

Escalas subjetivas de dor e índices de prevalência de disfunção temporomandibular

MÔNICA NOGUEIRA PIGOZZO*, JULIANA MAROTTI*, DALVA CRUZ LAGANÁ**, TOMIE TOYOTA DE CAMPOS**, PEDRO TORTAMANO NETO***, MARIA CECÍLIA MILUZZI YAMADA**

*Doutorandas do Departamento de Prótese da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP) – São Paulo/SP.

**Professoras Titulares do Departamento de Prótese da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP) – São Paulo/SP.

***Professor Doutor do Departamento de Prótese da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP) – São Paulo/SP.

RESUMO

Em Odontologia, o estudo da dor é muito importante, embora atue sobre uma área restrita. A sintomatologia dolorosa apresenta variações individuais e temporais, dificultando a sua caracterização e, conseqüentemente, sua avaliação. Tal avaliação é fundamental para acompanhar a evolução clínica do paciente, para então realizar os ajustes necessários ao tratamento. O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão da literatura sobre as escalas subjetivas de dor, a fim de apresentar o seu uso mais comum e esclarecer suas características e formas de aplicação focando em estudos sobre a disfunção temporomandibular.

DESCRIPTORIOS

Dor. Articulação temporomandibular. Síndrome da disfunção da articulação temporomandibular.

INTRODUÇÃO

Conceituada pela Associação Internacional para o estudo da dor como “uma experiência sensorial desagradável, associada ou não a uma lesão tecidual potencial ou real, ou descrita em termos de tais danos”, a dor é um dos principais motivos das consultas médicas e odontológicas¹⁶. Embora geralmente caracterizada em função de sua etiopatogenia, muitas vezes a experiência dolorosa apresenta variações individuais e temporais, dificultando a sua caracterização. O comitê de taxono-

mia da (IASP) Associação Internacional para o Estudo da Dor classifica mais de 600 condições álgicas, muitas delas com etiopatogenia ainda desconhecida¹⁶. Em âmbito clínico, a caracterização da dor do indivíduo auxilia não apenas na distinção do fator causal ou de seu diagnóstico, mas na descrição da própria experiência dolorosa e na avaliação do impacto da dor na vida do indivíduo²³. Em pesquisa, a importância da caracterização precisa da experiência dolorosa é bem clara por auxiliar na avaliação sistematizada da dor. Nesse contexto, as ferramentas mais comuns são as escalas, oriundas de métodos fisiológicos de estudo da nocicepção, da psicofísica, ou de escalas comportamentais de humor e ansiedade, permitindo a avaliação de não apenas um único, mas diversos aspectos da dor (escalas uni- ou multidimensionais), além de permitir sua ordenação²⁰.

Em Odontologia, o estudo da dor é muito importante, embora atue sobre uma área restrita. Assim, o cirurgião-dentista clínico e/ou pesquisador depara-se com as dificuldades de caracterização e avaliação da experiência dolorosa. Frequentemente, por familiaridade com uma por ou desconhecimento das outras, o profissional aplica equivocadamente essa ferramenta, deixando de explorar seu potencial⁸.

A escassez de estudos sobre a dor na área da Odontologia se deve provavelmente ao fato de a mesma não ser uma prioridade de cuidado pelo profissional, que simplesmente aceita o fato da sua existência, sem contudo preocupar-se com sua intensidade e/ou evolução. A avaliação da dor e o registro sistemático e periódico de sua intensidade são fundamentais para acompanhar a evolução dos pacientes e realizar os ajustes necessários ao tratamento⁶.

Levando em conta todas as considerações acima, objetivou-se uma revisão da literatura a respeito das escalas subjetivas de dor, a fim de apresentar o seu uso mais comum e esclarecer suas características e formas

Autor para correspondência

Juliana Marotti

Departamento de Prótese da Faculdade de Odontologia da USP

Av. Prof. Lineu Prestes, 2227 – Cidade Universitária

CEP 05508-000 – São Paulo/SP

Tel/Fax: (11) 3091-7888

E-mail: marotti@usp.br

de aplicação, focando em estudos sobre índices de prevalência da disfunção temporomandibular (DTM). Embora diversas escalas tenham sido publicadas e personalizadas para uso específico, este estudo se atém às mais estudadas e utilizadas: a escala analógica visual (VAS, do inglês Visual Analogue Scale) e suas variações; a escala numérica (NRS, do inglês Numerical Rating Scal); a escala comportamental (BRS, do inglês Behavioral Rating Scale); a escala descritiva verbal (VDS, do inglês Verbal Descriptive Scale); o questionário de dor de McGill (MG PQ); e o índice de Helkimo.

REVISÃO DA LITERATURA

As escalas subjetivas de dor têm por objetivo mensurar, qualificar ou avaliar o comportamento do indivíduo frente à experiência dolorosa. A dor geralmente é caracterizada em função da sua etiopatogenia, mas a experiência dolorosa apresenta variações individuais e temporais, o que dificulta a sua caracterização. Porém, em pesquisa, é extremamente importante caracterizar precisamente a experiência dolorosa. Por isso, é preciso realizar uma avaliação sistematizada para tentar transformar dados subjetivos, como a dor, em dados objetivos, ou seja, números representativos dessa dor, possibilitando análises estatísticas para avaliar o impacto da dor na vida do paciente. Nesse contexto, surgiram as escalas subjetivas de dor, fundamentadas em métodos fisiológicos de estudos da nocicepção, métodos psicofísicos ou comportamentais, permitindo a avaliação de alguns aspectos da dor^{5,23}.

E quais os motivos pelos quais essas escalas nos permitem avaliar apenas alguns aspectos dessa dor, impossibilitando que avaliemos a dor como um todo? A experiência de dor abrange desde o estímulo nociceptivo até a reação do indivíduo; além disso, pode ser percebida por um observador de diferentes formas¹⁶. É importante saber diferenciar dor de nocicepção e de comportamento doloroso ou sofrimento. A nocicepção é o processamento de um estímulo de nociceptores, que podem ser percebidos como dor. Por sua vez, dor é a percepção e a modulação de determinados processos aferentes e eferentes. Comportamento doloroso e sofrimento envolvem relações interpessoais; é quando o paciente associa a sua dor, problemas ocupacionais de trabalho, problemas afetivos ou econômicos, ou seja, o paciente somatiza à dor dele alguns aspectos importantes de sua vida²³.

Frente a essa individualidade da dor e sua abrangência, pode-se presumir a dificuldade de mensurá-la em seu todo, já que apresenta uma natureza multidimensional

e tem diversos efeitos sobre a qualidade de vida. Dentre as escalas subjetivas de dor que permitem avaliar alguns aspectos da dor, a primeira a ser abordada será a Escala Analógica Visual (VAS). É uma das escalas mais utilizadas e também a que apresenta mais controvérsias por simplificar demasiadamente a experiência da dor²⁰. Em sua forma convencional, ela se apresenta como uma linha horizontal com 10 cm de comprimento, sem marcas graduadas ou números, e os seguintes descritores de dor: na extremidade esquerda da escala, sem dor, ausência de dor; e na extremidade direita, o descritor de máxima dor possível. Inicialmente, a VAS era aplicada em avaliações psicológicas e educacionais²⁵. Com o passar do tempo, passou a ser utilizada para mensurar o bem-estar, os sentimentos e, posteriormente, para quantificar de forma objetiva a dor. Dessa forma, essa escala pode ser utilizada para estudos de mecanismos da dor, comprovação de efeitos de analgésicos e avaliações de terapias de dor^{8,20}.

Após a publicação da VAS, outras variações de escalas foram apresentadas, dentre elas a Escala Numérica, também conhecida como NRS. Essa numeração pode ser variada, porém sempre partindo do zero. A escala numérica pode ser aplicada visualmente ou verbalmente⁵. Uma variante dessa escala seria a *Box Scale*, em que os números ficam confinados em caixas, não permitindo que os pacientes atribuam números que não sejam inteiros à sua experiência de dor¹².

Outra forma de avaliação da dor seriam as escalas descritivas verbais, ou VDS, que são escalas categóricas, ou seja, apresentam categorias variadas nas quais são apresentados adjetivos descritivos da intensidade da dor. As escalas partem do escore sem dor, ausência de dor até ao máximo da dor, uma dor insuportável^{11,12}. Esses descritores de dor variam bastante entre autores e têm o objetivo de descrever as qualidades da sensação dolorosa. Inclusive, deve-se tomar muito cuidado com suas traduções para não torná-los inconsistentes, invalidando a Escala Descritiva Verbal a ser utilizada⁷. As escalas comportamentais BRS também são escalas categóricas semelhantes às VDS, porém suas categorias exprimem descrições do comportamento do indivíduo em relação à sua experiência dolorosa. A premissa de tais escalas é que todo paciente com dor apresentaria sinais, manifestações e um comportamento que poderia ser observado de tais instrumentos²³.

Skevington²¹ sugeriu que sempre haveria disparidade entre relatos subjetivos do paciente e observações objetivas de seu comportamento. Outro problema seria a possibilidade de um paciente manter certo tipo de

comportamento na ausência de dor, fosse para receber atenção, fosse por comodidade. Coulthard *et al.*⁴ concluíram que a observação comportamental não seria um bom método de avaliação para a dor aguda, visto que o paciente não apresentaria ainda um tempo de convivência com a dor para poder desenvolver um comportamento padrão frente à essa experiência.

O questionário de dor de McGill, ou MGPQ (McGill Pain Questionnaire), foi introduzido por Melzack¹⁵. Na realidade, recebe o nome de questionário de dor, mas esse é um índice multidimensional de dor que permite avaliá-la em seus aspectos sensorial, cognitivo e afetivo. O questionário de dor de McGill foi desenvolvido através de descritores de dor obtidos a partir de pacientes diabéticos prestes a sofrer amputação de membros. Mais tarde, foi aplicado em pacientes com câncer com o intuito de testar efeitos de analgésicos. Melzack, na realidade, era um psicólogo da Universidade de McGill, Montreal, Canadá, por isso o índice multidimensional de dor recebe esse nome. No índice, as 20 subclasses de descritores de dor estão divididos em 4 grandes classes (S, A, E e M) que seriam: a classe “S” de sensory, relativa à sensação que o paciente apresenta frente à experiência de dor, esses descritores estão presentes no quadro de 1 a 10 do índice; “A” de affective, que mostra o sentimento do paciente em relação a dor, descritores presentes nos quadros de 11 a 15; “E” de evaluative, que são os descritores presentes no quadro 16, que ilustra uma estimativa da evolução da dor do paciente, e “M” de *Miscellaneous* que seriam descritores que avaliam a dor de forma variada, presentes nos quadros 17 a 20 do índice. O valor da fileira de cada descritor é baseado na posição da palavra, e a soma desses valores deve ser colocada no índice de avaliação de dor, presente na parte superior do índice, o pain rating index (PRI).

Ainda há a possibilidade de avaliar a intensidade de dor com base em uma escala de 0, ausência de dor, a 5, presença de uma dor excruciante. E o paciente também pode fazer comentários sobre a sua dor, em um quadro específico para isso, além de apontar a localização da dor em dois desenhos do corpo humano, sendo atribuído a esses desenhos a letra E para a localização da dor externa, e I para a dor interna. Melzack selecionou palavras, descritores de dor, de uma lista ordenada em estudos prévios de acordo com a intensidade e os aspectos sensitivo, afetivo e avaliativo da dor, separando-os em 20 subcategorias¹⁵.

Pacientes que preencheram a escala mais de uma vez demonstraram resultados consistentes. A partir do

questionário, três índices principais podem ser obtidos: o índice de dor, a partir da associação das palavras assinaladas pelos pacientes e a ordem atribuída às subcategorias do questionário; o número de palavras escolhidas; e a intensidade de dor presente, representada por uma escala numérica de 0 (ausência de dor) a 5 (presença de dor excruciante).

O índice de Helkimo, publicado em 1974⁹, é utilizado para avaliar a prevalência de disfunção crânio-mandibular (DCM) e consiste em avaliações divididas em três subclassificações: 1º, um índice anamnético baseado nos diferentes sintomas de disfunção do sistema mastigatório relatados pelos indivíduos durante a anamnese. Este índice pode se apresentar em três graus: Ai0, composto por indivíduos livres de sintomas de disfunção; AiI, composto por indivíduos com sintomas suaves de disfunção, tais como fadiga muscular; e AiII, composto por indivíduos com sintomas severos de disfunção, tais como dificuldade de abertura de boca, travamento, luxação, dor muscular e articular; 2º, um índice de disfunção clínica que considera uma avaliação funcional do sistema mastigatório. De acordo com a presença e/ou severidade desses sintomas clínicos, os indivíduos recebem uma pontuação de 0, 1 ou 5 para o grau de movimentação mandibular, diminuição da função da articulação temporomandibular (ATM), dor muscular à palpação, dor na ATM à palpação e dor ao movimento mandibular. Os sintomas são registrados somente quando claramente evidenciados. Assim, de acordo com a pontuação obtida, os indivíduos serão classificados em quatro grupos: DiI, 0 pontos, são os indivíduos livres de sintomas de disfunção; DiII, 1 a 4 pontos, são os pacientes com sintomas suaves de disfunção; e DiIII, 5 a 9 pontos, são os indivíduos com sintomas severos de disfunção. E 3º, um índice oclusal obtido por meio de uma análise oclusal de cada paciente. De acordo com os dados obtidos em cada item, os indivíduos recebem uma pontuação de 0, 1 ou 5, de acordo com o número de dentes presentes, número de dentes em oclusão, presença de interferência oclusal entre relação cêntrica e oclusão cêntrica e interferência articular. De acordo com a pontuação obtida, os indivíduos são classificados em três grupos: OiI, 0 pontos, são os pacientes que não apresentam distúrbio oclusal ou articular; OiII, de 1 a 4 pontos, são os pacientes que apresentam distúrbio oclusal ou articular moderado e OiIII, de 5 a 20 pontos, pacientes que apresentam distúrbio oclusal ou articular severo.

De acordo com Turk *et al.*²³, os fatores mais importantes na escolha de uma escala seria: validade, sen-

sibilidade, reprodutibilidade e praticidade. Além disso, a forma de aplicação da escala pelo avaliador também é capaz de influenciar os resultados. Mesmo a melhor das escalas traz resultados não confiáveis quando usada incorretamente, e embora a maioria dos estudos façam uso de testes estatísticos não paramétricos para avaliar os resultados obtidos, é aconselhável consultar um estatístico para que seja analisada a possibilidade de uso de testes paramétricos.

DISCUSSÃO

A experiência da dor abrange desde o estímulo nociceptivo até a reação do indivíduo à sensação explicitada; assim, a dor pode ser percebida por um observador de diversas formas, dependendo do aspecto de interesse. Frente a essa individualidade da dor e sua abrangência, podemos presumir a dificuldade em mensurá-la e caracterizá-la, já que ela apresenta uma natureza multidimensional e tem diversos efeitos sobre a qualidade de vida do indivíduo.

O controle da dor é uma atribuição de todo profissional de saúde. Conceitos fundamentais a respeito dos mecanismos de dor e de suas repercussões nas áreas física, emocional e social dos indivíduos, das possibilidades diagnósticas e sobre princípios da terapêutica devem ser conhecidos por todos aqueles que atuam em qualquer campo das ciências da saúde. A avaliação da dor por meio de seu correto e periódico registro tem fundamental importância no acompanhamento da evolução dos pacientes, permitindo um tratamento mais específico e adequado. A inclusão da avaliação da dor junto aos sinais vitais pode assegurar que todos os pacientes tenham acesso às intervenções para o controle da dor da mesma forma que se dá o tratamento imediato das alterações dos demais controles, que são: pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura. Acreditamos que os clínicos, assim como os pesquisadores, constantemente questionam os pacientes quanto à presença da dor; porém, a existência de um instrumento para avaliação da dor como o quinto sinal vital, com o propósito de obter informações rápidas sobre sua intensidade, facilitaria a administração analgésica, promovendo uma recuperação mais rápida e colaborando para o bem-estar do paciente⁶.

Dentre as escalas subjetivas de dor, a mais utilizada é a VAS, apresentando como vantagem a simplicidade, a facilidade de uso e a versatilidade². Além disso, é uma escala que apresenta boa correlação entre as medidas repetidas de intensidade de dor, ou seja, se você pergunta a um paciente se houve melhora após a aplicação

de uma terapia em relação à última consulta, em que ele preencheu a VAS, e ele afirma que não houve melhora, provavelmente os pontos assinalados da intensidade de dor na 1ª e 2ª escalas estarão bem próximos, o que comprova a sua reprodutibilidade e validade¹³.

Como desvantagem, a VAS apresenta maior índice de erros quando comparada a outros tipos de escalas, e ela poderia perder a confiabilidade no caso de pacientes com alguma dificuldade cognitiva, tais como idosos ou crianças. Kremer *et al.*¹³ afirmaram que os pacientes não devem ter acesso às primeiras escalas preenchidas, porque isso poderia influenciar os registros atuais. O autor afirma, ainda, que os pacientes tenderiam a superestimar a intensidade dolorosa e confrontar com os registros iniciais, permitindo alterações e correções no preenchimento da escala. Porém, Heft *et al.*⁸ afirmaram que o paciente deve ter acesso às escalas anteriormente preenchidas, justamente para conseguir registrar a sua melhora. Porém, na maioria das pesquisas revisadas neste trabalho, o paciente não teve acesso às escalas preenchidas anteriormente.

Hepguler *et al.*¹⁰ realizaram um estudo clínico cego e cruzado utilizando a VAS para testar a terapia de aplicação de ácido hialurônico em articulação com deslocamento de disco com redução. Assim, 38 pacientes foram divididos em dois grupos, sendo que todos receberam terapias de placas e fisioterapia. Em relação à terapia a ser testada, um grupo recebeu a injeção intra-articular da medicação de ácido hialurônico, enquanto o outro grupo recebeu injeção intra-articular de solução de soro fisiológico. Em uma segunda avaliação por meio da VAS, os pacientes que receberam a solução de soro, passaram a receber a medicação e vice-versa. Os autores concluíram que a medicação foi eficaz no tratamento de deslocamento de disco com redução.

Já as escalas numéricas têm a vantagem de apresentar várias possibilidades de pontuação e causarem menos confusão em relação às VAS devido à presença dos números¹². Paice *et al.*¹⁸ sugeriram que as escalas numéricas seriam bastante válidas e confiáveis. Em seu estudo com pacientes com câncer, houve uma preferência pelas escalas numéricas em detrimento das escalas analógicas visuais. Conti *et al.*³ observaram que a escala numérica foi mais objetiva, fácil de ser utilizada e, portanto, mais precisa que a VAS em estudo com pacientes disfuncionados.

As VDS apresentariam como vantagem a possibilidade de especificar dimensões diferentes da dor, permitindo a comparação de níveis entre grupos e a facilidade de uso por profissionais não ligados à área da pesquisa⁷.

Além disso, é uma escala prática por necessitar de pouca ou nenhuma instrução para ser aplicada. As desvantagens seriam que a escala resume uma grande gama de sensações de dor em apenas quatro a cinco categorias, tendendo a supervalorizar o relato de dor em relação à VAS. As palavras não teriam o mesmo significado para todos os paciente. O gênero e a idade influenciariam nos significados dos descritores verbais, bem como fatores socioeconômicos, étnicos e educacionais¹.

Um estudo²⁴ analisou o uso de VDS e da escala analógica visual na avaliação da dor pós-exodontia, em pacientes recebendo analgésico e placebo. Os resultados foram submetidos à análise estatística não paramétrica, que mostrou ausência de diferença estatisticamente significativa entre as escalas; além disso, a aceitação e a cooperatividade dos pacientes foi a mesma para ambas. Em outro estudo¹³, pacientes com dor crônica puderam preencher três escalas: aVAS, a escala numérica e a VDS. O registro nas três escalas apresentou correlação significativa, já os pacientes deram preferência à escala descritiva, embora isso não tenha influenciado os resultados. Um estudo¹⁴ comparou a VAS à e BRS em pacientes com dor crônica. Foram tomados registros pré-tratamento e outros quatro pós-tratamento. Ao final do experimento, os voluntários preencheram as escalas tentando se lembrar da dor inicial. As escalas se correlacionaram fortemente. A cooperatividade do paciente foi alta para ambas as escalas.

Em relação às desvantagens das escalas que utilizam descritores, foi observado²⁵ que a tradução desses descritores de dor os tornava inconsistente, invalidando a escala a ser utilizada, por isso foi realizado um estudo¹⁹ para validar a tradução para o português do questionário de dor de McGill. Outra desvantagem seria a dificuldade de alguns pacientes em compreenderem termos mais complexos, além da reduzida aplicabilidade em pacientes enfermos e com dificuldade cognitiva.

Com o intuito de diferenciar cefaleia vascular de cefaleia tensional (duas dores crônicas), realizou-se um estudo¹⁷ utilizando o questionário de dor de McGill. O objetivo foi avaliar se o questionário era sensível o suficiente para detectar diferenças entre essas duas enfermidades clínicas. Os resultados indicaram que o questionário foi capaz de diferenciar a cefaleia tensional da vascular.

Foi realizado um trabalho²² com o objetivo de diferenciar, por meio do índice de Helkimo, a sintomatologia de disfunção crânio-mandibular entre gêneros e diferentes faixas etárias. Foi constatada diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres na sintomatologia de disfunção temporomandibular. Assim, a opção por uma ou outra escala deve levar em consideração o quadro clínico a ser estudado, a capacidade física e cognitiva do paciente, seu grau de alfabetização e seu nível cultural. Em estudo com escalas, devem-se tomar alguns cuidados metodológicos, como a forma de apresentação e administração da escala, a análise estatística, a possibilidade de comparação de resultados e a sua relevância clínica frente às limitações desse tipo de pesquisa.

CONCLUSÃO

Embora ainda haja controvérsias a respeito das principais escalas subjetivas de dor, a necessidade de avaliação da dor as torna ferramentas úteis e indispensáveis na prática tanto clínica quanto laboratorial. Além disso, a literatura é razoavelmente concordante em relação à sensibilidade e confiabilidade das VAS, NRS, BRS, VDS, MGPD e Índice de Helkimo. As características únicas de cada escala mostram que é imprescindível que o pesquisador conheça as principais características da escala que estiver usando para obter maior benefício no controle e nos ajustes necessários ao tratamento.

ABSTRACT

Pain assessment tools and temporomandibular dysfunction prevalence indexes

In Dentistry, the study of pain is very important, even though it acts on a restricted area. The pain has individual and secular variations, making its characterization and, consequently, its evaluation difficult. This evaluation is essential to follow the patient's clinical development, thus enabling the necessary adjustments on treatment. The aim of this study was to perform a literature review based on pain assessment tools, in order to present its more common use and to depict its characteristics and ways of application focusing on temporomandibular dysfunction studies.

DESCRIPTORS

Pain. Temporomandibular joint. Temporomandibular joint dysfunction Syndrome

REFERÊNCIAS

- Adler R. Practical problems in the treatment of pain]. *Schweiz Med Wochenschr.* 1975;105(12):378-84.
- Bodian CA, Freedman G, Hossain S, Eisenkraft JB, Beilin Y. The visual analog scale for pain: clinical significance in postoperative patients. *Anesthesiology.* 2001;95(6):1356-61.
- Conti PC, de Azevedo LR, de Souza NV, Ferreira FV. Pain measurement in TMD patients: evaluation of precision and sensitivity of different scales. *J Oral Rehabil.* 2001;28(6):534-9.
- Coulthard P, Pleuvry BJ, Dobson M, Price M. Behavioural measurement of postoperative pain after oral surgery. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2000;38(2):127-31.
- Downie WW, Leatham PA, Rhind VM, Wright V, Branco JA, Anderson JA. Studies with pain rating scales. *Ann Rheum Dis.* 1978;37(4):378-81.
- Gonçalves FHS, Pereira MGN, Cezar ES. Avaliação da intensidade da dor em pacientes submetidos a amigdalectomia. *Cienc Cuid Saude.* 2007;6(1):85-94.
- Gracely RH, Dubner R. Pain assessment in humans -- a reply to Hall. *Pain.* 1981;11(1):109-20.
- Heft MW, Gracely RH, Dubner R, McGrath PA. A validation model for verbal description scaling of human clinical pain. *Pain.* 1980;9(3):363-73.
- Helkimo M. Studies on function and dysfunction of the masticatory system. 3. Analyses of anamnestic and clinical recordings of dysfunction with the aid of indices. *Sven Tandlak Tidsskr.* 1974;67(3):165-81.
- Hepguler S, Akkoc YS, Pehlivan M, Ozturk C, Celebi G, Saracoglu A, et al. The efficacy of intra-articular sodium hyaluronate in patients with reducing displaced disc of the temporomandibular joint. *J Oral Rehabil.* 2002;29(1):80-6.
- Huskisson EC. Measurement of pain. *Lancet.* 1974;2(7889):1127-31.
- Jensen MP, Karoly P, Braver S. The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods. *Pain.* 1986;27(1):117-26.
- Kremer E, Atkinson JH, Ignelzi RJ. Measurement of pain: patient preference does not confound pain measurement. *Pain.* 1981;10(2):241-8.
- Linton SJ, Gotestam KG. A clinical comparison of two pain scales: correlation, remembering chronic pain, and a measure of compliance. *Pain.* 1983;17(1):57-65.
- Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain.* 1975;1(3):277-99.
- Merkese H, Bogduk N. *IASP Pain terminology.* 2 ed. Seattle: IASP Press; 1994.
- Mongini F, Deregibus A, Raviola F, Mongini T. Confirmation of the distinction between chronic migraine and chronic tension-type headache by the McGill Pain Questionnaire. *Headache.* 2003;43(8):867-77.
- Paice JA, Cohen FL. Validity of a verbally administered numeric rating scale to measure cancer pain intensity. *Cancer Nurs.* 1997;20(2):88-93.
- Pimenta CAM, Teixeira MJ. Questionário de dor de McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. *Rev Bras Anestesiol.* 1997;47(2):177-86.
- Seymour RA. The use of pain scales in assessing the efficacy of analgesics in post-operative dental pain. *Eur J Clin Pharmacol.* 1982;23(5):441-4.
- Skevington SM. Activities as indices of illness behaviour in chronic pain. *Pain.* 1983;15(3):295-307.
- Teixeira VCB, Matias KS, Procópio ASF, Luz JGC. Sintomatologia das disfunções da articulação temporomandibular conforme o gênero e a faixa etária por meio dos índices de Helkimo. *Rev Odontol UNICID.* 2003;15(3):193-9.
- Turk DC, Melzack R. *The measure of pain and the assessment of people experiencing pain.* 2 ed. New York: Guilford Press; 2001.
- von Graffenried B, Nuesch E, Maeglin B, Hagler W, Kuhn M. Assessment of analgesics in dental surgery outpatients. *Eur J Clin Pharmacol.* 1980;18(6):479-82.
- Wright KD, Asmundson GJ, McCreary DR. Factorial validity of the short-form McGill pain questionnaire (SF-MPQ). *Eur J Pain.* 2001;5(3):279-84.

Recebido: 01/06/09

Aceito: 21/12/09