

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

A EXPERIÊNCIA DO DOENTE COM DTM E DOR OROFACIAL

Trabalho submetido por

Yasmin Nawal Ashoury de Freitas

para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Julho de 2025

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

A EXPERIÊNCIA DO DOENTE COM DTM E DOR OROFACIAL

Trabalho submetido por

Yasmin Nawal Ashoury de Freitas

para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientado por

Prof.^a Doutora Catarina Silva Carvalho Sousa Machado

e coorientado por

Prof. André Mariz de Almeida e Prof. Doutor Fernando Exposto

Julho de 2025

AGRADECIMENTOS

Ao concluir esta etapa tão significativa da minha vida académica, é com profunda gratidão que expresso os meus sinceros agradecimentos a todos os que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho.

Em primeiro lugar, à minha orientadora, Prof. Doutora Catarina Carvalho pela orientação firme e generosa, imprescindível para o desenvolvimento deste trabalho. Agradeço a disponibilidade, as valiosas contribuições e o acompanhamento atento e comprometido durante todo o processo.

Aos meus coorientadores, Prof. Doutor André Mariz de Almeida e Prof. Doutor Fernando Exposto, expresso igualmente o meu reconhecimento pelas sugestões pertinentes, críticas construtivas e apoio técnico, que enriqueceram de forma significativa esta investigação e alargaram a minha perspetiva sobre o tema.

À Universidade Egas Moniz *School of Health and Science*, agradeço a formação de excelência, os recursos colocados à disposição e o ambiente académico estimulante, que promove o crescimento intelectual e profissional. Foi uma honra integrar esta instituição.

Ao meu marido, Christian, meu companheiro de todas as horas, mesmo distantes, pela paciência, encorajamento constante e apoio incondicional ao longo de toda esta longa jornada. A tua presença foi fundamental para manter o equilíbrio e a motivação, mesmo nos momentos mais desafiantes.

À minha família, exemplo de força, dedicação e amor, agradeço todo o carinho, apoio emocional e a fé inabalável nas minhas capacidades, mesmo quando eu própria duvidava. A vossa confiança foi essencial para a minha persistência.

Aos meus colegas de percurso, o estimado grupo G20, em especial à Thais e Iscárlet, o meu muito obrigada pela amizade, entreajuda, partilha de conhecimentos, risadas e companheirismo. Ter vivido esta experiência convosco tornou o caminho mais leve, enriquecedor e memorável. Graças a vocês sempre levarei com carinho a minha vivência em Portugal.

A todos, o meu mais sincero agradecimento.

RESUMO

Este estudo transversal teve como objetivo caracterizar o percurso de pacientes com dor orofacial e/ou disfunção temporomandibular (DTM) até ao diagnóstico, analisando também possíveis diferenças por género. Participaram 131 adultos (idade entre 18 e 80 anos) recrutados em ambientes digitais e académicos. Foram recolhidos dados sociodemográficos do Eixo II do DC/TMD, número de consultas até ao diagnóstico e intensidade/interferência da dor, avaliadas por escalas numéricas e pela *Chronic Pain Grade Scale -Revised* (CPGS - R).

Os resultados mostraram que 47,5% dos participantes costumam procurar diretamente um especialista e 67,9% foram encaminhados por médicos dentistas generalistas (MDG). A maioria recebeu diagnóstico em uma (44,3%) ou duas (30,5%) consultas, sem diferenças significativas entre géneros. A dor atual e máxima teve mediana de 1/10 a 4/10, indicando dor ligeira. Quanto à incapacidade, 85,5% não interromperam atividades nos 30 dias anteriores, predominando os graus I (dor crónica de baixa intensidade e grau de incapacidade nulo), sem disparidades entre géneros.

Apesar dos avanços no diagnóstico precoce com o envolvimento do MDG, persistem lacunas: 12,2% dos pacientes ainda não tinham diagnóstico definitivo e 38,9% estavam em tratamento há mais de um ano. Recomenda-se a adoção de protocolos standardizados (DC/TMD, ICOP), triagem psicossocial sistemática e atuação de equipas multidisciplinares para melhorar a gestão da dor orofacial crónica e da DTM, além de necessidade de educação contínua de médicos e pacientes sobre dor orofacial e DTM.

Palavras-chave: dor orofacial; ATM; percurso; dor.

ABSTRACT

This cross-sectional study aimed to characterize the path of patients with orofacial pain and/or temporomandibular dysfunction (TMD) up to diagnosis, also analysing possible differences by gender. A total of 131 adults (from 18 to 80 years old) recruited from digital and academic environments participated. Sociodemographic data from Axis II DC/TMD, referral source, number of consultations until diagnosis and pain intensity/interference, assessed by numerical scales and the Chronic Pain Grade Scale – Revised (CPGS - R), were collected. The results showed that 71.8% of the participants sought a specialist directly and 67.9% were referred by general dentists (MDG). The majority received a diagnosis in one (44.3%) or two (30.5%) consultations, with no significant differences between genders. Current and maximum pain had a median from 1/10 to 4/10, indicating mild pain. Regarding disability, 85.5% had not interrupted activities in the previous 30 days, with grades I, predominating in the CPGS- R (low intensity and no disability), with no disparities between genders.

Despite advances in early diagnosis with the involvement of general dentists, gaps persist: 12.2% of patients still did not have a definitive diagnosis and 38.9% had been undergoing treatment for more than a year. The adoption of standardized protocols (DC/TMD, ICOP), systematic psychosocial screening and the action of multidisciplinary teams are recommended to improve the management of chronic orofacial pain and TMD, in addition to the need for continuous education of physicians and patients on orofacial pain and TMD.

Keywords: orofacial pain; TMJ; pathway; pain.

ZUSAMMENFASSUNG

Ziel dieser Querschnittsstudie war es, den Weg von Patientinnen und Patienten mit orofazialen Schmerzen und/oder craniomandibulärer Dysfunktion (CMD) bis zur Diagnosestellung zu beschreiben und dabei mögliche geschlechtsspezifische Unterschiede zu analysieren. Insgesamt wurden 131 Erwachsene im Alter von 18 bis 80 Jahren in digitalen und akademischen Umfeldern rekrutiert. Erfasst wurden soziodemografische Angaben gemäß Achse II der *Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders* (DC/TMD), die Anzahl der Konsultationen bis zur Diagnose sowie Schmerzintensität und -beeinträchtigung, gemessen mittels numerischer Ratingskalen und der *Chronic Pain Grade Scale – Revised* (CPGS-R).

Es zeigte sich, dass 47,5 % der Teilnehmenden direkt eine Fachperson aufsuchen würden, während 67,9 % von allgemeinen Zahnärztinnen/Zahnärzten überwiesen wurden. Die Mehrheit erhielt ihre Diagnose nach einer, seltener nach zwei Konsultationen; signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern wurden nicht festgestellt. Die aktuelle bzw. maximale Schmerzintensität lag im Median zwischen 1/10 4/10 und ist damit als leicht einzustufen. In Bezug auf die Funktionsbeeinträchtigung gaben 85,5 % an, in den letzten 30 Tagen keine Aktivitäten unterbrochen zu haben; in der CPGS-R dominierten die Grade I, ebenfalls ohne geschlechtsspezifische Diskrepanz.

Trotz der Fortschritte durch die frühzeitige Einbindung der allgemeinen Zahnmedizin bestehen weiterhin Defizite: Ein Teil der Betroffenen verfügte noch nicht über eine endgültige Diagnose, und eine beachtliche Gruppe befand sich seit über einem Jahr in Behandlung. Empfohlen werden daher die konsequente Anwendung standardisierter Protokolle, (DC/TMD, *International Classification of Orofacial Pain – ICOP*), ein routinemäßiges psychosoziales Screening sowie der Einsatz multidisziplinärer Teams, um das Management chronischer orofazialer Schmerzen und der CMD zu optimieren. Zudem ist eine kontinuierliche Aufklärung von Behandelnden und Betroffenen über orofaziale Schmerzsyndrome und CMD erforderlich.

Schlüsselwörter: orofaziale Schmerzen; Kiefergelenk; Behandlungsweg; Schmerz.

ÍNDICE

I.	INTRODUÇÃO	19
II.	REVISÃO DE LITERATURA	21
1.	DOR	21
1.1	Classificação dos Mecanismos de Dor.	22
1.2	Fisiopatologia da dor	23
1.3	Diagnóstico de Dor Crónica	24
2.	DOR OROFACIAL	27
2.1	Definição	27
2.2	Etiologia e fatores predisponentes	27
2.3	Prevalência	28
2.4	Diagnóstico	28
2.5	Abordagem Terapêutica na Dor Orofacial	29
3.	DOR E ATM	30
3.1.	Sistema estomatognático	30
3.1.1.	Anatomia Descritiva	30
3.1.2.	Complexo muscular	30
4.	DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR	31
4.1.	Definição	31
4.2.	A Classificação das DTMs e o Modelo Biopsicossocial	31
4.2.1.	Crterios Diagnósticos para Disfunções Temporomandibulares (DC/TMD) 31	
4.2.2.	Classificação Internacional da Dor Orofacial (ICOP)	33
4.2.3.	Dor miofascial	33
4.2.4.	Classificação Internacional de Cefaleias, 3ª edição (ICHD-3)	34
4.2.5.	Diagnóstico diferencial das DTMs	34
4.3.	Etiologia e fatores predisponentes	34
4.4.	Prevalência	35
4.5.	Abordagem Terapêutica nas Disfunções Temporomandibulares	35
III.	OBJETIVOS DO ESTUDO	37
1.	Objetivo Principal	37
2.	Objetivos Secundários	37
IV.	HIPÓTESES DE ESTUDO	37

V.	MATERIAIS E MÉTODOS	39
1.	Identificação do tipo de estudo e aprovação da Comissão de ética	39
2.	Consentimento informado (CI)	39
3.	Amostra	39
4.	Questionário (Anexo 3)	40
4.1	Secção 1: Questões sociodemográficas e relativas ao caminho do paciente por profissionais de saúde até à resolução da queixa	40
4.2	Secção 2: Questionário relacionado com a História clínica da Clínica Universitária Egas Moniz e escalas validadas de dor McGill, CPGS - R e END	41
4.3	Variáveis analisadas	41
5.	Recolha de dados	41
6.	Análise estatística	42
VI.	RESULTADOS	43
1.	Caracterização da amostra/Variáveis sociodemográficas	43
1.1.	Faixa etária dos participantes	43
1.2.	Género dos Participantes	44
1.3.	Escolaridade	44
1.4.	Moradia e país de procura por tratamento	45
2.	Questões relacionadas com a experiência de dor	46
2.1.	Como os pacientes procuram ajuda, no caso de problemas de saúde	46
2.2.	Quem o encaminhou para o(s) profissional ou profissionais que o(s) tratou(aram) da dor orofacial e DTM?	47
2.3.	O motivo da consulta foi dor?	48
2.4.	Qual foi o motivo exato da consulta?	48
2.5.	Quantos profissionais consultou antes de lhe ser diagnosticada a patologia (DTM / Dor Orofacial), incluindo médicos dentistas e outros profissionais de saúde especialistas?	49
2.6.	Que profissionais consultou até obter o diagnóstico de Disfunção temporomandibular - Dor Orofacial?	50
2.7.	Ordem cronológica dos profissionais de saúde que foram consultados para tratar a dor	51
2.8.	Há quanto tempo está em tratamento?	52
2.9.	Considera que o motivo que o/a levou à consulta está resolvido?	53
3.	Dados sobre a dor	53
3.1.	Qual é a frequência da dor?	53
3.2.	Descrição da dor	54

3.3.	Localização da dor	56
3.4.	Durante quanto tempo teve dores antes de consultar um profissional que fez o diagnóstico correto e proporcionou o tratamento adequado.....	57
3.5.	CPGS - R.....	58
3.6.	A quantas consulta foi até sentir alívio da dor?	62
4.	Terapias propostas	63
4.1.	Que tipo de terapia foi proposta para o seu problema de dor orofacial e DTM? 63	
4.2.	Alguns dos seus profissionais de saúde sugeriu que os seus problemas de DTM se devem a anomalias na oclusão dentária ou na posição mandibular?	64
4.3.	Conseguiu aliviar a dor através da correção permanente da sua oclusão dentária?	65
5.	COMPARAÇÕES COM O GÉNERO	66
5.1	Género vs. Número de Profissionais consultados até ao diagnóstico	66
5.2	Género vs. Quais profissionais foram consultados.....	67
5.3	Género vs. Característica de dor	68
5.4	Género vs. CGPS -R.....	69
VII.	DISCUSSÃO	71
1.	CONSIDERAÇÕES ACERCA DOS OBJETIVOS PRINCIPAIS	71
1.1.	Análise do percurso assistencial do doente com dor orofacial / DTM.....	71
1.1.1.	Considerações acerca da maneira de procura de atendimento.....	71
1.1.2.	Considerações acerca da fonte de encaminhamento para o profissional que tratou a dor.....	71
1.1.3.	Considerações acerca do tipo e da cronologia de profissionais procurados 72	
1.1.4.	Considerações acerca do número de consultas até o diagnóstico	72
1.1.5.	Considerações acerca do motivo da consulta e local da dor.....	73
1.1.6.	Considerações acerca da resolução da queixa	73
2.	CONSIDERAÇÕES ACERCA DOS OBJETIVOS SECUNDÁRIOS.....	74
2.1.	Dados demográficos: idade, género, morada e escolaridade.....	74
2.1.1.	Considerações acerca da idade.....	74
2.1.3	Considerações acerca da escolaridade.....	74
2.1.4.	Considerações acerca do país de residência e país de busca de atendimento 75	
2.2	Análise qualitativa da dor.....	75
2.3	Diagnóstico e escalas/instrumentos de dor.....	77

2.3.1. Considerações acerca dos instrumentos utilizados para avaliar a dor	77
2.3.2. Considerações acerca da intensidade da dor e ao grau de incapacitação por ela causado	78
2.4 Tratamentos	78
2.4.1. Considerações acerca da duração do tratamento.....	78
2.4.2. Tratamentos propostos	79
2.5. Correlações com o gênero	80
2.5.1. Considerações acerca da relação “Gênero vs. Quantidade de profissionais consultados até ao diagnóstico”	80
2.5.2. Considerações acerca da relação “Gênero vs. Profissionais efetivamente consultados”.....	80
2.5.3. Considerações acerca da relação “Gênero vs. tipo de dor percebida”.....	81
2.5.4. Considerações acerca da relação “Gênero vs. Intensidade e Incapacidade por dor”	81
3. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	82
VIII. CONCLUSÕES.....	83
IX. BIBLIOGRAFIA	85
X. ANEXOS	93
Anexo 1: Aprovação do Comitê de Ética.....	93
Anexo 2: Consentimento informado	94
Anexo 3: Questionário “Qual é a sua experiência com a dor que sente na cabeça e na cara?”	95

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Exemplo de escala numérica de dor (Open AI, 2025)	25
Figura 2 - Fluxograma dos participantes do estudo	40

ÍNDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1 - Idade.....	43
Gráfico 2 - Género.....	44
Gráfico 3 - Escolaridade.....	44
Gráfico 4 - Como procura ajuda?	46
Gráfico 5 - Quem encaminhou?	47
Gráfico 6 - Dor	48
Gráfico 7 - Motivo exato da consulta.....	48
Gráfico 8 - Tempo de tratamento	52
Gráfico 9 - O motivo está resolvido?	53
Gráfico 10 - Frequência da dor.....	53
Gráfico 11 - Descrição da dor (I)	54
Gráfico 12 - Descrição da dor (II).....	54
Gráfico 13 - Descrição da dor (III).....	55
Gráfico 14 - Descrição da dor (IV)	55
Gráfico 15 - Descrição da dor (V).....	55
Gráfico 16 - Descrição da dor (VI)	56
Gráfico 17 - Local da dor	56
Gráfico 18 - Tempo com dor até ao diagnóstico	57
Gráfico 19 - Número de dias com dor nos últimos 6 meses.....	58
Gráfico 20 - Intensidade auto-classificada da dor (escala 0–10).....	59
Gráfico 21 - Amplitude interquartil e Mediana	60
Gráfico 22 - Dias impedido de fazer afazeres habituais.....	61
Gráfico 23 - Número de consultas até o alívio da dor	62
Gráfico 24 - Terapia	63
Gráfico 25 - Anomalia na oclusão/posição dentária como causa de DTM	64
Gráfico 26 - Alívio da dor após correção dentária	65
Gráfico 27 - Género vs Nr. Profissionais consultados até o diagnóstico (Percentagem)	66
Gráfico 28 - Género vs Nr. Profissionais consultados até o diagnóstico (Frequencia).....	66

INDICE DE TABELAS

Tabela 1: Frequência e Percentagem da Amostra Segundo o País de Residência	45
Tabela 2: Frequência e Percentagem da Amostra Segundo o País onde houve Atendimento	45
Tabela 3: Número de Profissionais Consultados Até ao Diagnóstico.....	49
Tabela 4: Tipos de Profissionais Consultados	50
Tabela 5: Ordem Cronológica dos Profissionais Procurados.....	51
Tabela 6: Associação Entre Género e Tipo de Profissional Consultado.....	67
Tabela 7: Associação entre Qualidade da Dor e Género.....	68
Tabela 8: Associação de Género e Intensidade de Dor e Incapacidade por Dor	69

LISTA DE SIGLAS

AINE (s) - Anti-Inflamatório não Esteroide

AIQ - Amplitude interquartil

ASWS - *Adolescent Sleep–Wake Scale*

ATM – Articulação temporomandibular

CBCT - Tomografia computadorizada de feixe cônico

CI - Consentimento informado

CPI – *Chronic pain Intensity*

CPGS-R - *Graded Chronic Pain Scale–Revised*

DC/TMD – Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders

DOC - Dor orofacial crônica

DP – Disability Score

DTM (s) – Disfunção ou distúrbio Temporomandibular

END - Escala numérica de dor

EVA - Escala visual analógica

GAD -7 - *Generalized Anxiety Disorder-7*

JFLS - *Jaw Functional Limitation Scale*

IASP – International Association for the Study of Pain

ICHD-3 - Classificação Internacional de Cefaleias, 3ª edição

ICOP - International Classification of Orofacial Pain

INFORM - International Network for Orofacial Pain and Related Disorders Methodology

IHS - International Headache Society

MDG – Médico Dentista Generalista

MPQ - Questionário de dor de McGill

n – Número da amostra

NRS - *Numeric rating scale*

OBC - *Oral Behaviors Checklist*

p - Probabilidade

pH - Potencial hidrogeniônico

PHQ - *Patient Health Questionnaires*

SE – Sistema estomatognático

TCC - Terapias cognitivo-comportamentais

TENS - Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea, *transcutaneous electrical nerve stimulation*

vs. – *versus*

VAS - *Visual analogue scale*

VRS - *Verbal rating scale*

Nr. – Número

I. INTRODUÇÃO

A dor orofacial e as disfunções temporomandibulares (DTM) exercem impacto significativo na qualidade de vida. Contudo, a sua identificação precoce e caracterização são prejudicadas pela inexistência de protocolos uniformizados e pela escassa formação específica de médicos e médicos-dentistas. Tal carência formativa e normativa contribui para atrasos diagnósticos, intervenções terapêuticas subótimas e prolongamento do sofrimento dos pacientes (Aggarwal et al., 2006; Antunes, 2017; Au et al., 2014; Belbute, 2023; Bouloux, Chou, DiFabio, Ness, Perez, Mercuri, Chung, Klasser, et al., 2024; Castro-Lopes et al., 2012; Ekberg et al., 2023; IASP, 2013; Ilgunas et al., 2023; Manfredini et al., 2025; Moxley et al., 2023; Reme et al., 2022; Salmon et al., 2007; Yokoyama et al., 2018).

O fortalecimento da formação contínua junto dos profissionais de saúde, assim como a promoção da literacia em dor orofacial junto dos doentes, revela-se essencial para reduzir o intervalo até ao diagnóstico definitivo, otimizar o percurso terapêutico e aperfeiçoar os resultados clínicos e psicossociais (Bouloux, Chou, DiFabio, Ness, Perez, Mercuri, Chung, Klasser, et al., 2024; IASP, 2013; Ilgunas et al., 2023; Labanca et al., 2023; Moxley et al., 2023).

II. REVISÃO DE LITERATURA

1. DOR

Em 2020, a *International Association for the Study of Pain* (IASP) revisitou a definição de dor, alterando-a de “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a danos tecidulares reais ou potenciais, ou descrita em termos desses danos” para “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a, ou semelhante àquela associada a dano tecidual real ou potencial” (IASP, 2020; Raja et al., 2020).

A dor crônica afeta até 30 % da população global, com prevalência consistentemente superior no sexo feminino; nas dores orofaciais crônicas, verifica-se uma proporção aproximada de 2:1 (Canfora et al., 2023). Estes dados apontam para uma confluência de fatores hormonais, genéticos, psicossociais e de exposição a stressores, os quais promovem a transição de dor aguda para crônica de forma mais frequente nas mulheres (Aggarwal et al., 2006; Castro-Lopes et al., 2012; Zakrzewska, 2013).

A dor corresponde a uma experiência subjectiva que integra dimensões sensoriais, emocionais, cognitivas e motivacionais (Okeson, 2020b). A intensidade e a qualidade desta vivência não dependem apenas do estímulo nociceptivo, mas são moduladas por processos complexos no sistema nervoso central, nos quais fatores físicos, psicológicos e sociais desempenham papel determinante.

No domínio nociceptivo, os estímulos potencialmente lesivos geram impulsos capazes de originar hiperalgesia; na região orofacial, tais sinais transitam da articulação temporomandibular (ATM) para o núcleo trigeminal. Contudo, a percepção dolorosa envolve igualmente mecanismos de modulação central, influenciados por estados de ansiedade, depressão e medo, cujo impacto se traduz em alterações funcionais do indivíduo (Okeson, 2020b).

Distinguem-se (IASP, 2020; Teixeira, Siqueira, & Alvarez, 2012):

- Dor aguda: previsível, <3 meses, associada a dano tecidual ou trauma, regride com tratamento e cura da lesão.
- Dor crônica: persiste ≥ 3 meses, sem função biológica, considerada doença, ligada a hiperexcitabilidade neuronal que não retorna ao basal após a cura inicial.

1.1 Classificação dos Mecanismos de Dor.

1.1.1 Classificação segundo os mecanismos patogénicos

A *International Association for the Study of Pain* (IASP), na sua atualização de 2020, propôs um sistema de classificação baseado em três mecanismos distintos, nociceptivo, neuropático e nociplástico, com o intuito de uniformizar a terminologia clínica e investigacional, simplificar o raciocínio diagnóstico e fundamentar estratégias terapêuticas em evidência científica (IASP, 2020).

1.1.1.1 Dor nociceptiva

Resulta da ativação de nociceptores periféricos em resposta a estímulos lesivos ou a processos inflamatórios, manifestando-se por dor localizada, habitualmente descrita como “latejante” ou “ardente”, que evolui em paralelo com a fase inflamatória ou de cicatrização tecidual. Exemplos incluem pulpalgias, traumatismos mandibulares e inflamações peri operatórias. Este tipo de dor tende a responder de forma previsível a analgésicos convencionais e a anti-inflamatórios não esteroides (IASP, 2020).

1.1.1.2 Dor neuropática

Caracteriza-se por dor decorrente de lesão ou disfunção do sistema somatossensorial, frequentemente descrita como “choques elétricos”, “queimadura” ou “formigueiro”, com ocorrência de alodinia e hiperalgesia. No âmbito orofacial, inclui, por exemplo, neuralgia do trigêmeo e lesões iatrogénicas de nervos durante intervenções cirúrgicas. Devido à sua natureza, é habitualmente tratada com neuro moduladores, como gabapentinoides ou antidepressivos tricíclicos, uma vez que os analgésicos comuns e os AINE não são suficientes (IASP, 2020; Raja et al., 2020).

1.1.1.3 Dor nociplástica

Definida como dor resultante de processamento nociceptivo alterado, sem evidência de lesão tecidual ou disfunção nervosa clara, caracteriza-se pela sensibilização central e/ou periférica e pela amplificação da percepção dolorosa na ausência de estímulos nocivos óbvios. Clinicamente, associa-se a perturbações do sono, fadiga e sintomas cognitivos, sendo exemplificada por condições como a fibromialgia e formas idiopáticas de dor orofacial crónica (IASP, 2020; Raja et al., 2020).

A IASP recomenda que o tratamento da dor nociplástica seja multidisciplinar, integrando terapêutica farmacológica de modulação central (por exemplo, inibidores seletivos da recaptação de serotonina e noradrenalina) com intervenções não farmacológicas, tais como fisioterapia e terapias cognitivo-comportamentais, de forma a reequilibrar os circuitos facilitadores e inibitórios do processamento sensorial (IASP, 2020; Raja et al., 2020).

Conforme descrito por Batalha (2016), a dor constitui uma experiência multidimensional, compreendendo seis vertentes interdependentes. A dimensão fisiológica abrange os mecanismos neurológicos, bioquímicos e fisiológicos responsáveis pela transmissão e modulação do estímulo nociceptivo. A dimensão sensorial refere-se à capacidade de identificar a localização, intensidade e qualidade da dor. A dimensão afetiva envolve as respostas emocionais suscitadas, como angústia ou alívio. A dimensão cognitiva diz respeito ao significado atribuído à dor, influenciado por experiências anteriores. A dimensão comportamental inclui as reações observáveis, como alterações no sono ou atividade física. Por fim, a dimensão sociocultural considera os contextos culturais e sociais que moldam a forma como a dor é percebida e expressa. A consideração integrada destas dimensões é essencial para uma abordagem clínica abrangente (Batalha, 2016).

1.2 Fisiopatologia da dor

A regulação da dor em contextos fisiológicos envolve o equilíbrio entre a condução dos estímulos nociceptivos e a sua inibição, conforme descrito pela Teoria do Controlo da Porta. Esta teoria sustenta que a ativação de fibras aferentes de grande calibre ($A\beta$) pode bloquear a transmissão de sinais dolorosos conduzidos por fibras de pequeno calibre ($A\delta$ e C) ao nível do corno dorsal da medula espinal, efeito potenciado por vias inibitórias descendentes (Melzack & Wall, 1965; Wall, 1978).

Em paralelo, o sistema opioide endógeno, constituído por endorfinas, encefalinas e dinorfinas, liga-se aos recetores μ , δ e κ , inibindo a libertação de neurotransmissores excitatórios e diminuindo a percepção dolorosa (Okeson, 2020a).

A dor referida resulta da convergência de estímulos somáticos e viscerais na medula, explicando fenómenos como a irradiação da dor cardíaca para a mandíbula ou a confusão entre dor muscular e dentária. Já a excitação central, desencadeada por estímulos nociceptivos persistentes, leva a uma hiperatividade neuronal que amplia o campo da dor, podendo causar

espasmos musculares e alterações vasculares, sendo um processo-chave nas disfunções temporomandibulares crónicas (Okeson, 2020a).

1.3 Diagnóstico de Dor Crónica

A dor crónica é definida pela sua persistência na maioria dos dias ao longo de, pelo menos, três meses consecutivos (Von Korff et al., 2020). A sua etiologia é complexa e resulta da interação entre fatores biológicos, como predisposição genética, variações nos níveis de neurotransmissores e influência hormonal, memórias de experiências algicas anteriores e variáveis psicológicas, nomeadamente estados de ansiedade e angústia. Adicionalmente, o contexto sociocultural desempenha um papel modulador, influenciando a forma como o sofrimento é expresso ou contido (Au et al., 2014; Batalha, 2016; Okeson, 2020b; Teixeira, Siqueira, & Alvarez, 2012).

A avaliação clínica da dor crónica deve contemplar indicadores autonómicos objetivos, como taquicardia, elevação da tensão arterial, sudorese e alterações respiratórias, que funcionam como sinais indiretos de stresse doloroso (Batalha, 2016). A observação de linguagem corporal, incluindo expressões faciais, agitação motora e posturas de proteção, constitui igualmente um recurso auxiliar importante (Siqueira, et al., 2012). Contudo, o relato subjetivo da dor permanece o principal parâmetro diagnóstico, sendo essencial registar a intensidade, a qualidade e as repercussões no sono, apetite, humor e interação social (Teixeira, Siqueira, Kominsky, et al., 2012).

A quantificação da dor pode ser realizada por meio de escalas validadas como a Escala Numérica de Dor (END), a Escala Visual Analógica (EVA), a *verbal rating scale* (VRS) e a Escala de Faces Revista. Cada instrumento apresenta características específicas: a EVA é menos influenciada por fatores emocionais; a VRS permite avaliar a interferência funcional; e a Escala de Faces capta a dimensão de desagradabilidade (Direcção-Geral de Saúde, 2003; Hawker et al., 2011; Thong et al., 2018).

Para a identificação da dor crónica de alto impacto, recomenda-se a Escala Graduada de Dor Crónica (*Graded Chronic Pain Scale*, GCPS), composta por cinco itens que classificam a gravidade da dor como leve, incómoda ou de impacto elevado, com base no grau de limitação funcional (Von Korff et al., 2020).

Neste trabalho três instrumentos foram utilizados para avaliar a dor:

1. A escala numérica de dor (END).

Permite ao paciente medir seu nível de desconforto em uma escala que varia de 0 a 10, sendo 0 "sem dor" e 10 "a pior dor imaginável" (Batalha, 2016).

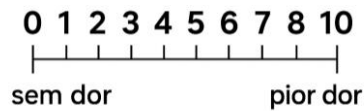


Figura 1 - Exemplo de escala numérica de dor (Open AI, 2025)

2. O questionário de dor de McGill (MPQ).

Permite coletar dados mais detalhados sobre as descrições sensoriais, avaliações emocionais e classificações de intensidade da dor. Com o uso do MPQ, a sensação subjetiva da dor pode ser capturada com mais profundidade (Figueiral, et al., 2002).

3. Escala Graduada de Dor Crónica (GCPS-R)

A Escala Graduada de Dor Crónica – Versão Revista (GCPS-R) constitui um instrumento multidimensional que integra dois domínios principais: a Intensidade da Dor Crónica (*Chronic Pain Intensity*, CPI) e o Índice de Incapacidade (*Disability Score*, DP). A sua classificação baseia-se em cinco itens obrigatórios, aos quais se pode acrescentar um sexto de carácter opcional, conforme detalhado a seguir (Figueiral, et al., 2002; Von Korff et al., 2020).

a. Identificação de Dor Crónica (Item 1)

Pergunta-se ao utente: “Nos últimos três meses, em quantos dias experienciou dor: nunca, alguns dias, na maioria dos dias ou todos os dias?” Se a resposta for “na maioria dos dias” ou “todos os dias”, considera-se presente dor crónica. Caso contrário (“nunca” ou “alguns dias”), classifica-se como Grau 0 – Dor Crónica Ausente (Von Korff et al., 2020).

b. Identificação de Dor Crónica de Elevado Impacto (Item 2)

Aos que reportam dor crónica, coloca-se a questão: “Com que frequência a dor limitou as suas atividades de vida ou de trabalho nos últimos três meses: nunca, alguns dias, na maioria dos dias ou todos os dias?” Se a resposta for “na maioria dos dias” ou “todos os dias”, atribui-se Grau 3 – Dor Crónica de Elevado Impacto (Von Korff et al., 2020).

c. Avaliação da Intensidade e Interferência pela Escala PEG (Itens 3–5)

Para utentes classificados nos Graus 1 e 2 (ou seja, com dor crónica, mas sem impacto elevado), aplica-se a Escala PEG, composta por três perguntas:

1. Dor (*P*): “Quão intensa esteve a dor na última semana?” (0 = “nenhuma dor”; 10 = “pior dor imaginável”).
2. Prazer (*E*, de *enjoyment*): “Até que ponto a dor interferiu no prazer de viver na última semana?” (0 = “nada”; 10 = “completamente”).
3. Atividades Gerais (*G*): “Até que ponto a dor interferiu nas suas atividades gerais na última semana?” (0 = “nada”; 10 = “completamente”).

O valor total da PEG obtém-se pela soma de $P + E + G$ (intervalo 0–30). A média aritmética (dividindo por 3) situa-se numa escala de 0 a 10. Se o somatório for ≥ 12 (média ≥ 4), classifica-se como Grau 2 – Dor Crónica Incómoda (*bothersome chronic pain*); caso contrário (somatório < 12 , média < 4), atribui-se Grau 1 – Dor Crónica Leve (*mild chronic pain*) (Von Korff et al., 2020).

d. Classificação Final

- Grau 0 (Dor Crónica Ausente): Item 1 = “nunca” ou “alguns dias”.
- Grau 1 (Dor Crónica Leve): Item 1 = “na maioria dos dias” ou “todos os dias” e PEG total < 12 .
- Grau 2 (Dor Crónica Incómoda): Item 1 = “na maioria dos dias” ou “todos os dias”; Item 2 = “nunca” ou “alguns dias”; PEG total ≥ 12 .
- Grau 3 (Dor Crónica de Elevado Impacto): Item 1 = “na maioria dos dias” ou “todos os dias” e Item 2 = “na maioria dos dias” ou “todos os dias” (Figueiral, et al., 2002; Von Korff et al., 2020).

e. Item sobre Incapacidade Laboral (Item 6 – opcional)

Pergunta-se: “Está a exercer atividade profissional ou encontra-se impedido de trabalhar devido à dor?” Este item não altera a classificação nos Graus 0–3, mas identifica utentes com limitação laboral que poderão requerer intervenções adicionais ou acompanhamento especializado (Figueiral, et al., 2002; Von Korff et al., 2020).

A escolha da ferramenta deve ter em conta o contexto clínico, a população avaliada e as especificidades de cada caso (Batalha, 2016). Ao transformar a experiência subjectiva da dor em medidas quantificáveis, as escalas fortalecem a tomada de decisão clínica, sustentam a investigação (ao permitir metodologias padronizadas) e promovem o envolvimento do doente, aumentando a adesão terapêutica e a satisfação global (Hawker et al., 2011).

2. DOR OROFACIAL

2.1 Definição.

A dor orofacial crónica (DOC) designa qualquer manifestação álgica persistente (≥ 3 meses) localizada nas regiões oral ou facial, envolvendo quer tecidos duros quer tecidos moles. Engloba causas odontogénicas e não odontogénicas, sendo estas últimas também representadas por dor da articulação temporomandibular (ATM), algias faciais e periorbitais, episódios paroxísticos na face, cefaleia temporal, hiperalgesia da musculatura facial e sensação de ardor contínuo da língua ou de outras mucosas orais (Au et al., 2014; IASP, 2020).

2.2 Etiologia e fatores predisponentes

A dor orofacial corresponde a qualquer sensação dolorosa localizada na região facial ou na cavidade oral, podendo ter origem em diversos mecanismos fisiopatológicos. A *International Association for the Study of Pain* (2013) estabelece uma classificação em quatro categorias principais, com o intuito de orientar o processo diagnóstico e a definição do plano terapêutico.

A dor musculoesquelética abrange as lesões dos músculos da mastigação, que podem levar às disfunções da articulação temporomandibular, sendo geralmente descrita como dor localizada, associada a limitação dos movimentos mandibulares e, em alguns casos, irradiação para estruturas contíguas. A dor neuropática decorre de lesões ou disfunções nos ramos do nervo trigémeo e caracteriza-se por sintomas como disestesias, alodinia e dor lancinante, frequentemente com potencial de cronificação proporcional à extensão da lesão (IASP, 2013; Labanca et al., 2023). A dor neurovascular, englobando entidades como enxaquecas e cefaleias em salvas, manifesta-se por dor pulsátil ou latejante, habitualmente acompanhada de fotofobia e fonofobia. A dor psicogénica, por sua vez, ocorre na ausência de lesão estrutural ou disfunção neurológica identificável, resultando de fatores emocionais, cognitivos ou comportamentais. A sua persistência encontra-se frequentemente associada a estados de ansiedade, depressão e

somatização, com maior prevalência em mulheres, especialmente na presença de múltiplos sintomas somáticos ou eventos de vida adversos (Aggarwal et al., 2006; Zakrzewska, 2013).

A predisposição individual para dor orofacial persistente é modulada por fatores demográficos (como idade avançada ou condições socioeconómicas desfavoráveis), comportamentais (tais como privação de sono e catastrofização) e genéticos. Polimorfismos em genes como CYP2D6 e MC1R influenciam quer a sensibilidade à dor, quer a resposta aos fármacos analgésicos, permitindo delinear perfis de risco específicos (Castro-Lopes et al., 2012).

2.3 Prevalência

Calcula-se que cerca de 7 % da população mundial padeça de dor orofacial crónica (Aggarwal et al., 2006); valor idêntico foi reportado no Reino Unido (Currie et al., 2023). A literatura apresenta amplitudes entre 14 % e 42 % na população adulta global, podendo ultrapassar 50 % na faixa etária idosa (Au et al., 2014; Canfora et al., 2023).

2.4 Diagnóstico

O diagnóstico da dor orofacial fundamenta-se na recolha sistematizada da história clínica, com particular enfoque na duração, localização, qualidade e fatores moduladores da dor, sendo este processo complementado pelo exame clínico objetivo e pela aplicação de instrumentos validados de avaliação (Siqueira, et al., 2012).

Assim, a correta identificação diagnóstica exige a determinação dos mecanismos patogénicos envolvidos, bem como a categorização das manifestações clínicas com base em sistemas de classificação reconhecidos internacionalmente. A *International Classification of Orofacial Pain* (ICOP), desenvolvida pela *International Headache Society* (IHS), estabelece sete grandes grupos diagnósticos: dor associada a patologias dento alveolares e estruturas relacionadas; dor miofascial orofacial; dor da articulação temporomandibular; dor associada a lesões ou doenças dos nervos cranianos; dor orofacial com semelhanças a cefaleias primárias; dor orofacial idiopática; e avaliação psicossocial de doentes com dor orofacial (International Headache Society, 2021).

Cada grupo integra subcategorias organizadas hierarquicamente, em função da etiologia e das características clínicas. No âmbito da dor associada a nervos cranianos, por exemplo, distinguem-se entidades como a nevralgia trigeminal clássica (com episódios paroxísticos ou

componente contínua), a nevralgia trigeminal secundária (associada a esclerose múltipla ou lesões expansivas) e a dor neuropática idiopática (International Headache Society, 2021; Labanca et al., 2023).

Os processos fisiopatológicos subjacentes à dor orofacial crônica correspondem aos mecanismos reconhecidos na dor crônica em geral, estando estruturados, segundo a *International Association for the Study of Pain* (IASP), em três categorias principais: dor nociceptiva, dor neuropática e dor nociplástica (Canfora et al., 2023; IASP, 2013). A dor nociceptiva orofacial resulta de inflamação ou lesão tecidual, mantendo-se o sistema nervoso funcionalmente preservado, como se verifica em casos de dor associada a inflamação pulpar ou periodontite. A dor neuropática emerge de lesões ou disfunções do sistema nervoso central ou periférico, sendo tipicamente acompanhada por manifestações como alodinia, disestesias ou dor lancinante, características evidentes na nevralgia trigeminal clássica ou pós-herpética. A dor nociplástica, por sua vez, decorre de uma disfunção na modulação nociceptiva, sem evidência clara de lesão tecidual ou neural, como exemplificado na síndrome da boca ardente, em que há ardor persistente sem alterações morfológicas detetáveis (Canfora et al., 2023).

A abordagem diagnóstica desta condição deve seguir um modelo biopsicossocial abrangente, que integre os determinantes biológicos, emocionais, comportamentais e sociais que modulam a experiência dolorosa. Para além da análise da intensidade e da distribuição da dor, torna-se indispensável avaliar variáveis como os níveis de ansiedade, sintomas depressivos, qualidade de vida, catastrofização e evitamento de atividades (Hals & Stubhaug, 2011; Jung et al., 2021).

A inclusão sistemática destes domínios no processo clínico permite identificar síndromes de dor complexa não limitadas a categorias anatómicas tradicionais, legitimando a adoção de estratégias terapêuticas interdisciplinares. A colaboração entre médicos-dentistas, médicos, fisioterapeutas e psicólogos possibilita a elaboração de planos individualizados, promovendo melhores resultados clínicos e psicossociais (Canfora et al., 2023).

2.5 Abordagem Terapêutica na Dor Orofacial

O processo diagnóstico da dor orofacial deverá transcender a mera vertente patofisiológica, adotando um paradigma biopsicossocial que reconheça a confluência de fatores biológicos, emocionais, comportamentais e sociais na modulação da percepção algica. Assim, para além da quantificação da intensidade e da delimitação topográfica da dor, impõe-se a avaliação das repercussões psicossociais, nomeadamente níveis de ansiedade, sintomatologia depressiva e

qualidade de vida, e dos padrões comportamentais, como a catastrofização e o evitamento de atividades, de modo a fundamentar um plano terapêutico verdadeiramente holístico. Esta perspetiva permite identificar síndromes de dor crónica orofacial de natureza complexa, frequentemente não captadas por classificações estritamente anatómicas, e sustenta a necessidade de equipas multidisciplinares, integrando médicos dentistas, médicos de medicina geral e familiar, fisioterapeutas e psicólogos, para a conceção de intervenções mais abrangentes e individualizadas (Canfora et al., 2023; Hals & Stubhaug, 2011; Jung et al., 2021).

3. DOR E ATM

3.1. Sistema estomatognático

O sistema estomatognático (SE) constitui um conjunto anatómico multifacetado, composto por estruturas ósseas, articulares, musculares e vasculonervosas que interagem de modo sinérgico para assegurar funções vitais, mastigação, deglutição, fonação e respiração. Uma disfunção isolada repercute-se inevitavelmente nos restantes componentes, comprometendo a funcionalidade global do sistema (Gedrange et al., 2017).

3.1.1. Anatomia Descritiva

A mandíbula articula-se com as fossas mandibulares do osso temporal, formando a articulação temporomandibular (ATM). Esta articulação combina movimentos de rotação e translação, assumindo um papel determinante na trituração dos alimentos e na modulação da fala. Os dentes, ancorados no processo alveolar, fragmentam mecanicamente o bolo alimentar, enquanto os tecidos periodontais alojam mecanorreceptores essenciais para o *feedback* proprioceptivo (Soboleva et al., 2005).

3.1.2. Complexo muscular

Os músculos masséter, temporal, pterigóideo medial e lateral e digástrico, com apoio da musculatura labial, lingual e cervical na cinética mandibular e estabilização cefálica, estão implicados na DTM (Soboleva et al., 2005).

A ATM sofre sobrecarga mecânica (bruxismo, hábitos parafuncionais), trauma, alterações disciais ou doenças sistémicas, levando a inflamação sinovial, libertação de citocinas e sensibilização nociceptiva periférica e central. Oscilações hormonais (estrogénios, cortisol, hormonas tiroideias) modulam inflamação e perceção dolorosa, explicando a maior prevalência

em mulheres; na cronicidade, há alterações centrais, exigindo abordagem integrada com farmacoterapia, fisioterapia e neuromodulação (Lu & Du, 2024).

4. DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR

4.1. Definição

Distúrbios temporomandibulares (DTM) reúnem patologias da articulação temporomandibular e estruturas adjacentes, com manifestações como dor na mandíbula, pescoço, ombros ou região peri-auricular; limitação de abertura, estalidos ou cliques articulares; cefaleias tensionais ou enxaqueca e travamento mandibular. Os sintomas principais são dor, restrição de mobilidade e ruídos articulares. O termo engloba tanto fontes miogénicas quanto artrógenas, e nem todas as alterações da ATM são dolorosas ou requerem tratamento (Asquini et al., 2025; Baggen et al., 2024; Bouloux, Chou, DiFabio, Ness, Perez, Mercuri, Chung, & Crago, 2024).

4.2. A Classificação das DTMs e o Modelo Biopsicossocial

A classificação das DTMs é crucial para precisão diagnóstica, gestão clínica eficaz, investigação e comunicação interdisciplinar, sendo que a falta de um sistema internacionalmente aceite leva a diagnósticos imprecisos e tratamentos inadequados. Um modelo ideal deve ser exaustivo, biologicamente plausível (com sinais e sintomas que reflitam mecanismos conhecidos), clinicamente útil para orientar tratamento e prognóstico, fiável e simples de aplicar na prática (Canfora et al., 2023).

O Modelo Biopsicossocial da Dor, aplicado às DTMs, destaca que fatores psicológicos, como depressão, fadiga e ansiedade, e as respostas cognitivas, emocionais e comportamentais à dor influenciam diretamente os resultados do tratamento, tornando imprescindível uma abordagem individualizada e multifacetada (Bouloux, Chou, DiFabio, Ness, Perez, Mercuri, Chung, & Crago, 2024; Canfora et al., 2023).

4.2.1. Critérios Diagnósticos para Disfunções Temporomandibulares (DC/TMD)

A classificação adotada neste estudo baseia-se no *Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders* (DC/TMD), um sistema fiável e amplamente reconhecido que integra o modelo biopsicossocial da dor (Asquini et al., 2025; Maria Pigg et al., 2020). Estrutura-se em dois eixos complementares, permitindo a avaliação tanto dos aspetos físicos como psicossociais das DTMs (Ekberg et al., 2023; Faria et al., 2014).

4.2.1.1. Eixo I – Diagnósticos Físicos

Este eixo abrange as alterações dolorosas e não dolorosas do sistema mastigatório, identificáveis através da história clínica e do exame físico:

1. Desordens Dolorosas

- Mialgia

Dor num dos músculos mastigatórios, influenciada por movimento, função ou parafunção mandibular, confirmada por palpação muscular ou manobra de abertura máxima.

- Dor Miofascial

Semelhante à mialgia, mas acompanhada de dor referida em sítios distantes à estimulação do ponto-gatilho.

- Cefaleia Atribuída a DTM

Cefaleia localizada na região temporal, desencadeada ou agravada pelo movimento mandibular e reproduzida à palpação do músculo temporal ou durante a mobilização da mandíbula.

- Artralgia
- Dor na região articular ou periarticular

2. Desordens Articulares Intra-Articulares associadas à dor:

- Deslocamento de Disco com Redução

O DC/TMD sublinha ainda a importância dos testes de provocação, nomeadamente cuja palpação padronizada aplica 1 kg de força durante 2 segundos para dor local e 5 segundos para dor referida, e da medição da amplitude de movimento mandibular. A ressonância magnética ou tomografia computadorizada da ATM só são indicadas quando podem modificar o plano terapêutico ou o prognóstico.

4.2.1.2. Eixo II–Avaliação Psicossocial

Reconhece-se que os fatores psicossociais são determinantes na perceção e cronicidade da dor orofacial. Para esse efeito, empregam-se instrumentos validados:

- Desenho da Dor (*Pain Drawing*): delimitação topográfica da dor pelo utente.
- Escala Graduada de Dor Crónica (*Graded Chronic Pain Scale, GCPS-R*): quantifica intensidade e interferência da dor nas atividades diárias.

- *Jaw Functional Limitation Scale* (JFLS-8/JFLS-20): avalia a limitação funcional da mandíbula através de autorrelato.
- *Patient Health Questionnaires* (PHQ-4, PHQ-9, PHQ-15): mensuram sintomas depressivos, ansiosos e somáticos.
- *Generalized Anxiety Disorder-7* (GAD-7): quantifica a ansiedade generalizada.
- *Oral Behaviors Checklist* (OBC): regista comportamentos parafuncionais orais (apertar, ranger dentes).
- Escalas de Stresse e Catastrofização: como o *Perceived Stress Scale* para adolescentes e o *Pain Catastrophizing Scale* para utentes e cuidadores, úteis na compreensão da cronicidade.
- Avaliação do Sono: através de instrumentos como a *Adolescent Sleep–Wake Scale* (ASWS).

A conjugação dos dois eixos possibilita um diagnóstico abrangente, orientando intervenções que considerem tanto as alterações estruturais e funcionais da ATM quanto o contexto psicossocial e comportamental do doente.

4.2.2. Classificação Internacional da Dor Orofacial (ICOP)

A ICOP, publicada em 2020 pela IHS, constitui um sistema classificativo que integra os critérios do (DC/TMD) para as disfunções temporomandibulares (DTMs) dolorosas, adotando a estrutura taxonómica da *International Classification of Headache Disorders* (ICHD-3) (Canfora et al., 2023; Maria Pigg et al., 2020).

A classificação divide-se em sete grupos principais, sendo o Grupo 3 reservado à dor associada à articulação temporomandibular (ATM). Esta é subdividida em dor primária, de natureza aguda ou crónica, com subtipos definidos pela frequência e padrão de irradiação, e dor secundária, associada a alterações estruturais como artrite, deslocamento do disco articular, doença degenerativa ou subluxação (Maria Pigg et al., 2020).

4.2.3. Dor miofascial

A síndrome dolorosa miofascial assenta em pontos-gatilho, bandas tensas de fibras musculares hiperirritáveis, cujo surgimento é explicado pelas teorias integrada (sobrecarga funcional), extensão da integrada (acúmulo de acetilcolina em ambiente ácido), Cinderela (crise energética de fibras finas recrutadas continuamente) e do deslocamento (défice energético por contrações

repetidas) (Kalladka et al., 2021). A sensibilização periférica ocorre pela libertação local de substância P, citocinas pró-inflamatórias e pH ácido, reduzindo o limiar nociceptivo, enquanto a sensibilização central resulta do influxo sustentado de estímulos ao sistema nervoso central, causando hiperexcitabilidade neuronal. Em quadros de mialgia localizada predomina o componente periférico, e em formas com irradiação ou generalizadas (por exemplo fibromialgia) sobressai a componente central, frequentemente agravada por disfunções nos circuitos descendentes de modulação dolorosa (Kalladka et al., 2021).

4.2.4. Classificação Internacional de Cefaleias, 3ª edição (ICHD-3)

Embora focada em cefaleias, o ICHD-3 é relevante porque a dor de cabeça é frequentemente atribuída à DTM (cefaleia atribuída à DTM). O ICHD-3 aborda neuropatias cranianas dolorosas e outras condições de dor facial (Bouloux, Chou, DiFabio, Ness, Perez, Mercuri, Chung, Klasser, et al., 2024; Ekberg et al., 2023; International Headache Society, 2021).

4.2.5. Diagnóstico diferencial das DTMs

Os exames de imagem, como radiografia panorâmica, tomografia computadorizada de feixe cônico (CBCT) e ressonância magnética (padrão-ouro para disco articular e tecidos moles) servem para complementar o diagnóstico clínico das DTMs somente quando podem alterar o manejo ou prognóstico, melhorando, por exemplo, a deteção de deslocamentos de disco (Bouloux, Chou, DiFabio, Ness, Perez, Mercuri, Chung, & Crago, 2024; Ekberg et al., 2023). A integração destes achados com o modelo biopsicossocial e as classificações validadas é essencial para uma abordagem personalizada e eficaz (Asquini et al., 2025; Canfora et al., 2023).

4.3. Etiologia e fatores predisponentes

A disfunção temporomandibular (DTM) configura-se como uma condição de etiologia multifatorial, resultante da interação entre variáveis biológicas, psicológicas, sociais e genéticas. Entre os fatores contributivos mais relevantes encontram-se a tensão muscular mantida, alterações inflamatórias articulares, bruxismo em períodos de vigília e sono, bem como antecedentes de traumatismo mandibular (Asquini et al., 2025). O modelo biopsicossocial defende que nenhum destes elementos atua isoladamente; pelo contrário, é a sua combinação que potencia o aparecimento, a persistência e a cronificação dos sintomas, afetando de forma significativa a qualidade de vida dos indivíduos (Baggen et al., 2024).

Do ponto de vista predisponente, destacam-se alterações anatómicas ou funcionais da articulação temporomandibular e dos músculos da mastigação, disfunções oclusais (fatores biológicos), elevados níveis de stresse e ansiedade que induzem hiperatividade muscular (fatores psicológicos), condições ocupacionais adversas, como posturas cervicais inadequadas ou sobrecargas físicas (fatores sociais), e suscetibilidade genética que influencia a resposta dos tecidos à sobrecarga mecânica (fatores genéticos). Em adolescentes, a vulnerabilidade acrescida relaciona-se com fatores como a pressão académica e as dificuldades familiares, que exacerbam o stresse e dificultam o controlo sintomático (Ekberg et al., 2023).

4.4. Prevalência

A prevalência das disfunções temporomandibulares (DTM) revela variações expressivas consoante o enquadramento sociocultural e os critérios diagnósticos adotados. Numa coorte conduzida em Al-Madinah, verificou-se que 61 % dos indivíduos avaliados apresentavam algum grau de DTM, sendo a prevalência superior no sexo feminino (55,7 % versus 44,3 %) (Alolayan et al., 2023). Em termos globais, estima-se que aproximadamente 10 % da população adulta é afetada por esta condição, com diagnóstico cerca de duas vezes mais frequente em mulheres, particularmente entre os 20 e os 40 anos. Contudo, apenas uma fração dos casos, entre 3,6 % e 7 %, evolui para quadros de dor crónica que justificam acompanhamento especializado (Baggen et al., 2024; Borges, 2022).

Investigações indicam valores até 31 % entre adultos e uma faixa de 7 % a 30 % nos adolescentes, com maior prevalência entre raparigas (6 %) em comparação com rapazes (2,6 %) (Ekberg et al., 2023; Gressler et al., 2023).

4.5. Abordagem Terapêutica nas Disfunções Temporomandibulares

A gestão clínica das disfunções temporomandibulares (DTM) assenta num modelo terapêutico multimodal, cuja primeira linha de intervenção é composta por estratégias conservadoras, individualizadas segundo o subtipo e a apresentação sintomática. Estas incluem educação terapêutica, promoção do *self-management*, fisioterapia (alongamento, reforço muscular, terapia manual e aplicação de calor ou frio) e administração de analgésicos ou anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) para alívio sintomático. Nos casos de dor crónica resistente, podem ser introduzidos relaxantes musculares ou fármacos com ação central, como antidepressivos tricíclicos (Borges, 2022; Gil-Martinez et al., 2018; Siqueira, et al., 2012).

Como opções complementares, destacam-se os dispositivos oclusais, a acupuntura e a aplicação de toxina botulínica nos músculos da mastigação. A intervenção cirúrgica permanece uma alternativa de última linha, reservada para situações em que os métodos minimamente invasivos não demonstram eficácia (Bouloux, Chou, DiFabio, Ness, Perez, Mercuri, Chung, & Crago, 2024).

Considerando a elevada prevalência de comorbilidades psicológicas associadas às DTM, incluindo sintomas depressivos e somatização, torna-se imprescindível integrar abordagens psicossociais no plano de tratamento, com vista à modulação dos fatores emocionais e comportamentais que perpetuam a dor (Felin et al., 2024).

III. OBJETIVOS DO ESTUDO

1. Objetivo Principal

Este estudo tem como objetivo principal identificar a experiência do doente com dor orofacial e/ou disfunção temporomandibular (DTM), desde o início dos sinais e/ou sintomas até ao diagnóstico adequado, com o intuito de compreender melhor o percurso que o doente com estas queixas faz até obter resolução do problema.

2. Objetivos Secundários

- Caracterizar a população da amostra quanto a variáveis sociodemográficas e clínicas;
- Estudar a correlação das variáveis sociodemográficas (como o género) e:
 - intensidade e incapacidade por dor;
 - tipo predominante de dor (nociceptiva, neuropática ou mista);
 - Índice de dor crónica (CPI) e de incapacidade (DI), segundo a GCPS-R;
 - Tipo de tratamento proposto ou em curso;
 - Diferenças de percurso assistencial e impacto clínico em função género.

IV. HIPÓTESES DE ESTUDO

Hipótese nula: não existe evidência de que pacientes com dor orofacial e/ou disfunção temporomandibular (DTM) sofram atrasos significativos no diagnóstico, nem dificuldades relevantes no seu percurso assistencial até ao tratamento adequado.

Hipótese alternativa: pacientes com dor orofacial e/ou disfunção temporomandibular (DTM) enfrentam atrasos significativos no diagnóstico e dificuldades relevantes no seu percurso assistencial até ao tratamento adequado, refletindo falhas na literacia dos profissionais e no sistema de saúde.

V. MATERIAIS E MÉTODOS

1. Identificação do tipo de estudo e aprovação da Comissão de ética

Trata-se de um estudo observacional transversal quantitativo, com desenho de estudo correlacional/epidemiológico.

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Egas Moniz, CRL, Almada, Portugal no dia 11 de fevereiro de 2025 (número de aprovação PT-581/24) (Anexo 1) e encontra-se de acordo com a Declaração de Helsinki de 1975, revista em 2013.

A investigação decorreu durante o mês de fevereiro até o final do mês de maio de 2025.

2. Consentimento informado (CI)

Foi fornecida a cada participante informação pormenorizada acerca do estudo e dos seus objetivos, conforme consta no Anexo 2, assegurando-se o caráter voluntário, anónimo e confidencial da participação, sem qualquer penalização em caso de recusa ou desistência. Antes de aceder ao inquérito, os participantes confirmaram, através de consentimento escrito, que se encontravam plenamente esclarecidos quanto ao conteúdo das questões e não apresentavam dúvidas adicionais. Foi igualmente enfatizado que a opção por não participar não acarretaria qualquer consequência adversa. Os dados obtidos destinam-se unicamente ao tratamento estatístico e a publicações científicas, visando aprofundar o conhecimento e aperfeiçoar a gestão clínica da dor orofacial e da disfunção temporomandibular.

3. Amostra

Durante o período de recolha (fevereiro a maio de 2025), foram incluídos 131 participantes.

Critério de inclusão: indivíduos entre os 18 e 80 anos, falantes da língua portuguesa, autónomos no preenchimento do questionário, com dor orofacial e/ou disfunção temporomandibular e que assinassem o consentimento informado.

Critérios de exclusão: incapacidade física e ou cognitiva de participar e/ou preencher questionários ou incumprimento dos critérios de inclusão.

Nenhum participante recusou participar do estudo.

O fluxograma da amostragem encontra-se na Figura 2 abaixo.

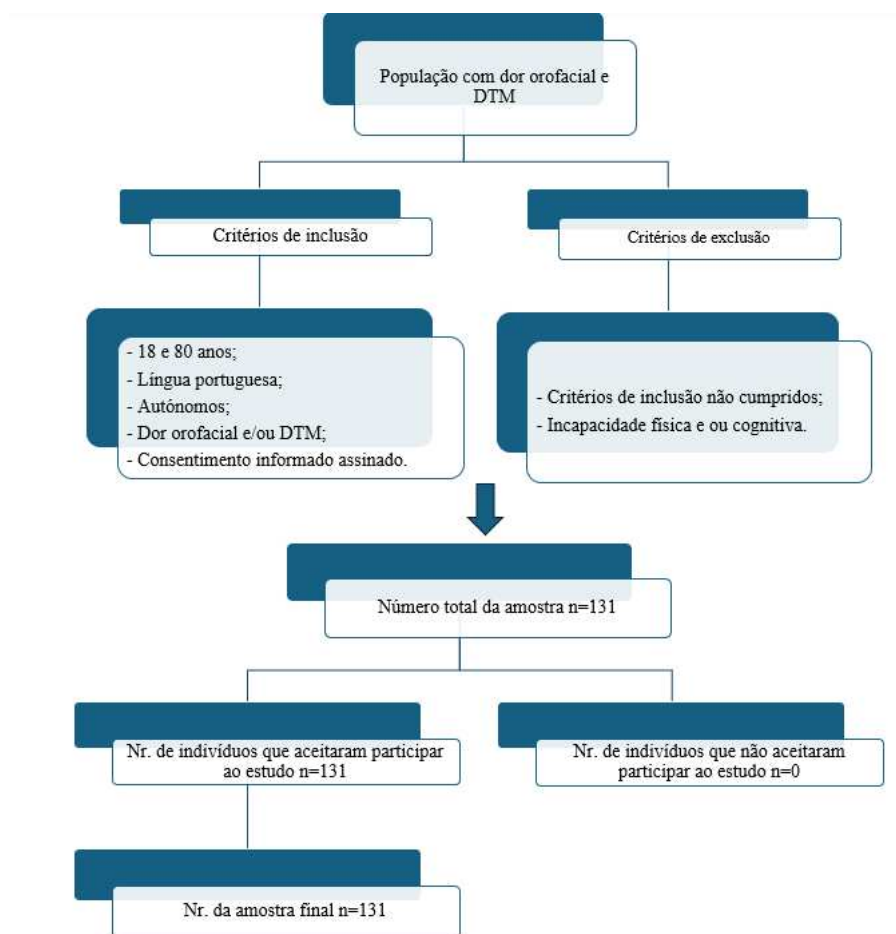


Figura 2 - Fluxograma dos participantes do estudo

4. Questionário (Anexo 3)

Foi desenvolvido um questionário, que compreende uma secção 1 (constituída por questões sociodemográficas e relativas ao caminho do paciente por profissionais de saúde até à resolução da queixa) e uma secção 2 onde foram aplicadas questões relacionadas com a dor. O questionário foi divulgado e respondido em plataformas *online* e em redes sociais.

4.1 Secção 1: Questões sociodemográficas e relativas ao caminho do paciente por profissionais de saúde até à resolução da queixa

Constituído por 18 questões, tem o objetivo de recolher informações sobre os profissionais de saúde procurados para resolução de queixas de DTM e dor orofacial, além das primeiras perguntas pretenderem recolher informações sociodemográficas do participante, com base na versão validada para o português europeu do DC/TMD Eixo II (idade, género e país de

residência e país onde foi procurado atendimento e outros). Por fim, o questionário inquire acerca do motivo da consulta ter sido dor.

4.2 Secção 2: Questionário relacionado com a História clínica da Clínica Universitária Egas Moniz e escalas validadas de dor McGill, CPGS - R e END

A secção 2 foi aplicada aos pacientes sem resolução da queixa até ao momento e é constituída por questões da escala graduada de dor crónica (CPGS - R), qualidade da dor (Questionário McGill de dor) (Faria et al., 2014; Figueiral, et al., 2002), escalas analógicas de dor crónica (Direcção-Geral de Saúde, 2003) e duração da dor.

As questões exigiram respostas abertas, de escolha múltipla com uma ou mais respostas.

Estimou-se um tempo de preenchimento de 6 a 8 minutos para ambas as secções.

4.3 Variáveis analisadas

- Qualitativas nominais dicotómicas: resolução da queixa, dor como motivo da consulta, associação da dor a fatores oclusais;
- Qualitativas nominais com respostas múltiplas: países de tratamento, formas de procura, causas da consulta, tipo de profissionais, localização e descritores da dor, terapias propostas;
- Qualitativas nominais simples: género, país de residência, origem do encaminhamento, resposta à correção oclusal;
- Qualitativas ordinais: faixa etária, escolaridade, número/sequência de profissionais, duração do tratamento, frequência da dor, tempo até ao diagnóstico, número de consultas;
- Quantitativas discretas/ordinais (escala 0–10): intensidade da dor (em repouso, durante a função mandibular, no momento atual), pior dor nos últimos 30 dias, interferência nas atividades diárias, lazer, vida social, familiar e laboral;
- Quantitativas discretas (contagem): dias com dor facial e dias com incapacidade nos últimos seis meses.

5. Recolha de dados

O questionário, secção 1 e 2, elaborado através de um Google Forms, foi divulgado através de redes sociais (Facebook, Instagram) e links de WhatsApp entre o período de fevereiro e fim de

maio de 2025. Os pacientes incluídos no estudo e dispostos a colaborar como voluntários (n= 131) preencheram, no início, o consentimento informado presente no Anexo 2, de seguida responderam ao questionário.

6. Análise estatística

A análise estatística dos dados foi efetuada com recurso ao programa informático IBM SPSS® Statistics, v.30. Os resultados foram apresentados com recurso aos seguintes indicadores estatísticos: mediana, amplitude interquartil, mínimo, máximo ou frequência e percentagem (%). Foram utilizadas metodologias de análise estatística e inferencial. Neste último caso foram aplicados testes estatísticos de relação/associação (Qui-quadrado) ou comparativos (Mann-Whitney). Na análise inferencial foi estabelecido um nível de significância de 5%.

VI. RESULTADOS

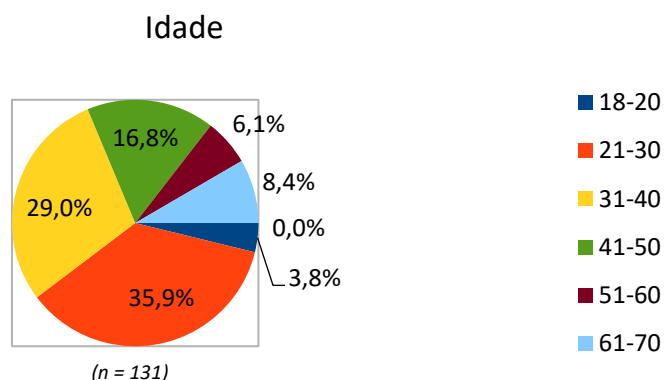
No decorrer dos meses de fevereiro a maio de 2025, foram questionados 131 indivíduos com queixas de dor orofacial e/ou DTM com o objetivo de avaliar o percurso por diferentes profissionais de saúde até ao diagnóstico correto. A seguir, apresentam-se os resultados do inquérito.

1. Caracterização da amostra/Variáveis sociodemográficas

1.1. Faixa etária dos participantes

Considerou-se indivíduos com idade compreendida entre 18 e 80 anos (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Idade



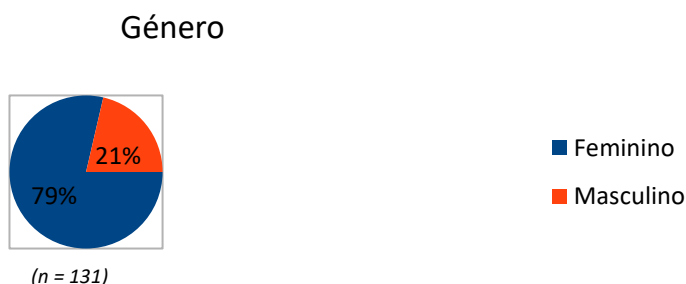
A análise da distribuição etária dos participantes revela uma concentração acentuada nos grupos mais jovens. O intervalo entre os 21 e os 30 anos corresponde à maior proporção da amostra, representando 35,9 % (n = 47), seguido pelo escalão dos 31 aos 40 anos, com 29,0 % (n = 38). Em conjunto, estes dois grupos etários representam 68,7 % do total, evidenciando que mais de dois terços dos inquiridos têm idade inferior a 41 anos.

Nos grupos etários superiores observa-se uma redução gradual da frequência: 16,8 % (n = 22) têm entre 41 e 50 anos, enquanto os intervalos 51–60 anos e 61–70 anos registam, respetivamente, 6,1 % (n = 8) e 8,4 % (n = 11) dos participantes. Não se verificaram respostas no grupo etário entre os 71 e os 80 anos.

1.2. Género dos Participantes

O Gráfico 2 representa os resultados obtidos em relação ao género dos participantes.

Gráfico 2 - Género

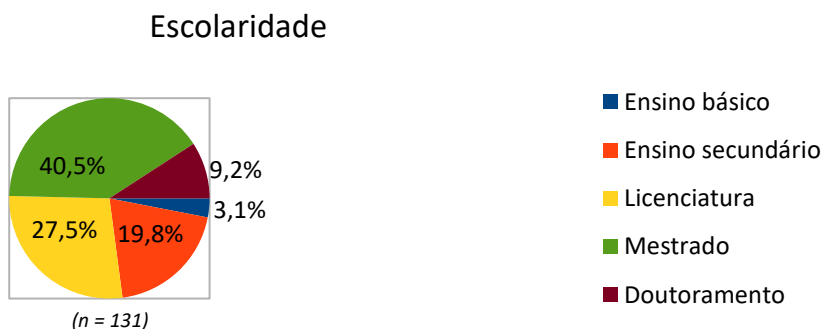


A composição da amostra evidencia um claro predomínio do género feminino, (78,6 %). O género masculino corresponde a 28 indivíduos (21,4 %), não tendo sido assinaladas as categorias «Prefiro não responder» ou «Outro» (0 %).

1.3. Escolaridade

Os resultados relativos à escolaridade estão representados no Gráfico 3 a seguir.

Gráfico 3 - Escolaridade



A avaliação da variável escolaridade revela um nível de instrução globalmente elevado. Nenhum dos inquiridos declarou não possuir escolaridade ou ter concluído apenas o primeiro ciclo do ensino básico. O segundo e o terceiro ciclo do ensino básico apresentam 4 participantes (3,1 %), enquanto o ensino secundário apresenta 26 (19,8 %).

No que respeita ao ensino superior, 36 indivíduos (27,5 %) detêm licenciatura, 53 (40,5 %) possuem mestrado, configurando o grupo mais representado, e 12 (9,2 %) atingiram o grau de

doutoramento. No total, 77,2 % da amostra dispõe de formação académica de nível universitário, evidenciando um perfil educacional substancialmente acima da média populacional.

1.4. Moradia e país de procura por tratamento

O país de residência e o país, no qual os pacientes foram atendidos estão representados respetivamente nas Tabelas 1 e 2.

Tabela 1: *Frequência e Percentagem da Amostra Segundo o País de Residência*

Frequência e Percentagem da Amostra Segundo o País de Residência	Frequência	Percentagem
Portugal	58	44.3
Brasil	60	45.8
Países africanos de língua oficial portuguesa	0	0
Outros	13	9.9

Tabela 2: *Frequência e Percentagem da Amostra Segundo o País onde houve Atendimento*

Frequência e Percentagem da Amostra Segundo o País onde houve Atendimento	Frequência	Percentual
Portugal	45	34.4
Brasil	80	61.1
Países africanos de língua oficial portuguesa	0	0
Outro	18	13.7

A análise da distribuição geográfica dos participantes revela que 44,3 % dos inquiridos (n = 58) indicaram residir em Portugal, ao passo que 45,8 % (n = 60) declararam residência no Brasil, totalizando, em conjunto, 90,1 % da amostra. Não foram registadas respostas provenientes de países africanos lusófonos. A categoria «Outros», que agrega participantes oriundos de nações não discriminadas nas opções principais, correspondeu a 9,9 % dos casos (n = 13).

Relativamente à procura de cuidados de saúde, observou-se uma maior concentração no Brasil, onde 61,1 % dos participantes (n = 80) procuraram atendimento. Em Portugal, essa proporção correspondeu a 34,4 % (n = 45). Nenhum participante declarou ter procurado assistência em países africanos de expressão portuguesa. A opção «Outro» representou 13,7 % (n = 18),

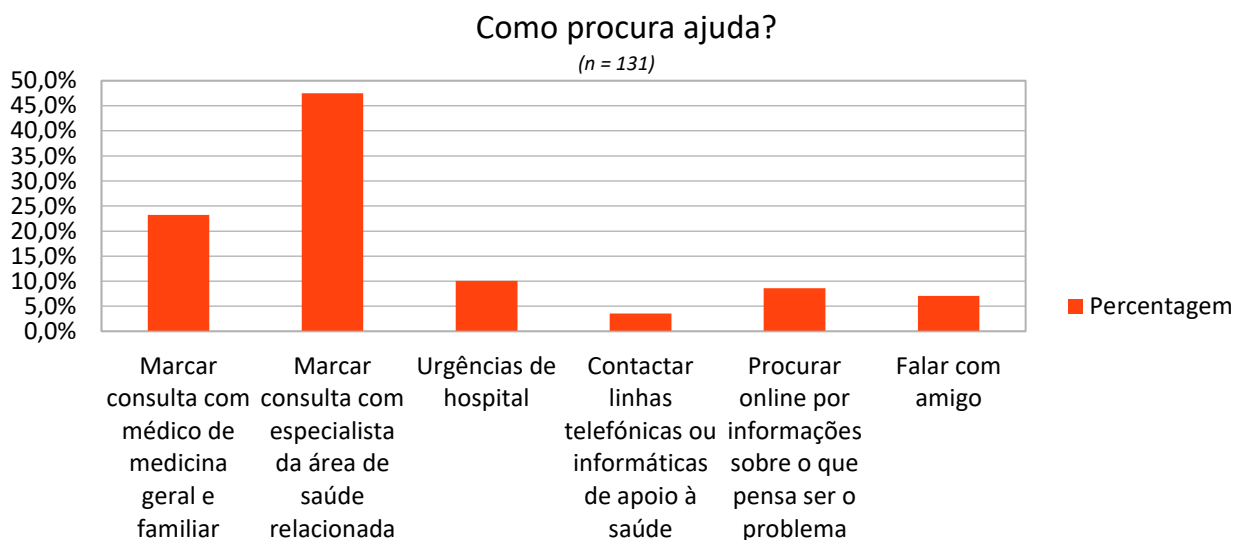
associando-se a contactos em países diversos, não especificados no questionário. Estes resultados evidenciam que, apesar da composição lusófona da amostra, a maioria das intervenções clínicas ocorreu no Brasil, seguido de Portugal, reafirmando a centralidade brasileira na obtenção de cuidados de saúde no contexto analisado.

2. Questões relacionadas com a experiência de dor

2.1. Como os pacientes procuram ajuda, no caso de problemas de saúde

O Gráfico 4 a seguir mostra como foi a distribuição da amostra para procura de tratamento.

Gráfico 4 - Como procura ajuda?

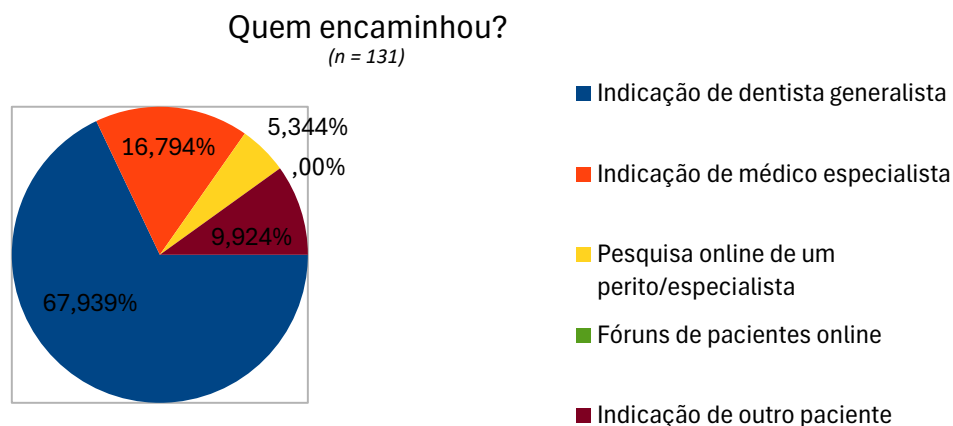


A maioria dos participantes costuma procurar diretamente especialistas da área específica, opção assinalada por 94 inquiridos (47,5 %), o que denota preferência por cuidados especializados. Em segundo lugar, 46 respondentes (23,2 %) indicaram ter agendado consulta com o médico de família, enquanto 20 indivíduos (10,1 %) recorreram às urgências hospitalares, sobretudo em situações agudas. Por outro lado, 17 participantes (8,6 %) pesquisaram autonomamente na Internet e 14 (7,1 %) consultaram amigos para orientação. A modalidade menos frequente foi o recurso a linhas telefónicas ou serviços informáticos de apoio à saúde, mencionado por 7 pessoas (3,5 %). Estes dados revelam que, embora a preferência recaia sobre os especialistas, subsiste uma pluralidade de estratégias que combina canais formais e informais na procura de informação e cuidados.

2.2. Quem o encaminhou para o(s) profissional ou profissionais que o(s) tratou(aram) da dor orofacial e DTM?

O Gráfico 5 reporta os resultados relativos ao profissional que fez o encaminhamento, que levou ao diagnóstico e ao tratamento corretos.

Gráfico 5 - Quem encaminhou?

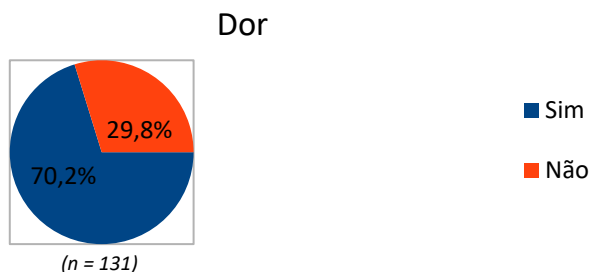


A principal via de encaminhamento para cuidados em dor orofacial foi a recomendação de dentista generalista, mencionada por 89 participantes (67,9 %). Em segundo lugar, as indicações de médicos especialistas motivaram 22 indivíduos (16,8 %) a consultar serviços específicos. A procura autónoma de um perito através da Internet foi referida por 7 respondentes (5,3 %), enquanto nenhum participante recorreu a fóruns de pacientes *online*. Por fim, a sugestão feita por outro paciente atingiu 13 casos (9,9 %).

2.3. O motivo da consulta foi dor?

O Gráfico 6 mostra a percentagem da amostra que procurou atendimento por dor.

Gráfico 6 - Dor



A dor constituiu o principal impulsionador da procura de cuidados, tendo sido indicada por 92 participantes (70,2 %). Os restantes 39 inquiridos (29,8 %) recorreram a consulta por motivos não diretamente relacionados com dor, sugerindo que, embora a sintomatologia dolorosa domine o padrão de procura, quase um terço dos doentes foi motivado por outras queixas, possivelmente disfuncionais ou preventivas.

2.4. Qual foi o motivo exato da consulta?

As razões específicas de procura de atendimento são esquematizadas no Gráfico 7.

Gráfico 7 - Motivo exato da consulta



A sintomatologia que mais frequentemente motivou a procura de cuidados foi a cefaleia, indicada por 49 participantes (17,9 %). Em seguida, destacaram-se a dor na articulação temporomandibular, referida por 45 inquiridos (16,5 %), e a sensação de fadiga nos músculos faciais, mencionada por 44 participantes (16,1 %). Os ruídos articulares ('clicks') surgiram em quarto lugar, relatados por 41 indivíduos (15% %).

Adicionalmente, 31 respondentes (11,4 %) referiram dor facial genérica e 29 (10,6 %) dor dentária, enquanto 22 participantes (8,1 %) mencionaram otalgia. A limitação da abertura ou fechamento da boca foi assinalada por 11 pessoas (4 %), ao passo que a sensação de ardor ou queimação na cavidade oral constituiu a queixa menos comum, registada por apenas 1 inquirido (0,4 %).

2.5. Quantos profissionais consultou antes de lhe ser diagnosticada a patologia (DTM / Dor Orofacial), incluindo médicos dentistas e outros profissionais de saúde especialistas?

O número de profissionais consultados até ao diagnóstico encontra-se na Tabela 3 a seguir.

Tabela 3: *Número de Profissionais Consultados Até ao Diagnóstico*

Número de profissionais consultados até ao diagnóstico	Frequência	Percentagem
Um	58	44.3
Dois	40	30.5
Três	9	6.9
Quatro	4	3.1
Cinco	0	0
Mais de 5	4	3.1
Ainda não recebi um diagnóstico, continuo sem saber o que se passa	16	12.2

A obtenção de diagnóstico revelou-se célere para 58 participantes (44,3 %), que o obtiveram logo após a primeira consulta, enquanto 40 indivíduos (30,5 %) necessitaram de dois contactos profissionais. Já 9 doentes (6,9 %) recorreram a três especialistas e 4 participantes (3,1 %) procuraram quatro profissionais distintos. Não se registaram casos de contacto com exatamente cinco clínicos, mas 4 inquiridos (3,1 %) mencionaram ter consultado mais de cinco. Salienta-se, ainda, que 16 participantes (12,2 %) permanecem sem diagnóstico definitivo.

2.6. Que profissionais consultou até obter o diagnóstico de Disfunção temporomandibular - Dor Orofacial?

O tipo de profissional consultado está representado na Tabela 4.

Tabela 4: *Tipos de Profissionais Consultados*

Tipo de profissionais consultados	Frequência	Percentagem
Médico dentista generalista	70	53.4
Médico dentista ortodontista	30	22.9
Médico dentista especialista em DTM	53	40.5
Médico maxilo facial	15	11.5
Médico generalista	4	3.1
Médico anestesista	0	0
Médico neurologista	8	6.1
Médico otorrinolaringologista	10	7.6
Médico ortopedista	2	1.5
Médico fisiatra	2	1.5
Fisioterapeuta	9	6.9
Psicólogo	1	0.8
Outro	3	2.3

O médico dentista generalista constituiu o principal ponto de entrada no percurso de cuidados, sendo indicado por 70 participantes (53,4 %). Em seguida, destacaram-se os médicos dentistas especializados em disfunção temporomandibular (DTM), consultados por 53 inquiridos (40,5 %), e os ortodontistas, referenciados por 30 pessoas (22,9 %). No âmbito das especialidades médicas, o cirurgião maxilofacial foi assinalado por 15 indivíduos (11,5 %), enquanto o otorrinolaringologista e o neurologista obtiveram 10 (7,6 %) e 8 menções (6,1 %), respetivamente.

Além disso, 9 participantes (6,9 %) recorreram a fisioterapia, e 4 (3,1 %) procuraram o médico de medicina geral e familiar. As especialidades de ortopedia e fisioterapia foram indicadas por 2 doentes cada (1,5 %), ao passo que apenas 1 indivíduo (0,8 %) mencionou ter consultado um psicólogo. Não se registou qualquer referência a anestesistas, e a categoria «Outro» reuniu 3 casos (2,3 %), correspondentes a profissionais não especificados nas opções anteriores.

2.7. Ordem cronológica dos profissionais de saúde que foram consultados para tratar a dor

A seguir, na Tabela 5, encontra-se esquematizada a ordem cronológica dos profissionais que foram consultados (até ao quinto).

Tabela 5: *Ordem Cronológica dos Profissionais Procurados*

Ordem cronológica dos profissionais consultados	Primeiro profissional consultado		Segundo profissional consultado		Terceiro profissional consultado		Quarto profissional consultado		Quinto profissional consultado	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Frequência (f) e Percentagem (%)										
Médico dentista generalista	83	63.4	18	13.7	10	7.6	10	7.6	9	6.9
Médico dentista ortodontista	12	9.2	28	21.4	12	9.2	8	6.1	5	3.8
Médico dentista especialista em DTM	13	9.9	34	26	23	17.6	12	9.2	11	8.4
Médico maxilo facial	3	2.3	4	3.1	4	3.1	4	3.1	2	1.5
Médico generalista	7	5.3	1	0.8	1	0.8	1	0.8	2	1.5
Médico anestesiologista	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Médico neurologista	2	1.5	5	3.8	2	1.5	0	0	1	0.8
Médico otorrinolaringologista	5	3.8	5	3.8	2	1.5	0	0	1	0.8
Médico ortopedista	0	0	1	0.8	0	0	0	0	0	0
Médico fisiatra	0	0	0	0	0	0	2	1.5	0	0
Fisioterapeuta	1	0.8	2	1.5	3	2.3	1	0.8	1	0.8
Psicólogo	0	0	0	0	1	0.8	0	0	0	0

Na sequência do percurso assistencial, o médico dentista generalista destacou-se como primeiro interlocutor para 63,4 % dos participantes (83 doentes), mantendo relevância nos contactos subsequentes (13,7 % no segundo; 7,6 % no terceiro e quarto; 6,9 % no quinto). Já o ortodontista foi a opção inicial de apenas 9,2 % dos inquiridos (12 casos), mas tornou-se o profissional mais procurado no segundo contacto (21,4 %) e manteve presença ao longo do itinerário (terceiro: 9,2 %; quarto: 6,1 %; quinto: 3,8 %).

Os especialistas em disfunção temporomandibular (DTM) viram a sua procura aumentar progressivamente: consultados em primeiro lugar por 9,9 % (13 pacientes), alcançaram 26 % no segundo contacto e permaneceram elevados no terceiro (17,6 %), quarto (9,2 %) e quinto (8,4 %). O cirurgião maxilofacial registou uma participação estável, mas modesta ao longo de todo o processo (primeiro: 2,3 %; segundo, terceiro e quarto: 3,1 %; quinto: 1,5 %).

No âmbito das especialidades médicas não dentárias, o médico de família surgiu como ponto de partida para 5,3 % dos doentes (7 casos), perdendo expressão nos contactos seguintes ($\leq 1,5$

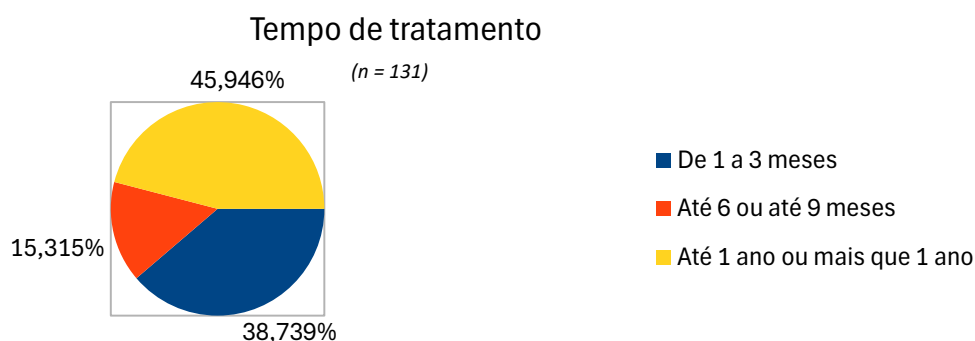
%). Neurologistas e otorrinolaringologistas intervieram pontualmente (neurologia - primeiro: 1,5 %, segundo: 3,8 %; otorrino - primeiro e segundo: 3,8 %), ao passo que ortopedistas e fisiatras apenas foram consultados em fases avançadas, com frequências residuais ($\leq 1,5$ %).

O fisioterapeuta foi procurado por apenas 0,8 % dos doentes no primeiro contacto, subindo ligeiramente até 2,3 % no terceiro profissional; igualmente, o psicólogo ocorreu de forma rara (0,8 % no terceiro contacto). Não se registaram consultas a anestesistas. Em síntese, o itinerário caracteriza-se por uma forte predominância de médicos dentistas, iniciando no generalista e progredindo para especialistas em DTM ou ortodontia, com diminuição gradual da intervenção de outras áreas médicas e terapêuticas.

2.8. Há quanto tempo está em tratamento?

Estes dados estão apresentados no Gráfico 8.

Gráfico 8 - Tempo de tratamento



**O total reflete os participantes que declararam já estar em tratamento.*

A análise da duração do tratamento revela que 38,7 % dos participantes (43 indivíduos) se encontra em terapêutica há 1 a 3 meses. Um subconjunto menor, composto por 17 doentes (15,3 %), relata um seguimento de 6 a 9 meses. A percentagem mais elevada corresponde aos que permanecem em tratamento há doze meses ou mais, totalizando 51 respostas (45,9 %). Em conjunto, 61,2 % dos inquiridos está em acompanhamento por períodos iguais ou superiores a seis meses, o que sugere itinerários clínicos de maior complexidade ou a necessidade de intervenção prolongada.

2.9. Considera que o motivo que o/a levou à consulta está resolvido?

Os pacientes foram questionados acerca da queixa estar atualmente resolvida (Gráfico 9).

Gráfico 9 - O motivo está resolvido?



*O total reflete os participantes que declararam ter terminado o tratamento

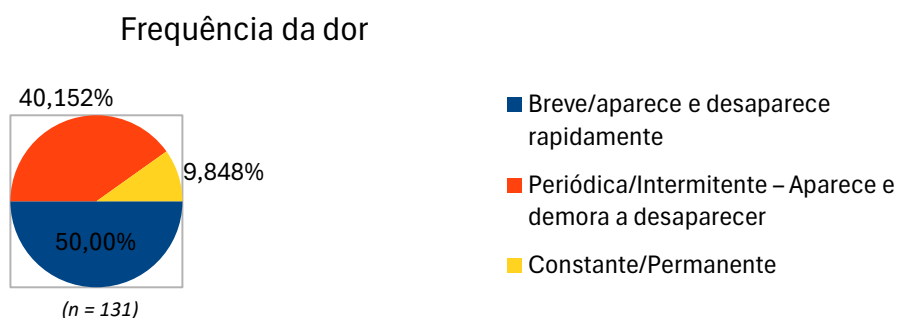
Quase metade dos participantes, 64 indivíduos (57,7 %), considerou ter obtido resolução do problema que motivou a consulta, enquanto 47 inquiridos (42,3 %) referiram persistência da queixa. Estes dados apontam para um índice de sucesso percebido inferior a metade, deixando aproximadamente um terço dos doentes insatisfeito com os resultados terapêuticos.

3. Dados sobre a dor

3.1. Qual é a frequência da dor?

As respostas relativas à frequência de dor estão esquematizadas no Gráfico 10.

Gráfico 10 - Frequência da dor



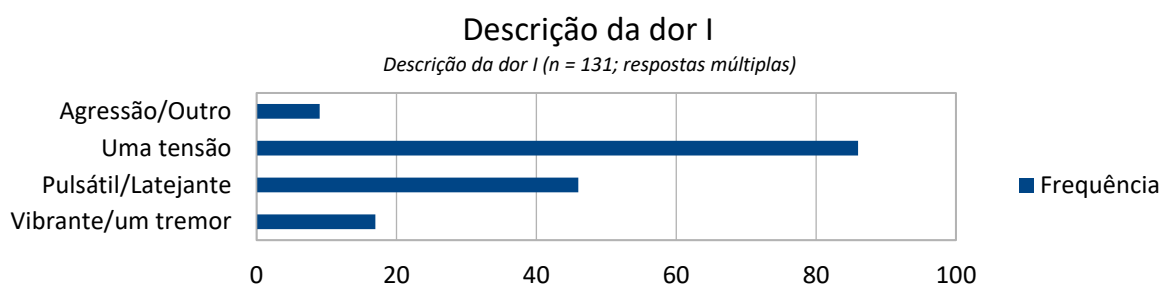
A dor foi descrita como episódica e de curta duração por 66 participantes (50,4 %), caracterizando-se por picos dolorosos que cessam rapidamente. Um grupo significativo de 53 indivíduos (40,5 %) relatou sintomas periódicos ou intermitentes, com crises mais prolongadas antes de obter alívio. Apenas 13 doentes (9,9 %) referiram dor contínua ou permanente, o que

indica que menos de um décimo da amostra mantém desconforto ininterrupto. Assim, verifica-se que, embora a dor seja comum, ela manifesta-se predominantemente em episódios descontínuos.

3.2. Descrição da dor

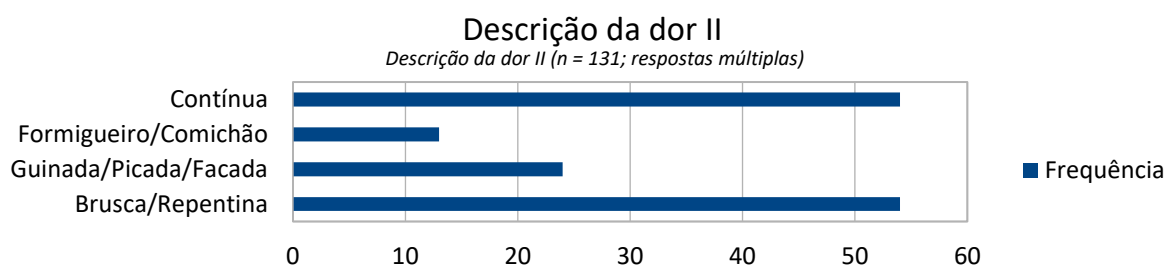
A população estudada definiu sua dor de diferentes formas (Gráficos 11-16).

Gráfico 11 - Descrição da dor (I)

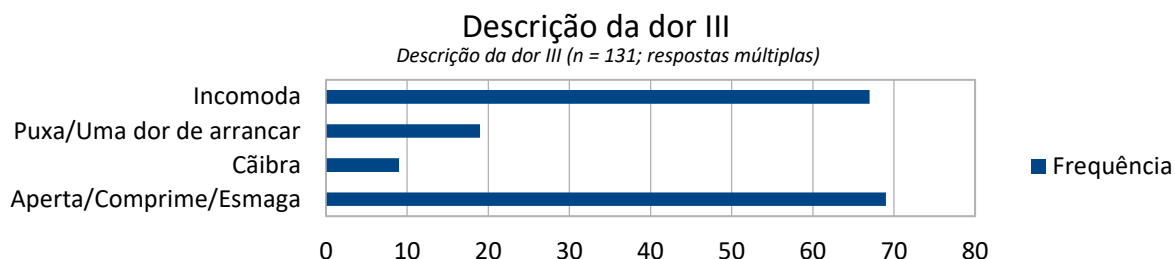


A descrição predominante da dor foi a sensação de “tensão”, identificada por 86 participantes (65,6 %). Em segundo lugar, surgem as percepções de dor pulsátil ou latejante, referidas por 46 inquiridos (35,1 %). O termo “vibrante” ou “um tremor” foi escolhido por 17 indivíduos (13,0 %), enquanto a categoria “agressão/outro”, que inclui descrições menos frequentes, obteve 9 menções (6,9 %).

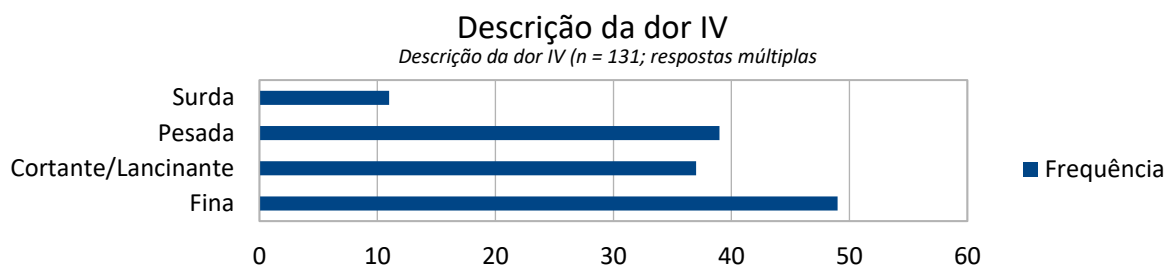
Gráfico 12 - Descrição da dor (II)



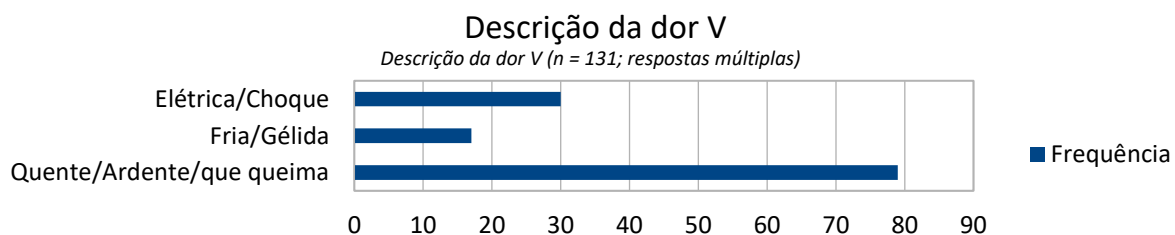
Foram identificados dois padrões sintomáticos com igual frequência: a dor de carácter brusco ou repentino e a dor contínua, cada qual assinalada por 54 participantes (41,2 %). A sensação descrita como “guinada/picada/facada” surgiu em 24 inquiridos (18,3 %), ocupando posição intermédia na sua prevalência. Em contrapartida, a experiência de “formigueiro/comichão” foi a menos comum, referida por 13 respondentes (9,9 %).

Gráfico 13 - Descrição da dor (III)

As expressões “aperta/comprime/esmaga” foram as mais assinaladas, reunindo 69 participantes (52,7 %), seguidas por “incomoda”, mencionada por 67 inquiridos (51,1). A qualificação “puxa/uma dor como se fosse arrancar algo” surgiu em 19 casos (14,5 %), enquanto “cãibra” foi a descrição menos frequente, com apenas 9 menções (6,9 %).

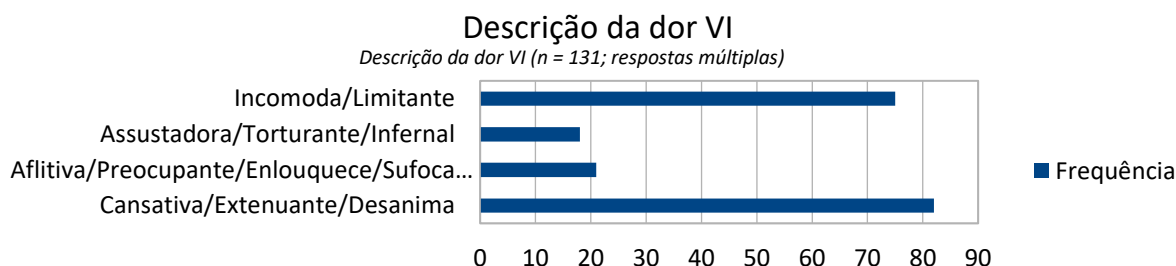
Gráfico 14 - Descrição da dor (IV)

Observa-se que a forma “fina” foi a mais relatada, com 49 casos (37,4 %). Em seguida, as descrições “pesada” e “cortante/lancinante” apresentaram frequências e percentagens semelhantes: 39 (29,8 %) e 37 (28,2 %), respetivamente. Por fim, apenas 11 participantes (8,4 %) caracterizaram sua dor como “surda”. Em resumo, quase três quartos da amostra descreveram sua dor como fina, pesada ou cortante, enquanto menos de 10 % a classificaram como surda.

Gráfico 15 - Descrição da dor (V)

A classificação tida como “quente/ardente/que queima” foi selecionada por 79 inquiridos (60,3 %). Em segundo lugar, a descrição “elétrica/choque” foi assinalada por 30 participantes (22,9 %). Por fim, a percepção “fria/gélida” surgiu em 17 casos (13,0 %), sendo a menos frequente.

Gráfico 16 - Descrição da dor (VI)

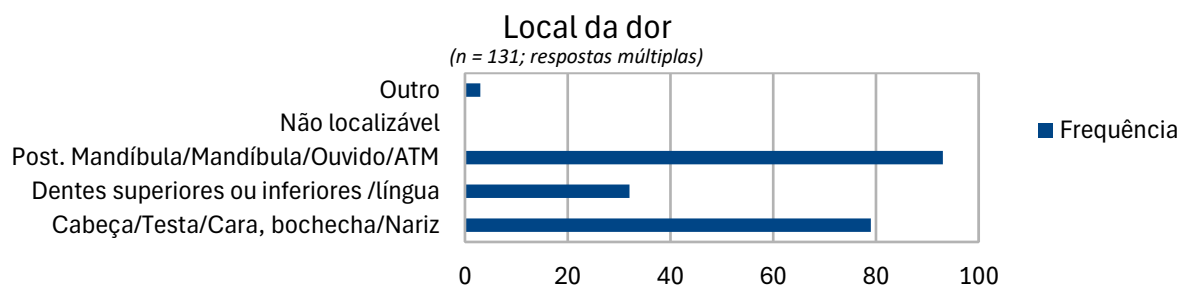


A maioria dos participantes, 62,6 % (82 indivíduos), descreveu a dor como cansativa, extenuante ou desanimadora, evidenciando elevado desgaste físico e emocional. A categoria “incomoda ou limita” foi referida por 57,3 % (75 respondentes), sugerindo impacto significativo nas atividades diárias. Em menor proporção, 16,0 % (21 casos) qualificaram a dor como “aflitiva, preocupante, enlouquecedora ou sufocante”, e 13,7 % (18 pessoas) como “assustadora, torturante ou infernal”.

3.3. Localização da dor

O Gráfico 17 exemplifica os locais da dor, relatados pela população estudada.

Gráfico 17 - Local da dor



Nota: post.: posterior, ATM: articulação temporomandibular

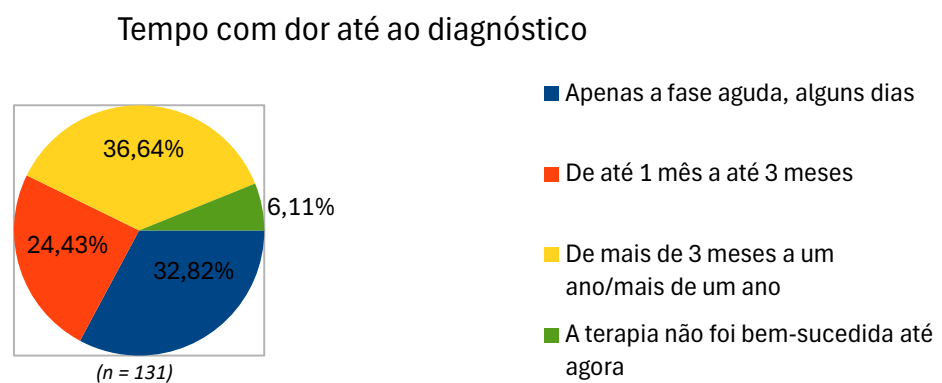
A região mais frequentemente assinalada correspondeu à parte posterior da mandíbula, articulação temporomandibular e ouvido adjacente, com 93 menções (71,0 %). Em seguida, a área da cabeça, testa, face anterior e bochecha foi referida por 79 participantes (60,3 %). As zonas dos dentes superiores ou inferiores e da língua reuniram 32 respostas (24,4 %), enquanto

nenhum inquirido classificou a dor como «não localizável» e apenas 3 casos (2,3 %) foram categorizados como “Outro”.

3.4. Durante quanto tempo teve dores antes de consultar um profissional que fez o diagnóstico correto e proporcionou o tratamento adequado

Os resultados do inquérito sobre o tempo de dor antes do diagnóstico correto estão esquematizados no Gráfico 18.

Gráfico 18 - Tempo com dor até ao diagnóstico



Cerca de um terço dos participantes (32,8 %; n = 43) relatou ter permanecido na fase aguda, com episódios dolorosos dispersos ao longo de alguns dias antes de obter diagnóstico correto. Um segundo grupo (24,4 %; n = 32) esperou entre 1 a 3 meses até à consulta que validou a causa da dor. A categoria mais numerosa (36,6 %; n = 48) descreveu um intervalo superior a 3 meses, chegando até um ano ou mais. Finalmente, 6,1 % dos inquiridos (n = 8) indicaram que, até ao momento do inquérito, não tiveram sucesso terapêutico.

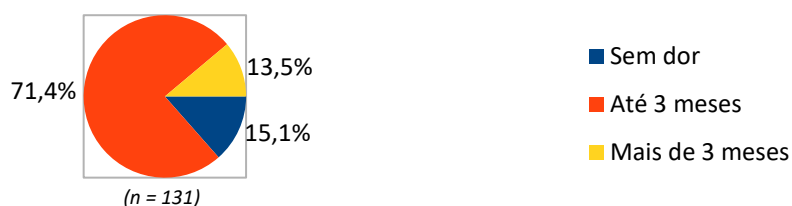
3.5. CPGS - R

3.5.1. Nos últimos 6 meses, quantos dias teve dor facial?

Os indivíduos que participaram do estudo responderam como afigurado no Gráfico 19 quanto ao número de dias com sintomatologia dolorosa nos últimos seis meses.

Gráfico 19 - Número de dias com dor nos últimos 6 meses

Número de dias com dor nos últimos 6 meses

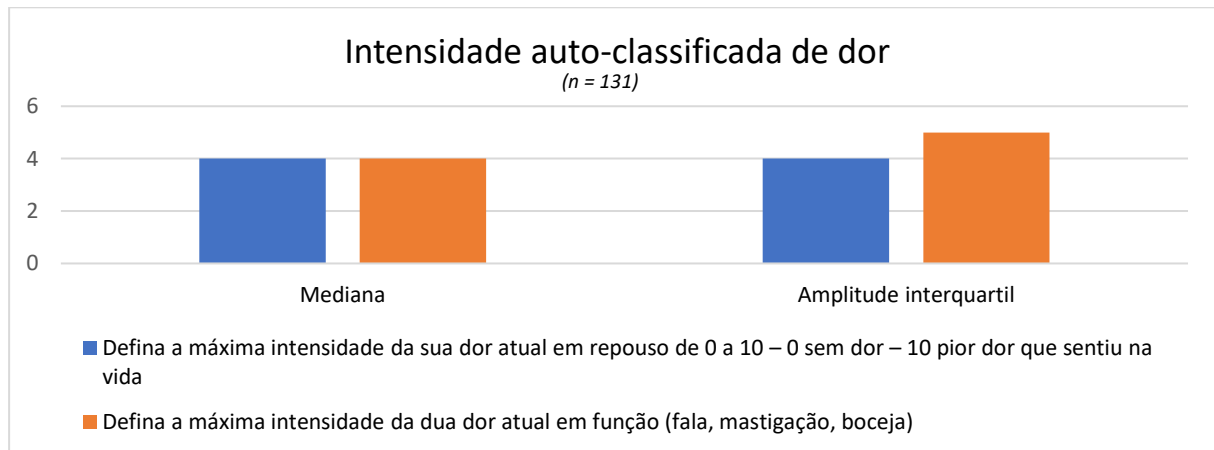


Estes dados mostram que 17 participantes (15,1 %) não relataram qualquer episódio doloroso nos últimos seis meses, 95 inquiridos (71,4 %) experimentaram dor durante, no máximo, 90 dias nesse período e somente 14 pessoas (13,5 %) referiram dor facial persistente por mais de 90 dias. Em suma, cerca de 13 % da amostra sofreu desconforto contínuo por 91 dias ou mais, enquanto a grande maioria (86,5 %) vivenciou episódios intermitentes, limitados a metade ou menos do semestre avaliado.

3.5.2. Intensidade da dor

A intensidade da dor foi medida com o teste Mann-Whitney e exemplificada no Gráfico 20.

Gráfico 20 - Intensidade auto-classificada da dor (escala 0–10)



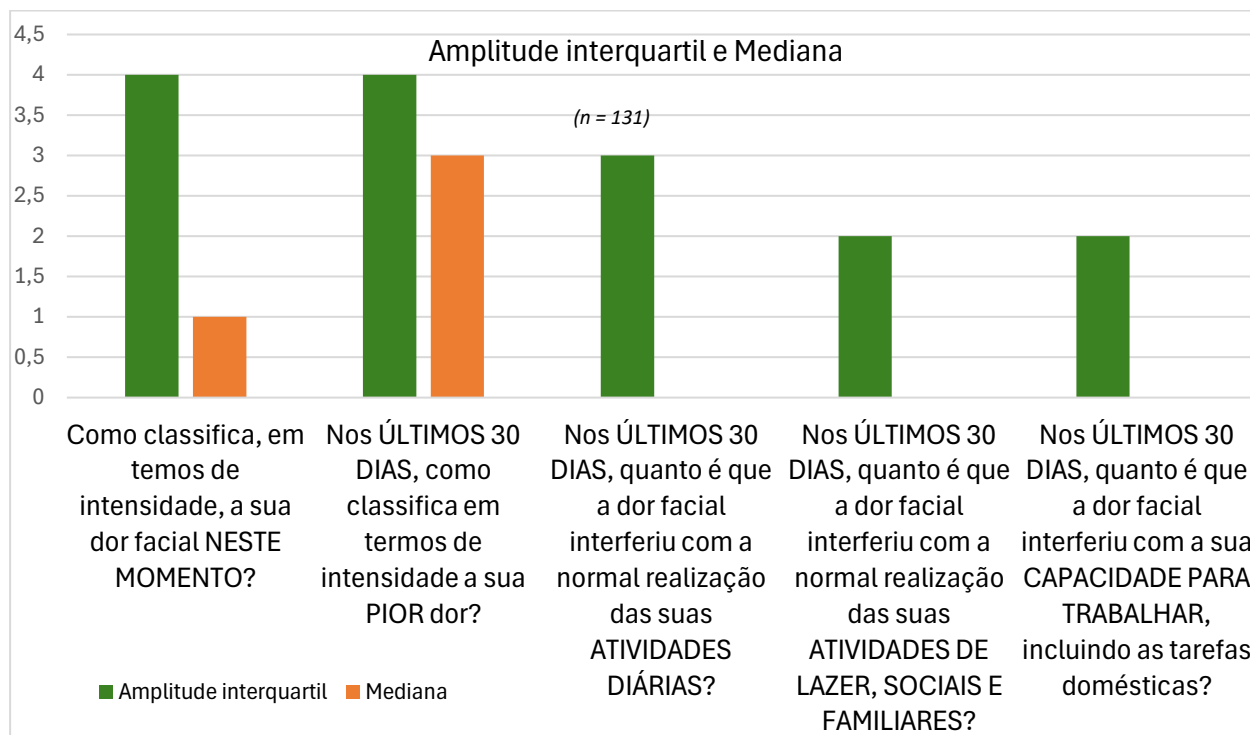
A dor em repouso apresentou uma mediana de 4,0, com extremos que variaram desde 0 (ausência de sintoma) até 10 (pior dor imaginável). A amplitude interquartil (AIQ) situou-se em 4,0, evidenciando dispersão moderada em torno do valor central e notável variabilidade entre os participantes.

Quando submetida a esforços da articulação temporomandibular, como falar, mastigar ou bocejar, a mediana manteve-se em 4,0, mas a AIQ elevou-se para 5,0, o que sugere oscilações mais amplas na percepção dolorosa durante o movimento. Tal como no repouso, registaram-se limites mínimo e máximo idênticos (0 e 10), confirmando que, tanto em quietude como em atividade funcional, os doentes experienciam toda a gama de intensidade dolorosa.

3.5.4. Intensidade da dor e incapacitações causada pela dor

No Gráfico 21 a seguir estão esquematizadas as perguntas do CPGS- R utilizadas neste estudo, e os resultados dos inquéritos a este respeito.

Gráfico 21 - Amplitude interquartil e Mediana



A dor autoavaliada no momento do inquérito revelou-se, em termos gerais, de intensidade reduzida, com uma mediana de 1,0 numa escala de 0–10, embora a amplitude interquartil (AIQ) de 4,0 e valores que atingem o máximo registado (10) indiquem variabilidade significativa entre os indivíduos. Relativamente à pior intensidade sentida ao longo dos 30 dias precedentes, a mediana situou-se em 3,0, também acompanhada por uma AIQ de 4,0, o que demonstra que uma proporção considerável da amostra experienciou episódios de dor intensa.

No que respeita ao impacto funcional, as medianas para as interferências nas atividades diárias, no lazer/vida social/familiar e na capacidade para trabalhar foram todas iguais a 0, sugerindo que, em termos médios, a dor não impôs limitações substanciais. Contudo, as AIQ situadas entre 2,0 e 3,0, conjuntas a valores máximos de 10, evidenciam a presença de subgrupos que reportaram limitações acentuadas em diversas esferas da sua rotina.

Em síntese, apesar de a intensidade média da dor atual e o seu impacto funcional global se apresentarem baixos, existe heterogeneidade clínica: alguns participantes viveram episódios de

dor severa e enfrentaram repercussões funcionais relevantes no último mês, sublinhando a necessidade de abordagens individualizadas na gestão da dor orofacial.

3.5.5. Nos últimos 30 dias, quantos dias esteve impedido de realizar os seus afazeres habituais como trabalhar, ir à escola ou realizar tarefas domésticas, devido à presença de dor facial?

O Gráfico 22 ilustra as respostas abertas dos participantes ao estudo, com relação ao número de dias de incapacidade quotidiana nos últimos trinta dias.

Gráfico 22 - Dias impedido de fazer afazeres habituais

Dias impedido de fazer afazeres habituais

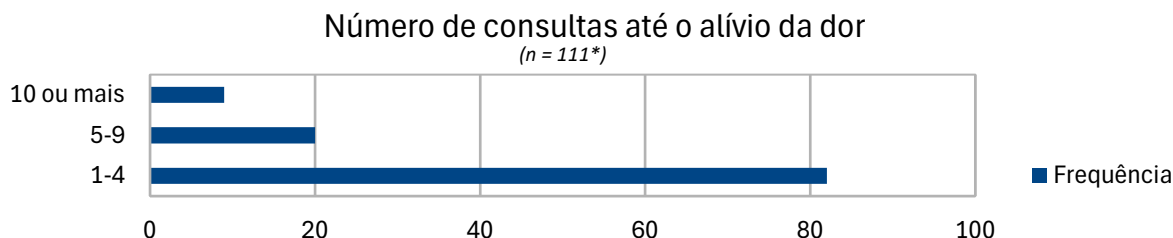


A esmagadora maioria dos participantes, 108 indivíduos (85,5%), não registou qualquer dia de incapacidade para trabalhar, frequentar o estabelecimento de ensino ou desempenhar tarefas domésticas em consequência da dor facial. Em contrapartida, 17 respondentes (13,1%) apontaram ter ficado inibidos de realizar essas atividades por até 10 dias durante o período em análise, enquanto apenas 2 pessoas (1,6 %) relataram um tempo máximo de limitação superior a 10 dias.

3.6.A quantas consulta foi até sentir alívio da dor?

O número de consultas necessário até ao alívio da dor é presente no Gráfico 23.

Gráfico 23 - Número de consultas até o alívio da dor



*O número total corresponde aos participantes que já obtiveram alívio da dor

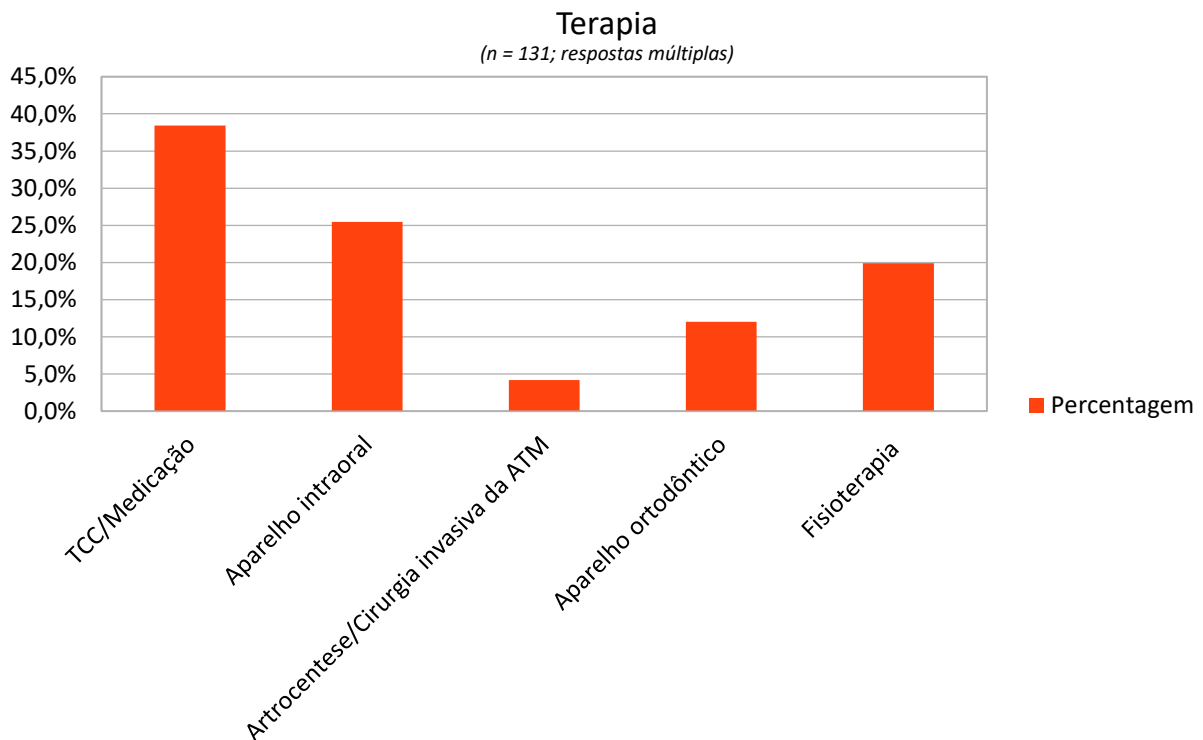
A maior parte dos inquiridos, 82 participantes (62,6 %), reportou obtenção de alívio da dor em até quatro consultas. Um segundo conjunto, de 20 indivíduos (15,3 %), necessitou de cinco a nove contactos clínicos para alcançar remissão sintomática, enquanto 9 doentes (6,9 %) apenas experienciaram melhora após dez ou mais consultas. Estes resultados indicam que, embora cerca de dois terços dos pacientes atinjam o controlo da dor num curto espaço de tempo (≤ 4 consultas), persiste uma proporção significativa, aproximadamente um quinto, cuja trajetória terapêutica se revela mais prolongada, sugerindo quadros de maior complexidade ou refratariedade.

4. Terapias propostas

4.1. Que tipo de terapia foi proposta para o seu problema de dor orofacial e DTM?

A abordagem da dor orofacial e da DTM é multifacetada. Assim, o gráfico 24 esquematiza os resultados deste estudo sobre este assunto.

Gráfico 24 - Terapia



A intervenção mais frequentemente indicada abarcou terapias cognitivo-comportamentais (TCC) e/ou farmacológicas, incluindo *biofeedback*, técnicas de relaxamento e administração de analgésicos ou ansiolíticos, sendo proposta a 83 participantes (38,4 %). A utilização de aparelhos intraorais foi recomendada a 55 doentes (25,5 %).

As abordagens fisioterapêuticas, compreendendo estimulação elétrica transcutânea (TENS), agulhamento seco e osteopatia, foram sugeridas por 43 respondentes (19,9 %), sublinhando a relevância de técnicas físicas na diminuição da dor e na melhoria da funcionalidade. O tratamento ortodôntico apareceu como indicação para 26 participantes (12 %).

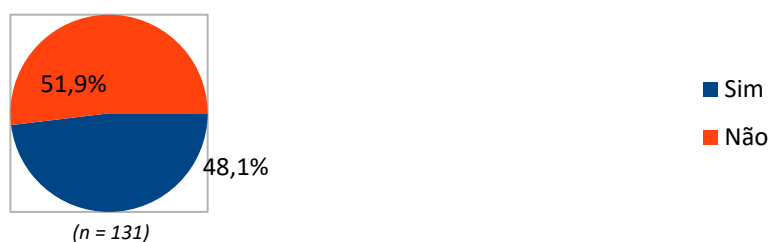
Finalmente, as intervenções invasivas, nomeadamente artrocentese ou cirurgia da articulação temporomandibular, tiveram menor expressão, sendo recomendadas a apenas 9 indivíduos (4,2 %).

4.2. Alguns dos seus profissionais de saúde sugeriu que os seus problemas de DTM se devem a anomalias na oclusão dentária ou na posição mandibular?

A abordagem ortodôntica da dor orofacial e da DTM é ainda utilizada por alguns médicos dentistas. Os resultados do estudo em relação à terapia ortodôntica estão no Gráfico 25.

Gráfico 25 - Anomalia na oclusão/posição dentária como causa de DTM

Anomalia na oclusão/posição dentária como causa de DTM



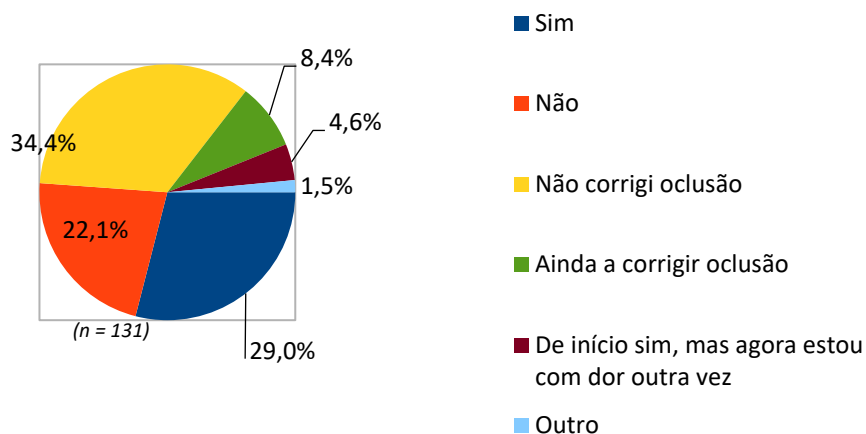
Cerca de 48,1 % dos inquiridos (n = 63) relataram ter sido informados pelos seus profissionais de saúde de que a disfunção temporomandibular poderia decorrer de alterações oclusais ou de posicionamento mandibular. Em contrapartida, 51,9 % (n = 68) não receberam essa explicação.

4.3. Conseguiu aliviar a dor através da correção permanente da sua oclusão dentária?

Os resultados obtidos frente a uma possível resolução do quadro doloroso através de ortodontia ou desgastes dentários estão afigurados no Gráfico 26.

Gráfico 26 - Alívio da dor após correção dentária

Alívio da dor após correção dentária



Apenas 29,0 % dos participantes (n = 38) relataram alívio duradouro da dor após a realização de correção oclusal definitiva. Em contraste, 22,1 % (n = 29) não verificaram qualquer melhoria, ao passo que 34,4 % (n = 45) não se submeteram a intervenção oclusal. Um grupo de 8,4 % (n = 11) encontrava-se ainda em processo de ajuste, pelo que o efeito terapêutico não pôde ser avaliado. Adicionalmente, 4,6 % dos doentes (n = 6) registaram alívio inicial seguido de recidiva, e 1,5 % (n = 2) optou por outras abordagens não categorizadas.

5. COMPARAÇÕES COM O GÉNERO

5.1 Género vs. Número de Profissionais consultados até ao diagnóstico

Os resultados obtidos comparando o número de profissionais consultados até ao diagnóstico correto e o género estão representados nos Gráficos 27 e 28.

Gráfico 27 - Género vs Nr. Profissionais consultados até o diagnóstico (Percentagem)

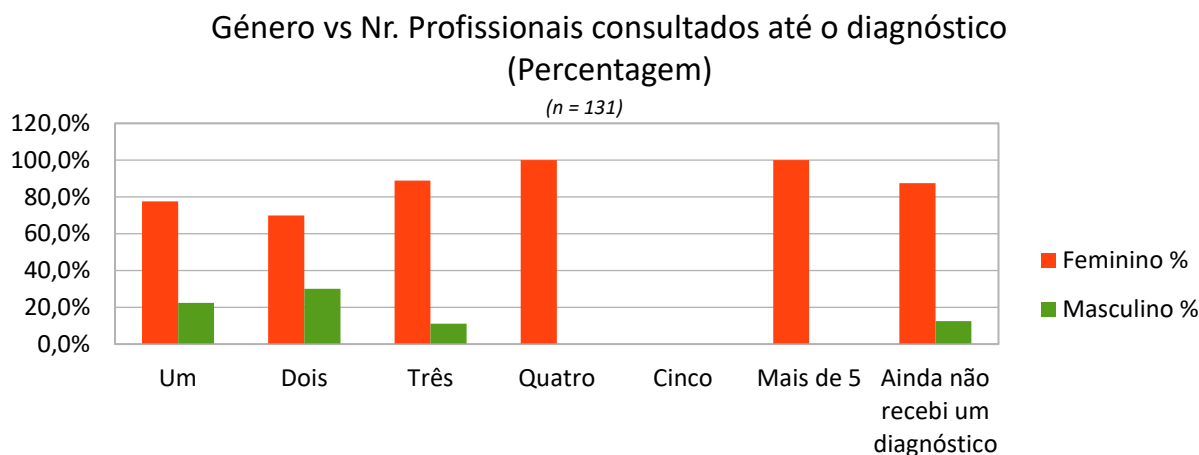
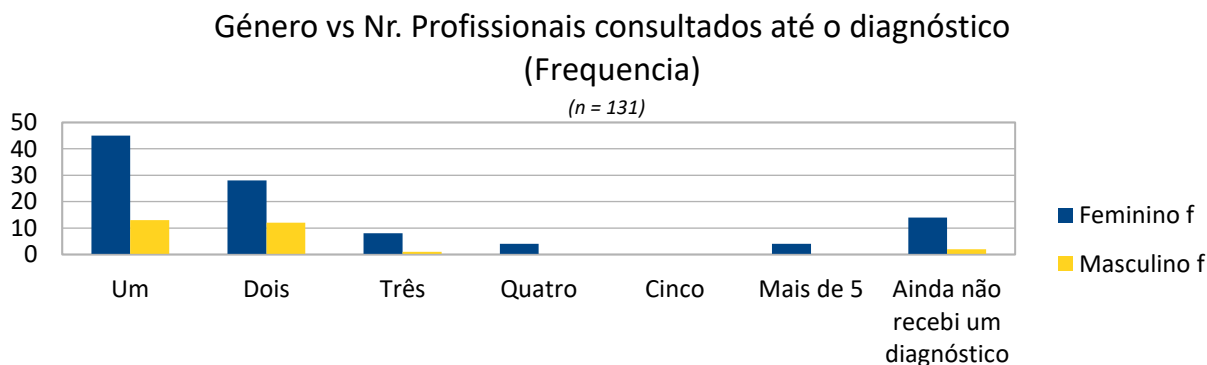


Gráfico 28 - Género vs Nr. Profissionais consultados até o diagnóstico (Frequencia)



O teste Qui-quadrado de Pearson revelou um valor de $\chi^2 = 0,381$, sem alcançar significância estatística ($p > 0,05$). Por conseguinte, não se identificou relação entre o género dos participantes e o número de profissionais consultados até à obtenção de diagnóstico. Assim, tanto homens como mulheres apresentaram trajetórias assistenciais semelhantes quanto ao número de contactos necessários para esclarecer a sua condição de dor orofacial ou disfunção temporomandibular.

5.2 Gênero vs. Quais profissionais foram consultados

A associação entre gênero e tipo de profissional consultado resultou nos dados representados na Tabela 6.

Tabela 6: Associação Entre Gênero e Tipo de Profissional Consultado

Associação Entre Gênero e Tipo de Profissional Consultado	Feminino f (%)	Masculino f (%)	Total (n=131)	Teste Qui-Quadrado	
				Qui-Quadrado- Significância Assintótica (Bilateral)	Conclusões
Médico dentista generalista	57 (81.4%)	13 (18.6%)	70	0.402	Sem diferença entre gêneros
Médico dentista ortodontista	27 (90%)	3 (10%)	30	0.80	"
Médico dentista com dedicação a dor orofacial e DTM	42 (79.2%)	11 (20.8%)	53	0.887	"
Médico maxilo facial	13 (86.7%)	2 (13.3%)	15	0.420	"
Médico de medicina geral familiar	3 (75%)	1 (25%)	4	0.857	"
Médico anestesiologista	0 (0%)	0 (%)	0	-	-
Médico neurologista	8 (100%)	0 (%)	8	0.128	"
Médico otorrinolaringologista	10 (100%)	0 (%)	10	0.86	"
Médico ortopedista	2 (100%)	0 (%)	2	0.457	"
Médico fisiatra	2 (100%)	0 (%)	2	0.457	"
Fisioterapeuta	8 (88.9%)	1 (11.1%)	9	0.436	"
Psicólogo	0 (0%)	1 (100%)	1	0.054	"
Outro	2 (66.7%)	1 (33.3%)	3	0.609	"

Em todas as categorias profissionais avaliadas, o teste de qui-quadrado de Pearson não evidenciou diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$), apontando para a inexistência de associação entre o gênero dos participantes e o tipo de profissional consultado. A análise percentual revela, de forma consistente, predominância feminina em quase todas as especialidades, embora tal tendência não seja estatisticamente relevante. Ortopedista, fisiatra ou psicólogo tiveram baixa frequência. Em síntese, independentemente do gênero, a escolha do profissional de saúde seguiu padrões semelhantes ao longo do percurso assistencial em dor orofacial e disfunção temporomandibular.

5.3 Género vs. Característica de dor

A seguir, na Tabela 7, encontram-se os resultados da relação “tipo de dor” e género.

Tabela 7: Associação entre Qualidade da Dor e Género

Associação entre Qualidade da Dor e Género	Descrição	Feminino f (%)	Masculino f (%)	Total (n)	Qui-quadrado de Pearson (p)	Conclusão
I	Vibrante/um tremor	11 (64.7%)	6 (35.3%)	17	0.133	Sem variações entre géneros
	Pulsátil/Latejante	34 (73.9%)	12 (26.1%)	46	0.333	//
	Uma tensão	75 (87.2%)	11 (12.8%)	86	<0.001	Há diferença entre os géneros
	Agressão/outro	7 (77.8%)	2 (22.2%)	9	0.949	Sem variações entre géneros
II	Brusca/repentina	41 (75.9%)	13 (24.1%)	54	0.528	//
	Guinada/Facada/Picada	17 (70.8%)	7 (29.2%)	24	0.303	//
	Formigueiro/Comichão	11 (84.6%)	2 (15.4%)	13	0.579	//
	Contínua	46 (85.2%)	8 (14.8%)	54	0.125	//
III	Aperta/Comprime/Esmaga	57 (82.6%)	12 (17.4%)	69	0.241	//
	Cãibra	7 (77.8%)	2 (22.2%)	9	0.949	//
	Puxa/Arranca	15 (78.9%)	4 (21.1%)	19	0.971	//
	Incomoda	54 (80.6%)	13 (19.4%)	67	0.573	Sem variações entre géneros
IV	Fina	35 (71.4%)	14 (28.6%)	49	0.120	//
	Cortante/Lancinante	32 (86.5%)	5 (13.5%)	37	0.169	//
	Pesada	35 (89.7%)	4 (10.3%)	39	0.043	Há diferença estatística entre géneros
	Surda	6 (54.5%)	5 (45.5%)	11	0.042	Há diferença estatística entre géneros
V	Quente/ardente/Queima	65 (82.3%)	14 (17.7%)	79	0.209	Sem variações entre géneros
	Fria/Gélida	12 (70.6%)	5 (29.4%)	17	0.522	//
	Elétrica/Choque	21 (70%)	9 (30%)	30	0.319	//
VI	Cansativa/Extenuante/Desanima	68 (82.9%)	14 (17.1%)	82	0.120	//
	Aflitiva/Sufocante/Enlouquece/Preocupante	18 (85.7%)	3 (14.3%)	21	0.387	//
	Assustadora/Torturante/Infernal	16 (88.9%)	2 (11.1%)	18	0.253	//
	Incomoda/Limitante	62 (82.7%)	13 (17.3%)	75	0.192	//

O teste de Qui-quadrado de Pearson, aplicado a cada descritor da dor, não revelou diferenças estatisticamente significativas entre géneros na maior parte das categorias; exceções verificaram-se nos descritores “sensação de tensão” ($p < 0,001$), “peso/pressão” ($p = 0,043$) e “dor surda” ($p = 0,042$), onde se evidenciou maior associação com o género feminino.

5.4 Género vs. CPGS -R

Para a relação de género e intensidade e incapacidade por dor usou-se o teste de Mann-Whitney (Tabela 8).

Tabela 8: Associação de Género e Intensidade de Dor e Incapacidade por Dor

Associação de Género e Intensidade de Dor e Incapacidade por Dor	Feminino Posto médio	Masculino Posto médio	Teste de Mann-Whitney	
			Significância (p)	Conclusões
Defina a máxima intensidade da sua dor atual em repouso de 0 a 10 - 0 sem dor - 10 pior dor que sentiu na vida	103	28	0.599	Não há diferenças estatísticas entre géneros
Defina a máxima intensidade da sua dor atual em função (fala, mastiga, boceja)	103	28	0.240	“
Como classifica, em termos de intensidade, a sua dor facial NESTE MOMENTO?	103	28	0.346	“
Nos ÚLTIMOS 30 DIAS, como classifica em termos de intensidade a sua PIOR dor facial?	103	28	0.088	“
Nos ÚLTIMOS 30 DIAS, quantos dias esteve impedido de realizar os seus AFAZERES HABITUAIS como trabalhar, ir à escola ou realizar tarefas domésticas, devido à presença de dor facial?	103	28	0.257	“
Nos ÚLTIMOS 30 DIAS, quanto é que a dor facial interferiu com a normal realização das suas ATIVIDADES DIÁRIAS?	103	28	0.202	“
Nos ÚLTIMOS 30 DIAS, quanto é que a dor facial interferiu com a normal realização das suas ATIVIDADES DE LAZER, SOCIAIS E FAMILIARES?	103	28	0.330	“
Nos ÚLTIMOS 30 DIAS, quanto é que a dor facial interferiu com a sua CAPACIDADE PARA TRABALHAR, incluindo as tarefas domésticas?	103	28	0.102	“

Foi utilizado o teste de Mann–Whitney para comparar mulheres ($n = 103$) e homens ($n = 28$) nos diferentes indicadores de intensidade e impacto da dor facial. Em todas as análises, os valores de p excederam $0,05$, não se verificando, assim, diferenças estatisticamente significativas entre género. Embora se tenham observado pequenas variações nos postos médios, como um valor ligeiramente superior em mulheres para a pior dor registada nos últimos

30 dias e em homens para a interferência na capacidade laboral, nenhuma dessas diferenças atingiu significância. Consequentemente, nesta amostra, a percepção da intensidade da dor orofacial e o respetivo impacto funcional não variam de forma relevante entre mulheres e homens.

A análise agregada das escalas de intensidade, atual, pior e média, e da interferência funcional na rotina doméstica, lazer/família e atividade profissional permitiu determinar:

- *Characteristic Pain Intensity* (CPI): de 1/10 a 4/10.
- *Disability Pain* (DP): 0

As diferenças não foram estatisticamente significativas ($p = 0,27$ para CPI; $p = 0,33$ para DP). A matriz da *Chronic Pain Grade Scale* (CPGS-R) classificou a maioria nos Graus I (dor crónica leve, grau de interferência nulo), sem variações relevantes entre sexos, confirmando a análise de Von Korff et al., (2020).

VII. DISCUSSÃO

Frente ao intuito principal de avaliar a experiência do doente com dor orofacial e DTM, desde o início dos sintomas até ao diagnóstico definitivo, e aos objetivos secundários (analisar a intensidade e incapacidade por dor; tipo de dor; CPI e DI, tipo de tratamento proposto e correlações com o género), apresentam-se relações dos resultados obtidos com a literatura, iniciando pelos objetivos principais.

1. CONSIDERAÇÕES ACERCA DOS OBJETIVOS PRINCIPAIS

1.1. Análise do percurso assistencial do doente com dor orofacial / DTM

A dor orofacial crónica e as disfunções temporomandibulares (DTM) colocam desafios significativos no plano diagnóstico e terapêutico, intensificados pela natureza subjectiva da dor, pela sobreposição dos sinais e sintomas e pelas lacunas na formação dos profissionais de saúde (Aggarwal et al., 2012; Baggen et al., 2024; Belbute, 2023). A literatura evidencia percursos clínicos prolongados e fragmentados, caracterizados por múltiplas consultas e elevado grau de frustração dos doentes (Beecroft et al., 2013; Rota et al., 2021).

1.1.1. Considerações acerca da maneira de procura de atendimento

Estudos europeus indicam que os doentes procuram, em primeiro lugar, os cuidados de saúde primários (Bell et al., 2008; Sessle, 2009). Contrariamente, 47,5 % da presente coorte costuma dirigir-se, desde o início, a um especialista e 10,1 % recorreram aos serviços de urgência e 23,2 % iniciaram o percurso pelo médico de clínica geral ou de medicina familiar. Este comportamento poderá advir do elevado nível de escolaridade registado (77 % com grau \geq licenciatura) e de um sistema de acesso direto que minimiza barreiras administrativas (Antunes, 2017).

1.1.2. Considerações acerca da fonte de encaminhamento para o profissional que tratou a dor

Na presente coorte, 67,9 % dos encaminhamentos para o diagnóstico ou tratamento de distúrbios temporomandibulares (DTM) emergiram de médicos dentistas generalistas (MDG), reforçando o seu papel de porta de entrada na rede de cuidados (Aggarwal et al., 2012). Observou-se que 53,4 % dos casos foram originalmente remetidos por MDG, enquanto 40,5 % partiram de especialistas em DTM. A intervenção de neurologistas (6,1 %) e de

otorrinolaringologistas (7,6 %) espelha a sobreposição sintomática, nomeadamente cefaleia (17,9 %), dor articular (16,5 %) e fadiga muscular (16,1 %), e evidencia a heterogeneidade na escolha do ponto de contacto inicial pelo doente (Yokoyama et al., 2018).

Neste estudo, embora 47,5 % dos utentes tendessem a procurar diretamente um especialista, a formalização do encaminhamento tende a regressar ao MDG, sublinhando a necessidade de formação contínua para melhorar ainda mais a precisão diagnóstica em concordância com Belbute 2023 e Currie et al. 2023, uma vez que 12,2 % dos participantes mantiveram-se sem diagnóstico definitivo. Este cenário reforça a exigência de uma abordagem multidisciplinar, capaz de diferenciar sinais de DTM ou de dor orofacial crónica em diversos contextos clínicos (Belbute, 2023; Yokoyama et al., 2018).

1.1.3. Considerações acerca do tipo e da cronologia de profissionais procurados

A opinião dos próprios utentes acerca do profissional mais habilitado para abordar sintomas orofaciais nem sempre se alinha com o desempenho verificado na prática clínica. Embora os médicos dentistas generalistas (MDG) apresentem, de forma objetiva, níveis superiores de precisão diagnóstica (Belbute, 2023), 69 % dos pacientes consideram os médicos de clínica geral ou de família os mais aptos para gerir queixas não dentárias, posição esta fundamentada na maior facilidade de acesso a tais profissionais (Bell et al., 2008).

No âmbito deste estudo, tal preferência não se traduziu em comportamento efetivo: apenas 3,1 % dos participantes dirigiram-se inicialmente ao médico generalista e apenas 5,3 % o consultaram em qualquer etapa do percurso terapêutico. Este aparente paradoxo poderá dever-se, por um lado, à existência de MDG capacitados para assumir rapidamente a figura de “clínico de primeira linha” e, por outro, ao aumento da literacia em saúde associado ao nível elevado de escolaridade, que faz com queixas relacionadas com articulação temporomandibular, ruídos ou dor articular sejam encaminhadas diretamente para a esfera da medicina dentária.

1.1.4. Considerações acerca do número de consultas até o diagnóstico

A presente investigação revelou que a média de consultas necessárias para estabelecer um diagnóstico situou-se em menos de duas, configurando um desfecho favorável quando comparado com as sete consultas registadas no Reino Unido (Beecroft et al., 2013). De um total de 131 participantes, 44,3 % obtiveram diagnóstico logo na primeira sessão, 30,5 % necessitaram de recorrer a dois profissionais e 13,1 % exigiram três ou mais contactos clínicos

antes de se obter um parecer conclusivo, reproduzindo assim a “peregrinação” clínica descrita por Rota et al. (2021) e por Antunes (2017).

Apesar da redução observada no número médio de consultas até ao diagnóstico, persistem desafios relevantes: 12,2 % dos utentes continuam sem um diagnóstico definido, os planos terapêuticos mantêm-se prolongados e as rotas de acesso aos cuidados permanecem fragmentadas. Adicionalmente, o número de consultas até ao alívio sintomático e a duração total do tratamento apontam para o potencial de protocolos diagnósticos estandardizados e de intervenções precoces na redução das “peregrinações” clínicas (Macedo De Sousa et al., 2020).

Para colmatar estas lacunas, torna-se imperativo consolidar vias clínicas normalizadas, reforçar a formação interprofissional (integrando vertentes médicas, psicológicas e fisioterapêuticas) e promover a literacia em dor. Estas medidas visam encurtar o percurso do doente, minimizar a iatrogenia e otimizar os resultados funcionais na dor orofacial crónica e nas disfunções temporomandibulares (DTM), conforme sugerido por Gil-Martinez et al. (2018) e por Hals & Stubhaug (2011).

1.1.5. Considerações acerca do motivo da consulta e local da dor

Nesta amostra, verificou-se que 17,9 % dos utentes referiram cefaleia, 16,5 % dor articular e 16,1 % fadiga muscular, valores que se coadunam com os dados relatados por Borges (2022) e por Cotrim (2014). A simultaneidade destas manifestações salienta a relevância de adotar o modelo biopsicossocial na avaliação e no manejo clínico (Baggen et al., 2024).

Quanto à localização da dor, registou-se uma prevalência de 60,3 % na região cabeça/face, 24,4 % em dentes/língua e, em especial, 71 % na zona pósteromandibular, correspondente à articulação temporomandibular (ATM). Esta ampla variedade de sítios dolorosos reflete a heterogeneidade fenotípica inerente às disfunções temporomandibulares e às neuropatias trigeminais, complicando a atribuição de um único diagnóstico integrado (De Siqueira et al., 2013; Jay & Barkin, 2022).

1.1.6. Considerações acerca da resolução da queixa

Constatou-se que cerca de 35,9 % dos participantes não alcançaram resolução da sua queixa, o que reforça a necessidade de estruturas multidisciplinares capazes de integrar as vertentes

musculoesquelética, neuropática e psicossocial na gestão da dor orofacial (Gil-Martinez et al., 2018; Hals & Stubhaug, 2011).

A literatura evidencia ganhos significativos quando se constituem unidades especializadas que reúnem médicos dentistas, fisioterapeutas, psicólogos e neurologistas. Esta abordagem reduz o número de encaminhamentos sucessivos e favorece a elaboração de planos terapêuticos personalizados, ajustados às especificidades de cada doente (Penlington et al., 2022; Peters et al., 2015).

2. CONSIDERAÇÕES ACERCA DOS OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

2.1. Dados demográficos: idade, gênero, morada e escolaridade

2.1.1. Considerações acerca da idade

A distribuição etária detalhada revela que 35,9 % dos casos ocorreram entre os 21 e os 30 anos e 29,0 % entre os 31 e os 40 anos, confirmando a janela de maior prevalência para DTM (20–45 anos) referida por Manfredini et al. (2025). Por comparação, a dor de origem dentária, ainda que seja comum noutros estudos (afeta até 40 % dos adultos) (Cotrim, 2014), manifesta-se com maior frequência nas faixas etárias dos 31–50 anos. Tal contraste sugere que, na presente amostra, as queixas reportadas se associam mais à DTM do que a patologias odontológicas.

2.1.2. Considerações acerca do gênero

No que se refere à distribuição por gênero, a proporção de 3,7:1 (F:M) observada ultrapassa a relação “mínima” de 2:1 descrita para DTM na população em geral (Ohrbach & Sharma, 2024). Este dado reforça a ideia de maior suscetibilidade feminina à dor orofacial, possivelmente influenciada por fatores hormonais, psicossociais e pelo maior hábito de procura de cuidados de saúde (Borges, 2022). O predomínio feminino, de 78,6 %, alinha-se com a razão de gênero documentada na literatura (Ohrbach & Sharma, 2024), e com os resultados de estudos portugueses sobre dor orofacial (Cotrim, 2014).

2.1.3 Considerações acerca da escolaridade

A caracterização da amostra revela uma predominância de indivíduos com elevada qualificação académica. Concretamente, 27,5 % dos participantes possuem licenciatura, 40,5 % mestrado e 9,2 % doutoramento, enquanto apenas 3,1 % referiram ter completado apenas o ensino básico. Nenhum dos inquiridos declarou ausência de escolaridade formal. Este perfil demográfico

diverge significativamente da tendência descrita na literatura, que aponta para uma associação entre baixos níveis de escolaridade e maior prevalência e intensidade de dor crónica, nomeadamente dor orofacial (Castro-Lopes et al., 2012; Cotrim, 2014). De acordo com Beecroft et al. (2013), os indivíduos oriundos de zonas socioeconomicamente desfavorecidas, geralmente com níveis de instrução reduzidos, apresentam um risco 1,5 vezes superior de desenvolver dor orofacial, sendo frequentemente encaminhados para consultas de cirurgia oral e maxilofacial (Beecroft et al., 2013).

A sobre representação de indivíduos com formação universitária na presente amostra poderá, portanto, refletir um viés de seleção, possivelmente relacionado com maior literacia em saúde (Borges, 2022; Castro-Lopes et al., 2012). Esta circunstância deve ser tida em consideração aquando da generalização dos resultados, uma vez que a composição da amostra pode não refletir adequadamente a distribuição da população geral. Adicionalmente, a predominância de participantes com formação superior pode contribuir para um maior reconhecimento dos sintomas e uma maior predisposição para a participação em estudos académicos.

2.1.4. Considerações acerca do país de residência e país de busca de atendimento

A distribuição dos participantes por país de residência revela uma repartição praticamente equitativa entre Portugal (44,3 %) e Brasil (45,8 %), o que constitui uma base sólida para futuras comparações interculturais. Esta configuração é particularmente relevante à luz das evidências que apontam para diferenças regionais na prevalência de dor orofacial, influenciadas por fatores como o acesso aos cuidados de saúde e as especificidades psicossociais de cada contexto (Alolayan et al., 2023).

Deste modo, os dados demográficos apurados corroboram os padrões epidemiológicos de dor orofacial descritos internacionalmente: a predominância do sexo feminino, a concentração etária no início da vida adulta, reforçando a necessidade de estratégias de prevenção e intervenção específicas para estes grupos (Aggarwal et al., 2006; Teixeira, Siqueira, Kominsky, et al., 2012).

2.2 Análise qualitativa da dor

Nesta coorte, os utentes utilizaram expressões diversas para caracterizar a dor: sensações de tensão (“uma tensão”, 65,6 %), ardência (“quente/ardente/que queima”, 60,3 %) e exaustão (“cansativa/extenuante/desanima”, 62,6 %). Seguiram-se manifestações de compressão

(“aperta/comprime/esmaga”, 52,7 %) e de incómodo persistente (“incomoda/limitante”, 57,3 %), bem como termos associados a fenómenos neurovasculares (“pulsátil/latejante”, 35,1 %; “ Brusca/repentina”, 41,2 %). Em menor frequência, surgiram descritores ligados a dor neuropática: “elétrica/choque” (22,9 %), “fria/gélida” (13 %) e “formigueiro/comichão” (9,9 %).

A predominância de termos tenso-compressivos está em consonância com a definição de dor miofascial crónica apresentada na *International Classification of Orofacial Pain* (ICOP), que a descreve como “*deep aching or pressing pain*” nos músculos mastigatórios. A alta incidência de descritores urentes aproxima-se do padrão de dor neuropática dos ramos trigeminais, reconhecido pela ICOP como “*burning quality*” na *burning mouth syndrome* e na neuropatia trigeminal pós-herpética. O uso de “elétrica/choque” (22,9 %) reflete a fenomenologia paroxística típica da nevralgia do trigêmeo, definida pela ICOP como “*electric shock-like pain*” com curta duração (Maria Pigg et al., 2020). Adicionalmente, o termo “aperta/comprime/esmaga” alinha-se com a descrição de “*squeezing, aching*” em neuropatias trigeminais secundárias, sugerindo processos de sensibilização central associados a lesão nervosa parcial (Maria Pigg et al., 2020).

Nesta coorte, os termos “pulsátil/latejante” (35,1 %) e “ Brusca/repentina” (41,2 %) evidenciam a dimensão neurovascular da dor, correspondendo à definição de *orofacial migraine*, conforme a ICOP: dor unilateral, de intensidade moderada a forte, carácter pulsátil e agravada pela atividade física (Maria Pigg et al., 2020). A conjugação de descritores tenso-compressivos e pulsáteis reforça a sobreposição clínica entre cefaleias primárias e dor orofacial, tendo De Siqueira et al. (2013) demonstrado uma correlação direta entre o número de regiões cefálicas afetadas e a intensidade das perturbações funcionais.

Expressões como “cansativa”, “aflitiva” ou “assustadora” remetem para o domínio afetivo da dor: o *McGill Pain Questionnaire* (MPQ) distingue os domínios sensoriais e afetivos, permitindo aferir o impacto psicossocial do sofrimento (Figueiral, et al., 2002; Robinson et al., 2023). A elevada incidência de adjetivos de carga negativa sugere que escalas unidimensionais, como a *visual analogue scale* (VAS) ou a *numeric rating scale* (NRS), podem subvalorizar a componente emocional, justificando o recurso a instrumentos multidimensionais na prática clínica (Robinson et al., 2023).

No âmbito do modelo biopsicossocial, estes resultados corroboram a abordagem de Canfora et al. (2023), segundo a qual a dor crônica orofacial emerge da interação complexa entre fatores biológicos, psicológicos e sociais, exigindo estratégias interdisciplinares. De Siqueira et al. (2013) evidenciaram uma associação significativa entre queixas dolorosas e sintomas somatoformes, sublinhando a limitação de intervenções estritamente biomédicas.

A coexistência de descritores miofasciais e neuropáticos na mesma amostra reforça a necessidade de avaliar minuciosamente a qualidade da dor na prática odontológica, a fim de distinguir dor nociceptiva musculoesquelética de fenômenos neuropáticos ou neurovasculares. A utilização de questionários validados, como o MPQ, escalas como GCPS-R, e a adoção de classificações atualizadas, nomeadamente a ICOP, orientam a seleção terapêutica, minimizam o risco de iatrogenia e favorecem intervenções multidisciplinares mais eficazes.

2.3 Diagnóstico e escalas/instrumentos de dor

2.3.1. Considerações acerca dos instrumentos utilizados para avaliar a dor

A adoção generalizada de escalas unidimensionais na prática clínica justifica-se pela sua simplicidade e rapidez de aplicação (Ranzatto et al., 2024). Porém, diversas investigações sublinham que instrumentos mais abrangentes, como a Escala de Dor Crônica Graduada – Revisada (GCPS-R) são fundamentais para identificar deficiências subtis e orientar planos de intervenção interdisciplinares.

A elevada incidência de sintomas relacionados com a articulação temporomandibular (Gráfico 7), em consonância com dados de estudos internacionais, evidencia a necessidade de critérios diagnósticos estruturados. Nesse contexto, os Critérios de Diagnóstico para Disfunções Temporomandibulares (DC/TMD) e a sua versão revista, desenvolvida pela Rede Internacional para Dor Orofacial e Metodologia de Distúrbios Relacionados (*International Network for Orofacial Pain and Related Disorders Methodology*, INFORM), destacam-se por combinarem o exame clínico (Eixo I) com a avaliação psicossocial (Eixo II) (Ekberg et al., 2023; Faria et al., 2014; Schiffman et al., 2014).

2.3.2. Considerações acerca da intensidade da dor e ao grau de incapacitação por ela causado

2.3.2.1 Considerações acerca do CPI e DI

Na análise da intensidade da dor, quantificada pela *Clinical Pain Intensity* (CPI), apurou-se uma mediana variável entre 3/10 a 4/10 tanto em repouso como durante a atividade, valor indicativo de dor ligeira a moderada, em linha com Gil-Martínez et al. (2018). A pontuação de 1/10 para a dor «neste momento» revela a variabilidade sintomática típica destas condições. Apesar disso, a interferência funcional, medido pela *Disability Pain* (DP), permaneceu nula na mediana, divergindo de trabalhos que assinalam comprometimento significativo (Felin et al., 2024; Ohrbach et al., 2008). Paralelamente, 85,5 % dos participantes não relataram limitações nas atividades habituais nos 30 dias anteriores, achado coerente com as reduzidas interferências registadas, ao passo que coortes escandinavas com disfunção temporomandibular (DTM) crónica descrevem elevado absentismo laboral (Hals & Stubhaug, 2011). Esta discrepância poderá estar relacionada com o facto de 38,7 % dos sujeitos apresentarem dor há menos de três meses, período inferior ao limiar de elevado impacto definido pela GCPS-R (Von Korff et al., 2020).

2.4 Tratamentos

2.4.1. Considerações acerca da duração do tratamento

Entre os participantes, 45,9 % encontravam-se em tratamento há ≥ 1 ano, 15,3 % há 6–9 meses e 38,7 % há 1–3 meses; contudo, 62,6 % obtiveram alívio clínico em ≤ 4 consultas, salientando a relevância da padronização diagnóstica e da intervenção precoce (Macedo De Sousa et al., 2020). Uma latência diagnóstica superior a 3 meses foi observada em 36,6 % dos casos (24,4 % entre 1–3 meses) e 6,1 % referiram ausência de resolução, confirmando o impacto negativo do atraso (Durham et al., 2010) e a necessidade de vias rápidas de referenciação (Prabhakar et al., 2024). Apenas cerca de 20 % consideraram o problema resolvido, espelhando percursos assistenciais prolongados (Aggarwal et al., 2012; Peters et al., 2015) e corroborando a média de dez anos descrita para a dor crónica em Portugal (Castro-Lopes et al., 2012).

Os principais obstáculos incluem: dificuldade em discriminar dor odontogénica de não odontogénica sob influência de fatores psicossociais (Baggen et al., 2024; Ohrbach & Sharma, 2024); escasso consenso e reduzida adoção da *International Classification of Orofacial Pain*

(ICOP) (Maria Pigg et al., 2020) e dos *Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders* (DC/TMD) (Faria et al., 2014; Ilgunas et al., 2023); formação insuficiente em dor orofacial nos currícula médico-odontológicos (Prabhakar et al., 2024; Sessle, 2009). Consequentemente, 12,2 % permanecem sem diagnóstico definitivo (Currie et al., 2023).

2.4.2. Tratamentos propostos

No inquérito aplicado, 63 % dos participantes relataram indicação para terapias cognitivo-comportamentais e/ou farmacológicas (*biofeedback*, técnicas de relaxamento e fármacos analgésicos ou ansiolítico) confirmando a adoção do paradigma biopsicossocial, cuja eficácia, embora reiterada, carece ainda de ensaios metodologicamente mais homogêneos (Liu et al., 2012; Penlington et al., 2022). Em paralelo, 42 % foram aconselhados a recorrer a goteiras intraorais (Bouloux, Chou, DiFabio, Ness, Perez, Mercuri, Chung, & Crago, 2024; Wadhokar & Patil, 2022). Apenas 32,8 % receberam encaminhamento para fisioterapia multimodal, incluindo exercícios de mobilização, *transcutaneous electrical nerve stimulation* (TENS) e terapia manual, cuja combinação reduz a dor e melhora a função (Racich, 2018; Wadhokar & Patil, 2022).

As goteiras oclusais, apesar de pouco invasivas, revelam eficácia limitada quando prescritas indiscriminadamente (Prabhakar et al., 2024), enquanto abordagens multidisciplinares, fisioterapia, aconselhamento comportamental e avaliação psicológica, demonstram maior efetividade (Baggen et al., 2024; Felin et al., 2024), embora o acesso seja restringido por fatores económicos e geográficos (Alolayan et al., 2023; Au et al., 2014). O predomínio de abordagens clínicas conservadoras, como placas estabilizadoras e programas fisioterapêuticos, acompanha a tendência da última década por estratégias reversíveis e multidimensionais, ainda sem plena padronização metodológica (Liu et al., 2012; Penlington et al., 2022).

Intervenções ortodônticas foram sugeridas a 19,8 % da amostra, consonantes com a evidência de benefício analgésico limitado e fraca correlação entre más oclusões e dor associada à disfunção temporomandibular (DTM) (Gil-Martinez et al., 2018; Racich, 2018). Variáveis oclusais isoladas raramente constituem causa direta da dor, podendo apenas influenciar o bruxismo, pelo que as diretrizes desaconselham ajustes oclusais ou ortodontia destinados exclusivamente ao controlo álgico (Boscatto et al., 2021; Gil-Martinez et al., 2018).

Procedimentos invasivos, como artrocentese, artroscopia ou cirurgia aberta, foram propostos a 6,9 %, refletindo a recomendação de reserva para casos refratários às alternativas conservadoras (Bouloux, Chou, DiFabio, Ness, Perez, Mercuri, Chung, & Crago, 2024).

2.5. Correlações com o género

2.5.1. Considerações acerca da relação “Género vs. Quantidade de profissionais consultados até ao diagnóstico”

Nesta coorte, 44,3 % recorreram a um e 30,5 % a dois profissionais de saúde antes de obterem, ou não, um diagnóstico definitivo; a prova qui-quadrado ($\chi^2 = 0,381$) não revelou diferenças estatisticamente significativas entre sexos. A literatura, contudo, descreve trajetos mais extensos nas mulheres: média de sete contactos clínicos abrangendo três especialidades (Beecroft et al., 2013), 7,5 médicos envolvidos em casos de dor facial atípica (Peters et al., 2015) e procura de cuidados para disfunção temporomandibular (DTM) até três vezes superior em Portugal (Antunes, 2017). A discrepância poderá refletir o reduzido número de homens, a natureza transversal do presente estudo ou uma eventual convergência no acesso aos serviços de saúde.

2.5.2. Considerações acerca da relação “Género vs. Profissionais efetivamente consultados”

Na análise das treze categorias profissionais (médico dentista generalista, ortodontista, cirurgião maxilofacial, fisioterapeuta, psicólogo, entre outras) não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre géneros, com valores de p compreendidos entre 0,054 e 0,887.

Diversas investigações, porém, descrevem preferências que podem alterar o percurso assistencial. Em Al-Madinah, apenas 40 % dos indivíduos com disfunção temporomandibular (DTM) solicitam cuidados, escolhendo sobretudo dentistas (64,6 %) ou ortopedistas (24,6 %), igualmente sem disparidade de género (Alolayan et al., 2023). Entrevistas qualitativas identificam ainda barreiras transversais, como custos, listas de espera e necessidade de iniciativa pessoal, que afetam homens e mulheres de forma semelhante (Ilgunas et al., 2023).

A ausência de diferenças nesta amostra sugere que, uma vez definido o ponto de entrada adequado, os padrões de procura de cuidados convergem entre géneros.

2.5.3. Considerações acerca da relação “Gênero vs. tipo de dor percebida”

Das 34 características sensoriais analisadas, apenas três revelaram associação estatisticamente significativa com o sexo: “tensão” (87,2 % em mulheres; 12,8 % em homens; $p < 0,001$), “pesada” (89,7 % em mulheres; 10,3 % em homens; $p = 0,043$) e “surda” (54,5 % em mulheres; 45,5 % em homens; $p = 0,042$). A preponderância feminina nos termos que exprimem fadiga muscular reforça a maior prevalência de disfunção temporomandibular (DTM) de origem miofascial descrita pela literatura (Baggen et al., 2024). O maior reporte masculino de dor “surda” poderá refletir menor intensidade percebida, concordando com meta-análises que não identificam diferenças sistemáticas de severidade entre gêneros (Alolayan et al., 2023). Embora fatores hormonais e fenômenos de sensibilização central possam explicar estas nuances sensoriais (Canfora et al., 2023), tais variáveis não foram examinadas no presente estudo.

2.5.4. Considerações acerca da relação “Gênero vs. Intensidade e Incapacidade por dor”

2.5.4.1. Gênero vs. Intensidade da dor

Os dados descritivos indicaram dor atual de baixa intensidade (mediana = 1/10) e dor máxima, nos últimos 30 dias, de intensidade moderada (mediana = 3/10). Estes valores ficam claramente aquém do limiar de “dor incômoda” proposto por Von Korff et al. (2020) (*Pain Grade* $\geq 4/10$), sugerindo predominância de quadros ligeiros. Embora a literatura refira maior frequência de dor moderada a intensa no sexo feminino, atribuída a fatores hormonais e psicossociais (Canfora et al., 2023), tal diferença não alcançou significância estatística na presente amostra.

2.5.4.2. Gênero vs. Incapacitação funcional

Na presente amostra, 85,5 % dos participantes mantiveram as atividades habituais nos 30 dias anteriores, ao passo que 1,6 % relataram interrupções ≥ 10 dias. As associações por gênero não alcançaram significância estatística ($p \geq 0,20$), denotando que o ligeiro incremento de dor referido pelas mulheres não se traduz em maior limitação funcional, tal como descrito nos estudos sobre adaptação à dor crônica (Canfora et al., 2023).

O teste de Mann–Whitney confirmou a inexistência de diferenças nas métricas de intensidade e incapacidade ($p > 0,05$); embora os postos médios femininos fossem superiores, as amplitudes interquartis sobrepostas e o desequilíbrio da amostra (103 mulheres versus 28 homens) indicam

um efeito reduzido. Estes achados replicam os resultados de Hawker et al. (2011), que não observaram disparidades de género em populações com dor moderada a ligeira.

2.5.4.3. CPI e DP e relação com o género

Os valores do CPI e DI não apresentaram diferenças estatisticamente significantes entre géneros, sendo a maioria com dor classificada como Grau I (dor crónica leve e grau de incapacidade nulo).

Estes dados mostram que em dor orofacial crónica predominantemente ligeira o género não constitui preditor relevante da carga de doença; o impacte funcional, mais do que a intensidade isolada, assume papel determinante (Von Korff et al., 2020). Adicionalmente, fatores psicossociais, como catastrofização, perceção de injustiça e *distress* emocional, influenciam de modo decisivo a trajetória da dor e da incapacidade, condicionando procura de cuidados, adesão terapêutica e desfechos a médio-longo prazo (Reme et al., 2022).

3. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O desenho transversal e a dimensão reduzida da amostra ($n = 131$) condicionam a generalização dos achados. Observou-se predominância feminina (78,6 %) e alto nível de escolaridade (77,2 % com formação superior), decorrentes do recrutamento em plataformas digitais e contexto universitário, favorecendo indivíduos com maior literacia em saúde e melhor acesso aos cuidados, enquanto populações socioeconómicas mais vulneráveis ficaram sub-representadas.

Além disso, a ausência de seguimento longitudinal impediu avaliar a evolução dos sintomas, a eficácia terapêutica a longo prazo e a eventual revisão diagnóstica. Estudos futuros deverão adotar desenhos multicêntricos, amostras mais amplas, permitindo medir de forma robusta o impacto das intervenções.

VIII. CONCLUSÕES

O itinerário assistencial verificado demonstra que o médico dentista generalista permanece como principal porta de entrada no sistema de saúde oral. Mesmo quando os utentes recorrem inicialmente a especialistas, o encaminhamento formal regressa, em regra, ao consultório generalista, sublinhando a importância de uma formação específica em dor orofacial nesse nível primário de cuidados. Apesar deste predomínio, subsiste heterogeneidade nas rotas de acesso: embora muitos doentes obtenham diagnóstico logo nas primeiras consultas, mantém-se um subgrupo sem esclarecimento definitivo, evidenciando lacunas na triagem e na coordenação interprofissional.

Do ponto de vista sintomático, a dor relatada assume carácter ligeiro, com impacto funcional nulo ou reduzido. A maioria dos participantes indicou conseguir manter as atividades usuais, facto corroborado pelos índices baixos de repercussão funcional registados na *Chronic Pain Grade Scale – Revised* (CPGS-R). Importa ainda salientar que, não obstante a predominância feminina da amostra, não se observaram diferenças clinicamente relevantes entre géneros quanto à intensidade dolorosa, incapacidade associada ou número de profissionais consultados, o que sugere trajetórias semelhantes para mulheres e homens.

Quanto à intervenção, observa-se um padrão eminentemente conservador: terapias cognitivo-comportamentais, farmacoterapia de suporte, dispositivos intraorais e fisioterapia constituem o núcleo das recomendações. Abordagens ortodônticas ou cirúrgicas são consideradas apenas em indicações pontuais, em consonância com as diretrizes que reservam procedimentos irreversíveis para casos refratários. A preferência por estratégias reversíveis e multidisciplinares reflete a crescente adoção do modelo biopsicossocial da dor.

Persistem, contudo, constrangimentos importantes: percursos fragmentados, latências diagnósticas superiores ao desejável e planos terapêuticos prolongados. Para reduzir esta «peregrinação clínica» e melhorar os resultados a longo prazo, preconiza-se a aplicação sistemática de protocolos internacionais de diagnóstico, como o *Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders* (DC/TMD) e *International Classification of Orofacial Pain* (ICOP), a integração de triagem psicossocial em todos os níveis de cuidados e o reforço da formação contínua das equipas multiprofissionais.

Em síntese, os objetivos específicos foram alcançados: delineou-se o trajeto até ao diagnóstico, caracterizou-se a dor e o respetivo impacto, avaliaram-se variáveis de género e registaram-se

as intervenções propostas. As evidências convergem para a necessidade de protocolos partilhados, integração de competências e intervenção precoce, pilares essenciais para encurtar e tornar mais eficaz o percurso terapêutico de quem vive com dor orofacial ou disfunção temporomandibular.

Investigações futuras deverão privilegiar abordagens longitudinais, multicêntricas, com amostras representativas e integração de variáveis psicossociais e biomarcadores, de modo a aprofundar a compreensão dos mecanismos subjacentes à dor orofacial e otimizar os modelos de intervenção clínica.

IX. BIBLIOGRAFIA

- Aggarwal, V. R., Joughin, A., Zakrzewska, J., Appelbe, P., & Tickle, M. (2012). Dentists' preferences for diagnosis, management and referral of chronic oro-facial pain: Results from a national survey. *Health Education Journal*, *71*(6), 662–669. <https://doi.org/10.1177/0017896911419350>
- Aggarwal, V. R., McBeth, J., Zakrzewska, J. M., Lunt, M., & Macfarlane, G. J. (2006). The epidemiology of chronic syndromes that are frequently unexplained: Do they have common associated factors? *International Journal of Epidemiology*, *35*(2), 468–476. <https://doi.org/10.1093/ije/dyi265>
- Alolayan, A., Alsayed, S. S., Salamah, R. M., Ali, K. M., Alsousi, M., & Elsayed, S. (2023). Temporomandibular joint disorders prevalence and health-seeking preferences among Al-Madinah community: A prospective cross sectional study. *F1000Research*, *11*, 395. <https://doi.org/10.12688/f1000research.104272.4>
- Antunes, H. S. A. (2017). *ANÁLISE DO PERCURSO CLÍNICO DE UM PACIENTE COM DOR CRÓNICA EM PORTUGAL* [Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Estatística e Gestão de Informação, Universidade Nova de Lisboa]. <http://hdl.handle.net/10362/36288>
- Asquini, G., Devecchi, V., Viscuso, D., Bucci, R., Michelotti, A., Liew, B. X. W., & Falla, D. (2025). An exploratory data-driven approach to classify subgroups of patients with temporomandibular disorders based on pain mechanisms. *The Journal of Pain*, *26*, 104721. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2024.104721>
- Au, T. S., Wong, M. C., McMillan, A. S., Bridges, S., & McGrath, C. (2014). Treatment seeking behaviour in southern Chinese elders with chronic orofacial pain: A qualitative study. *BMC Oral Health*, *14*(1), 8. <https://doi.org/10.1186/1472-6831-14-8>
- Baggen, J. H. M., Koevoets, A. C., Koutris, M., Steegers, M. A. H., & Lobbezoo, F. (2024). Chronic temporomandibular disorder pain patients with a history of neuropathic pain treatment: A narrative research on their diagnosis and treatment history. *BMC Oral Health*, *24*(1), 22. <https://doi.org/10.1186/s12903-023-03796-0>
- Batalha, L. M. da C. (2016). *Avaliação da dor. Manual de estudo—Versão 1* (<https://repositorio.esenfc.pt/rc/index.php?module=repositorio&target=listTitle&clear=1>) [Publicação pedagógica, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. <http://web.esenfc.pt/?url=OQqj6hcT>
- Beecroft, E. V., Durham, J., & Thomson, P. (2013). Retrospective examination of the healthcare «journey» of chronic orofacial pain patients referred to oral and maxillofacial surgery. *British Dental Journal*, *214*(5), E12–E12. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2013.221>
- Belbute, R. S. (2023). *AVALIAÇÃO DO GRAU DE CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM PORTUGAL ACERCA DA DOR E DTM* [Dissertação tese de mestrado]. Egas Moniy School of Health.

Bell, G. W., Smith, G. L. F., Rodgers, J. M., Flynn, R. W., & Malone, C. H. (2008). Patient choice of primary care practitioner for orofacial symptoms. *British Dental Journal*, 204(12), 669–673. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2008.523>

Borges, R. E. A. (2022). *VALIDADE E CONFIABILIDADE DO INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO DA DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR-IDE/DTM* [Doutoramento em ciências odontológicas]. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS ODONTOLÓGICAS DOUTORADO EM CIÊNCIAS ODONTOLÓGICAS.

Boscato, N., Nascimento, G. G., Leite, F. R. M., Horta, B. L., Svensson, P., & Demarco, F. F. (2021). Role of occlusal factors on probable bruxism and orofacial pain: Data from the 1982 Pelotas birth cohort study. *Journal of Dentistry*, 113, 103788. <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2021.103788>

Bouloux, G. F., Chou, J., DiFabio, V., Ness, G., Perez, D., Mercuri, L., Chung, W., & Crago, C. A. (2024). The Contemporary Management of Temporomandibular Joint Intra-Articular Pain and Dysfunction. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 82(6), 623–631. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2024.01.003>

Bouloux, G. F., Chou, J., DiFabio, V., Ness, G., Perez, D., Mercuri, L., Chung, W., Klasser, G. D., Bender, S. D., Kraus, S., & Crago, C. A. (2024). Guidelines for the Management of Patients With Orofacial Pain and Temporomandibular Disorders. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, S0278239124002003. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2024.03.018>

Canfora, F., Ottaviani, G., Calabria, E., Pecoraro, G., Leuci, S., Coppola, N., Sansone, M., Rupel, K., Biasotto, M., Di Lenarda, R., Mignogna, M., & Adamo, D. (2023). Advancements in Understanding and Classifying Chronic Orofacial Pain: Key Insights from Biopsychosocial Models and International Classifications (ICHHD-3, ICD-11, ICOP). *Biomedicines*, 11(12), 3266. <https://doi.org/10.3390/biomedicines11123266>

Castro-Lopes, J., Saramago, P., Romão, J., & Paiva, M. (2012). *A dor crónica em Portugal*.

Cotrim, R., Monteiro. (2014). *Prevalência e caracterização da dor orofacial nos doentes que recorrem à Clínica Universitária Egas Moniz* [Tese para Grau de Mestre em Medicina Dentária, Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz]. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/13827/1/Cotrim%2c%20Rita%20Monteiro.pdf>

Currie, C. C., Palmer, J., Stone, S. J., Brocklehurst, P., Aggarwal, V. R., Dorman, P. J., Pearce, M. S., & Durham, J. (2023). Persistent Orofacial Pain Attendances at General Medical Practitioners. *Journal of Dental Research*, 102(2), 164–169. <https://doi.org/10.1177/00220345221128226>

De Siqueira, S. R. D. T., Teixeira, M. J., & De Siqueira, J. T. T. (2013). Orofacial pain and sensory characteristics of chronic patients compared with controls. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*, 115(6), e37–e45. <https://doi.org/10.1016/j.oooo.2013.02.014>

Direção-Geral de Saúde. (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor* (Circular No. 09/DGCG). www.dgsaude.pt

- Durham, J., Steele, J. G., Wassell, R. W., & Exley, C. (2010). Living with Uncertainty: Temporomandibular Disorders. *Journal of Dental Research*, 89(8), 827–830. <https://doi.org/10.1177/0022034510368648>
- Ekberg, E., Nilsson, I., Michelotti, A., Al-Khotani, A., Alstergren, P., Rodrigues Conti, P. C., Durham, J., Goulet, J., Hirsch, C., Kalaykova, S., Kapos, F. P., King, C. D., Komiyama, O., Koutris, M., List, T., Lobbezoo, F., Ohrbach, R., Palermo, T. M., Peck, C. C., ... International Network for Orofacial Pain and Related Disorders Methodology (INFORM). (2023). Diagnostic criteria for temporomandibular disorders INFORM recommendations: Comprehensive and short-form adaptations for adolescents. *Journal of Oral Rehabilitation*, 50(11), 1167–1180. <https://doi.org/10.1111/joor.13488>
- Faria, C., Coutinho, F. A., Pinto, J. C., Sousa, A., Diogo, Á., Gomes, A., Moacho, A., Barbosa, C., Mota, C., Gomes, D. C., Ferreira, H., Faustino, J., Abreu, J. R., Amarante, J. M., Ustrel, J. M., Falcão, M., Spratley, M., Teixeira, M. J., Ribeiro, O., ... Resende, T. (2014). Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments (Portuguese). *International Network for Orofacial Pain and Related Disorders Methodology*. www.rdc-tmdinternational.org
- Felin, G. C., Tagliari, C. V. D. C., Agostini, B. A., & Collares, K. (2024). Prevalence of psychological disorders in patients with temporomandibular disorders: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Prosthetic Dentistry*, 132(2), 392–401. <https://doi.org/10.1016/j.prosdent.2022.08.002>
- Figueiral, A., Cavalheiro, L., & Machado, Â. (2002). *Melzack R. Psychologic aspects of pain. Pain 1980; 8: 145 2002; Versão Portuguesa. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade Coimbra (CEISUC)* (Repositório de Instrumentos de Medição e Avaliação em Saúde).
- Gedrange, T., Kunert-Keil, C., Heinemann, F., & Dominiak, M. (2017). Tissue Engineering and Oral Rehabilitation in the Stomatognathic System. *BioMed Research International*, 2017, 4519568. <https://doi.org/10.1155/2017/4519568>
- Gil-Martinez, A., Paris-Aleman, A., López-de-Uralde-Villanueva, I., & La Touche, R. (2018). Management of pain in patients with temporomandibular disorder (TMD): Challenges and solutions. *Journal of Pain Research*, Volume 11, 571–587. <https://doi.org/10.2147/JPR.S127950>
- Gressler, L. E., Cowley, T., Velezis, M., Aryal, S., Clare, D., Kusiak, J. W., Cowley, A. W., Sedrakyan, A., Marinac-Dabic, D., Reardon, M., Schmidt, L., Feldman, J. G., DiFabio, V., Bergman, S., Simonyan, V., Yesha, Y., Vasiliu-Feltes, I., Durham, J., Steen, A. I., ... Loyob-Berrios, N. (2023). Building the foundation for a modern patient-partnered infrastructure to study temporomandibular disorders. *Frontiers in Digital Health*, 5, 1132446. <https://doi.org/10.3389/fdgth.2023.1132446>
- Hals, E. K. B., & Stubhaug, A. (2011). Mental and somatic co-morbidities in chronic orofacial pain conditions: Pain patients in need of multiprofessional team approach. *Scandinavian Journal of Pain*, 2(4), 153–154. <https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2011.08.003>
- Hawker, G. A., Mian, S., Kendzerska, T., & French, M. (2011). Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain

Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP). *Arthritis Care & Research*, 63(S11). <https://doi.org/10.1002/acr.20543>

IASP. (2013). *Orofacial Pain*. IASP.

IASP. (2020). *IASP Revises Its Definition of Pain for the First Time Since 1979*. https://www.iasp-pain.org/wp-content/uploads/2022/04/revised-definition-flysheet_R2-1-1-1.pdf

Ilgunas, A., Fjellman-Wiklund, A., Häggman-Henrikson, B., Lobbezoo, F., Visscher, C. M., Durham, J., & Lövgren, A. (2023). Patients' experiences of temporomandibular disorders and related treatment. *BMC Oral Health*, 23(1), 653. <https://doi.org/10.1186/s12903-023-03230-5>

International Headache Society. (2021). *The International Classification of Headache Disorders 3rd edition*. IHS Classification ICHD-3. <https://ichd-3.org/>

Jay, G. W., & Barkin, R. L. (2022). Trigeminal neuralgia and persistent idiopathic facial pain (atypical facial pain). *Disease-a-Month*, 68(6), 101302. <https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2021.101302>

Jung, W., Lee, K.-E., & Suh, B.-J. (2021). Influence of psychological factors on the prognosis of temporomandibular disorders pain. *Journal of Dental Sciences*, 16(1), 349–355. <https://doi.org/10.1016/j.jds.2020.02.007>

Kalladka, M., Young, A., & Khan, J. (2021). Myofascial pain in temporomandibular disorders: Updates on etiopathogenesis and management. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 28, 104–113. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2021.07.015>

Labanca, M., Gianò, M., Franco, C., & Rezzani, R. (2023). Orofacial Pain and Dentistry Management: Guidelines for a More Comprehensive Evidence-Based Approach. *Diagnostics*, 13(17), 2854. <https://doi.org/10.3390/diagnostics13172854>

Liu, H. X., Liang, Q. J., Xiao, P., Jiao, H. X., Gao, Y., & Ahmetjiang, A. (2012). The effectiveness of cognitive-behavioural therapy for temporomandibular disorders: A systematic review. *Journal of Oral Rehabilitation*, 39(1), 55–62. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2842.2011.02239.x>

Lu, G., & Du, R. (2024). Temporomandibular Joint Disorder: An integrated study of the pathophysiology, neural mechanisms, and therapeutic strategies. *Archives of Oral Biology*, 164, 106001. <https://doi.org/10.1016/j.archoralbio.2024.106001>

Macedo De Sousa, B., López-Valverde, N., López-Valverde, A., Caramelo, F., Flores Fraile, J., Herrero Payo, J., & Rodrigues, M. J. (2020). Different Treatments in Patients with Temporomandibular Joint Disorders: A Comparative Randomized Study. *Medicina*, 56(3), 113. <https://doi.org/10.3390/medicina56030113>

Manfredini, A., Saracutu, O. I., Greene, C. S., Ferrari, M., & Manfredini, D. (2025). Patient Experiences With Temporomandibular Disorders: A Survey on the Pathways in Diagnosis and Treatment. *Journal of Oral Rehabilitation*. <https://doi.org/10.1111/joor.13993>

- Maria Pigg, Alan Law, Donald Nixdorf, Tara Renton, Yair Sharav, Peter Svensson, Malin Ernberg, Chris Peck, Per Alstergren, Ghabi Kaspo, Frank Lobbezoo, Ambra Michelotti, Lene Baad-Hansen, Eli Eliav, Yoshiki Imamura, Rafael Benoliel, Paulo Conti, Arne May, Thomas List, ... Richard Ohrbach. (2020). International Classification of Orofacial Pain, 1st edition (ICOP). *Cephalalgia*, 40(2), 129–221. <https://doi.org/10.1177/0333102419893823>
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanism: A new theory. *Science*, 150(3699), 971–979.
- Moxley, B., Stevens, W., Sneed, J., & Pearl, C. (2023). Novel Diagnostic and Therapeutic Approaches to Temporomandibular Dysfunction: A Narrative Review. *Life*, 13(9), 1808. <https://doi.org/10.3390/life13091808>
- Ohrbach, R., Larsson, P., & List, T. (2008). The Jaw Functional Limitation Scale: Development, Reliability, and Validity of 8-Item and 20-Item Versions. *Journal of Orofacial Pain*, 22(3), 219–230.
- Ohrbach, R., & Sharma, S. (2024). Temporomandibular disorders: Definition and etiology. *Seminars in Orthodontics*, 30(3), 237–242. <https://doi.org/10.1053/j.sodo.2023.12.011>
- Okeson, J. P. (2020a). Etiologia e diagnosi delle alterazioni funzionali del sistema masticatorio. Em *Il trattamento delle disfunzioni e dei disordini temporomandibolari* (7^a, pp. 102–128). Elsevier Mosby.
- Okeson, J. P. (2020b). Neuroanatomia funzionale e fisiologia del sistema masticatorio. Em *Il trattamento delle disfunzioni e dei disordini temporomandibolari* (7^a, pp. 21–45). Elsevier Mosby.
- Open AI. (2025, maio 18). *Exemplo de escala numérica de dor*. Imagem gerada por inteligência artificial Chat GPT. <https://chat.openai.com/>
- Penlington, C., Bowes, C., Taylor, G., Otemade, A. A., Waterhouse, P., Durham, J., & Ohrbach, R. (2022). Psychological therapies for temporomandibular disorders (TMDs). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2022(8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013515.pub2>
- Peters, S., Goldthorpe, J., McElroy, C., King, E., Javidi, H., Tickle, M., & Aggarwal, V. R. (2015). Managing chronic orofacial pain: A qualitative study of patients', doctors', and dentists' experiences. *British Journal of Health Psychology*, 20(4), 777–791. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12141>
- Prabhakar, V., Rajvikram, N., Ramachandran, U., Saravanan, R., Ponselkar, A. A., & Thomas, D. C. (2024). Knowledge and awareness about temporomandibular disorder among dentists in India: Questionnaire study and review. *The Journal of Indian Prosthodontic Society*, 24(3), 284–291. https://doi.org/10.4103/jips.jips_573_23
- Racich, M. J. (2018). Occlusion, temporomandibular disorders, and orofacial pain: An evidence-based overview and update with recommendations. *The Journal of Prosthetic Dentistry*, 120(5), 678–685. <https://doi.org/10.1016/j.prosdent.2018.01.033>
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X.-J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain

definition of pain: Concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976–1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>

Ranzatto, A. D. D. S., Chaves, T. C., Martins, M. N., Motta, D. P., Nogueira, L. C., Meziat-Filho, N., & Reis, F. J. J. (2024). Pain intensity scales: A cross-sectional study on the preferences and knowledge of physiotherapists and participants with musculoskeletal pain. *Musculoskeletal Science and Practice*, 73, 103162. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2024.103162>

Reme, S. E., Ljosaa, T. M., Stubhaug, A., Granan, L. P., Falk, R. S., & Jacobsen, H. B. (2022). Perceived Injustice in Patients With Chronic Pain: Prevalence, Relevance, and Associations With Long-Term Recovery and Deterioration. *The Journal of Pain*, 23(7), 1196–1207. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2022.01.007>

Robinson, C. L., Phung, A., Dominguez, M., Remotti, E., Ricciardelli, R., Momah, D. U., Wahab, S., Kim, R. S., Norman, M., Zhang, E., Hasoon, J., Orhurh, V., Viswanath, O., Yazdi, C., Chen, G. H., Simopoulos, T. T., & Gill, J. (2023). Pain Scales: What Are They and What Do They Mean. *Current Pain and Headache Reports*, 28, 11–25. <https://doi.org/10.1007/s11916-023-01195-2>

Rota, A. C., Biato, E. C. L., Macedo, S. B., & Moraes, A. C. R. (2021). Nas trincheiras da disfunção temporomandibular: Estudo de vivências. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(9), 4173–4182. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.14592020>

Salmon, P., Peters, S., Clifford, R., Iredale, W., Gask, L., Rogers, A., Dowrick, C., Hughes, J., & Morriss, R. (2007). Why do General Practitioners Decline Training to Improve Management of Medically Unexplained Symptoms? *Journal of General Internal Medicine*, 22(5), 565–571. <https://doi.org/10.1007/s11606-006-0094-z>

Schiffman, E., Ohrbach, R., Truelove, E., Look, J., Anderson, G., Goulet, J.-P., List, T., Svensson, P., Gonzalez, Y., Lobbezoo, F., Michelotti, A., Brooks, S. L., Ceusters, W., Drangsholt, M., Ettl, D., Gaul, C., Goldberg, L. J., Haythornthwaite, J. A., Hollender, L., ... Dworkin, S. F. (2014). Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: Recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network and Orofacial Pain Special Interest Group. *Journal of oral & facial pain and headache*, 28(1), 6–27.

Sessle, B. J. (2009). Why Are the Diagnosis and Management of Orofacial Pain So Challenging? *Journal of Canadian Dental Association*, 75(4), 275–277.

Siqueira, D. S., Jose Tadeu Tesseroli, da Cruz, F. T., Siqueira, S. R. D. T., Junior Brugnera, A., Zanin, F., Pai, H. J., & Valle, L. B. S. (2012). Tratamento das dores orofaciais e das disfunções mandibulares. Em *Dores orofaciais: Diagnóstico e tratamento* (pp. 775–794). Artes Médicas.

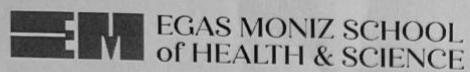
Soboleva, U., Laurina, L., & Slaidina, A. (2005). The masticatory system—An overview. *Stomatologija*, 7(3), 77–80.

Teixeira, M. J., Siqueira, J. T. T., & Alvarez, F. K. (2012). Fisiopatologia da dor/Glossário de termos para a semiologia da dor. Em *Dores orofaciais: Diagnóstico e tratamento* (pp. 61–81). Artes Médicas.

- Teixeira, M. J., Siqueira, S. R. D. T., Kominsky, M., & Monteiro, A. A. (2012). Epidemiologia da dor. Em *Dores orofaciais: Diagnóstico e tratamento* (pp. 46–60). Artes Médicas.
- Thong, I. S. K., Jensen, M. P., Miró, J., & Tan, G. (2018). The validity of pain intensity measures: What do the NRS, VAS, VRS, and FPS-R measure? *Scandinavian Journal of Pain*, *18*(1), 99–107. <https://doi.org/10.1515/sjpain-2018-0012>
- Von Korff, M., DeBar, L. L., Krebs, E. E., Kerns, R. D., Deyo, R. A., & Keefe, F. J. (2020). Graded chronic pain scale revised: Mild, bothersome, and high-impact chronic pain. *Pain*, *161*(3), 651–661. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001758>
- Wadhokar, O. C., & Patil, D. S. (2022). Current Trends in the Management of Temporomandibular Joint Dysfunction: A Review. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.29314>
- Wall, P. D. (1978). THE GATE CONTROL THEORY OF PAIN MECHANISMS: A RE-EXAMINATION AND RE-STATEMENT. *Brain*, *101*(1), 1–18. <https://doi.org/10.1093/brain/101.1.1>
- Yokoyama, Y., Kakudate, N., Sumida, F., Matsumoto, Y., Gordan, V. V., & Gilbert, G. H. (2018). Dentist's distress in the management of chronic pain control: The example of TMD pain in a dental practice-based research network. *Medicine*, *97*(1), e9553. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000009553>
- Zakrzewska, J. M. (2013). Multi-dimensionality of chronic pain of the oral cavity and face. *The Journal of Headache and Pain*, *14*(1), 37. <https://doi.org/10.1186/1129-2377-14-37>

X. ANEXOS

Anexo 1: Aprovação do Comitê de Ética



Comissão de Ética EGAS MONIZ

Processo Interno: 1540

PT-581/24

Adenda

Ex.ma Senhora

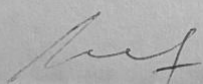
Yasmin Nawal de Freitas Ashoury

Monte de Caparica, 5 de fevereiro de 2025.

Ex.ma Senhora,

Em resposta ao Pedido de Parecer que submeteu à apreciação da Comissão de Ética da Egas Moniz, com o tema denominado: "A experiência do doente com DTM e dor orofacial", foi aprovação.

A Vice-Presidente da Comissão de Ética da Egas Moniz



Profa Doutora Ângela Pereira

Anexo 2: Consentimento informado



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

Consentimento Informado

Código | IMP-EM-PE-17_03

Monte de Caparica, 21 de dezembro de 2024

Exmo.(a) Sr.(a),

No âmbito do Mestrado Integrado em Medicina Dentária na Unidade Curricular de Orientação tutorial de projeto final do Instituto Universitário Egas Moniz, sob a orientação da Professora Doutora Catarina Maria Silva Carvalho Machado e coorientação do Mestre André Mariz de Almeida e do Professor Doutor Fernando Exposto, solicita-se autorização para a participação no questionário “Qual a sua experiência com a dor que sente na cabeça e cara?” da Clínica Universitária Egas Moniz para o estudo de investigação “A experiência do doente com DTM e dor orofacial” da Aluna de Mestrado Integrado em Medicina Dentária Yasmin Nawal de Freitas Ashoury.

O objetivo do estudo, mediante análise dos questionários preenchidos, é conhecer como é a sua experiência com a dor da cara e/ou das alterações da articulação da mandíbula, bem como o seu percurso no processo do diagnóstico. O questionário online tem uma duração de cerca de 6 minutos.

A Sua participação neste estudo, através do preenchimento do questionário, é voluntária, podendo desistir em qualquer momento, sem qualquer penalização. A Sua não participação não lhe trará qualquer prejuízo.

Este estudo poderá oferecer benefícios, como um melhor entendimento da dor e da disfunção da articulação da mandíbula e da sua gestão, além de esclarecer o percurso do paciente até ao diagnóstico e proporcionar uma compreensão mais aprofundada da sua dor.

A informação recolhida destina-se unicamente a tratamento estatístico e/ou publicação e será tratada pelo(s) orientador(es) e/ou pelos seus mandatados. A sua recolha é anónima e confidencial.

- **ACEITO** preencher o questionário e participar neste estudo, confirmando que fui esclarecido sobre as condições do mesmo e que não tenho dúvidas.

- **NÃO ACEITO** preencher o questionário, nem participar neste estudo.

(Assinatura do participante ou, no caso de menores, do pai/mãe ou tutor legal)

Anexo 3: Questionário “Qual é a sua experiência com a dor que sente na cabeça e na cara?”

Este questionário faz parte de um estudo do curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Universidade Egas Moniz School of Health and Science, orientado pela Prof. Doutora Catarina Carvalho, que pretende conhecer como é a sua experiência com a sua dor da cara e/ou das alterações da articulação da mandíbula, bem como o seu percurso no processo do diagnóstico.

*** Indica uma pergunta obrigatória**

1. Consentimento Informado (Anexo 2)**2. Assinale o seu Género ***

Marcar apenas uma oval.

- Feminino
- Masculino
- Prefiro não responder
- Outro:

3. Idade *

Marcar apenas uma oval.

- 18-20
- 21-30
- 31-40
- 41-50
- 51-60
- 61-70
- 71-80

4. Qual o seu país de residência? *

Marcar apenas uma oval.

- Portugal
- Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
- Brasil
- Outro:

5. Em que país já consultou profissionais de saúde por ter dor orofacial? *

Marcar apenas uma oval.

- Portugal
- Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
- Brasil
- Outro:

6. Nível de escolaridade? *

Marcar apenas uma oval.

- | | |
|---|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Sem escolaridade | <input type="radio"/> Licenciatura |
| <input type="radio"/> Inferior ao ensino básico | <input type="radio"/> Mestrado |
| <input type="radio"/> Ensino básico | <input type="radio"/> Doutoramento |
| <input type="radio"/> Ensino secundário | |

7. Quando tem um problema relacionado com saúde, como costuma procurar ajuda? *

Marque todas que se aplicam.

- Marca consulta com Médico de Medicina Geral e Familiar
- Marca consulta com especialista da área de saúde relacionada
- Urgências de hospital
- Contacta linhas telefónicas ou informáticas de apoio à saúde
- Procura online por informações sobre o que pensa ser o problema
- Fala com amigo

8. Quem o encaminhou para o(s) profissional ou profissionais que o(s) tratou(aram) da dor orofacial e DTM? *

Marcar apenas uma oval.

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Indicação de dentista generalista | <input type="radio"/> Fóruns de pacientes online |
| <input type="radio"/> Indicação de médico especialista | <input type="radio"/> Indicação de outro paciente |
| <input type="radio"/> Pesquisa online de um perito/especialista | |

9. O seu motivo de ir á consulta foi por? *

Marque todas que se aplicam.

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Clicks na articulação | <input type="radio"/> Dor de dente |
| <input type="radio"/> Boca bloquear sem conseguir abrir ou fechar | <input type="radio"/> Dor de cabeça |
| <input type="radio"/> Dor no ouvido | <input type="radio"/> Ardência ou queimação boca/ cara |
| <input type="radio"/> Dor na cara | <input type="radio"/> Cansaço músculos cara |
| | <input type="radio"/> Dor articulação mandíbula |

10. Quantos profissionais consultou antes de lhe ser diagnosticada a patologia (DTM/ Dor Orofacial), incluindo médicos dentistas e outros profissionais de saúde especialistas? *

Marcar apenas uma oval.

- | | |
|----------------------------|------------------------------|
| <input type="radio"/> Um | <input type="radio"/> Três |
| <input type="radio"/> Dois | <input type="radio"/> Quatro |

- Cinco
- Mais de 5
- Ainda não recebi um diagnóstico, continuo sem saber o que se passa

11. Que profissionais consultou até obter o diagnóstico de Disfunção temporomandibular - Dor Orofacial? *

Marque todas que se aplicam.

- Médico dentista generalista
- Médico dentista ortodontista
- Médico dentista com dedicação a dor orofacial e DTM
- Médico maxilo facial
- Médico de medicina geral familiar
- Médico anestesta
- Médico neurologista
- Médico otorrinolaringologista
- Médico ortopedista
- Médico fisiatra
- Fisioterapeuta
- Psicólogo
- Outro:

12. Coloque ordem cronológica os profissionais que consultou. *

Marque todas que se neurologistas

Cronologia vs profissional consultado	Primeiro profissional consultado	Segundo profissional consultado	Terceiro profissional consultado	Quarto profissional consultado	Quinto profissional consultado
Médico dentista generalista					
Médico dentista ortodontista					
Médico dentista especialista em DTM					
Médico maxilo facial					
Médico generalista					
Médico anestesta					
Médico neurologista					
Médico otorrinolaringologista					
Médico ortopedista					
Médico fisiatra					
Fisioterapeuta					
Psicólogo					

13. Há quanto tempo está em tratamento? *

Marcar apenas uma oval.

- 1 mês
- 3 meses
- 6 meses
- 9 meses
- 1 ano
- Mais de 1 ano

14. Considera que o motivo que o/a levou á consulta está resolvido? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

15. O motivo da consulta foi dor? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim - Prossiga com o questionário para a seção 2
- Não - Considere o seu questionário terminado pode submeter

SEÇÃO 2

16. Qual é a frequência da dor? *

Marque todas que se aplicam.

- Breve / Aparece e desaparece rapidamente
- Periódica / Intermitente - Aparece e demora a desaparecer
- Constante /Permanente

17. A sua dor é? *

Marque todas que se aplicam.

- Vibrante
- Um tremor
- Pulsátil
- Latejante
- Agressão
- Uma tensão
- Outro:

18. A sua dor é? *

Marque todas que se aplicam.

- Brusca
- Repentina
- Uma guinada
- Um formigueiro
- Continua
- Uma comichão
- Uma picada
- Uma facada

19. A sua dor é? *

Marque todas que se aplicam.

- Uma dor que aperta
- Uma dor que comprime
- Uma câibra
- Uma dor que esmaga
- Uma dor que puxa
- Uma dor como se fosse arrancar algo
- Que incomoda
- Outro

20. A sua dor é? *

Marque todas que se aplicam.

- Fina
- Cortante
- Lancinante
- Pesada
- Surda
- Outro

21. A sua dor é? *

Marque todas que se aplicam.

- Quente
- Ardente
- Que queima
- Fria
- Gélida
- Elétrica / Choque
- Outro

22. A sua dor é? *

Marque todas que se aplicam.

- Cansativa
- Extenuante
- Aflitiva
- Sufocante
- Assustadora
- Torturante
- Infernal
- Desanima
- Enloquece
- Preocupante
- Incomoda
- Limitante

23. Localize a sua dor. *

Marque todas que se aplicam.

- Cabeça
- Dentes superiores
- Dentes inferiores
- Parte posterior da mandíbula
- Mandíbula
- Ouvido
- Articulação temporomandibular
- Língua
- Testa
- Nariz
- Cara / bochechas
- Não localizável
- Outro:

24. Defina a máxima intensidade da sua dor atual em repouso de 0 a 10 - 0 sem dor e 10 a pior dor que sentiu na vida*

Marcar apenas uma oval.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

sem dor

a pior dor que já sentiu

25. Defina a máxima intensidade da sua dor atual em função (fala, mastiga, boceja)*

Marcar apenas uma oval.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

sem dor

a pior dor que já sentiu

26. Durante quanto tempo teve dores antes de consultar um profissional que fez um diagnóstico correto e lhe proporcionou tratamento? *

Marcar apenas uma oval.

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Apenas a fase aguda, alguns dias | <input type="radio"/> Mais de um ano |
| <input type="radio"/> Até um mês | <input type="radio"/> A terapia não foi bem-sucedida até agora |
| <input type="radio"/> Até três meses | |
| <input type="radio"/> Até um ano | |

27. Que tipo de terapia foi proposta para o seu problema de dor orofacial e DTM? *

Marque todas que se aplicam.

- Terapias cognitivo-comportamentais (Biofeedback, técnicas de relaxamento, etc)
- Aparelho intraoral (Goteira oclusal)
- Medicação
- Artrocentese (Lavagem da articulação)
- Cirurgia invasiva da ATM
- Aparelho ortodôntico
- Fisioterapia (TENS, agulhamento seco, osteopatia)

28. Algum dos seus profissionais de saúde sugeriu que os seus problemas de DTM se devem a anomalias na oclusão dentária ou na posição mandibular? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

29. Conseguiu aliviar a dor através da correção permanente da sua oclusão (mordida) dentária? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- Não corrigi oclusão
- Ainda a corrigir oclusão
- De início sim, mas agora estou com dor outra vez
- Outro:

30. Nos últimos 6 meses, durante quantos dias teve dor facial? *

31. Como classifica, em termos de intensidade, a sua dor facial NESTE MOMENTO? *

*

Marcar apenas uma oval.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

“Sem dor”

“Uma dor tão má quanto esta poderia ser”

32. Nos ÚLTIMOS 30 DIAS, como classifica em termos de intensidade a sua PIOR dor facial? *

Marcar apenas uma oval.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

“Sem dor”

“Uma dor tão má quanto esta poderia ser”

33. Nos últimos 30 dias, qual foi a média de dor da sua dor facial?

Marcar apenas uma oval.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

“Sem dor”

“Uma dor tão má quanto esta poderia ser”

34. Nos ÚLTIMOS 30 DIAS, quantos dias esteve impedido de realizar os seus AFAZERES HABITUAIS como trabalhar, ir à escola ou realizar tarefas domésticas, devido à presença de dor facial?

35. Nos ÚLTIMOS 30 DIAS, quanto é que a dor facial interferiu com a normal realização das suas ATIVIDADES DIÁRIAS? *

Marcar apenas uma oval.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sem interferência

Incapaz de levar a cabo qualquer atividade

36. Nos ÚLTIMOS 30 DIAS, quanto é que a dor facial interferiu com a normal realização das suas ATIVIDADES DE LAZER, SOCIAIS E FAMILIARES? *

Marcar apenas uma oval.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sem interferência

Incapaz de levar a cabo qualquer atividade

37. Nos ÚLTIMOS 30 DIAS, quanto é que a dor facial interferiu com a sua CAPACIDADE PARA TRABALHAR, incluindo as tarefas domésticas? *

Marcar apenas uma oval.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sem interferência

Incapaz de levar a cabo qualquer atividade

38. A quantas consultas foi até sentir alívio de dor? *

Marcar apenas uma oval.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

- 7
- 8
- 9
- 10
- mais de 10