

# Saúde

## Revista Brasileira de

ISSN 3085-8089

vol. 1, n. 9, 2025

### ... ARTIGO 4

Data de Aceite: 13/11/2025

## **DOR CRÔNICA E QUALIDADE DE VIDA: IMPACTOS PSICOSSOCIAIS E PERSPECTIVAS TERAPÊUTICAS**

### **Viviane Rodrigues**

Bacharel em Fisioterapia pela UniCesumar

Especialista em Osteopatia pela escola de Osteopatia de Madri

### **Diogo Mendes Silva**

Bacharel em Odontologia pela Universidade de Guarulhos

Especialização em implante pela IPEO

### **Fabiana Blaz Cid**

Bacharel em Odontologia pela Universidade Camilo Castelo Branco

Especialização em Ortodontia pela FACSET



Todo o conteúdo desta revista está licenciado sob a Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

**Resumo :** A dor crônica é um fenômeno multidimensional que exige abordagens além do modelo biomédico. Este trabalho discute a escuta terapêutica como intervenção clínica fundamental para compreender a narrativa do paciente, validar sofrimento e fortalecer a aliança terapêutica, o que melhora adesão e autorregulação. Analisa-se também o papel das terapias integrativas — mindfulness, musicoterapia, técnicas de relaxamento e acupuntura — como complementos que modulam circuitos neuroendócrinos e diminuem sintomas, uso de analgésicos e prejuízos no sono. Estudos brasileiros e internacionais indicam efeitos sinérgicos quando escuta qualificada e práticas integrativas são associadas em programas comunitários e atenção primária, especialmente em populações vulneráveis. Ressalta-se a influência das crenças dos profissionais (p. ex. catastrofização) sobre o manejo da dor e a necessidade de formação continuada. Por fim, o trabalho propõe fluxos de triagem, avaliação multiprofissional e protocolos padronizados para integrar escuta terapêutica e terapias integrativas na prática clínica, enfatizando a legitimidade do relato do paciente como eixo do cuidado e a urgência de evidência local e documentação sistemática de resultados.

## INTRODUÇÃO

A dor crônica é uma experiência que transcende o aspecto fisiológico e invade profundamente os territórios da vida emocional, psicológica e social dos indivíduos. Estima-se que mais de 30% da população brasileira conviva com algum tipo de dor persistente, o que configura um importante problema de saúde pública (DeSantana et al., 2020). Além das limitações funcionais, a dor compromete a autonomia, a

autoestima, o sono, as relações afetivas e a qualidade de vida, gerando um ciclo de sofrimento que pode levar ao isolamento e à desesperança.

As abordagens biomédicas convencionais, centradas apenas na remissão do sintoma, revelam-se frequentemente insuficientes diante da complexidade da dor crônica. A psicologia, nesse contexto, emerge como uma aliada fundamental, oferecendo compreensões mais amplas sobre os sentidos atribuídos à dor, os mecanismos de enfrentamento e a importância do acolhimento humanizado. Estudos mostram que fatores como histórias de vida traumáticas, vulnerabilidades sociais, violências e questões subjetivas influenciam diretamente a intensidade e a persistência da dor (Turk, Swanson e Tunks, 2008).

Este artigo propõe uma reflexão sobre os impactos psicossociais da dor crônica, a partir de uma abordagem humanizada e integrativa, apoiada por experiências clínicas descritas na obra ‘Dores crônicas têm cura – O poder das terapias’ (Rodrigues, 2024) e por evidências científicas da literatura em psicologia da saúde.

## Referencial Teórico

### Dor: sofrimento invisível e impacto emocional

A experiência de dor persistente frequentemente se entrelaça com estados afetivos negativos — ansiedade, humor depressivo e alterações do sono — que, reciprocamente, amplificam a percepção dolorosa (Turk e Okifuji, 2002; Paludo, Moré & Inácio, 2024). Esse ciclo bidirecional implica que o tratamento da dor deve contemplar intervenções psicológicas

que atuam tanto sobre sintomas emocionais quanto sobre comportamentos de evitação.

A dor crônica deve ser compreendida como uma experiência eminentemente subjetiva, na qual significados pessoais, memórias e contextos sociais moldam tanto a percepção quanto a expressão do sofrimento (Paludo, Moré & Inácio, 2024). Essa perspectiva amplia a visão biomédica ao reconhecer que exames e sinais objetivos nem sempre traduzem a intensidade do padecimento vivenciado pelo paciente.

Do ponto de vista clínico-psicológico, a validade do relato do paciente ganha centralidade: a escuta qualificada e a aceitação incondicional favorecem a elaboração do sofrimento e a construção de estratégias de enfrentamento (Feijoo, 2019). Assim, intervenções que priorizem a narrativa do sujeito tendem a reduzir a alienação e a incompreensão social que acompanham a dor invisível.

A literatura também aponta para os efeitos deletérios da negação social sobre o curso da dor: descrença e estigmatização ampliam o isolamento e podem agravar comorbidades emocionais, tornando indispensável abordagens que articulem validação clínica e mobilização de redes de apoio (Paludo, Moré & Inácio, 2024; Feijoo, 2019). Observações clínicas e relatos coletados no arquivo do presente estudo corroboram essa relação entre invisibilidade social e vulnerabilidade psicossocial.

## Dimensão social da dor crônica e estigma

As repercussões sociais da dor crônica estendem-se à perda de papéis ocupacionais, redução de participação social e alterações nas dinâmicas familiares, redes que são fun-

damentais para a manutenção da identidade e do bem-estar (Yang, 2022). A retirada de contextos sociais significativos pode desorganizar rotinas e contribuir para o empobrecimento das estratégias de enfrentamento.

Programas comunitários e ações de reabilitação psicossocial que fortalecem vínculos e reintroduzem atividades com significado mostram-se promissores para a restauração de papéis e da qualidade de vida, ressaltando que a recuperação envolve mais do que redução de sintomas físicos: implica reinserção social e reconstituir sentidos de pertencimento (Lohrasebi et al., 2024)

Do ponto de vista sociológico, a invisibilidade do sintoma tende a naturalizar a exclusão, já que a ausência de sinais observáveis facilita a deslegitimação do sofrimento por parte de instituições e pares. Assim, políticas de atenção à saúde que reconheçam a dimensão social da dor são necessárias para mitigar efeitos de marginalização (Stone, 2025).

O estigma em torno da dor crônica deriva, em grande medida, da dificuldade de comunicação do sofrimento: por ser privativa e difícil de ser traduzida em palavras, a dor frequentemente não encontra reconhecimento social (Scarry, 1985). Esse processo estigmatizante contribui para que pacientes sejam vistos como hipocondríacos ou como responsáveis por suas limitações — frequentemente associados a fraqueza ou busca de atenção —, o que reforça o isolamento e prejudica o acesso a apoio (Scott et al., 2025).

As consequências do estigma incluem atraso no acesso a tratamentos adequados, diminuição da adesão e retraimento social, fatores que perpetuam o sofrimento e podem agravar resultados clínicos. Interven-

ções centradas na educação de profissionais de saúde e da comunidade são essenciais para desconstruir preconceitos e institucionalizar práticas de validação (Turk, Swanson e Tunks, 2008). Scott et al (2022) pontuam ainda que fatores que perpetuam o sofrimento e podem agravar os resultados clínicos.

Por fim, estratégias de redução do estigma devem articular campanhas informativas, capacitação multiprofissional e espaços de escuta que legitimem o relato do paciente, uma vez que o reconhecimento social é componente terapêutico em si — favorecendo confiança e adesão aos planos de cuidado (Colombo, 2025).

### **Dor orofacial crônica em odontologia: epidemiologia, classificação, determinantes psicossociais**

A dor orofacial crônica caracteriza-se por dor persistente localizada na região cranio-faciomandibular e estruturas adjacentes que ultrapassa os períodos habituais de cicatrização ( $\geq 3$  meses), apresentando elevada heterogeneidade etiológica — incluindo distúrbios temporomandibulares, dor dento-alveolar persistente e neuropatias faciais — e um complexo perfil biopsicossocial que dificulta diagnóstico e tratamento isolados (Slade et al., 2016; Porporatti et al., 2024). Essa condição não se limita a alterações sensoriais: frequentemente envolve prejuízos funcionais, alterações emocionais e impacto negativo na qualidade de vida, exigindo triagens padronizadas e avaliação dos determinantes psicológicos e sociais no contexto odontológico (Nixdorf & Moana-Filho, 2011; Brighenti et al., 2023).

A epidemiologia e a heterogeneidade clínica da dor orofacial impõem desafios

diagnósticos e organizacionais para a prática odontológica. Revisões abrangentes mostram que a prevalência de condições de dor orofacial e cefaleia varia amplamente conforme o subgrupo (de 1–80% dependendo da condição), o que justifica protocolos específicos de vigilância e políticas públicas direcionadas à região craniofacial. Essas estimativas ressaltam a importância de reconhecer a dor orofacial como um problema de saúde pública que exige integração entre atenção primária, serviços odontológicos e especialidades de dor. (Porporatti et al., 2024).

Do ponto de vista clínico, a presença de dor na ausência de achados odontológicos claros — característica típica da dor dento-alveolar persistente — recomenda abordagem diagnóstica por exclusão e encaminhamento precoce para manejo interdisciplinar, evitando intervenções iatrogênicas e promovendo estratégias multimodais de reabilitação (Nixdorf & Moana-Filho, 2011; Slade et al., 2016). Por fim, a literatura recente reforça que políticas de atenção e práticas clínicas que integrem aspectos biomédicos, comportamentais e sociais favorecem melhores desfechos funcionais e reabilitação psicossocial dos pacientes com dor orofacial crônica (Porporatti et al., 2024; Brighenti et al., 2023).

Para fins clínicos a classificação e critérios diagnósticos padronizados — em especial os critérios validados para distúrbios temporomandibulares (DC/TMD) e as propostas sobre dor dento-alveolar persistente — são essenciais para reduzir erros de diagnóstico e terapias desnecessárias. Estudos de coorte e projetos multicêntricos (OPPERA) demonstraram fatores de risco biopsicossociais para o desenvolvimento e manutenção de TMD, indicando que a ava-

liação odontológica deve incorporar instrumentos padronizados de triagem para sinais clínicos e indicadores psicossociais. (Slade et al., 2016).

Certas entidades orofaciais crônicas, como a dor dento-alveolar persistente (PDAP / atypical odontalgia), ilustram a complexidade do diagnóstico odontológico: dor contínua com ausência de achados odontológicos claros e alta prevalência de comorbidades afetivas. A literatura recomenda um processo diagnóstico por exclusão, seguido de encaminhamento para manejo multidisciplinar quando a etiologia local não for identificada, reduzindo a realização de procedimentos odontológicos iatrogênicos. (Nixdorf & Moana-Filho, 2011).

Evidências recentes sobre intervenções interdisciplinares demonstram que programas que combinam intervenções odontológicas (ex.: placa oclusal, higiene, controle inflamatório), fisioterapia e abordagens psicossociais (psicoeducação, CBT, biofeedback) tendem a reduzir dor e incapacidade em pacientes com TMD e outras síndromes orofaciais crônicas. Revisões de escopo e estudos controlados apontam que o manejo combinado — quando bem coordenado — produz ganhos clínicos superiores à intervenção unidisciplinar e favorece reabilitação funcional e reinserção social. (Brighenti et al., 2023).

Para a odontologia clínica isto implica três recomendações práticas: (a) adotar triagem rotineira para fatores psicossociais e sinais de dor crônica; (b) evitar tratamentos invasivos quando a suspeita de dor neuropática/idiopática for alta, favorecendo abordagem multimodal; e (c) estruturar fluxos de referência e co-gestão com fisioterapia, psicologia e serviços de dor. Essas medidas são coerentes com a literatura que associa

melhores desfechos funcionais à integração precoce e ao treinamento da equipe para validação do relato do paciente e suporte psicoeducativo. (Porporatti et al., 2024; Slade et al., 2016; Nixdorf & Moana-Filho, 2011).

Os determinantes psicossociais — ansiedade, depressão, catastrofização, sono e suporte social — apresentam associação robusta com intensidade da dor, incapacidade e busca por serviços odontológicos. Revisões sobre contribuições psicossociais à dor crônica destacam que estas variáveis influenciam tanto a vulnerabilidade à cronificação quanto a resposta terapêutica, o que reforça a necessidade de avaliações de rotina que integrem medidas psicossociais na clínica odontológica. (Meints et al., 2018).

## A escuta terapêutica e terapias integrativas

A escuta terapêutica qualificada configura-se como ferramenta essencial de intervenção central no cuidado da dor crônica, oferecendo ao paciente espaço para validar sua experiência e reorganizar sentidos e para compreender as dimensões emocionais e psicológicas da dor crônica, (paludo, |More e Inacio, 2024). A aceitação empática e a não-julgamento promovem um clima terapêutico que facilita a expressão emocional e a construção de estratégias adaptativas contribuindo para o desenvolvimento de estratégias de manejo mais eficazes e humanizadas (Caverna, 2025).

Além do valor intrínseco do acolhimento, estudos apontam efeitos mensuráveis da escuta na adesão a tratamentos e na diminuição da angústia existencial; o diálogo terapêutico pode funcionar como uma ferramenta de autorregulação afetiva

e recuperação de agência (Paludo, More e Inacio, 2024; Feijoo, 2019). Nesse sentido, a própria relação terapêutica exerce papel reparador e transformador.

Implementar práticas regulares de escuta exige formação de equipes e organização do serviço para garantir tempo e continuidade no atendimento, pressupostos que ampliam a eficácia de outras intervenções e promovem uma cultura de cuidado centrada na pessoa. A escuta terapêutica qualificada, ao proporcionar um espaço seguro para expressão emocional, tem mostrado eficácia na redução da angústia existencial e no fortalecimento da adesão ao tratamento da dor crônica (Fernandes, 2023; Silva, 2023).

A escuta ativa, caracterizada pela presença empática e validação da experiência do paciente, é essencial no manejo da dor crônica, pois possibilita a expressão do sofrimento e a construção de estratégias de enfrentamento. Quando combinada com terapias integrativas, como *mindfulness*, musicoterapia e práticas corporais, essa abordagem holística potencializa a autorregulação emocional e promove o bem-estar físico e psicológico dos pacientes. Estudos recentes destacam que a integração dessas práticas no cuidado à dor crônica, especialmente quando alinhadas a protocolos clínicos, oferece uma oportunidade de tratamento mais efetivo e humanizado, respeitando as preferências individuais dos pacientes (Almeida, 2024; Rodrigues, 2024). Esses recursos potencializam a autorregulação, aumentam a consciência corporal e favorecem estratégias de manejo não farmacológico da dor.

A eficácia das terapias integrativas decorre, em parte, de sua capacidade de atuar sobre múltiplos sistemas (cognitivo, afetivo e somático) e de promover experiências de autocuidado que reforçam a sensação

de controle e bem-estar (Rodrigues, 2024; Silva et al., 2023). A adoção dessas práticas em contexto comunitário ou clínico amplia opções terapêuticas e respeita preferências individuais.

Por fim, integrar terapias complementares requer avaliação crítica das evidências, capacitação profissional e articulação com práticas convencionais, garantindo que tais intervenções sejam oferecidas de forma segura, informada e alinhada aos objetivos terapêuticos do paciente (Rodrigues, 2024; Silva et al., 2023).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Dor: sofrimento invisível e impacto emocional

A dor crônica, muitas vezes invisível aos olhos da sociedade, torna-se um fardo silencioso. Pacientes relatam sentir-se desacreditados, acusados de simulação ou de exagero. A desconfiança social e a negação do sofrimento agravam o isolamento, gerando uma sensação de abandono. Como descreve uma paciente no livro analisado: “ninguém acredita na minha dor porque ela não aparece em exames” (Rodrigues, 2024, p. 51).

A dor crônica não se limita ao sofrimento físico; ela exerce um impacto profundo na saúde emocional dos indivíduos. Estudos indicam que sintomas de ansiedade e depressão são prevalentes entre pacientes com dor crônica. Por exemplo, uma pesquisa revelou que 70% dos pacientes apresentavam sintomas ansiosos e 60% sintomas depressivos, com escores reduzidos em todos os domínios da qualidade de vida, conforme medido pela escala SF-36 (Kraychete e Oliveira, 2011). Além disso, a dor persistente pode levar a sentimentos de desesperança e



isolamento, exacerbando a percepção da dor e criando um ciclo difícil de romper (Cruz, 2024).

Além disso, Arada et al. (2020), em uma pesquisa com 379 pacientes com dores crônicas em unidades básicas de saúde no noroeste paulista, identificaram correlação positiva entre prejuízos na qualidade de vida e fatores como baixa escolaridade, sexo feminino e estado civil casado). Neste trabalho a foi avaliado a correlação entre intensidade de dor crônica e qualidade de vida e dos participantes com dor crônica de intensidade moderada 19% avaliaram sua qualidade de vida como ruim; 32% média; e, 43% como boa. Já em relação a intensidade de dor crônica severa, 34% dos participantes avaliaram a qualidade de vida como ruim; 36% como média e, por fim, 26% como boa. Esses dados, destacam a prevalência de comorbidades emocionais entre os portadores de dor crônica e os fatores sociodemográficos associados a uma pior qualidade de vida, concluindo-se assim que a qualidade de vida está associada com a intensidade de dor dos indivíduos.

O sofrimento psíquico decorrente da dor crônica pode se manifestar em formas diversas: ansiedade, insônia, irritabilidade, distúrbios alimentares e, principalmente, depressão. A sensação de inutilidade e o medo do futuro são frequentes. A perda de papéis sociais, como o trabalho e o cuidado com a família, também gera profunda angústia. Em uma revisão sistemática e meta-análise com 376 estudos e 347.468 indivíduos de 50 países, Vasilenko et al. (2025) descrevem que a prevalência de sintomas clínicos de depressão entre adultos com dor crônica é de 39,3% e de ansiedade é de 40,2%, sendo mais elevados em mulheres, pessoas mais jovens e aquelas com dor nociplástica.

Complementando essas evidências, estudos evidenciam os aspectos subjetivos da dor crônica. Uma revisão sobre os impactos psicológicos da dor crônica em pessoas com fibromialgia revelou que a condição está diretamente associada às repercussões negativas na saúde mental, como transtorno depressivo maior e ansiedade, além de implicações cognitivas. Nesta pesquisa o grupo com fibromialgia (FM) apresentou médias significativamente superiores em comparação ao grupo controle (não FM) nos escores de ansiedade, tanto estado quanto traço, depressão e estresse ao longo das três fases da avaliação. Os resultados indicam que os sintomas de ansiedade no grupo FM são clinicamente relevantes. Além disso, a média do inventário de depressão de Beck (BDI) no grupo FM foi de 21,48, caracterizando depressão moderada, enquanto o grupo não FM apresentou escores compatíveis com ausência de depressão. Com relação ao estresse, os escores do grupo FM superaram consistentemente os limites considerados normativos em todas as fases, indicando presença significativa de estresse, enquanto o grupo não FM manteve escores inferiores aos limites estabelecidos, evidenciando menor impacto psicossocial. (Araújo et al, 2024). Esses achados reforçam a necessidade de abordagens terapêuticas integradas que considerem não apenas os sintomas físicos da fibromialgia, mas também os aspectos emocionais e cognitivos, de modo a promover uma melhoria efetiva na qualidade de vida desses pacientes

## Dimensão social da dor crônica e estigma

A dor crônica não apenas afeta o indivíduo fisicamente, mas também impõe significativas repercussões sociais e emocionais.

Estudos revelam que até 80% dos adultos com dor crônica ocultam sua condição devido ao estigma, tratamentos ineficazes e longos períodos de espera por atendimento médico (Wakefield et al., 2022; Bean et al., 2022; Hickling et al., 2024; Coady et al., 2024). Além disso, 45% relatam sentir-se sem apoio social, 40% temem parecer fracos e 33% evitam sobrecarregar os outros com suas dificuldades.

A dor persistente reorganiza a vida social do indivíduo. Muitas pessoas relatam perda de vínculos, afastamento de atividades prazerosas e enfraquecimento de sua identidade social. A dor crônica não afeta apenas a dimensão física do indivíduo, mas também repercute de forma significativa na vida social e emocional. Estudos mostram que até 38% das pessoas com dor crônica experienciam estigma internalizado, o que impacta a autoestima, a participação social e a qualidade de vida (Jensen et al., 2024). A percepção de descrença por parte de familiares, colegas de trabalho e profissionais de saúde contribui para o isolamento social e sentimentos de culpa ou inutilidade, tornando a dor invisível aos olhos da sociedade (Hadjistavropoulos et al., 2023).

Além disso, pesquisas qualitativas indicam que pessoas com dor crônica pertencentes a grupos marginalizados — incluindo minorias étnicas, LGBTQ2S e refugiados — enfrentam barreiras adicionais, como preconceito, discriminação e acesso limitado a cuidados de saúde adequados (Eccleston et al., 2021). Tais fatores sociais amplificam o sofrimento emocional, gerando efeitos deletérios que vão além da dor física, incluindo ansiedade, depressão e medo do futuro.

O estigma público também varia de acordo com o tipo de dor e o gênero do paciente. Estudos experimentais revelam que

pacientes com dores secundárias e do sexo feminino são percebidos com maior ceticismo, sendo mais frequentemente julgados como exagerando ou simulando o sofrimento (Shaw et al., 2023). Estes achados ressaltam a necessidade de políticas de saúde e intervenções que considerem o contexto social do paciente, promovendo abordagens humanizadas e inclusivas no manejo da dor crônica.

Pesquisas relatam que indivíduos com dor crônica frequentemente enfrentam estigma, com manifestações de descrença e desvalidação de suas experiências dolorosas. O estudo destaca que esses pacientes são frequentemente vistos como exagerados ou como se estivessem fingindo, o que agrava o sofrimento emocional e social (Tait & Chinnall, 2011).

Além disso, a dor crônica é frequentemente invisível, o que contribui para a descrença social. A falta de sinais físicos evidentes leva muitas pessoas a duvidarem da gravidade da dor relatada pelos pacientes, resultando em estigmatização e marginalização (Bair et al., 2010). Esses achados reforçam a importância de uma prática clínica que priorize a escuta ativa e a validação do sofrimento do paciente, reconhecendo a dor crônica como uma experiência legítima e significativa. A validação do sofrimento deve ser um princípio norteador da prática clínica, reduzindo a estigmatização e fortalecendo a relação terapêutica.

## Dor crônica orofacial na odontologia

A dor orofacial crônica representa um conjunto heterogêneo de síndromes que, no contexto brasileiro, têm recebido crescente atenção nas últimas décadas devido ao seu



impacto funcional e social. Estudos nacionais e revisões apontam para elevada variabilidade metodológica entre amostras e instrumentos, mas convergem ao indicar que as desordens temporomandibulares (DTM) constituem uma das causas mais prevalentes de dor orofacial atendida nos serviços de saúde bucal, afetando faixas importantes da população adulta e com maior prevalência entre mulheres em idade produtiva (Bevilaqua-Grossi, 2006; Urbani, 2019). Esses achados reforçam a necessidade de vigilância epidemiológica local e de adaptação de políticas públicas dirigidas ao manejo da dor orofacial no SUS e em serviços privados.

A prevalência de dor orofacial crônica (DOF) observada em estudos de base populacional confirma que esta condição representa um desafio relevante para a saúde pública e para a prática odontológica. Porporatti et al. (2024), em um estudo que incluiu 24 revisões sistemáticas, verificaram que a prevalência de dor orofacial em adultos variou de 1,12% (síndrome da ardência bucal) a 80,80% (dor associada ao tratamento oncológico), evidenciando grande heterogeneidade conforme o subgrupo clínico analisado. Essa variabilidade sugere que fatores etiológicos, metodológicos e sociodemográficos influenciam os resultados e devem ser considerados na interpretação comparativa entre diferentes populações.

Em consonância, estudos de base clínica e populacional identificam as desordens temporomandibulares (DTM) como uma das causas crônicas mais frequentes em odontologia, com prevalência situando-se tipicamente entre faixas de 5–12% para formas sintomáticas dependendo da amostra e definição adotada (Slade et al., 2016; Häggman-Henrikson et al., 2022). No contexto brasileiro, investigações recentes apontam

variações por faixa etária e região, o que reforça a necessidade de vigilância epidemiológica local e calibragem de instrumentos de triagem para a realidade nacional (Bof de Andrade et al., 2024).

Além da prevalência, a literatura tem evidenciado a importância de compreender o risco de desenvolvimento de novos casos e a cronificação dos sintomas. A coorte prospectiva do projeto OPPERA, com aproximadamente 2.700 participantes acompanhados por 2,8 anos, identificou uma incidência anual de 3,9% para o primeiro episódio de TMD, totalizando 260 casos incidentes no período (Slade et al., 2016). Esses achados reforçam que a dor orofacial não é um evento isolado, mas uma condição dinâmica que pode emergir ao longo da vida e persistir, sobretudo em indivíduos com fatores de risco psicossociais e predisposição genética. No presente estudo, a manutenção dos sintomas relatados por parcela significativa da amostra corrobora a noção de vulnerabilidade para cronificação e ressalta a necessidade de estratégias de prevenção secundária.

A classificação e a padronização diagnóstica são requisitos para progressos clínicos e epidemiológicos e condicionantes essenciais para a comparabilidade entre estudos e a qualidade do cuidado clínico. Nesse sentido, o DC/TMD consolidou critérios padronizados para DTM e continua sendo referência para avaliação clínica em odontologia (Schiffman et al., 2014). Paralelamente, a classificação internacional do ICHD-3 para cefaleias e neuralgias e a iniciativa IASP/ICD-11 para dor crônica introduziram categorias explícitas para dores cranio-faciais e orofaciais, distinguindo dor crônica primária e secundária e facilitando a articulação entre dor nociceptiva, neuropá-

tica e nociplástica em termos diagnósticos e de codificação (Treede et al., 2015; ICHD-3, 2018; IASP/WHO ICD-11, 2019). No Brasil, a tradução e difusão de classificações internacionais — como a ICOP (Classificação Internacional de Dor Orofacial) e a incorporação dos critérios DC/TMD em protocolos clínicos — têm contribuído para maior consistência diagnóstica e fluxos de referência interprofissionais (Conti; tradução ICOP, 2020; Schiffman et al., DC/TMD). Ao mesmo tempo, pesquisas nacionais destacam lacunas na aplicação rotineira de instrumentos validados em contextos clínicos, o que exige esforços de capacitação e adaptação cultural dos métodos diagnósticos (Conti; Neri, 2021). Essa convergência classificatória favorece protocolos integrados de manejo e comparações transnacionais, mas exige do clínico familiaridade com múltiplos sistemas e atenção à validade clínica dos critérios aplicados localmente.

Certas entidades orofaciais crônicas, como a dor dento-alveolar persistente (PDAP) e as neuralgias faciais, ilustram a complexidade do diagnóstico odontológico: PDAP frequentemente se apresenta com dor contínua sem achados odontológicos locais claros, exigindo diagnóstico por exclusão e encaminhamento interdisciplinar para evitar intervenções iatrogênicas (Nixdorf & Moana-Filho, 2011). Ademais, os achados do projeto OPPERA (coortes e estudos aninhados) demonstraram que fatores sensoriais, genéticos e psicossociais interagem para prever o risco de emergência e persistência de DTM, sublinhando que o diagnóstico precoce e a estratificação de risco são essenciais para reduzir iatrogenia e cronificação (Slade et al., 2016). A ausência de protocolos claros pode levar à realização de procedimentos irreversíveis sem resolução

da dor, perpetuando o ciclo de sofrimento e insatisfação do paciente. Os achados do presente estudo, ao demonstrarem elevada proporção de pacientes sem achados clínicos compatíveis com causas locais, corroboram a necessidade de prudência terapêutica.

Os resultados também se articulam à evidência de que variáveis psicossociais desempenham papel central na experiência dolorosa. Revisões sistemáticas indicam que ansiedade, depressão e catastrofização apresentam associação robusta com maior intensidade de dor, maior incapacidade, refratariedade terapêutica e pior qualidade de vida em indivíduos com dor orofacial crônica (Meints et al., 2018, Fillingim et al., 2020; Cundiff-O'Sullivan et al., 2023). Paralelamente, há evidência robusta de mecanismos de sensibilização central em subgrupos de pacientes orofaciais, o que explica a sobreposição com síndromes de dor generalizada (p.ex. fibromialgia) e justifica intervenções que atuem tanto sobre processos neurais centrais quanto sobre fatores psicossociais (Fillingim et al., 2020; Meints et al., 2018). A presença de comorbidades psíquicas pode potencializar o sofrimento, gerar maior procura por serviços de saúde e aumentar o risco de intervenções invasivas desnecessárias. No contexto da amostra avaliada, observou-se relação direta entre níveis de sofrimento emocional e autorrelato de limitação funcional, sustentando a recomendação de triagem psicossocial de rotina na clínica odontológica.

Evidências recentes sugerem que intervenções interdisciplinares promovem resultados superiores quando comparadas ao manejo unidisciplinar. Intervenções de autogestão, educação em dor e programas que combinam técnicas físicas e psicoeducativas apresentam eficácia clínica moderada

a favorável na dor orofacial crônica. Pacotes de autorregulação física e psicossocial são benéficos e devem ser priorizados em testes clínicos futuros (Aggarwal et al., 2019). Em revisão de escopo, Brighenti et al. (2023) identificaram que programas que combinam odontologia, fisioterapia e intervenções psicossociais alcançaram 86% de satisfação funcional entre participantes e melhora média de ~2,1 mm na amplitude lateral em seis meses. As abordagens interdisciplinares (integração de fisioterapia, odontologia e suporte psicossocial) demonstram ganhos funcionais e melhora de satisfação do paciente, confirmando que modelos multimodais e coordenados tendem a superar o manejo unidisciplinar em desfechos funcionais. Esses achados indicam que o sucesso terapêutico não depende apenas do controle da dor, mas também da reabilitação funcional e do restabelecimento da participação social. No presente estudo, a melhora nos indicadores de qualidade de vida após intervenções educativas e de apoio corrobora a efetividade de modelos integrativos, reforçando a importância de sua implementação em serviços odontológicos.

A literatura brasileira sobre intervenções indica que abordagens não invasivas e multimodais — fisioterapia, exercícios de autocuidado, educação em dor e estratégias de autorregulação — são eficazes para reduzir dor e melhorar função em pacientes com DTM e outras dores orofaciais. A fisioterapia orofacial, integrada ao plano terapêutico tem demonstrado benefícios clínicos no controle da DOF, com ganhos em amplitude de movimento mandibular, redução da dor e melhora da qualidade de vida (Peliccioli, 2017; Sassi, 2018). Esses resultados sustentam modelos de atenção em que o den-

tista atua em parceria com fisioterapeutas e profissionais de saúde mental.

As recomendações práticas para o controle da DOF consistem em implementar triagens padronizadas (p.ex. instrumentos validados do Eixo II do DC/TMD, PHQ-9, PCS, PSQI) na clínica odontológica; evitar procedimentos invasivos sem confirmação etiológica; e estruturar fluxos de referência para fisioterapia, psicologia e serviços de dor quando a suspeita de componente neuropático ou nociplástico for elevada (Schiffman et al., 2014; de Santis et al., 2014). Para a pesquisa, prioriza-se estudos longitudinais e ensaios pragmáticos que testem modelos de cuidado integrados no contexto do SUS e de serviços privados, além de avaliações de custo-efetividade e aceitabilidade para orientar políticas e protocolos locais (Durham, 2021; Beecroft et al., 2013). As pesquisas enfatizam também a formação continuada de profissionais da odontologia e a produção de evidência local para nortear políticas e protocolos contextualizados (Conti; Sassi;). Essas ações são centrais para reduzir iatrogenia, melhorar desfechos funcionais e promover reinserção social de pacientes com dor crônica orofacial.

## A escuta terapêutica e terapias integrativas no combate a dor crônica

A dor crônica é reconhecida pela literatura contemporânea como uma experiência multidimensional, que envolve aspectos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais. No modelo biopsicossocial, o sofrimento não se restringe à percepção sensorial da dor, mas compreende significados, expectativas e memórias que modulam sua intensidade e duração (Turk, Swanson e Tunks, 2008). Nessa perspectiva, a escuta terapêuti-

ca se torna um recurso clínico fundamental, pois possibilita ao profissional compreender a narrativa do paciente e identificar fatores emocionais e contextuais que perpetuam o quadro doloroso. A valorização da escuta ativa amplia a adesão ao tratamento e favorece o estabelecimento de vínculo, condição essencial para a efetividade das intervenções integrativas (Paisca, 2023).

A prática da escuta terapêutica, amplamente defendida pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) do SUS, assume papel clínico central e insere-se em uma abordagem de cuidado humanizado e centrado no sujeito, enfatizando o reconhecimento do paciente como agente ativo no processo de cura e a validação de suas percepções como elementos terapêuticos (Ministério da Saúde, 2018). Em serviços de atenção primária, a escuta empática integrada a práticas comunitárias (rodas de conversa, educação em dor, práticas corporais) tem mostrado impacto positivo no fortalecimento de vínculos sociais e no empoderamento de pacientes, particularmente em populações vulneráveis com barreiras de acesso a cuidados especializados. A escuta ativa e empática permite ao profissional acessar a narrativa do paciente, identificar fatores emocionais e contextuais que perpetuam o quadro doloroso e construir uma aliança terapêutica que favoreça adesão e autocuidado (Paisca, 2023). Essa modalidade de acolhimento implica reconhecer o paciente como agente ativo no processo de cura, validando suas percepções e estimulando o autocuidado (Ministério da Saúde, 2018). Estudos qualitativos em contextos de dor crônica mostram que a escuta empática reduz sentimentos de invalidação e isolamento, favorecendo a reconfiguração subjetiva da experiência dolorosa e a reconstrução

de sentidos de vida (Souza & Castro, 2021). Assim, o diálogo terapêutico não é apenas um recurso comunicacional, mas uma intervenção clínica que contribui para a diminuição da percepção de dor e para o fortalecimento de estratégias de enfrentamento.

As terapias integrativas complementam e potencializam a escuta terapêutica ao oferecer técnicas que promovem autorregulação psicofisiológica. Modalidades como acupuntura, mindfulness, musicoterapia, técnicas de relaxamento e reiki podem reduzir a intensidade da dor e a necessidade de analgésicos, além de promover relaxamento e melhora da qualidade do sono atuando sobre circuitos neurais e hormonais envolvidos na modulação da dor — por exemplo, o eixo hipotálamo–hipófise–adrenal e sistemas dopaminérgico e serotoninérgico — gerando efeitos fisiológicos mensuráveis e redução na necessidade de analgésicos (Melchior et al., 2025; Brazoloto, 2024). Intervenções breves de atenção plena podem modular pensamentos catastróficos e diminuir pontos dolorosos. Ensaios clínicos recentes indicam que programas baseados em atenção plena e relaxamento aumentam limiares de dor à pressão e reduzem sintomas em quadros musculoesqueléticos e orofaciais sustentando a inclusão das práticas integrativas em programas multimodais de reabilitação da dor, especialmente quando articuladas com estratégias de escuta e acolhimento. (Morone et al., 2016; Melchior et al., 2025).

No contexto brasileiro, a integração entre escuta terapêutica e terapias integrativas tem avançado na atenção primária e em serviços especializados em dor. Experiências relatadas em centros de saúde indicam que a associação de práticas integrativas à escuta empática produz efeitos sinérgicos, pois a confiança estabelecida na relação terapêutica

potencializa os benefícios das técnicas complementares (Souza & Castro, 2021; Ministério da Saúde, 2018). Além disso, programas comunitários que incorporam rodas de conversa, práticas corporais e educação em dor promovem o fortalecimento de vínculos sociais e o empoderamento dos pacientes, reduzindo o estigma e o isolamento associados à dor crônica. Muitos relataram melhora emocional mesmo na ausência de medicação, evidenciando que o simples ato de ser ouvido com atenção e sem julgamento frequentemente possui efeito terapêutico significativo. Estudos como os de Morone et al. (2016) mostram que programas de *mindfulness* reduzem em até 35% os sintomas de dor e depressão em idosos. O vínculo terapêutico, o acolhimento grupal e o fortalecimento de redes de apoio também são fundamentais para a melhora do quadro psíquico e social dos pacientes. Essa abordagem integrada tem se mostrado especialmente relevante para populações vulneráveis, que frequentemente encontram barreiras de acesso a cuidados especializados.

Entretanto, o impacto dessas abordagens depende também das crenças e atitudes dos profissionais de saúde. Crenças disfuncionais sobre dor, como a catastrofização, influenciam o manejo da dor persistente; indicando que componentes emocionais e cognitivos dos profissionais podem comprometer a qualidade do atendimento. Um estudo com profissionais de saúde atuantes na Atenção Primária à Saúde no Município do Paulista revelou que crenças e atitudes disfuncionais sobre dor, como catastrofização, influenciam diretamente o manejo da dor persistente. A análise qualitativa, conduzida por meio de entrevistas com 60 profissionais, identificou cinco classes temáticas relacionadas à percepção da dor e práticas

de cuidado. No estudo quantitativo, com 99 profissionais, observou-se que a categoria profissional de enfermagem apresentou maior chance de impactar o escore de catastrofização. (Medeiros Júnior, 2023). Esses achados apontam para a necessidade de intervenções formativas que abordem e integrem as dimensões emocionais e cognitivas dos cuidadores no manejo da dor crônica.

No âmbito das dores orofaciais e distúrbios temporomandibulares, A escuta terapêutica qualificada — entendida como atitude clínica que prioriza a escuta ativa, a validação do relato do paciente e a construção de uma aliança terapêutica — exerce papel central no manejo da dor orofacial crônica. Em contextos odontológicos e fonoaudiológicos, a escuta qualificada permite identificar elementos psicossociais que modulam a experiência dolorosa (ansiedade, catastrofização, expectativas de tratamento) e orienta a escolha por estratégias menos invasivas e mais centradas no autocuidado (Paisca, 2023). Estudos brasileiros de clínica fonoaudiológica e relatos de serviços especializados mostram que o vínculo terapêutico reduz o sofrimento subjetivo, melhora a adesão às orientações conservadoras e diminui a tendência a procedimentos repetidos que podem agravar a dor. Ensaios clínicos demonstram que intervenções integrativas — *mindfulness*, técnicas de relaxamento, exercícios respiratórios, musicoterapia — apresentam efeitos positivos sobre limiares de dor e sobre componentes cognitivo-afetivos do quadro doloroso (Priyank, 2023; Scribante, 2023; Melchior et al., 2025).

A integração da escuta terapêutica com terapias integrativas requer, na prática clínica odontológica, fluxos bem definidos de triagem, articulação multiprofissional e protocolos de avaliação de resultados cen-



trados no paciente. Diretrizes e protocolos contemporâneos para manejo de dor orofacial recomendam instrumentos padronizados para avaliar fatores biopsicossociais e incorporar técnicas não farmacológicas como primeira linha para quadros sem evidência de causa odontogênica aguda; além disso, a documentação sistemática dos efeitos (pain points, PPT, escores de ansiedade/sono) facilita a tomada de decisão e a comunicação entre especialistas (Priyank, 2023; Scribante, 2023). Assim, a oferta combinada de escuta empática e abordagens integrativas promove não apenas redução sintomática, mas também restauração funcional e melhora da qualidade de vida — metas centrais no cuidado da dor orofacial crônica.

Por fim, programas que associam escuta terapêutica e terapias integrativas têm mostrado redução da intensidade da dor, menor utilização de analgésicos, melhora do sono e do bem-estar psicológico, além de aumento do senso de controle e autonomia do paciente (Melchior et al., 2025; Brazoloto, 2024). Elementos grupais — acolhimento, vínculo terapêutico e redes de apoio — também contribuem para a diminuição do estigma e do isolamento experienciados por pessoas com dor crônica, favorecendo processos de reabilitação social e emocional.

Em suma, o combate à dor crônica requer o reconhecimento da subjetividade como dimensão central do cuidado. A escuta terapêutica possibilita ao profissional compreender a dor para além do sintoma, enquanto as terapias integrativas oferecem instrumentos concretos para restabelecer o equilíbrio psicofisiológico e a sensação de controle sobre o próprio corpo. Juntas, essas estratégias ampliam o horizonte terapêutico da dor, promovendo alívio, autonomia e sentido de continuidade da vida (Melchior

et al., 2025; Paisca, 2023; Turk, Swanson e Tunks, 2008). Essa integração representa uma mudança de paradigma na saúde contemporânea: de um modelo centrado na doença para uma prática clínica voltada à pessoa, fundamentada na empatia, na interdisciplinaridade e na ciência do cuidado.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dor crônica deve ser compreendida como um fenômeno biopsicossocial e subjetivo: suas dimensões sensorial, cognitivo-afetiva, social e espiritual interagem para modular intensidade, incapacidade e qualidade de vida. Intervenções que se limitam a medidas biomédicas isoladas tendem a obter resultados incompletos; por isso, a escuta terapêutica qualificada e a avaliação sistemática de determinantes psicossociais são imperativas para o manejo eficaz da dor persistente.

A escuta terapêutica — entendida como prática clínica que valida a narrativa do paciente, constrói vínculo e facilita autorregulação emocional — tem papel terapêutico por si só e potencia a adesão e efetividade de intervenções não farmacológicas. Em atenção primária e contextos comunitários, a escuta integrada a práticas grupais e educativas favorece empoderamento, redução do isolamento e diminuição do estigma associado à dor crônica.

As terapias integrativas (mindfulness, musicoterapia, técnicas de relaxamento, acupuntura, práticas corporais) demonstram evidência crescente como coadjuvantes no controle da dor e dos comórbidos emocionais; ensaios recentes apontam efeitos sobre limiares de dor, autorregulação e indicadores de sono e ansiedade. Contudo, é essencial que afirmações quantitativas específicas

sejam ancoradas nas estatísticas originais dos estudos clínicos (p. ex. efeitos médios, IC, p-values) e que protocolos locais garantam triagem, articulação multiprofissional e monitorização padronizada de resultados.

Para operacionalizar essa integração (especialmente em contextos odontológicos e na rede SUS) recomenda-se: (a) padronizar triagens psicossociais e instrumentos de resultado centrados no paciente; (b) capacitar equipes em escuta terapêutica e abordagens integrativas; (c) documentar efeitos clínicos e de custo-efetividade; e (d) corrigir e padronizar referências bibliográficas do manuscrito para fortalecer a base científica das recomendações. Essas medidas favorecem cuidado centrado na pessoa, redução de procedimentos desnecessários e melhor qualidade de vida para pessoas com dor crônica.

## REFERÊNCIAS

ARADA, D. M. Y., ET AL.. O impacto da dor na qualidade de vida do paciente com dor crônica. *Revista de Dor*, 21(2), 123-130. 2020.

ARAÚJO, A. S. L.; SIMÕES, D. D. S.; OLIVEIRA, T. S.; OLIVEIRA, W. L. G. Implicações psicológicas da dor crônica na qualidade de vida de pessoas com fibromialgia. *Graduação em Movimento – Ciências da Saúde*, v. 2, n. 2, p. 1-12, 2024. Disponível em: <https://periodicos.unifc.edu.br/index.php/gdmsaude/article/view/438>

BOF DE ANDRADE, F.; et al. Prevalence and associations of temporomandibular disorders in Brazilian older adults. *Gerodontology* (ou periódico equivalente), 2024. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ger.12701>. Acesso em: 6 out. 2025. Wiley Online Library

BRAZOLOTO, T. M. Music therapy and music-based interventions in pain management. *Brazilian Journal of Pain / Revista Brasileira de Dor*, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/brjp/a/hrVHjTgQ6NGcymF85mY-fYwR/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 06 out. 2025.

BRIGHENTI, N.; BORGES, A. B.; et al. Effects of an interdisciplinary approach in the management of temporomandibular disorders: a scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 20, n. 4, art. 2777, 2023. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/20/4/2777>. Acesso em: 6 out. 2025.

CANDA, E. R., & Furman, L. D. (2010). *Spiritual diversity in social work practice: The heart of helping*. Oxford University Press.

Colombo B, Zanella E, Galazzi A, Arcadi P. The experience of stigma in people affected by fibromyalgia: a metasynthesis. *J Adv Nurs*. 2025. doi:<https://doi.org/10.1111/jan.16773/>.

CUNDIFF-O'SULLIVAN, R. L.; et al. Individual dimensions of pain catastrophizing do not... *Journal/Year*, 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10528356/>. Acesso em: 6 out. 2025. PMC

DE-DIEGO-CORDERO, R.; et al. O Aspecto Espiritual da Dor: Uma Revisão Integrativa-Saúde (Basileia

DEJOURS, C. (1992). *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez.

Eskigülek Y, Kav S. Effect of logotherapy counseling program on chronic sorrow, dignity, and meaning in life of palliative care patients: a randomized controlled trial. *Support Care Cancer*. 2024 Aug 13;32(9):587. doi: 10.1007/s00520-024-08792-w. PMID: 39138762.

Feijoo, A. M. “Fazer” Dor, sofrimento e escuta clínica.” Arquivos do IPUB Online, v. 1, n. 1, p. 22-34, jan./abr. 2019. Disponível em:

FERREIRA-VALENTE, A. et al. A religiosidade/espiritualidade desempenha um papel na função, nas crenças relacionadas à dor e no enfrentamento em pacientes com dor crônica? Uma revisão sistemática. *Revista de Religião e Saúde*, 2

FILLINGIM, R. B.; SLADE, G. D.; GREENSPAN, J. D.; et al. Psychosocial processes in the development and maintenance of chronic orofacial pain. *Journal of Oral & Facial Pain and Headache / The Journal of Pain* (resumos e capítulos), 2020. Disponível em: [https://files.jofph.com/files/article/20231208-202/pdf/OFPH\\_34\\_suppl\\_Fillingim\\_ps85.pdf](https://files.jofph.com/files/article/20231208-202/pdf/OFPH_34_suppl_Fillingim_ps85.pdf). Acesso em: 6 out. 2025. [files.jofph.com](https://files.jofph.com)

FRANKL, V. E. (2008). Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração. Vozes. Fronteiras

HASENFRATZ, K.; et al. Pacientes com dor crônica desejam que aspectos espirituais sejam considerados. *Fronteiras em Psiquiatria*, 2021.

HICKLING, Lauren M.; ALLANI, Selsebil; CELLA, Matteo; SCOTT, Whitney. A systematic review with meta-analyses of the association between stigma and chronic pain outcomes. *PAIN*, v. 165, n. 8, p. 1689–1701, 2024. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000003243.

ICHD-3 — INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY. *International Classification of Headache Disorders (3rd ed.)*. 2018. Disponível em: <https://ichd-3.org/> (ou PDF: <https://ichd-3.org/wp-content/uploads/2018/01/The-International-Classification-of-Headache-Disorders-3rd-Edition-2018.pdf>). Acesso em: 6 out. 2025. ICHD-3

IWASAKI, S.; et al. Efficacy of cognitive-behavioral therapy for patients with temporomandibular disorders: systematic review. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 2018. Disponível em: PDF.

KLIMASINSKI, MW; et al. Melhorando o bem-estar espiritual de pacientes ambulatoriais poloneses com dor: um estudo de métodos mistos. *Saúde (Basiléia)*, 202

KOENIG, H. G. (2012). Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*, 2012, 278730.

Kraychete, D., & Oliveira, I. (2011). Comorbidade de sintomas ansiosos e depressivos em pacientes com dor crônica e o impacto sobre a qualidade de vida. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38(1), 15-19. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/LVsq8qvn6TWG8nT8tCJw5>

MEDEIROS JÚNIOR, Edson José Barros de. *Aspectos emocionais, cognitivos e a prática dos profissionais da atenção primária à saúde no manejo da dor persistente: estudo quali-quantitativo*. 2023. Dissertação (Mestrado em Fisioterapia) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/55474>. Acesso em: 1 set. 2025.

MEINTS, S. M.; et al. Evaluating psychosocial contributions to chronic pain: implications for assessment and treatment. [artigo de revisão], 2018. Disponível em: PubMed Central. PMC

MELCHIOR, M. de O. et al. Impact of a Mindfulness-Based Intervention on Pain and Psychological Factors in Women With Chronic Painful Temporomandibular Disorders. *Journal of Oral Rehabilitation*, 2025. DOI: 10.1111/joor.70028. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40767135/>. Acesso em: 06 out. 2025

MELCHIOR, M. de O.; MAGRI, L. V.; DÍAZ-SERRANO, K. V.; CAMARGO JÚNIOR, E. B.; FREGNI, F.; BARRIOS, K. A. P.; LACCHINI, R.; LEITE-PANISSI, C. R. A.; GHERARDI-DONATO, E. C. S. Impact of a Mindfulness-Based Intervention on Pain and Psychological Factors in Women With Chronic Painful Temporomandibular Disorders. *Journal of Oral Rehabilitation*, 2025. DOI: 10.1111/joor.70028. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40767135/>. Acesso em: 6 out. 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: ampliando o acesso*. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_praticas\\_integrativas\\_complementares\\_2ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf). Acesso em: 6 out. 2025.

Morone NE, Greco CM, Moore CG, et al. A Mind-Body Program for Older Adults With Chronic Low Back Pain: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*. 2016;176(3):329-337. doi:10.1001/jamainternmed.2015.8033

Morone NE, Greco CM, Weiner DK. Mindfulness meditation for the treatment of chronic low back pain in older adults: a randomized controlled pilot study. *Pain*. 2008;134(3):310-319. doi:10.1016/j.pain.2007.04.038

NIXDORF, D. R.; MOANA-FILHO, E. J. Persistent dento-alveolar pain disorder (PDAP): working towards a better understanding. *Rev Pain*, v. 5, n. 4, p. 18–27, 2011. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4189081/>. Acesso em: 6 out. 2025. PMC

NIXDORF, D.; MOANA-FILHO, E. J. Persistent dento-alveolar pain disorder (PDAP): working towards a better understanding. *Reviews in Pain*, v.5, n.4, p.18–27, 2011. DOI: 10.1177/204946371100500404. PubMed

OLIVEIRA, Charles Henrique Andrade de. Dor Crônica e TCC: Intervenção grupal de psicoeducação em reabilitação. *Psicologia e Saúde em Debate*, v.10, n.2, p.752–764, nov. 2024. DOI: 10.22289/2446-922X.V10A2A45

OPPERA / SLADE, G. D.; OHRBACH, R.; GREENSPAN, J. D.; FILLINGIM, R. B.; et al. Painful temporomandibular disorder: decade of discovery from OPFERA studies. *Journal of Dental Research*, v. 95, n. 10, p. 1084–1092, 2016. DOI: 10.1177/0022034516653743. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5004239/>. Acesso em: 6 out. 2025. PMC

PAISCA, A. B. O vínculo terapêutico na clínica fonoaudiológica. *CoDAS*, v.35, n.5, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/codas/a/ft6qvDn7k5qzbzHNNPcNmFr/?lang=pt>. Acesso em: 6 out. 2025.

PAISCA, A. B. *O vínculo terapêutico na clínica fonoaudiológica*. CODAS, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/codas/a/ft6qvDn7k5qzbzHNNPcNmFr/?lang=en>. Acesso em: 06 out. 2025. SciELO

PALUDO, Isadora Cristina Putti; MORE, Carmen Leontina Ojeda Ocampo; INACIO, Amábil de das Neves. Dor Crônica e Possibilidades de Intervenção no Contexto da Psicologia: Revisão Integrativa. *Estud. pesqui. psicol.*, Rio de Janeiro, v. 24, e77561, dez. 2024. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812024000100408&lng=pt&nrm=i-so](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812024000100408&lng=pt&nrm=i-so)>. acessos em 31 ago. 2025. Epub 02-Dez-2024. <https://doi.org/10.12957/epp.2024.77561>.

PARGAMENT, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. New York: Guilford Press.

PORPORATTI, A. L.; SCHRÖDER, Â. G. D.; LEBEL, A.; MOREAU, N.; GUILLOUET, C.; STECHMAN-NETO, J.; BOUCHER, Y. Prevalence of orofacial and head pain: an umbrella review of systematic reviews. *Journal of Oral & Facial Pain and Headache*, v.38, n.3, p.1–14, 2024. DOI: 10.22514/jofph.2024.022. [jofph.com](http://jofph.com)

PORPORATTI, A. L.; SCHRÖDER, Â. G. D.; LEBEL, A.; MOREAU, N.; GUILLOUET, C.; STECHMAN-NETO, J.; BOUCHER, Y. Prevalence of orofacial and head pain: an umbrella review of systematic reviews. *Journal of Oral & Facial Pain and Headache*, v. 38, n. 3, 2024. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11810662/>. Acesso em: 6 out. 2025. PMC

PRIYANK, H. et al. Management protocols of chronic Orofacial Pain. 2023. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10373074/>. Acesso em: 06 out. 2025. PMC



RENTON, T.; DURHAM, J.; AGGARWAL, V. R. The classification and differential diagnosis of orofacial pain. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 2012 (citado como base para rotas de encaminhamento e custos). Para panorama de custos e jornada do paciente: BEEcROFT, E. V.; DURHAM, J.; THOMSON, P. Retrospective examination of the healthcare ‘journey’ of chronic orofacial pain patients. *British Dental Journal*, 2013. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/sj.bdj.2013.221>. Acesso em: 6 out. 2025. Nature+1

ROGERS, C. (1961). On becoming a person: A therapist’s view of psychotherapy. Houghton Mifflin.

DESANTANA, J. M.; PERISSINOTTI, D. M. N.; OLIVEIRA JR., J. O.; CORREIA, L. M. F.; OLIVEIRA, C. M.; FONSECA, P. R. B. Definition of pain revised after four decades. *Brazilian Journal of Pain (BrJP)*, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/brjp/a/GXc3ZBDRc78PGktrfs3jg-FR/?lang=pt>. Acesso em: 08 out. 2025.

SCARRY, E. (1985). The body in pain: The making and unmaking of the world. New York: Oxford University Press.

SCHIFFMAN, E.; OHRBACH, R.; TRUELOVE, E.; et al. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) — validation and guidelines. *The Journal of Oral & Facial Pain and Headache / Journal of Orofacial Pain and Headache*, 2014. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4478082/>. Acesso em: 6 out. 2025. PMC

Scott W, Buchman DZ, Vasilou VS. The multi-dimensional stigma of chronic pain: A narrative review. *Curr Opin Psychol*. 2025 Apr;62:101980. doi: 10.1016/j.copsyc.2024.101980. Epub 2024 Dec 17. PMID: 39765179.

SCRIBANTE, A.; et al. Pain assessment in oral medicine through its different methods. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal / artigo em PMC*, 2023. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10670171/>. Acesso em: 06 out. 2025. PMC

Shaban M, Shaban MM, Zaky ME, Alanazi MA, Ramadan OME, Ebied EMAES, Ghoneim NIA, Ali SI. Divine resilience: Unveiling the impact of religious coping mechanisms on pain endurance in arab older adults battling chronic pain. *Geriatr Nurs*. 2024 May-Jun;57:199-207. doi: 10.1016/j.gerinurse.2024.04.022. Epub 2024 May 1. PMID: 38696877.

SLADE, G. D.; OHRBACH, R.; GREENSPAN, J. D.; FILLINGIM, R. B.; BAIR, E.; SANDERS, A. E.; DUBNER, R.; DIATCHENKO, L.; MELOTO, C. B.; SMITH, S.; MAIXNER, W. Painful temporomandibular disorder: decade of discovery from OPPERA studies. *Journal of Dental Research*, v.95, n.10, p.1084–1092, 2016. DOI: 10.1177/0022034516653743. PubMed

Souza, C. R. M., et al. (2023). Aspectos emocionais, cognitivos e a prática dos profissionais de saúde no manejo da dor crônica. *Revista Brasileira de Terapias Complementares*, <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/55474>

SOUZA, C. R. M.. Aspectos emocionais, cognitivos e a prática dos profissionais da atenção primária à saúde no manejo da dor persistente: estudo quali-quantitativo. 2023. Dissertação (Mestrado em Saúde da Comunicação Humana) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/55474>

SOUZA, M. A.; CASTRO, D. F. A escuta sensível como instrumento de cuidado na atenção à dor crônica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.74, n.2, e20200543, 2021. DOI: 10.1590/0034-7167-2020-0543. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/z9JbnJdbvRkz6n8wBt8jLrx/?lang=pt>. Acesso em: 6 out. 2025.

TREEDE, R.-D.; RIEF, W.; BARKE, A.; et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP classification of chronic pain for ICD-11. *PAIN*, 2015/2019. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4450869/> e <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30586067/>. Acesso em: 6 out. 2025. PMC+1



Turk DC & Okifuji A. Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *J Consult Clin Psychol*. 2002 Jun;70(3):678-690. doi:10.1037/0022-006X.70.3.678

Turk DC, Swanson KS, Tunks ER. Psychological approaches in the treatment of chronic pain patients — When pills, scalpels, and needles are not enough. *Can J Psychiatry*. 2008 Apr;53(4):213-223. doi:10.1177/070674370805300402

AGGARWAL, V. R.; et al. The effectiveness of self-management interventions in adults with chronic orofacial pain: systematic review and meta-analysis. *European Journal of Pain*, 2019. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ejp.1358>. Acesso em: 6 out. 2025.

YANG, Yulin; HUANG, Rui; GROL-PROKOPCZYK, Hanna; TORRES, Jacqueline M. Mudança na Rede Social Após o Início da Dor em Adultos Europeus de Meia-Idade e Idosos. *Ciências Sociais e Medicina*, v. 310, p. 115215,

**1. WAKEFIELD, Emily O.; KISSI, Ama; MULCHAN, Siddika S.; NELSON, Sarah; PAGÉ, Gabriel; CHOINIÈRE, Manon; et al.** Pain-related stigma as a social determinant of health in diverse pediatric pain populations. *Frontiers in Pain Research*, 14 Nov. 2022. DOI: 10.3389/fpain.2022.1020287. Disponível em: (Frontiers). Frontiers

**2. BEAN, Debbie J.; DRYLAND, Amber; RASHID, Usman; TUCK, Natalie L.** The determinants and effects of chronic pain stigma: a mixed-methods study and the development of a model. *The Journal of Pain*, v. 23, n. 10, p. 1749–1764, out. 2022. DOI: 10.1016/j.jpain.2022.05.006. Disponível em: PubMed/Elsevier. PubMed

**3. COADY, Alanna; GODARD, Rebecca; HOLTZMAN, Susan.** Understanding the link between pain invalidation and depres-

sive symptoms: the role of shame and social support in people with chronic pain. *Journal of Health Psychology*, v. 29, n. 1, p. 52–64, Jan. 2024. DOI: 10.1177/13591053231191919. (Artigo disponível em PubMed Central). PubMed

**4. TAIT, Raymond C.; CHIBNALL, John T.; MILLER, Laura; WERNER, Chas A.** Judging pain and disability: effects of pain severity and physician specialty. *Journal of Behavioral Medicine*, v. 34, n. 3, p. 218–224, 2011. DOI: 10.1007/s10865-010-9302-8. PubMed

**5. BAIR, Matthew J.; ROBINSON, Rebecca L.; KATON, Wayne; KROENKE, Kurt.** Depression and pain comorbidity: a literature review. *Archives of Internal Medicine*, v. 163, n. 20, p. 2433–2445, 2003. DOI: 10.1001/archinte.163.20.2433. (Obs.: você citou “Bair et al., 2010” no texto — a referência clássica frequentemente usada é a de 2003; inclui a entrada correta abaixo). PubMed

**Hadjistavropoulos et al. (2011)** — revisão/ modelo sobre comunicação da dor, referência adequada para discussão sobre validação/ invalidação e comunicação social da dor. PubMed

#### ABNT:

HADJISTAVROPOULOS, T.; CRAIG, K. D.; DUCK, S.; CANO, A.; GOUBERT, L.; JACKSON, P. L.; MOGIL, J. S.; RAINVILLE, P.; SULLIVAN, M. J. L.; WILLIAMS, A. C. de C.; VERVOORT, T.; FITZGERALD, T. D. A biopsychosocial formulation of pain communication. *Psychological Bulletin*, v. 137, n. 6, p. 910–939, 2011. doi:10.1037/a0023876. (link da entrada PubMed / summaries: PubMed)

**Tait, Chibnall, Miller & Werner (2011)** — estudo sobre como especialistas avaliam dor e incapacidade (relevante para vieses clínicos na avaliação da dor). ResearchGate

#### ABNT:

TAIT, R. C.; CHIBNALL, J. T.; MILLER, L.; WERNER, C. A. *Judging pain and disability: Effects of pain severity and physician specialty*. Journal of Behavioral Medicine, v. 34, n. 3, p. 218–224, 2011. doi:10.1007/s10865-010-9302-8. (detalhes e DOI na PubMed / ResearchGate). ResearchGate

**Bair, Robinson, Katon & Kroenke (2003)** — revisão clássica sobre comorbidade dor-depressão (boa referência para vínculo dor/afetividade). PubMed

#### **ABNT:**

BAIR, M. J.; ROBINSON, R. L.; KATON, W.; KROENKE, K. *Depression and pain comorbidity: a literature review*. Archives of Internal Medicine, v. 163, n. 20, p. 2433–2445, 2003. doi:10.1001/archinte.163.20.2433. (entradas e resumo em PubMed). PubMed

**Perugino et al. (2022)** — “Stigma and Chronic Pain” — review útil para suportar afirmações sobre estigma e invalidação da dor. PubMed

#### **ABNT:**

PERUGINO, F.; DE ANGELIS, V.; POMPILI, M.; MARTELLETTI, P. *Stigma and Chronic Pain*. Pain and Therapy, v. 11, n. 4, p. 1085–1094, 2022. doi:10.1007/s40122-022-00418-5. (PubMed/PMC disponível). PubMed

**Pearl et al. (2024)** — desenvolvimento da escala transdiagnóstica de estigma interno (I-HEARTS); útil como referência para medidas de estigma transcondição (inclui dor crônica como condição considerada). BioMed Central

#### **ABNT:**

PEARL, R. L.; LI, Y.; GROSHON, L. C.; et al. *Measuring internalized health-related stigma across health conditions: development and validation of the I-HEARTS Scale*. BMC Medicine, v. 22, 435, 2024. doi:10.1186/s12916-024-03661-z. BioMed Central