

Avaliação com escalas de dor antes e após três e seis meses de uso de placa oclusal

Assessment with pain scales before and after three and six months of occlusal splint use

Juliana Broch*
Franciele Zanetti**
Vanessa Paola Filter**
Tatiana Bernardon Silva***

Resumo

Objetivo: Analisar o efeito do uso de placa oclusal acrílica em pacientes com disfunção temporomandibular (DTM) por meio de três escalas subjetivas de dor: escala analógica visual (VAS), escala numérica (NRS) e o questionário de dor McGill (MGPQ) antes, após três e seis meses de uso deste dispositivo. Métodos: A amostra foi composta por 24 pacientes assistidos na Clínica de Oclusão da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), RS, Brasil, adequados aos critérios de inclusão. As escalas subjetivas de dor foram aplicadas antes, após três e seis meses de uso da placa oclusal. Os valores de dor registrados por meio de cada uma das escalas foram analisados pela estatística descritiva no programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences, versão 18.0). A normalidade de distribuição foi verificada com o teste de Shapiro-Wilk. Os valores de dor antes, após uso por três e seis meses de placa, foram comparados utilizando o teste não paramétrico de Wilcoxon ($\alpha = 0,05$). Resultados: Os valores relevantes estatisticamente de melhora na sintomatologia dolorosa para pacientes portadores de DTM foram encontrados em todas as escalas avaliadas, com exceção da VAS (inicial x três meses) e do MGPQ, subdivisão sensorial (inicial x seis meses). Conclusão: Sugere-se que o uso de placa oclusal contribui com a melhora da sintomatologia dolorosa após três meses de tratamento, utilizando as escalas NRS e MGPQ como método de avaliação de dor, o que dá credibilidade a esta modalidade de tratamento.

Palavras-chave: Medição da dor. Placas oclusais. Escalas. Transtornos da articulação temporomandibular.

Introdução

A dor, conceituada pela Associação Internacional para o Estudo da Dor como sendo “uma experiência sensorial desagradável, associada ou não a uma lesão tecidual potencial ou real, ou descrita em termos de tais danos”¹, é um dos principais motivos das consultas odontológicas². Em âmbito clínico, a caracterização da dor do indivíduo auxilia não apenas na distinção da etiologia ou de seu diagnóstico, mas também na descrição da própria experiência dolorosa e na avaliação do impacto da dor na vida do indivíduo³.

Identificar a dor e mensurá-la contribui para a elaboração de um tratamento correto das disfunções temporomandibulares (DTM), as quais se referem a um conjunto de alterações que afetam a articulação temporomandibular (ATM) e/ou os músculos da mastigação, como também estruturas da face, relacionadas ao complexo maxilomandibular⁴⁻⁶, e apresentam etiologia multifatorial⁷⁻⁸. Segundo Garcia e Sousa⁹ (1998), são encontradas em cerca de 50 a 60% da população, e dentre essa população as mulheres são as mais acometidas¹⁰⁻¹², principalmente de meia-idade⁴. Como forma de tratamento não invasivo, a placa oclusal é considerada uma terapia eficiente para o tratamento dessas disfunções^{4-5,7,13-16}, além de ser acessível a todos os cirurgiões-dentistas¹⁵.

Dentre os meios de mensuração de dor, os quais auxiliam na avaliação da dimensão da dor, encontram-se a escala visual analógica^{5,13,17-19} (VAS) e a escala numérica²⁰⁻²¹ (NRS), as quais estimam quan-

* Mestra em Ciências Odontológicas, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.

** Acadêmicas de Odontologia, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.

*** Doutora em Prótese Dentária, professora Adjunta Departamento de Odontologia Restauradora, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.

titativamente a intensidade dolorosa, e o questionário de dor de McGill²²⁻²³ (MGPQ), o qual avalia, além da intensidade, o efeito emocional e a autopercepção da sua localização, podendo ser tratada estatisticamente²⁴. O questionário de McGill foi adaptado para o português, além de já ter sido validado, sensível e reproduzível²⁵. É considerado o melhor instrumento e o mais utilizado para caracterizar e discernir os componentes afetivo, sensitivo e avaliativo da dor, quando se pretende obter informações qualitativas e quantitativas a partir de descrições verbais^{24,26}. Ainda é considerado “instrumento universal, capaz de padronizar a linguagem da dor”²⁷.

Diante da importância da avaliação da dor em odontologia e sabendo-se que a dor relacionada às DTM é uma das principais queixas que levam à procura de profissionais da saúde, saber identificá-la e mensurá-la contribui para a elaboração de um tratamento correto. Assim, a proposta deste trabalho consistiu em analisar o efeito do uso de placa oclusal estabilizadora acrílica em pacientes com DTM, por meio de três escalas subjetivas de dor: escala visual analógica, escala numérica e o questionário de dor McGill antes e após três e seis meses de uso deste dispositivo.

Materiais e método

Amostra

Foi realizado cálculo amostral no programa PS Power and Sample Size Calculations Version 3.0, utilizando a média e o desvio padrão dos valores das escalas subjetivas de dor antes e após tratamento com placa oclusal obtidos por meio de um estudo piloto. Foi encontrado que um número mínimo de 19 pares de pacientes seria necessário para haver a capacidade de rejeição da hipótese nula, com poder de 80% e nível de significância de 95%.

Trata-se de um estudo longitudinal em que os pacientes foram acompanhados por um período de seis meses em tratamento. A amostra foi composta por 24 pacientes assistidos na Clínica de Oclusão da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), RS, Brasil, que procuraram atendimento, diagnosticados como portadores de disfunção temporomandibular. Para participar da pesquisa, os pacientes foram selecionados segundo os seguintes critérios de inclusão: possuir, no mínimo, um contato posterior bilateral e ter sensibilidade dolorosa, espontânea ou provocada, à palpação dos músculos mastigatórios ou na ATM⁷. Foram excluídos pacientes submetidos a tratamento prévio para DTM, que apresentavam comprometimento sistêmico, que estavam realizando tratamento ortodôntico ou algum tratamento odontológico que alterasse a oclusão dental e também pacientes portadores de próteses totais, ou parciais removíveis^{5,18}.

Preceitos éticos

Os pacientes concordaram em participar do estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, RS, Brasil, sob o número 0088.0.243.000-09.

Abordagem clínica

Os pacientes foram diagnosticados como portadores de DTM por meio do questionário anamnético de Fonseca²⁸, o qual é rotineiramente utilizado na Clínica de Oclusão da UFSM.

Após a realização da anamnese e do diagnóstico de DTM, o tratamento com a placa estabilizadora foi iniciado. Para a confecção da placa foram obtidos os modelos de gesso dos arcos superior e inferior e foi realizada a montagem em articulador semiajustável em máxima intercuspidação habitual (MIH). O enceramento das placas foi realizado nos modelos superiores, apresentando guias, canina e anterior, com aproximadamente 2 mm de espessura (conforme as necessidades oclusais de cada paciente), superfície lisa e plana e contatos posteriores bilaterais simultâneos^{5,15,29}. A etapa de acrilização da placa foi realizada no Laboratório de Prótese da UFSM. Após a entrega, ajustes foram inicialmente realizados semanalmente e a partir do segundo mês quinzenalmente (quando necessário), até ser estabelecida uma posição mandibular estável, conforme relato do paciente. Os pacientes receberam informações sobre a etiologia da DTM e hábitos deletérios⁴, e foram instruídos a utilizar a placa no período noturno durante, no mínimo, 6 horas^{16,29}.

Antes de iniciar o tratamento e após três e seis meses de uso do dispositivo oclusal, os pacientes responderam a um questionário composto por três escalas subjetivas de dor, a escala visual analógica (Figura 1), a escala numérica (Figura 2) e o questionário de dor de McGill (Figura 3).

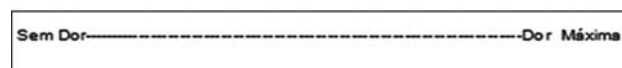


Figura 1 - Escala visual analógica

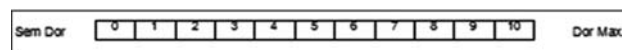


Figura 2 - Escala numérica

1 1-Vibração 2-Tremor 3-Pulsante 4-Latejante 5-Como batida 6-Como pancada	5 1-Beliscão 2-Aperto 3-Mordida 4-Cólica 5-Esmagamento	9 1-Mal Localizada 2-Dolorida 3-Machucada 4-Doída 5-Pesada	13 1-Amedrontadora 2-Apavorante 3-Aterrorizante	17 1-Espalha 2-Irradia 3-Penetra 4-Atravessa
2 1-Pontada 2-Choque 3-Tiro	6 1-Figada 2-Puxão 3-Em torção	10 1-Sensível 2-Esticada 3-Esfoliante 4-Rachando	14 1-Castigante 2-Atormenta 3-Cruel 4-Maldita 5-Mortal	18 1-Aperta 2-Adormece 3-Repuxa 4-Espreme 5-Rasga
3 1-Agulhada 2-Perfurante 3-Facada 4-Punhalada 5-Em lança	7 1-Calor 2-Queimação 3-Fervente 4-Em brasa	11 1-Cansativa 2-Exaustiva	15 1-Miserável 2-Enlouquecedora	19 1-Fria 2-Gelada 3-Congelante
4 1-Fina 2-Cortante 3-Estraçalha	8 1-Formigamento 2-Cocceira 3-Ardor 4-Ferroada	12 1-Enjoada 2-Sufocante	16 1-Chata 2-Que incomoda 3-Desgastante 4-Forte 5-Insuportável	20 1-Aborrecida 2-Dá náusea 3-Agonizante 4-Torturante

Figura 3 - Questionário de dor McGill

Cada etapa do estudo – acompanhamento clínico do paciente, confecção das placas oclusais e a aplicação dos questionários de dor – foi de responsabilidade de um dos pesquisadores, padronizando, assim, a coleta de dados.

Análise estatística

Os dados foram tabulados em planilhas no programa Microsoft Excel (2010) e analisados por meio de estatística descritiva no programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences, versão 18.0). A normalidade de distribuição foi verificada com o teste Shapiro-Wilk. Os valores de dor antes e após três e seis meses de uso da placa oclusal foram comparados entre si por meio do teste não paramétrico de Wilcoxon ($\alpha = 0,05$).

Resultados

A descrição, com características de gênero e idade, da amostra inicial de três e seis meses pode ser conferida na Tabela 1.

Os pacientes foram classificados conforme o grau de DTM, segundo o questionário anamnético de Fonseca. Desses, 25% apresentaram DTM grau leve, 33,3%, grau moderado e 41,7%, grau severo.

As avaliações com as três escalas subjetivas de dor em relação ao tempo de tratamento podem ser visualizadas na Tabela 2. Os valores médios da VAS após três meses de uso de placa oclusal não reduziram significativamente em relação aos iniciais ($p > 0,05$), ao passo que após seis meses sim ($p < 0,05$). Os valores médios da NRS após três ou seis meses de tratamento diferiram significativamente dos valores iniciais ($p < 0,05$). Os valores subjetivos de dor do questionário McGill diferiram significativamente dos valores iniciais após três e seis meses ($p < 0,05$), com exceção da subdivisão sensorial. Já entre três e seis meses nenhum efeito significativo foi encontrado ($p > 0,05$).

Tabela 1 - Distribuição da amostra segundo o gênero e a idade. Sendo n (tamanho da amostra), 3 m (três meses), 6 m (seis meses)

	n	3 m	6 m
Gênero	24	22	19
Feminino	19 (79,2%)	17 (77,28%)	14 (73,69%)
Masculino	5 (20,8%)	5 (22,72%)	5 (26,31%)
Idade (média)	31	32	31

Tabela 2 - Avaliação dos resultados com escalas de dor antes e após três e seis meses de tratamento. Sendo M (média), dp (desvio padrão), 3 m (três meses), 6 m (seis meses), VAS (visual analogic scale), NRS (numerical rating scale), MGQP S (McGill pain questionnaire parte sensorial), MGQP AF (McGill pain questionnaire parte afetiva), MGQP AV (McGill pain questionnaire parte avaliativa), MGQP M (McGill pain questionnaire parte miscelânea), MGQP T (McGill pain questionnaire total)

Escalas	Inicial	3m	6m	p	p	p
				3 m x inicial	6 m x inicial	6 m x 3 m
VAS	4,92 (2,39)	3,35 (4,12)	1,75 (2,42)	0,062	0,003	0,380
NRS	5,16 (2,33)	2,72 (2,47)	1,80 (2,16)	0,004	0,004	0,330
MGQP S	11,33 (8,79)	6,27 (5,85)	4,60 (7,71)	0,030	0,08	0,550
MGQP AF	3,37 (3,41)	1,32 (1,40)	0,75 (1,29)	0,012	0,038	0,125
MGQP AV	1,70 (1,04)	0,95 (0,90)	0,60 (0,82)	0,006	0,010	0,125
MGQP M	3,75 (4,14)	1,54 (2,08)	0,35 (0,67)	0,045	0,005	0,036
MGQP T	20,08 (16,31)	10,13 (8,74)	6,25 (9,80)	0,012	0,021	0,550

Discussão

Em relação à descrição da presente amostra, nossa pesquisa está em acordo com alguns estudos^{3,30} em que o pico de prevalência de DTM é em jovens adultos (vinte a quarenta anos de idade) e afeta principalmente mulheres¹⁰. Levit e McKinney¹² (1994) encontrou que 85% dos dez mil pacientes avaliados num estudo no Canadá eram mulheres, que apresentaram maior severidade nos aspectos físicos e psicológicos da DTM.

Existem dificuldades em relação ao diagnóstico da DTM, porque algumas classificações são baseadas nos sinais e sintomas, e não na etiologia⁴. Uma barreira para o atendimento dos pacientes é a tradução e a validação dos critérios de diagnóstico³¹, os quais são imprescindíveis para a correta indicação do plano de tratamento. Um modelo multidisciplinar de tratamento, que inclui a educação do paciente, autocuidado, farmacoterapia, fisioterapia e uso de placas oclusais, é aprovado como tratamento inicial para todos os pacientes com DTM¹⁶. Não existem evidências que suportem o uso de laser de

baixa potência para o tratamento de DTM³², nem que suportem o uso de ajuste oclusal como tratamento de DTM³³.

Partimos de um plano de tratamento não invasivo, a placa estabilizadora rígida de acrílico, já utilizada em outros estudos^{5,7,17,29-30}, a qual se mostrou eficiente. Esta promove uma estabilização temporária e removível da oclusão ideal, reduzindo a atividade muscular anormal e produzindo um balanço neuromuscular⁷. O tratamento com placa estabilizadora pode ser benéfico por reduzir a severidade da dor em repouso e durante a palpção, quando comparado a nenhum tratamento⁷. Foi confeccionada para fornecer uma oclusal ideal nas situações estáticas e dinâmicas, através do maior número de contatos simultâneos, produzindo uma força equivalente entre a placa e os dentes opostos. Segundo Gray e Davies¹⁵ (2001), deve ser ajustada até que uma posição mandibular estável seja encontrada, o que foi realizado neste estudo.

O padrão de uso da placa oclusal não interfere no resultado final do tratamento, logo, foi indicado neste estudo o uso somente noturno. O uso dessa placa por curtos períodos (durante a noite) produz resultados satisfatórios a longo prazo²⁹.

A aferição da dor, utilizando diferentes escalas, é muito importante na prática clínica e pode ser usada pelo clínico para obter uma imagem completa do estado e das necessidades de qualquer paciente³⁴. Assim, como em outros estudos, a VAS^{5,13,17-19}, a NRS e o questionário de McGill^{22-23,35-36} foram utilizados como instrumentos para essa aferição.

As avaliações, antes e após o tratamento, com as escalas monitoraram a resposta ao tratamento proposto¹⁰ e os resultados foram satisfatórios. Os valores médios de dor da VAS após três meses de uso de placa oclusal não reduziram significativamente em relação aos iniciais. No entanto, após seis meses sim, o que representou um maior tempo necessário para que resultados significativos de melhora fossem observados, identificado por este meio de aferição em relação aos demais, os quais diferiram significativamente dos valores iniciais logo após três meses, mantendo-se após seis meses. Já entre três e seis meses nenhum efeito significativo foi encontrado ($p > 0,05$), ou seja, nossos resultados estão em acordo com demais estudos¹⁴ que sugerem o tempo de três meses de tratamento com placa oclusal suficiente para mostrar seus efeitos benéficos em relação à dor. Salientamos que, a melhora clínica dos sintomas poderia ter ocorrido sem que o tratamento com a placa oclusal fosse realizado. Assim, a falta de um grupo de controle com o tratamento placebo é a principal limitação do presente trabalho.

Conclusão

Considerando-se a metodologia aplicada no presente estudo, pode-se concluir que o uso de placa oclusal contribuiu com a melhora da sintomatologia dolorosa após três meses de tratamento, utilizando

escalas subjetivas de dor, como o método de avaliação de dor, o que dá credibilidade a essa modalidade de tratamento. Essa melhora se manteve aos seis meses em comparação aos dados iniciais, porém não aumentou significativamente em relação aos três meses.

Abstract

Objective: To analyze the effect of the use of acrylic occlusal splint in patients with Temporomandibular Dysfunction (TMD) through three subjective pain scales: Visual Analogue Scale (VAS), Numerical Rating Scale (NRS), and McGill Pain Questionnaire (MGPPQ), before and after 3 and 6 months using the device. Methods: The sample comprised 24 patients assisted in the Occlusion Clinic of the Federal University of Santa Maria (UFSM), RS, Brazil, appropriate to the inclusion criteria. The subjective pain scales were applied before and after 3 and 6 months of occlusal splint use. The values of pain recorded by each of the scales were analyzed by descriptive statistics in the program SPSS (Statistical Package for Social Sciences, version 18.0). Regularity of distribution was verified through the Shapiro-Wilk test. The values of pain before and after 3 and 6 months of use were compared using the nonparametric Wilcoxon test ($\alpha = 0,05$). Results: Statistically significant values of improvement in pain symptoms for patients with TMD were found in all scales evaluated, except for the VAS (baseline x 3 months) and MGPPQ sensorial subdivision (baseline x 6 months). Conclusion: It is suggested that the use of occlusal splint contributes to the amendment of pain symptoms after 3 months of treatment, using the NRS and MGPPQ scales as method of pain assessment, giving credibility to this type of treatment.

Keywords: Pain measurement. Occlusal splints. Scales. Temporomandibular joint disorders.

Referências

1. Merksey H, Bogduk N. IASP Pain terminology. In: Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definition of pain terms (2.ed). Seattle: IASP Press, 1994.
2. De Lacerda JT, Simionato EM, Peres KG, Peres MA, Traebert J, Marcenes W. Dor de origem dental como motivo de consulta odontológica em uma população adulta. Rev Saúde Pública 2004; 38(3):453-8.
3. Turk DC, Melzack R. The measurement of pain and the assessment of people experiencing pain. Handbook of pain assessment (2. ed). New York: Gilford Press, 2001.
4. Management of Temporomandibular disorders. JADA 1996; 127:1595-1603.
5. Conti PCR, Santos CN, Kogawa EV, Conti ACF, Araujo CRP. The treatment of painful temporomandibular joint clicking with oral splints. JADA 2006; 137:1108-14.
6. Goldstein BH. Temporomandibular disorders: a review of current understanding. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1999; 88:379-85.
7. Al-Ani Z, Gray JR, Davies SJ, Sloan P, Glennly AM. Stabilization splint therapy for the treatment of temporomandibular myofascial pain: a systematic review. JDE 2005;69:1242-50.

8. Oral K, Bal Küçük B, Dinçer S. Etiology of temporomandibular disorder pain. *Agri* 2009; 21:89-94.
9. Garcia AR, Sousa V. Desordens temporomandibulares: causa de dor de cabeça e limitação da função mandibular. *Rev. da APCD* 1998; 52:480-6.
10. Scully C, Felix DH. Oral medicine: update for dental practitioner. *Br Dent J* 2006; 200:75-83.
11. Shinal RM, Fillingim RB. Overview of orofacial pain: epidemiology and gender differences in orofacial pain. *Dent Clin N Am* 2007; 51:1-18.
12. Levitt SR, McKinney MW. Validating the tmj scale in a national sample of 10,000 patients: demographic and epidemiologic characteristics. *J Orofac Pain* 1994; 8:25-35.
13. Ekberg E, Nilner M. Treatment outcome of appliance therapy in temporomandibular disorder patients with myofascial pain after 6 ans 12 months. *Acta Odontol Scand* 2004; 62:343-49.
14. Truelove E, Huggins KH, Mancl L, Dworkin SF. The efficacy of traditional, low-cost, and nonsplint therapies for temporomandibular disorder. *JADA* 2006; 137:1099-107.
15. Gray RJM, Davies SJ. Occlusal splints and temporomandibular disorders: Why, When, How? *Dental Update* 2001; 28:194-199.
16. McNeill C. Management of temporomandibular disorders: Concepts and Controversies. *J Prosthet Dent* 1997; 77:510-22.
17. Johansson A, Wenneberg B, Wagersten C, Haraldson T. Acupuncture in treatment of facial muscular pain. *Acta Odontol Scand* 1991; 49:153-8.
18. Nilner M, Ekberg E, Doepel M, Andersson J, Selovuo K, Bell YL. Short-term effectiveness of a prefabricated occlusal appliance in patients with myofascial pain. *J Orofac Pain* 2008; 22:209-18.
19. Dao TTT, Lavigne JG, Charbonneau A, Feine JS, Lund JP. The efficacy of oral splints in the treatment of myofascial pain of the jaw muscles: a controlled clinical trial. *Pain* 1994; 56:86-94.
20. Costa LCM, Maher CG, McAuley JH, Hancock MJ, Oliveira WM, Azevedo DC et al. The Brazilian-Portuguese versions of the McGill Pain Questionnaire were reproducible, valid, and responsive in patients with musculoskeletal pain. *J Clin Epidemiol* 2011; 64:903-12.
21. Costa LOP, Maher CG, Latimer J, Ferreira PH, Ferreira ML, Pozzi GP et al. Clinimetric testing of three self-report outcome measures for low back pain patients in Brazil. *Spine* 2008; 33:2459-63.
22. Pedroni CR, Oliveira AS, Bérzin F. pain characteristics of temporomandibular disorder: a pilot study in patients with cervical spine dysfunction. *J Appl Oral Sci* 2006; 14:388-92.
23. Campbell LC, Riley JL, Kashikar-Zuck S, Gremillion H, Robinson ME. Somatic, affective, and pain characteristics of chronic TMD patients with sexual versus physical abuse histories. *J Orofac Pain* 2000; 14:112-9.
24. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain* 1975; 1:277-99.
25. Varoli FK, Pedrazzi V. Adapted Version of the McGill Pain Questionnaire to Brazilian Portuguese. *Braz Dent J* 2006; 17:328-35.
26. Oliveira AS. Evaluation of quality of life and pain in Temporomandibular Disorders. *Braz J Oral Sci* 2005; 4:646-50.
27. Pimenta CAM, Teixeira MJ. Questionário de dor de McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. *Ver. Esc. Enf. USP* 1996; 30:473-83.
28. Fonseca DM, Bonfante G, Valle AL, Freitas SFT. Diagnóstico pela anamnese da disfunção craniomandibular. *RGO* 1994; 42:23-8.
29. Davies SJ, Gray RJM. The pattern of splint usage in the management of two common temporomandibular disorders Part II: the stabilization splint in the treatment of pain dysfunction syndrome. *Br Dent J* 1997; 183:247-51.
30. Davies SJ, Gray RJM. The pattern of splint usage in the management of two common temporomandibular disorders Part III: long-term follow-up in an assessment of splint therapy in the management of disc displacement with reduction and pain dysfunction. *Br Dent J* 1997; 183:279-83.
31. Hargreaves KM. Orofacial pain. *Pain* 2011; 152:S25-S32.
32. Petrucci A, Sgolastra F, Gatto R, Mattei A, Monaco A. Effectiveness of low-level laser therapy in temporomandibular disorders: a systematic review and meta-analysis. *J Orofac Pain* 2011; 25:298-307.
33. Tsukiyama Y, Baba K, Clark GT. An evidence-based assessment of occlusal adjustment as a treatment for temporomandibular disorders. *J Prosthet Dent* 2001; 86:57-66.
34. Huber A, Suman AL, Rendo CA, Biasi G, Marcolongo R, Carli G. Dimensions of "unidimensional" ratings of pain and emotions in patients with chronic musculoskeletal pain. *Pain* 2007; 130:216-24.
35. Mongini F, Italiano M. TMJ disorders and myogenic facial pain: a discriminative analysis using the McGill Pain Questionnaire. *Pain* 2001; 91:323-30.
36. Reisine ST, Fertig J, Weber J, Leder S. Impact of dental cotiditions on patients' quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol* 1989; 17:7-10.

Endereço para correspondência:

Juliana Broch
 Rua Marechal Floriano Peixoto, 1184
 97015-372 Santa Maria-RS
 Fones: 55-9148-0859, 55-8139-6236
 Fax: 55-3220-9272.
 E-mail: ju_broch@hotmail.com

Recebido: 23/10/2012. Aceito: 14/12/2012.