

O papel das orientações cognitivo-comportamentais aos pacientes com dor miofascial – Uma breve revisão

The role of cognitive-behavioral orientation to patients with miofascial pain – A brief review

¹Ane Helena Valle Versiani, ²Betania Mara Franco Alves, ³Ariovaldo Alberto da Silva Junior
^{1,2}Fisioterapeutas. Pós-graduandas da Unifesp; ³Neurologista. Ambulatório de Dor Orofacial do CETRO-MG

Versiani AHV, Alves BMF, Silva Junior AA. O papel das orientações cognitivo-comportamentais aos pacientes com dor miofascial - Uma breve revisão. *Migrâneas cefaléias* 2009;12(1):25-28

RESUMO

A dor é um mecanismo fisiológico de alerta, sendo uma sensação desagradável de caráter individual. Passa a ser patológica conforme a qualidade das interações dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais. As desordens temporomandibulares (DTM) compreendem um termo coletivo que envolve alterações clínicas que acometem os músculos da mastigação, a articulação temporomandibular (ATM) e estruturas associadas ou ambos. A Síndrome de Dor Miofascial (SDM) é conceituada como uma condição dolorosa local, caracterizada pela presença de bandas musculares tensas palpáveis, nas quais se identificam pontos sensíveis (*trigger point*). A SDM inclui as dores cefálicas e orofaciais. Atualmente a terapia biocomportamental é considerada uma abordagem de tratamento segura, reversível, não invasiva, que inclui uma ampla gama de intervenções. O objetivo deste artigo é realizar uma revisão literária sobre as terapias cognitivas aplicáveis como adjuvante ao tratamento fisioterápico das DTM musculares e fundamentar uma proposta de intervenção cognitivo-comportamental em pacientes com DTM muscular.

Palavras-chave: Dor miofascial; terapia cognitivo-comportamental.

ABSTRACT

Pain is an alertness mechanism of unpleasant and regional sensation. We get sick due to bad quality interactions of biological, social and psychological issues. Temporomandibular disorder (TMD) is a term used to define clinical changes that may happen in masticatory muscles, in the temporomandibular joint, in associated structures or in more than one of them. The myofascial syndrome (MPDS) is defined as a painful regional condition characterized by the presence of taut bands where sensitive spots, the trigger points, can be found. The myofascial syndrome encompasses orofacial and cephalic

pain. Bio-behavioral therapy has been considered to be a safe, reversible, non invasive treatment for this disease and it includes a wide range of interventions. This article aims at developing a literary review of cognitive therapies applicable to the physiotherapeutic context as an auxiliary in the treatment of muscular temporomandibular diseases and proposing a cognitive-behavioral intervention for patients with muscular temporomandibular disorders.

Key words: Myofascial pain dysfunction syndrome; cognitive behavior therapy.

INTRODUÇÃO

A dor é uma sensação desagradável, individual. Porém, apesar de ser um sinal de alerta, vários estudos têm demonstrado que, mesmo na ausência de uma lesão ou disfunção orgânica, a dor pode aparecer.^{1,2}

A intensidade e o caráter da dor são também influenciados pelas experiências anteriores e pela capacidade de compreender as suas causas e conseqüências. A somatização e a hipocondria são exemplos típicos da interação emoção-dor corporal.^{1,3}

A cronicidade dos fatores psicológicos exerce fator intensificador na dor.⁴ Sugere-se que o estresse, a ansiedade e alguns distúrbios emocionais podem exacerbar as desordens temporomandibulares (DTM), particularmente em pacientes que vivenciam a dor crônica. Aproximadamente 75% dos pacientes com DTM têm algum envolvimento de natureza psicológica.⁵

As DTM compreendem um termo coletivo que envolve alterações clínicas que acometem os músculos da mastigação, a articulação temporomandibular (ATM) e estruturas associadas ou ambos.⁶ Podem se apresentar como quadros dolorosos, além de gerarem ruídos articulares durante a movimentação mandibular.⁷ Estima-se que entre 40% a 60% da população apresenta algum sinal ou sintoma de DTM.⁸

A classificação adequada das desordens temporomandibulares compreendem diferentes sinais e sintomas para auxiliar o diagnóstico. Duas classificações têm sido amplamente utilizadas, a clinicamente orientada pela AAOP⁶ e a RDC/TMD, que é utilizada para as pesquisas clínicas.⁹

O mais comum subtipo de desordem temporomandibular na população clínica parece ser a dor miofascial e artralgia, seguida por deslocamento de disco com redução.¹⁰ A Síndrome de Dor Miofascial (SDM) inclui as dores cefálicas e orofaciais.^{11,12} A SDM é conceituada como uma condição dolorosa local caracterizada pela presença de bandas musculares tensas palpáveis, nas quais se identificam pontos sensíveis (*trigger point*).¹¹ Um *trigger point* (TP) é definido como uma sensibilidade localizada e profunda das bandas tensas do músculo esquelético, tendões ou ligamentos, capaz de produzir dor referida numa distribuição anatômica determinada, quando estimulado.¹²

A dor miofascial é frequentemente acompanhada por distúrbios psicológicos, como ansiedade e depressão, além de distúrbios do sono.¹³ São frequentes também parafunções tais como: apertamento dentário, morder objetos, roer unha, mascar chicletes, abrir a boca excessivamente e morder os lábios.¹⁴

Em um estudo com estudantes de enfermagem de 20 a 40 anos de idade, 50% dos sintomas exibidos de SDM estavam associados à musculatura mastigatória.¹⁵ Em outra pesquisa, uma população clínica específica de DTM revelou que a SDM era a causa mais comum de dor de cabeça crônica e cervicálgia (54,6%).¹⁶ Em um estudo realizado em um serviço especializado de cefaleia 81,1% apresentaram diagnóstico de migrânea e, destes, 48,9% dos indivíduos apresentaram diagnóstico de dor miofascial.¹⁷

O termo biocomportamental é utilizado para aplicação das teorias da ciência do comportamento e são métodos usados para mudar a percepção da dor, objetivando a melhora ou eliminação da dimensão afetiva e psicológica da disfunção que frequentemente acompanha a experiência de dor. Atualmente, terapia biocom-

portamental é considerada uma abordagem de tratamento segura, reversível, não invasiva, que inclui uma ampla gama de intervenções tais como: *biofeedback*, terapia cognitiva comportamental, hipnose, reeducação e técnicas de relaxamento.^{14,18}

O objetivo deste estudo foi revisar os métodos disponíveis na literatura para orientações cognitivo-comportamentais em pacientes com SDM.

MÉTODO

Foi feita uma revisão não sistemática da literatura, usando as palavras-chave dor miofascial, cognitivo-comportamental, tratamento conservador, na bases de dados Pubmed usando a seguinte estratégia de busca:

(Cognitive Behavior Therapy) or (Cognitive Behavior Therapies) or (Cognition Therapy) or (Cognition Therapies) or (Cognitive Psychotherapy) or (Cognitive Psychotherapies) or (Therapy, Cognitive) or (Cognitive Therapies) or (Behavior Modification) or (Behavior Modifications) or (Conditioning Therapy) or (Conditioning Therapies) or (Therapy, Behavior) or (Behavior Therapies) and (Joint, Temporomandibular) or (Temporomandibular Joints) or (TMJ) or (Articular Disk, Temporomandibular) or (Articular Disks, Temporomandibular) or (Disk, Temporomandibular Joint) or (Temporomandibular Joint Disks) or (Costen's Syndrome) or (Costen Syndrome) or (Costens Syndrome) or (Myofascial Pain Dysfunction Syndrome, Temporomandibular Joint) or (Temporomandibular Joint Syndrome) or (TMJ Syndrome) or (Disorder, Temporomandibular Joint) or (Disorders, Temporomandibular Joint) or (Temporomandibular Joint Diseases) or (Disease, Temporomandibular Joint) or (TMJ Diseases) or (TMJ Disease) or (Temporomandibular Disorders) or (Temporomandibular Disorder) or (TMJ Disorders) or (Disorder, TMJ).

Foram selecionados os artigos disponíveis que referenciavam a SDM, dentre eles revisões literárias, revisões sistemáticas e ensaios clínicos. Foi realizada também busca manual.

REVISÃO

Uma medida de grande importância para o sucesso do tratamento é a informação sobre a condição real do paciente. O paciente deve receber informações claras sobre: o diagnóstico; anatomia e biomecânica da articulação temporomandibular; músculos e nervos associados à função temporomandibular; fisiopatologia básica da dor;

discussão dos papéis dos fatores comportamentais tais como estresse, sono, preocupação na interpretação da dor; a proposta de tratamento, e, finalmente, instruções fundamentais para o autocuidado no tratamento dos sintomas. Em suma, o paciente deve ser capaz de desmitificar e entender que a causa de sua dor não é "fatal" e que os mecanismos que a alimentam podem ser identificados e modificados. Essas informações devem ser transmitidas de forma positiva para que estimule o máximo possível a pró-atividade em função da melhora.^{4,19}

Controle de hábitos parafuncionais

As atividades parafuncionais aumentam a função dos músculos mastigatórios. Como abordagem primária tem-se a explicação do mecanismo da dor seguido do treinamento consciente proprioceptivo para o reconhecimento e controle dos hábitos, tais como: contatos dentários, apertamento e bruxismo, posição mandibular e da língua, roer unha, mastigar caneta e chicletes, função mastigatória bilateral alternada e controle da abertura da boca, entre outros. Além do enfoque orofacial, solicita-se a percepção do grau de tensão dos músculos do dorso e escapulares, assim como a liberdade de movimento da cabeça e ombros. O uso de diário de dor deve ser introduzido para avaliar o nível de dor e tornar consciente a influência ambiental ou fatores pessoais/emocionais para o aumento desta dor.²⁰

Controle de estresse/ansiedade/relaxamento

Envolvem técnicas para alcançar um nível profundo de repouso fisiológico e psicológico, e a abordagem mais comum para o relaxamento é o treinamento progressivo, ao qual o indivíduo aprende a relaxar sistematicamente um grupo muscular em questão.

Pesquisadores norte-americanos e canadenses enfatizam que a atividade física regular (caminhada rotineira ou outra atividade aeróbica) deve ser introduzida como intervenção sistemática.^{4,21}

Controle alimentar

O hábito de alimentar não deve ter como resultado aumento da dor e deve ser um alvo precoce para o autocuidado. Devem-se evitar alimentos duros que requerem muito esforço mastigatório.¹⁹

Higiene do sono

Deve-se evitar ingestão de cafeína à noite, evitar bebidas alcoólicas e incentivar a diminuição de cigarro. O uso de técnicas de relaxamento pode melhorar o sono

de pacientes que tenham dor crônica.²² O ambiente do sono deve ser quieto e confortável, assim como o travesseiro e o colchão adequados para um bom repouso. A qualidade de sono adequado e uma duração de 7 a 10 horas podem ser necessários para manter uma função fisiológica adequada.¹⁹

Biofeedback

Terapia melhor conhecida para abordagem corporeamente no que tange à dor muscular e tensão. Ohrbach enfatiza que, antes do treino com *biofeedback*, o paciente deve ser orientado sobre o comportamento da mandíbula e o uso abusivo da musculatura mastigatória.⁴

Existem outros tipos de *biofeedback* que substituem o uso de eletrodos e relacionam o treinamento da musculatura com o contato visual, com lembretes adesivos, despertadores, acesso a determinadas cores, entre outros.

Exercícios

As técnicas mais utilizadas para o tratamento muscular incluem alongamentos musculares, exercícios de propriocepção, fortalecimento, exercícios para ganho de amplitude de movimento, condicionamento e coordenação.^{12,20} Os exercícios devem ser empregados de forma clara, poucas repetições e devem ser introduzidos progressivamente de forma que facilite o aprendizado para que possam ser realizados em um programa caseiro. Nicolakis e Clark relatam um efeito satisfatório na prescrição de exercícios domiciliares.^{14,23}

Alterações posturais parecem ter uma influência no desenvolvimento e perpetuação da dor miofascial em pacientes com desordens temporomandibulares.²³ Os músculos da cervical promovem uma plataforma para a *performance* dos músculos mastigatórios. O uso prolongado e inadequado dos músculos leva à fadiga e dor, e a postura de cabeça para frente deve contribuir para aumento da dor e disfunção no sistema mastigatório/cervical (trigeminal).¹⁹

O uso de recursos físicos, tais como compressas quentes e úmidas e/o geladas podem ser usadas antes ou depois dos exercícios dependendo da indicação.^{20,24}

CONCLUSÃO

Os sistemas de aprendizado criados na base deste tipo de abordagem são numerosos e têm diferentes características, mas todos tem um alvo em comum, tais como: ensinar ao paciente a reconhecer elementos que afetam a percepção de dor; encorajá-lo a reimaginar a

sua experiência algica; ensinar novos métodos de resposta e controle do estímulo doloroso; além disso, encorajar a prática de exercícios e atividades leves.

O desenvolvimento de automatização de funções adequadas, envolvendo o autocuidado e comprometimento do paciente, é o cerne deste trabalho. A questão mais crítica emergente nas pesquisas envolvendo tratamento clínico na SDM é a abordagem comportamental.

Ligada à importância do autocuidado está a prontidão do paciente em aceitar o compromisso de se cuidar.

Os dados levantados neste estudo indicam que a terapia cognitivo-comportamental é uma intervenção segura, conservadora e de fácil aplicação. Ainda assim, há uma carência de estudos quanto à eficácia desta estratégia terapêutica frente a outras formas clássicas de tratamento disponíveis, como o uso de medicação, placas ou de realização de bloqueios de pontos dolorosos. A revisão realizada permite concluir que a terapia cognitivo-comportamental deve fazer parte do arsenal terapêutico dos centros que lidam com dor orofacial, principalmente se considerarmos que nem todos os pacientes possuem acesso a tratamento fisioterápico e psicoterápico necessários para as mudanças desejadas de comportamento e hábitos.

REFERÊNCIAS

- Brandão R. Dores crônicas. In: Neurobiologia das doenças mentais. São Paulo: Lemos; 1993. p.145-59.
- Moon SD, Sauter SL. Psychosocial aspects of musculoskeletal disorders in office work. 1.ed. London: Taylor& Francis.1996. Beyond biomechanics; p.23-41.
- Graeff FG, Hetem LAB. Neurobiologia. 1ª. ed. São Paulo: Atheneu; 2004. Transtornos de ansiedade; p.107-32.
- Ohrbach R. Biobehavioral Therapy: Therapeutic Modalities. In: Laskin MD, Greene CS, Hylander WL. TMDs An evidence-based approach to diagnosis and treatment. Chicago: Quintessence; 2006. p.391-402.
- Buescher JJ. Temporomandibular joint disorders. Am Fam Physician. 2007;76(10):1477-82.
- Okeson JP. Diagnóstico diferencial e considerações sobre o tratamento das desordens temporomandibulares. In: Jeffrey, PO. Dor orofacial: guia para avaliação, diagnóstico e tratamento. São Paulo: Quintessence. 1998. p.45-52.
- Pullinger AG, Seligman DA, Solberg WK. Temporomandibular disorders. Part I: Functional status, dentomorphologic features, and sex differences in a nonpatient population. J Prosthet Dent. 1988;59(2):228-35.
- Solberg WK, Woo MW, Houston JB. Prevalence of mandibular dysfunction in young adults. J Am Dent Assoc. 1979;98(1):25-34.
- Dworkin SF, LeResche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. J Craniomandib Disord. 1992; 6(4):301-55.
- LeResche L. Epidemiology of temporomandibular disorders: implications for the investigation of etiologic factors. Crit Rev Oral Biol Med. 1997;8(3):291-305.
- Yeng LT, Kaziyama HHS, Teixeira MJ. Síndrome Dolorosa Miofascial. Dor Músculo-esquelética. Rev Méd. 2001; 80 (1):94-110.
- Fricton JR, Gross SG. Desordens Musculares. In: Pertes RA, Gross SG. Tratamento Clínico das Disfunções Temporomandibulares e da Dor Orofacial. São Paulo: Quintessence Editora; 2005.p.91-108.
- Carlson CR, Reid KI, Curran SL, Studts J, Okeson JP, Falace D, et al. Psychological and physiological parameters of masticatory muscle pain. Pain. 1998;76(3):297-307.
- Clark GT. Classification, causation and treatment of masticatory myogenous pain and dysfunction. Oral Maxillofac Surg Clin North Am. 2008;20(2):145-57, v.
- Schiffman EL, Fricton JR, Haley DP, Shapiro BL. The prevalence and treatment needs of subjects with temporomandibular disorders. J Am Dent Assoc. 1990;120(3):295-303.
- Fricton JR, Kroening R, Haley D, Siegert R. Myofascial pain syndrome of the head and neck: a review of clinical characteristics of 164 patients. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1985; 60(6): 615-23.
- Gomes JBL, Leite FMG, Amorim ML, Silva Junior AA, Leal JC, Gómez RS, et al. Freqüência de disfunção temporomandibular em pacientes de um serviço especializado de cefaléia. Migraneas & Cefaléias. 2007;10(4):168-70.
- Orlando B, Manfredini D, Salvetti G, Bosco M. Evaluation of the effectiveness of biobehavioral therapy in the treatment of temporomandibular disorders: a literature review. Behav Med. 2007;33(3):101-18.
- Carlson CR. Psychological considerations for chronic orofacial pain. Surg Clin N Am. 2008;20;185-95.
- Simons DG, Travell JG. Dor e disfunção miofascial: Manual dos pontos gatilho. 2.ed. Porto Alegre: Artmed.;2005.p.103-52
- Ohrbach R. Biobehavioral Therapy: Physical Medicine. In: Laskin MD, Greene CS, Hylander WL. TMDs An evidence-based approach to diagnosis and treatment. Chicago: Quintessence; 2006. p.359-75.
- Integration of behavioral and relaxation approaches into the treatment of chronic pain and insomnia. NIH Technology Assessment Panel on Integration of Behavioral and Relaxation Approaches into the Treatment of Chronic Pain and Insomnia. JAMA. 1996;276(4):313-8.
- Nicolakis P, Erdogmus B, Kopf A, Nicolakis M, Piehlinger E, Fialka-Moser V. Effectiveness of exercise therapy in patients with myofascial pain dysfunction syndrome. J Oral Rehabil. 2002; 29(4):362-8.
- Mannheimer JS. Revisão de Modalidades e Procedimentos Fisioterápicos. In: Pertes RA, Gross SG. Tratamento Clínico das Disfunções Temporomandibulares e da Dor Orofacial. São Paulo: Quintessence; 2005. p.227-44.

Endereço para correspondência

Dra. Betânia Mara Franco Alves

Rua Timbiras 1940, sala 1008 – Lourdes,

30140-061– Belo Horizonte-MG

Tel: (31) 3212 4700

E-mail: betaniamara@yahoo.com.br