudos de Garofalo et al. (1998) e de Celic, Panduric e Dulcic (2006), classificaram em torno de 20% dos indivíduos estudados como psicossocialmente disfuncionais (graus III e IV), indicando que este tipo de paciente perfaz uma percentagem relativamente pequena dentre aqueles que buscam tratamento para DTM. Os dados desta pesquisa reforçam esta afirmação, pois apenas 6 (16,2%) dos 37 indivíduos estudados foram classificados como disfuncionais (Tabela 1), indo ao encontro ainda com os dados encontrados por Yap et al. (2002b) e Plesh et al. (2005).

Apesar da ausência de um sistema de classificação do domínio limitação da função mandibular, obteve-se média de 0,32 e desvio-padrão de 0,24 de limitação entre as mulheres avaliadas, valores estes semelhantes aos encontrados por Garofalo et al. (1998) ($0,31 \pm 0,26$). Este domínio tem sido usado para evidenciar a extensão na qual a DTM interfere nas atividades relacionadas com a função mandibular. Dentre estas, “mastigar”, “comer alimentos duros” e “bocejar” têm sido as atividades mais apontadas como prejudicadas nos trabalhos de Yap et al. (2002b), Celic (2004), Yap et al. (2004) e Plesh et al. (2005), e representam as atividades classicamente utilizadas para selecionar indivíduos nos estudos com DTM (MCNEILL, 1993). O mesmo comportamento pode ser observado na Tabela 2, onde além destas, “sorrir ou gargalhar” também foi uma atividade frequentemente relatada como prejudicada.

Uma grande variedade de sintomas não-específicos são frequentemente relatados por pacientes com depressão, como palpitações, náuseas, dores de cabeça, tensão muscular, dolorimento, dores nas costas, perda da voz, entre outros. Para Dworkin (1994), alguns destes sintomas encontrados em pacientes com DTM podem não estar associados com uma alteração patofisiológica, mas ser uma expressão somática da depressão, e a necessidade de avaliá-los justifica-se pela interferência no planejamento do tratamento destes pacientes.

Os itens de dor que estiveram associados com depressão neste estudo foram “aperto no peito ou no coração” e “músculos doloridos” (Tabela 3). O primeiro podendo refletir o elevado nível de ansiedade e angústia presente nestes pacientes, e o segundo pode representar além de

um sintoma físico inespecífico, a característica difusa da dor, presente nas condições de dor crônica musculoesquelética, que pode ser reforçada pela associação entre o aumento dos relatos de dor à palpação muscular e a depressão (YAP et al., 2004). No trabalho de Yap et al (2002b), houve associação de todos os itens de dor com depressão moderada ou grave. Para Dworkin, von Kroff e Leresche (1990), o número de itens de dor reportado pelos indivíduos é melhor preditor de maior depressão que medidas de experiência de dor, incluindo severidade e persistência.

A correlação entre a depressão (D2) e os sintomas físicos inespecíficos (D3) mostrou-se alta e significativa (Tabela 4) o mesmo também foi encontrado nos estudos de Yap et al. (2002c; 2004). Segundo Dworkin et al. (2002b), a tendência para relatar sintomas físicos inespecíficos como nocivos ou incômodos é considerada fator preditivo para busca de tratamento em indivíduos com DTM. Além disso, os autores relatam que a presença de sintomas comportamentais, físicos e psicológicos podem levar ao aumento generalizado na percepção da dor, o que não foi observado neste estudo (Tabela 4).

O desconforto causado pelo processo doloroso, e a crença do indivíduo que um aumento na intensidade da dor reflete piora do seu problema explicam, segundo Tesch et al., (2004) a contribuição da experiência de dor crônica para elevados níveis de depressão e de somatização. No entanto, segundo Linton e Melin (1982) e Feine et al. (1989) a correlação baixa e não-significativa entre D1 e os demais domínios encontradas neste trabalho (Tabela 4) pode ter acontecido pela complexidade de interpretação e dificuldade de memória da dor passada em pacientes com dor crônica, ou ainda, devido à dificuldade em se quantificar a dor, pois este processo sofre influência de fatores como nível sócio-econômico e cultural do paciente, além de expectativas e estado de humor.

A correlação moderada da limitação da função mandibular (D4) com a escala de sintomas físicos inespecíficos (D3a,b) (Tabela 4), não é inesperada, e foi um achado também do estudo de Yap et al. (2004). A percepção alterada do funcionamento do organismo pode levar a tentativa de proteger o sistema mastigatório restringindo suas ações o que pode explicar a correlação encontrada. No entanto, outros estudos não encontraram correlação entre estes domínios (YAP et al., 2002b).

Os resultados deste trabalho confirmam a visão clínica de que os pacientes com DTM possuem características psicológicas peculiares (YAP et al., 2002c), o que Ferrando et al. (2004) descreve como

tendência à atitude passiva, superestimação das conseqüências negativas, e redução do uso de estratégias de distração, associado com altos níveis de angústia. É então essencial que os fatores psicológicos, se presentes, sejam identificados precocemente, no início do contato com o paciente, evitando um insucesso do tratamento, ou piora de sua condição (LIST; DWORKIN, 1996; YAP et al., 2002b).

Segundo Friction e Schiffman (2003), é a percepção do paciente sobre a severidade e conseqüências das DTM que geralmente determina se ele necessitará de tratamento e, portanto, as alterações psicossociais parecem determinar um foco essencial do tratamento.

Neste sentido, pesquisas para avaliar se os enfoques de tratamento para a dor crônica podem tornar-se mais efetivos com o ajuste do tratamento do diagnóstico clínico, pelo diagnóstico psicossocial do paciente têm sido preconizadas (DWORKIN et al., 2002a) e parecem ser o caminho adequado para a abordagem de pacientes com disfunção temporomandibular.

CONCLUSÃO

A maioria dos sujeitos estudados foi classificada como funcional (graus I e II) (n=31), no domínio intensidade da dor crônica e incapacidade (D1). A depressão e os sintomas físicos inespecíficos foram classificados como graves também na maioria dos indivíduos (n=23 e n=26, respectivamente).

As funções mais relatadas como prejudicadas pela limitação da função mandibular foram comer alimentos duros, mastigar, bocejar e sorrir ou gargalhar. Houve associação significativa da depressão com os itens de dor "aperto no peito ou no coração" e "músculos doloridos". Com exceção de D1, observou-se correlação significativa entre os domínios do RDC/TMD-Eixo II, mostrando que este é um importante instrumento para o diagnóstico das características psicológicas e psicossociais de portadores de dor miofacial.

REFERÊNCIAS

- AUERBACH, S.M. et al. Depression, pain, exposure to stressful life events, and long-term outcomes in temporomandibular disorder patients. **J Oral Maxillofac Surg**, v.59, n.6, p.628-33, 2001.
- CAMPOS, J.A.D.B. et al. Consistência interna e reprodutibilidade da versão em português do Critério de Diagnóstico na Pesquisa para desordens temporomandibulares (RDC/TMD – Eixo II). **Rev Bras Fisioter**, v.11, n.6, p.451-9, 2007.

- CELIC, R. Prevalence of temporomandibular disorder diagnoses and psychologic status in croatian patients. **Acta Stomatol Croatica**, v.28, n.4, p.333-9, 2004.
- CELIC, R.; PANDURIC, J.; DULCIC, N. Psychologic status in patients with temporomandibular disorders. **Int J Prosthodon**, v.19, n.1, p.28-9, 2006.
- DWORKIN, S.F. Perspectives on the interaction of biological, psychological and social factors in TMD. **J Am Dent Assoc**, v. 125, p.856-63, 1994.
- DWORKIN, S.F. et al. A randomized clinical trial using research diagnostic criteria for temporomandibular disorders-axis II to target clinic cases for a tailored self-care TMD treatment program. **J Orofac Pain**, v. 16, n.1, p.48-63, 2002b.
- DWORKIN, S.F.; LERESCHE, L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. **J Craniomand Disord Facial Oral Pain**, v.4, n.4, p.301-55, 1992.
- DWORKIN, S.F. et al. Reliability, validity, and clinical utility of the Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders axis II scales: depression, non-specific physical symptoms, and graded chronic pain. **J Orofac Pain**, v.16, n.3, p.207-20, 2002a.
- DWORKIN, S.F.; VON KROFF, M.; LERESCHE, L. Multiple pains and psychoatric disturbance – An epidemiologic investigation. **Arch Gen Psychiatr**, v.47, p.239-44, 1990.
- ENGEL, G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. **Science**, v.196, n.4286, p.129-36, 1977.
- FEINE, J.S. et al. Is treatment success due to faulty memory of chronic pain? **J Dent Res**, v.68, p.1207, 1989.
- FERRANDO, M. et al. Psychological variables and temporomandibular disorders: Distress, coping, and personality. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, v.98, n.2, p.153-60, 2004.
- FRICTON, J.R.; SCHIFFMAN, E.L. Epidemiologia das desordens temporomandibulares. In: FRICTON JR, DUBNER R. **Dor Orofacial e Desordens Temporomandibulares**. São Paulo: Santos. 2003. p.1-15.
- GAROFALO, J.P. et al. Predicting chronicity in acute temporomandibular joint disorders using the research diagnostic criteria. **J Am Dent Assoc**, v.129, n.4, p.438-47, 1998.
- HUANG, G.J. et al. Risk factors for diagnostic subgroups of painful temporomandibular disorders (TMD). **J Dent Res**, v.81, n.4, p.284-8, 2002.
- JERJES, W. et al. A psychological comparison of temporomandibular disorder and chronic daily headache: are there targets for therapeutic interventions? **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, v.103, n.3, p.367-73, 2007.
- JOHN, M.T. et al. Oral health-related quality of life in patients with temporomandibular disorders. **J Orofac Pain**, v.21, n.1, p.46-54, 2007.
- KOSMINSKY, M. et al. Adaptação cultural do questionário “Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Axis II” para o português. **J Bras Clin Odontol Integr**, v.8, n.43, p.51-61, 2004.
- LASKIN, D.M. Etiology of the pain-dysfunction syndrome. **J Am Dent Assoc**, v.79, n.1, p.147-53, 1969.
- LERESCHE, L. Critérios de diagnóstico na pesquisa para desordens temporomandibulares. In: FRICTON JR, DUBNER R. **Dor Orofacial e Desordens Temporomandibulares**. São Paulo: Santos. 2003.

- LERESCHE, L. et al. Changes in temporomandibular pain and other symptoms across the menstrual cycle. **Pain**, v.106, n.3, p.253-61, 2003.
- LERESCHE, L. et al. Use of exogenous hormones and risk of temporomandibular disorder pain. **Pain**, v.69, n.1-2, p.153-60, 1997.
- LINTON, S.J.; MELIN, L. The accuracy of remembering chronic pain. **Pain**, v.13, n.3, p.281-5, 1982.
- LIST, T.; DWORKIN, S.F. Comparing TMD diagnoses and clinical findings at Swedish and US TMD centers using research diagnostic criteria for temporomandibular disorders. **J Orofac Pain**, v.10, n.3, p.240-53, 1996.
- LUCENA, L.B.S. et al. Validation of the Portuguese version of the RDC/TMD Axis II questionnaire. **Braz Oral Res**, v.20, n.4, p.312-7, 2006.
- MCNEILL, C. **Temporomandibular disorders: guidelines for classification, assessment and management**. 2nd ed. Chicago. Quintessence Publishing Co Inc. 1993.
- MEISLER, J.G. Chronic pain conditions in women. **J Women Health**, v.8, n.3, p.313-20, 1999.
- PLESH, O. et al. Diagnoses based on the Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders in a biracial population of young women. **J Orofac Pain**, v.19, n.1, p.65-75, 2005.
- RANTALA, M.A. et al. Chronic myofacial pain, disk displacement with reduction and psychosocial factors in Finnish non-patients. **Acta Odontol Scand**, v.62, n.6, p.293-7, 2004.
- ROLLMAN, G.B.; LAUTENBACHER, S. Sex differences in musculoskeletal pain. **Clin J Pain**, v.17, n.1, p.20-4, 2001.
- SUVINEN, T.I. et al. Review of aetiological concepts of temporomandibular pain disorders: towards a biopsychosocial model for integration of physical disorders factors with psychological and psychosocial illness impact factors. **Eur J Pain**, v.9, n.6, p.613-33, 2005.
- TESCH, R.S. et al. Depression levels in chronic orofacial pain patients: a pilot study. **J Oral Rehabil**, v.31, n.10, p.926-32, 2004.
- YAP, A.U. et al. Multiple pains and psychosocial functioning/psychologic distress in TMD patients. **Int J Prosthodont**, v.15, n.5, p.461-6, 2002a.
- YAP, A.U.; CHUA, E.K.; HOE, J.K. Clinical TMD, pain-related disability and psychological status of TMD patients. **J Oral Rehabil**, v.29, n.4, p.374-80, 2002b.
- YAP, A.U. et al. Relationships between depression/somatization and self-reports of pain and disability. **J Orofac Pain**, v.18, n.3, p.220-5, 2004.
- YAP, A.U. et al. Prevalence of temporomandibular disorder subtypes, psychologic distress, and psychosocial dysfunction in Asian patients. **J Orofac Pain**, v.17, n.1, p.21-8, 2003.
- YAP, A.U. et al. Depression and somatization in patients with temporomandibular disorders. **J Prosthet Dent**, v.88, n.5, p.479-84, 2002c.
- YAP, A.U. et al. On-line computerized diagnosis of pain-related disability and psychological status of TMD patients: a pilot study. **J Oral Rehabil**, v.28, n.1, p.78-87, 2001.

Enviado em: abril de 2008.

Revisado e Aceito: maio de 2008.