



INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

PREVALÊNCIA E CARATERIZAÇÃO DA DOR OROFACIAL NOS DOENTES QUE RECORREM À CLÍNICA UNIVERSITÁRIA EGAS MONIZ

Trabalho submetido por
Rita Monteiro Cotrim
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Setembro de 2014



INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

PREVALÊNCIA E CARATERIZAÇÃO DA DOR OROFACIAL NOS DOENTES QUE RECORREM À CLÍNICA UNIVERSITÁRIA EGAS MONIZ

Trabalho submetido por
Rita Monteiro Cotrim
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientado por
Prof. Doutor Ignácio Barbero

e coorientado por
Prof. Doutor Sérgio Félix

Setembro de 2014

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Doutor Ignácio Barbero, por ter aceite este projeto.

Ao meu co-orientador, Prof. Doutor Sérgio Félix, por me ter confiado este desafio, por toda a dedicação e apoio, por todos os ensinamentos que partilhou comigo, e por me ter incentivado sempre a ser mais e melhor.

Ao Prof. Doutor André Almeida, por toda a sua disponibilidade para partilhar as suas opiniões e ensinamentos ao longo deste projeto.

À Mariana Nunes, pela sua amizade incondicional. Por tudo o que partilhou comigo, sou hoje mais completa.

À Sofia Ourique, por toda a ajuda neste projeto e pelo seu companheirismo e amizade.

Ao Tiago Dionísio, que se mostrou sempre disponível para me ajudar, não só neste projeto, como ao longo destes 5 anos de curso.

A todos os meus verdadeiros amigos, que me ajudaram a seguir em frente sempre que mais precisei.

Ao Tiago, por acreditar sempre em mim e no meu sucesso. Por estar sempre ao meu lado, e me encorajar mais que ninguém a lutar pelos meus sonhos.

E, aos meus pais e irmão, por tudo o que em palavras não consigo descrever.

RESUMO

Introdução: A dor orofacial é toda e qualquer dor que afeta a região da face bem como a cavidade oral. Sendo, em muitos casos, uma dor com etiologia multifatorial, e podendo-se estender a várias estruturas orofaciais, é importante conhecermos a sua etifisiopatologia, mas também compreender os diferentes tipos de dor, e a sua distribuição pelos doentes que recorrem numa primeira vez à consulta de Medicina Dentária, de forma a efetuar um correto diagnóstico e uma abordagem terapêutica eficaz.

Objetivos: Avaliar a prevalência de dor orofacial nos doentes que compareceram pela primeira vez na consulta de Medicina Dentária, durante um período de 6 meses do ano de 2012, de Julho a Dezembro, e identificar e caracterizar esse tipo de dor, assim como a abordagem terapêutica inicial.

Materiais e Métodos: Foram selecionados 2700 doentes, que recorreram à consulta de triagem/urgência desde Julho a Dezembro do ano de 2012, e através dos dados da história clínica, e sua análise, foram preenchidos formulários com vista a avaliar a prevalência da dor orofacial.

Resultados: Dos dados recolhidos obtivemos uma prevalência da dor em 30,7% dos doentes que foram à consulta. No respeitante à sua etiologia, a dor que mais motivou os doentes a recorrerem à consulta de triagem/urgência foi a dor dentária (56,3%), seguindo-se a dor pulpar (21,1%), a dor periodontal (10,7%), a dor da ATM (8%), a hipersensibilidade (3,6%), e por fim a dor muscular (0,4%).

Conclusão: A maioria dos doentes que compareceram pela primeira vez na consulta de triagem/urgência fizeram-no com o motivo de reabilitar a função. Apesar de não ter sido a principal queixa, a dor orofacial foi referida por uma percentagem significativa de doentes, sendo que a dor que mais motivou os doentes a procurarem auxílio foi a dor dentária.

Palavras-chave: Dor orofacial; consulta de Medicina Dentária; terapêutica

ABSTRACT

Introduction: The orofacial pain is any pain that affects the face region and the oral cavity. It shows, in many cases, multifactorial etiology and can be extended to multiple orofacial structures, therefore, it is important to know its physiopathology and to understand that orofacial pain can be divided in different types of pain. It's important to know its distribution among patients who attend for the first time the dental office in order to make an accurate diagnosis and an effective treatment approach.

Objectives: Assess the prevalence of Orofacial pain in patients who attended for the first time the Egas Moniz dental office, for a period of 6 months during the year of 2012 (from July to December) and identify and characterize the type of pain as well as the initial therapeutic approach.

Materials and Methods: It was selected 2700 patients who attended triage/emergency from July to December of 2012, and through the analysis of its clinical charts, forms were filled in order to assess the prevalence of orofacial pain.

Results: From the collected data, 30,7% of the patients had pain. Regarding its etiology, the pain that brought more patients to the triage/emergency consultation was dental pain (56,3%), followed by pulp pain (21,1%), periodontal pain (10,7%), TMJ pain (8%), hypersensitivity (3,6%) and finally muscle pain (0,4%).

Conclusion: The majority of patients who attended for the first time triage/emergency did it for function rehabilitation. Despite not being the main complaint, orofacial pain was reported by a significant percentage of patients. The pain that most motivated patients to seek help was dental pain.

Key-words: Orofacial pain; dental office; therapy

ÍNDICE

I. INTRODUÇÃO	16
1. DOR	18
1.1 Definição	18
1.2 Natureza da dor	18
1.3 Dor como queixa clínica	19
1.4 Natureza emergencial da dor.....	20
1.5 Neuroanatomia da dor	20
2. DOR OROFACIAL	21
2.1 Definição	21
2.2 Epidemiologia	22
2.3 Classificação das Dores Orofaciais	23
3. DISFUNÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR (DTM)	24
3.1 Definição	24
3.2 Epidemiologia	24
4. DOR DENTÁRIA.....	25
4.1 Definição	25
4.2 Epidemiologia	26
5. DOR PULPAR.....	26
5.1 Definição	26
5.2 Epidemiologia	27
6. DOR PERIODONTAL	27
6.1 Definição	27
6.2 Epidemiologia	28
7. HIPERSENSIBILIDADE	28
7.1 Definição	28

7.2 Epidemiologia	29
8. DOR MUSCULAR.....	29
8.1 Definição	29
8.2 Epidemiologia	30
9. NEURALGIA DO TRIGÊMEO.....	30
9.1 Definição	30
9.2 Epidemiologia	30
10. CONSIDERAÇÕES GERAIS NO TRATAMENTO DAS DORES OROFACIAIS	31
10.1 Considerações da Terapia Definitiva sobre os Fatores Oclusais.....	31
10.2 Terapia de Suporte	33
II. OBJETIVOS DO ESTUDO.....	40
III. HIPÓTESES DO ESTUDO	40
IV. MATERIAIS E MÉTODOS	41
1. Tipo de Estudo	41
2. Local do Estudo	41
3. Amostra.....	42
3.1 Seleção da Amostra.....	42
3.2 Critérios de Inclusão.....	42
3.3 Critérios de Exclusão	42
4. Análise Estatística.....	43
V. RESULTADOS	44
1. Dados Biográficos.....	44
1.1 Género	44
1.2 Idade	44
2. Motivo da Consulta.....	45
3. Presença de dor	47

3.1 Hipersensibilidade	47
3.2. Dor dentária.....	49
3.3. Dor Pulpar	51
3.4. Dor periodontal	53
3.5. Dor da ATM	55
3.6. Dor Muscular.....	57
4. Motivo da consulta e idade	58
VI. DISCUSSÃO.....	60
VII. CONCLUSÃO	67
VIII. BIBLIOGRAFIA	69
IX. ANEXOS.....	80

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Classificação das dores orofaciais.....	23
--	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Caraterização da amostra segundo o tipo de dor	46
Tabela 2- Tipo de tratamento efetuado nos doentes com hipersensibilidade	48
Tabela 3- Tipo de tratamento efetuado nos doentes com dor dentária	50
Tabela 4- Tipo de tratamento efetuado nos doentes com dor pulpar.....	52
Tabela 5- Tipo de tratamento efetuado nos doentes com dor periodontal.....	54
Tabela 6- Tipo de tratamento efetuado nos doentes com dor da ATM	56
Tabela 7- Caraterização da amostra segundo o género	57
Tabela 8- Caraterização da amostra segundo a idade	57
Tabela 9- Motivo da consulta e idade - Teste Qui-quadrado.....	58
Tabela 10- Motivo da consulta e idade.....	59

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Caraterização da amostra segundo o género	44
Gráfico 2- Caraterização da amostra segundo a idade.....	44
Gráfico 3- Caraterização da amostra por motivo da consulta	45
Gráfico 4- Caraterização da amostra segundo o tipo de dor.....	46
Gráfico 5- Caraterização dos doentes com hipersensibilidade segundo o género.....	47
Gráfico 6- Caraterização dos doentes com hipersensibilidade segundo a idade	47
Gráfico 7- Tipo de tratamento efetuado nos doentes com hipersensibilidade.....	48
Gráfico 8- Caracterização dos doentes com dor dentária segundo o género	49
Gráfico 9- Caraterização dos doentes com dor dentária segundo a idade	49
Gráfico 10- Tipo de tratamento efetuado nos doentes com dor dentária.....	50
Gráfico 11- Caraterização dos doentes com dor pulpar segundo o género	51
Gráfico 12- Caraterização dos doentes com dor pulpar segundo a idade.....	51
Gráfico 13- Tipo de tratamento efetuado nos doentes com dor pulpar	52
Gráfico 14- Caraterização dos doentes com dor periodontal segundo o género	53
Gráfico 15- Caraterização dos doentes com dor periodontal segundo a idade.....	53
Gráfico 16- Tipo de tratamento efetuado nos doentes com dor periodontal	54
Gráfico 17- Caraterização dos doentes com dor da ATM segundo o género.....	55
Gráfico 18- Caraterização dos doentes com dor da ATM segundo a idade	55
Gráfico 19- Tipo de tratamento efetuado nos doentes com dor da ATM.....	56

LISTA DE ABREVIATURAS

AADC- *Academia Americana de Desordens Craniomandibulares*

AAOP- *American Academy of Orofacial Pain*

AINES- Anti-inflamatórios não-esteróides

ATM - Articulação Temporo-Mandibular

Dp- Desvio-padrão

DTM- Disfunção Temporo-Mandibular

EGS- Terapia de estimulação eletrogalvânica

IASP- *International Association for the Study of Pain*

ISCSEM- Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz

SNC- Sistema Nervoso Central

SNP- Sistema Nervoso Periférico

SPSS- *Statistical Package for the Social Sciences*

TENS- Estimulação nervosa elétrica transcutânea

V- Nervo Trigêmeo

I. INTRODUÇÃO

A dor é uma experiência presente na vida de quase todas as pessoas, podendo ser expressa de diversas maneiras. Esta é uma experiência que envolve o Sistema Nervoso Periférico (SNP) e as estruturas nervosas superiores, sendo altamente subjetiva e influenciada por experiências prévias, fatores cognitivos e emocionais (Alencar, Friction, Hathaway, & Decker, 2005).

Durante a década de 80, tornou-se evidente que nas Disfunções Temporomandibulares (DTM) estamos perante fatores etiológicos multifatoriais, entre eles, fatores oclusais, anatómicos, emocionais e ainda comportamentais. Por outro lado, a fisiopatologia das DTM é complexa e de difícil diagnóstico devido à dificuldade em muitas vezes efetuar um diagnóstico preciso, que permita uma atuação direcionada ao agente (Alencar, et al., 2005).

Segundo Siqueira & Teixeira (2012), a dor orofacial define-se como qualquer dor que afete a região da face, bem como a cavidade oral, podendo ter várias origens, e assim, pode ser classificada em vários tipos, entre eles, dores alvéolo-dentárias, músculo-esqueléticas ou neurovasculares.

Entre as dores alvéolo-dentárias estão incluídas a dor de origem dentária, a dor de origem periodontal e ainda a dor de origem pulpar. De acordo com os estudos de Zakrzewska (2013), a dor dentária é caracterizada como a dor que provém dos dentes e/ou das suas estruturas de suporte, enquanto a dor periodontal é, segundo Lee, et al, (2014), um problema de saúde oral, que dificulta a função mastigatória, e que é a principal causa de perda de dentes em adultos e idosos. Quanto à dor pulpar, ela é proveniente da polpa, que é um tecido conjuntivo rico em vasos sanguíneos e linfáticos, fibras nervosas e células (Tillmann, 2013)

As dores músculo-esqueléticas estão associadas na sua maioria às DTM (disfunções temporomandibulares), onde estão presentes sinais e sintomas que incluem ruídos articulares, estalidos, dor nos músculos mastigatórios, limitação dos movimentos mandibulares, dores faciais, dores de cabeça e dores na ATM (articulação temporomandibular) (Robin & Chiomento, 2010; Kuroiwa et al, 2011).

Por fim, as dores neurovasculares, englobam entre outras, a nevralgia do trigêmeo (Zakrzewska, 2009), que se caracteriza por episódios de dor recorrente, perfurante, breve, severa, geralmente unilateral e repentina, localizada na distribuição de um ou mais ramos do V par craniano (Alencar, Friction, Hathaway, & Decker, 2005).

Segundo Castro, Siqueira, Perissinotti, Teixeira, & Siqueira (2009), a dor é um dos principais motivos de visita à consulta de Medicina Dentária, uma vez que entre 21% e 30% da população sofre de dor (Nilson et al, 2013) e das quais, cerca de 40% procuram ajuda nesse contexto (Peres, Iser, Peres, Malta, & Antunes, 2012).

É ainda importante salientar que, segundo Okeson (2005), a dor cria para o doente uma emergência, podendo dar origem a uma diminuição da produtividade no trabalho, alterações nos hábitos alimentares, necessidade de medicação, ou até mesmo a quadros depressivos (Velly, Look, Carlson, Lenton, & Kang, 2011; Nilsson, et al., 2013).

Deste modo, é então importante conhecermos a sua etiopatologia, e compreender os diferentes tipos de dor, bem como a sua distribuição pelos doentes que recorrem à consulta de Medicina Dentária, de forma a podermos, através deste estudo, contribuir um pouco mais para a melhoria dos cuidados dos nossos doentes, através de um correto diagnóstico e de uma abordagem terapêutica pronta e eficaz.

1. DOR

1.1 Definição

Segundo a *International Association for the Study of Pain (IASP)*, a dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a danos reais ou potenciais em tecidos, ou descrita em função destes mesmos danos (Strang, Strang, Hultbom, & Ámer, 2004), apresentando caráter subjetivo e onde cada indivíduo utiliza o termo "dor" de acordo com a sua aprendizagem perante experiências prévias (Lacerda, et al., 2004).

Pode ser considerada então, uma experiência presente na vida de quase todas as pessoas, sendo por meio desta que a maioria das lesões se manifestam, podendo ser expressa de diversas maneiras e em diferentes populações. Como referido por Borges et al (2008), fatores cognitivos, expectativas e crenças, fatores sociais, psicológicos e culturais podem afetar a sua perceção.

1.2 Natureza da dor

Siqueira & Teixeira (2012), descrevem a dor como sendo o mais comum e relevante dos sintomas, contudo mais recentemente descobriu-se que a dor pode ser a própria doença. Então como diferenciar? A complexidade desta tarefa prende-se com o fato de a dor ser subjetiva, e de nem sempre ser acompanhada por sinais visíveis que esclareçam a sua origem. Por outro lado, a variabilidade inter-individual é uma das principais características da dor humana a todos os níveis, incluindo o processamento dos impulsos nociceptivos na periferia, a modificação do sinal no sistema nervoso central (SNC), a perceção da dor, e a resposta a estratégias analgésicas (Belfer, 2013).

Embora a dor seja reconhecida principalmente como uma experiência e não como uma sensação, ela tem uma dimensão sensorial que regista a natureza do estímulo iniciador, incluindo a sua qualidade, intensidade, localização e duração. Contudo, como referem Silva & Filho (2011), esta apresenta também outras dimensões:

- Cognitiva - representa a capacidade do indivíduo para compreender e avaliar o significado da experiência;
- Emocional - representa os sentimentos gerados;

- Motivacional - relaciona-se com a iniciativa em terminá-la.

Quando se consegue estabelecer uma causa para a dor, o tratamento normalmente engloba medidas que visem eliminá-la (Okeson, 2005).

Segundo Strang, Strang, Hultborn, & Arnér (2004), pode-se então concluir que os fatores do foro psicológico têm um papel importante no início, na gravidade, na exacerbação e na manutenção da dor.

1.3 Dor como queixa clínica

Como um sintoma clínico, a dor é uma experiência que não pode ser partilhada, sendo inteiramente pessoal, tendo sido encontrado em estudos efetuados em indivíduos distintos, sujeitos a estímulos nocivos idênticos, diferentes maneiras de sentirem e de reagirem à dor (Okeson, 2005).

Segundo Almeida, Junior, Doca, & Turra (2010), a perceção da dor pode ser modulada por fatores “ambientais”, psicológicos (experiências anteriores, emotividade e cognição, stress, fadiga, ansiedade, medo, tédio e antecipação de mais dor), e ainda por fatores socio-económicos (educação, ocupação e qualidade de vida).

Além disso, o comportamento da dor é diferente entre os sexos e etnias, variando ainda com a idade. Também alguns fatores clínicos e médicos podem estar relacionados com o risco de aumento da gravidade, ou cronicidade de muitas condições dolorosas (Belfer, 2013). Como não há indicadores fisiológicos únicos e fiáveis de dor, o sofrimento de alguém só pode ser abordado através da linguagem que transforma a experiência privada na procura de ajuda, ou na apresentação do problema aos profissionais de saúde (Smith, 2008), servindo de elo de ligação entre os mesmos (Siqueira & Teixeira, 2012).

Deste modo, o clínico depara-se com a difícil tarefa de obter informações concisas, de maneira a conseguir interpretar qual o significado da dor para cada doente (Okeson, 2005).

1.4 Natureza emergencial da dor

Segundo Okeson (2005), a dor cria para o doente uma emergência e portanto, torna-se das principais queixas que o levam a procurar auxílio, sendo que a natureza emergencial da dor se relaciona com a importância que o paciente lhe dá. Deste modo, relaciona-se mais ao medo gerado, do que propriamente à intensidade do desconforto.

A importância do tratamento imediato e eficaz não deve ser subestimada, uma vez que este é um meio de fornecer conforto ao doente em sofrimento. Quando não é eficaz, os clínicos deparam-se frequentemente com um aumento significativo e, por vezes, descabido da preocupação do doente (Okeson, 2005).

Por outro lado, estima-se que 50% dos doentes com dor persistente tenham sintomas significativos de depressão (Velly, Look, Carlson, Lenton, & Kang, 2011).

1.5 Neuroanatomia da dor

Podendo ser compreendida como um processo dualístico, a dor apresenta duas variantes: a percepção, que consiste num processo anatomofisiológico através do qual a dor é recebida e transmitida, e a reação, que se resume na manifestação da percepção do ser vivo diante do fenómeno (Kuroiwa, Marinelli, Rampani, Oliveira, & Nicodemo, 2011). Um elemento essencial no tratamento de um problema doloroso é a compreensão do normal funcionamento do sistema que lhe está associado (Okeson, 2005).

O processo funcional da dor pode ser dividido em quatro categorias:

1. Transdução: processo pelo qual os estímulos nociceptivos levam à atividade elétrica nas terminações nervosas sensitivas apropriadas;
2. Transmissão: refere-se aos eventos neurais que carregam os impulsos nociceptivos para o SNC. Há três componentes básicos para o sistema de transmissão. O primeiro é o nervo sensitivo periférico chamado neurónio aferente primário, que transmite o impulso nociceptivo do órgão sensitivo para a

medula. O segundo componente é o neurónio de segunda ordem, que carrega o impulso para centros superiores. O terceiro componente representa os neurónios de integração entre o tálamo, o córtex e o sistema límbico, à medida que o impulso nocicetivo alcança estes centros superiores.

3. Modulação: refere-se à capacidade do SNC de controlar os neurónios transmissores do impulso nervoso. Várias áreas do córtex e do pedúnculo cerebral têm sido identificadas podendo exacerbar ou diminuir o impulso nocicetivo oriundo dos neurónios transmissores.
4. Percepção: se o impulso nocicetivo atinge o córtex, ocorre a percepção, a qual inicia imediatamente uma integração completa dos neurónios entre os centros superiores do cérebro. É neste ponto que o sofrimento e o comportamento doloroso se iniciam (Okeson, 2005).

2. DOR OROFACIAL

2.1 Definição

De acordo com a *American Academy of Orofacial Pain (AAOP)*, o campo de atuação nessa área inclui condições álgicas decorrentes dos diferentes tecidos da cabeça e do pescoço, incluindo todas as estruturas que formam a cavidade oral (Siqueira & Teixeira, 2012).

Esta dor compreende a região abaixo da linha orbitomeatal, acima do pescoço e anterior às orelhas (Lacerda, Ribeiro, Ribeiro, & Traebert, 2011). Siqueira & Teixeira (2012), referiram que é grande a multiplicidade de fontes potenciais de dor orofacial, pois envolve diversos tipos de tecidos que formam essa região. Para Lacerda et al (2011), os tipos mais prevalentes de dor orofacial são a dor de origem dentária e dor na região da articulação temporo-mandibular (ATM).

Em 1996, a AAOP definiu a esfera da ação da dor para o médico-dentista, subdividindo-a em três subgrupos:

- Dor intra-oral: condições dos tecidos moles e duros, dor mucogengival e dor associada às glândulas salivares;
- Dor músculo-esquelética afetando a ATM: disfunção temporo-mandibular (DTM) e dores associadas a condições cervicais;
- Condições médicas que causem direta ou indiretamente dor na região orofacial: distúrbios intracranianos avasculares, cefaleia primária e secundária, dor neuropática, outros distúrbios dolorosos extracranianos, e dor recorrente de outras doenças (Lund, Lavigne, Dubner, & Sessle, 2001).

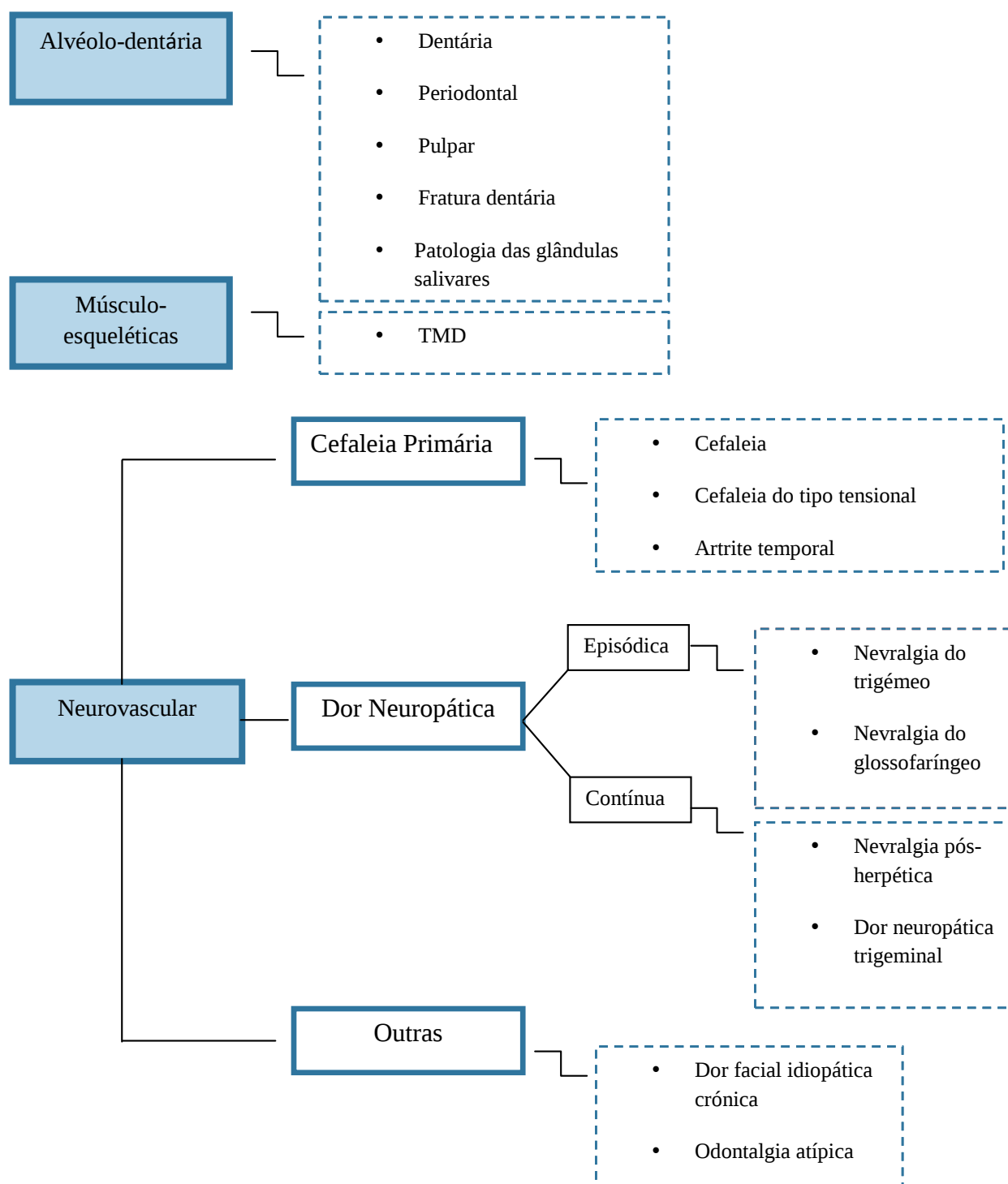
2.2 Epidemiologia

Segundo Kuroiwa et al (2011), a dor orofacial é mais prevalente no género feminino (80,22%), do que no género masculino (19,78%).

Como demonstrado no estudo de Bender em 2014, cerca de 25% duma população relatou algum tipo de dor orofacial, apresentando-se com maior prevalência na faixa etária entre os 18 e os 25 anos de idade.

2.3 Classificação das Dores Orofaciais

Figura 1- Classificação das dores orofaciais (adaptado de (Zakrzewska, 2009))



3. DISFUNÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR (DTM)

3.1 Definição

É aceite pela *Academica Americana de Dor Orofacial* que DTM é um termo coletivo que engloba vários sinais e sintomas que incluem ruídos articulares, estalidos e crepitação, dor nos músculos mastigatórios, limitação dos movimentos mandibulares, dores faciais, dores de cabeça e dores na articulação temporo-mandibular (Robin & Chiomento, 2010; Kuroiwa et al, 2011).

Na literatura atual, vários são os fatores considerados como causadores ou potenciadores das DTM, entre os quais se encontram: desarmonias oclusais, perfil psicológico, lesões músculo-esqueléticas, hábitos parafuncionais, stress emocional, lassidão do tecido conjuntivo, trauma, fatores anatómicos e patofisiológicos (Kuroiwa et al, 2011). Devido à grande controvérsia, muito se tem estudado sobre a etiologia da DTM e da dor orofacial visto que, o diagnóstico e o tratamento são frequentemente de caráter multidisciplinar (Kuroiwa et al, 2011).

Segundo Manfredi, Silva, & Vendite (2001), as disfunções temporo-mandibulares são, em muitos estudos, identificadas como o principal agente desencadeador de dor não dentária na região orofacial.

3.2 Epidemiologia

As DTM, segundo Bender (2014) apresentam uma prevalência de 3 a 15%.

Segundo Tjakkes, Reinders, Tenvergert, & Stegenga, (2010), a importância de no estudo da dor orofacial fazermos uma correlação com as DTM deve-se ao fato de terem sido referidos fatores psicológicos, quer na fase inicial das DTM, quer na sua perpetuação, sendo que quando a duração da dor aumenta, os aspetos clínicos da doença podem-se tornar mais evidentes.

As DTM estão entre as doenças mais desafiadoras da sociedade moderna, sendo que cerca de 40 a 75 % da população mostram pelo menos um sinal de disfunção

articular (ruído, limitação de movimentos) e destes, 33 % apresentam pelo menos um sintoma de disfunção (dor facial, articular) (Jerolimov, 2009).

As DTM estão presentes em todas as faixas etárias no entanto, quando estamos a falar da prevalência dos sintomas como é o caso, são mais comumente referidos por indivíduos cuja faixa etária se situa entre os 17 e os 30 anos (Jerolimov, 2009). No entanto, Unell, Johansson, Ekback, Ordell, & Carlsson num estudo realizado em 2012 revelam que os sintomas de DTM podem aumentar em indivíduos acima 50 anos de idade.

A maioria dos doentes com DTM sofre de dor não só durante os movimentos mandibulares, como em repouso ou mesmo à palpação dos músculos. As DTMs também podem ocorrer como consequência da dor de origem não dentária na região orofacial, incluindo a cabeça, rosto e estruturas relacionadas (Bagis, Ayas, Turgut, Durkan, & Ozean, 2012).

Formas debilitantes de DTM estão associadas a dor persistente na região temporomandibular, na região periauricular, e nos músculos da cabeça e pescoço (Maixner, et al., 2011).

4. DOR DENTÁRIA

4.1 Definição

A dor dentária, muitas vezes de etiologia multifatorial, envolve respostas sensoriais, emocionais, conceituais e motivacionais (Estrela, Guedes, Silva, Leles, & Pécora, 2011).

De acordo com o estudo de Zakrzewska (2013), entre as dores orofaciais a dor dentária é a mais frequente, sendo caracterizada como a dor que provém dos dentes e/ou das suas estruturas de suporte. Esta pode ser resultado de lesões de cárie, que segundo Grewal, Verma, & Kumar (2011), é bastante frequente na população infantil com uma prevalência de mais de 60%, podendo também ser resultado da doença periodontal ou de traumatismos, caracterizando-se como aguda, recorrente ou crónica (Borges, et al.,

2008). Há ainda a referir que a presença de fatores, tais como, a erosão e a esfoliação de dentes decíduos também podem estar na sua origem (Peres, Peres, Frias, & Antunes, 2010).

A dor dentária é de elevada importância pois, dependendo da sua intensidade, pode causar impacto no quotidiano dos indivíduos acometidos e, consequentemente, na sociedade (Borges, et al., 2008). É ainda o aspeto mais citado entre os indicadores de saúde oral que leva à diminuição da qualidade de vida, interferindo no processo normal de descanso e função mastigatória dos indivíduos (Kuroiwa, et al, 2011).

4.2 Epidemiologia

Segundo Pau, Croucher, Marcenes, & Leung (2005), a prevalência da dor dentária em adultos pode ir até aos 40%, sendo o género masculino mais propenso a relatá-la.

5. DOR PULPAR

5.1 Definição

Segundo Tillmann (2013), a polpa é um tecido conjuntivo rico em vasos sanguíneos e linfáticos, fibras nervosas e células, o que lhe garante metabolismo intenso e boa capacidade de regeneração.

Contudo, quando sujeita a agressões, a polpa pode originar quadros dolorosos bastante significativos. A dor pulpar pode ser causada por agentes biológicos (microorganismos), físicos (bruxismo) e químicos (materiais usados na prática endodóntica). O tipo de resposta da polpa depende de vários fatores tais como, a intensidade, o tempo e a frequência do agente irritante, bem como a condição prévia do tecido pulpar (Tillmann, 2013).

Para se realizar o diagnóstico são utilizadas informações obtidas através da anamnese, exames radiográficos e testes de vitalidade. A prevenção da dor pulpar é uma

questão complexa uma vez que se relaciona com a prevenção de traumas e, principalmente, com a prevenção das lesões de cárie, uma vez que a causa mais comum deste tipo de dor é a presença de bactérias (Tillmann, 2013).

5.2 Epidemiologia

Um estudo realizado por Teixeira em 1999 demonstrou que, 22% dos doentes recorreram à consulta de urgência com dor orofacial de origem pulpar, sendo a maioria do género feminino (65%), e a média de idades se encontra na faixa etária entre os 10 e os 30 anos. A frequência de dor nos casos de pulpites irreversíveis foi significativamente elevada (56,20%), quando comparada com outras situações clínicas tais como patologias pulpares e periradiculares.

6. DOR PERIODONTAL

6.1 Definição

Segundo Sam & Keung (2006), a doença periodontal é um problema de saúde oral que dificulta a função mastigatória e que é a principal causa de perda de dentes em adultos e idosos (Lee, et al., 2014). Por outro lado, cada vez mais são encontrados estudos que associam esta patologia a várias doenças sistémicas (Hopcraft, Morgan, Satur, Wright, & Darby, 2012).

Os sinais e sintomas mais comuns são o sangramento gengival, mobilidade dentária, sensibilidade, halitose e dor difusa na gengiva ou na face. As bolsas periodontais contribuem para a impactação alimentar, inflamação gengival, e hiperalgesia dentária ou gengival (Siqueira & Teixeira, 2012).

O exame radiográfico identifica lesões decorrentes desta patologia e o tratamento passa pela eliminação da lesão periodontal, pelo ajuste oclusal ou ainda, pela exodontia das peças dentárias afetadas. Para o controlo da dor podem ser necessários

analgésicos ou até mesmo antibióticos contudo, a preferência fica-se pelos anti-inflamatórios (Siqueira & Teixeira, 2012).

6.2 Epidemiologia

De acordo com o estudo realizado por Vogt, Sallum, Cecatti, & Morais, (2012), a prevalência da dor periodontal varia entre os 10 e os 60%, afetando maioritariamente idades mais avançadas.

7. HIPERSENSIBILIDADE

7.1 Definição

Uma das queixas que atualmente leva os doentes à consulta de Medicina Dentária é a hipersensibilidade (West & UK, 2007).

Clinicamente, a hipersensibilidade dentária caracteriza-se por uma dor aguda de curta duração, em resposta a um estímulo sobre a dentina exposta (Silva & Ginjeira, 2011).

A sua etiologia é multifatorial, no entanto a recessão gengival é o fator etiológico mais frequente, levando a uma subsequente exposição da superfície radicular e, como consequência, a exposição dos túbulos dentinários. A perda progressiva de tecido dentário duro é um fenómeno fisiológico que se vai acentuando ao longo da vida de um indivíduo (Silva & Ginjeira, 2011). Relativamente a outros fatores etiológicos, a atrição é a perda progressiva de estrutura dentária devido à função mastigatória ou seja, ao contato entre as superfícies oclusais, sendo o bruxismo a sua principal causa (Sala & García, 2013).

Um outro fator etiológico, a erosão deve-se a agentes químicos, aparecendo em indivíduos de sociedades mais desenvolvidas com hábitos alimentares propícios para tal, enquanto que a abrasão se deve a fatores mecânicos extrínsecos ao aparelho estomatognático (Sala & García, 2013).

Contudo, o fator etiológico é muitas vezes de difícil identificação, logo é importante realizar uma minuciosa história clínica, para que sejam aplicadas as medidas preventivas apropriadas (Sala & García, 2013).

7.2 Epidemiologia

A hipersensibilidade dentária está presente em 97% da população, em que apenas 7% mostra desgaste patológico que requer intervenção. Nos últimos anos tem-se registado um aumento considerável de alterações que levam à perda de estrutura dentária, tais como a atrição, a erosão e a abrasão que apresentam diferentes etiologias.

8. DOR MUSCULAR

8.1 Definição

Okeson (2013) dividiu a dor muscular em cinco tipos: co-contração protetora, dor muscular localizada, miospasma, dor miofascial (trigger points) e mialgia crónica mediada pelo SNC. A fibromialgia pode ainda ser considerada como um 6º tipo de dor.

As dores miogénicas são a causa mais frequente de desconforto na região da cabeça e pescoço, sendo que a mialgia deriva dos músculos esqueléticos, tendões e/ou fáscias. Considera-se que seja resultado da contração forçada ou prolongada, da isquémia e hiperémia, ou ainda de traumatismos e fatores inflamatórios.

A dor muscular, em geral, é sentida como uma sensação dolorosa não-pulsátil e variável, algumas vezes do tipo moderada. Nalguns casos esta dor não é mais do que uma sensação de pressão, enquanto noutros casos se pode exacerbar para uma intensidade insuportável. Esta dor pode ser transitória ou persistente, constante, intermitente ou recorrente (Okeson, 2005).

As dores miogénicas que resultam das estruturas orofaciais são classificadas como músculo-esqueléticas do grupo somática profunda. Estas apresentam como características gerais o fato da dor ter uma qualidade depressiva, localização subjetiva e

difusa, uma vez que o local da dor pode não indicar a sua correta origem (Okeson, 2005).

8.2 Epidemiologia

As dores musculares são encontradas em 2 a 7 % da população em geral, sendo mais prevalente no género feminino. É mais comum nas faixas etárias entre os 45 e os 60 anos, e a sua incidência tende a aumentar com a idade. Embora não tão comum, também acomete crianças e adolescentes (Fraga, et al., 2011).

9. NEURALGIA DO TRIGÉMEO

9.1 Definição

A *Associação Internacional para o Estudo da Dor* define neuralgia do trigémeo como episódios de dor recorrente, perfurante, breve, severa, geralmente unilateral e repentina, localizada na distribuição de um ou mais ramos do V par craniano (Alencar, Friction, Hathaway, & Decker, 2005). Esta pode ser idiopática ou secundária, estando muitas vezes associada a tumores, esclerose múltipla ou enfartes (Tallawy, et al., 2013).

Quanto à sua etiologia, esta associa-se à desmielinização de axónios da raiz do nervo trigémeo, localizada entre o gânglio e a ponte encefálica (Alencar, Friction, Hathaway, & Decker, 2005).

9.2 Epidemiologia

A neuralgia do trigémeo é uma condição relativamente rara, que apresenta uma prevalência de 0,001% (Zakrzewska, 2009).

Segundo Tallawy et al (2013), tende a surgir após os 40 anos de idade em 90% dos casos, tendo maior incidência na faixa etária entre os 50 e os 70 anos, e apresentando maior prevalência no gênero feminino.

A literatura atual refere como principais fatores de risco: o gênero feminino, o avanço da idade, a esclerose múltipla e ainda, a hipertensão arterial. Normalmente está associada à presença de áreas de gatilho que, quando são devidamente estimuladas, desencadeiam os sintomas dolorosos (Tallawy, et al., 2013).

10. CONSIDERAÇÕES GERAIS NO TRATAMENTO DAS DORES OROFACIAIS

O primeiro passo no tratamento de qualquer condição dolorosa é a avaliação precisa e completa do problema. Assim devemos conhecer as possíveis etiologias, as estruturas envolvidas, os sinais e sintomas, e quais os fatores desencadeantes e atenuantes (Venancio, Camparis, & Zanirato, 2005).

Ao longo dos tempos têm sido utilizados vários métodos de tratamento para as DTMs, incluindo placas oclusais, fisioterapia, relaxamento muscular, intervenções farmacológicas e educacionais, e aconselhamento comportamental (Niemela, Korpela, Raustia, Ylostalo, & Sipila, 2012).

O tratamento mais usual e conservador inclui o controlo da dor através da terapia farmacológica, da educação e o apoio ao paciente, da modificação da dieta, e ainda do uso de uma placa oclusal. Esta abordagem padrão conduz a grandes melhorias ao nível da dor num número significativo de casos (Litt & Porto, 2013).

10.1 Considerações da Terapia Definitiva sobre os Fatores Oclusais

Considera-se terapia oclusal qualquer tratamento direcionado para a alteração da posição mandibular e/ou padrão de contato oclusal dos dentes. Esta pode ser de dois tipos: reversível ou irreversível (Okeson, 2013).

10.1.1 Terapia Oclusal Reversível

Segundo Okeson (2013), a terapia oclusal reversível visa a alteração da condição oclusal do paciente apenas temporariamente, sendo executada com maior sucesso através do recurso a uma placa oclusal.

Essa placa consiste num aparelho em acrílico, usado sobre os dentes de uma das arcadas, apresentando uma superfície oclusal que altera a posição mandibular e o padrão de contato dentário (Okeson, 2013). Assim, quando a placa está a ser utilizada, é estabelecida uma oclusão ideal, havendo harmonia total entre a relação côndilo-disco-fossa.

Este tipo de placa tem sido a medida terapêutica mais recomendada para o tratamento das DTMs, assim como para diminuir a atividade parafuncional (Niemela, Korpela, Raustia, Ylostalo, & Sipila, 2012; Aldemir, Ustuner, Erdem, Demiralp, & Oztuna, 2013). Logicamente, a estabilidade é mantida apenas quando a placa está a ser utilizada, sendo assim considerada um tratamento reversível (Okeson, 2008).

10.1.2 Terapia Oclusal Irreversível

A terapia oclusal irreversível é qualquer tratamento que altere permanentemente a condição oclusal e/ou posição mandibular. Temos como exemplo os desgastes seletivos de dentes e os procedimentos restauradores, que modificam as superfícies oclusais dos dentes, melhorando o padrão geral de contato oclusal (Okeson, 2008). Outros exemplos são o tratamento ortodôntico e os procedimentos cirúrgicos destinados a alterar a oclusão e/ou posição mandibular. Aparelhos destinados a alterar o crescimento, ou reposicionar permanentemente a mandíbula são também considerados irreversíveis (Okeson, 2008).

Normalmente, quando se lida com hiperatividade muscular torna-se impossível afirmar qual o fator etiológico principal, portanto a terapia reversível é indicada como tratamento inicial para pacientes com DTMs. O sucesso ou fracasso deste tratamento

será então determinante para a necessidade de terapia oclusal irreversível subsquente (Okeson, 2013).

10.2 Terapia de Suporte

A terapia de suporte é direcionada para a alteração dos sintomas do paciente e, geralmente, não tem efeito sobre a causa da desordem. Este tipo de terapia é direcionada para a redução da dor e disfunção (Okeson, 2008).

Os dois tipos gerais de terapias de suporte são a terapia farmacológica e a fisioterapia (Okeson, 2008).

10.2.1-Terapia Farmacológica

Analgésicos:

Os analgésicos são preparações opióides ou não-opióides. Quanto aos analgésicos não-opióides são eficazes em casos de dores leves a moderadas associadas às DTM. Uma das primeiras medicações de alívio para a dor moderada é, por exemplo, o Tylenol (acetaminofem). Esta medicação é geralmente bem tolerada, apresentando efeitos colaterais mínimos. Quanto à aspirina (salicilato), que inibe a síntese de prostaglandinas, é o protótipo dos compostos analgésicos. Todos os salicilatos são antipiréticos, analgésicos e anti-inflamatórios (Okeson, 2008).

Quanto aos opióides, têm efeito terapêutico em sítios recetores opiáceos específicos no SNC e SNP. Estas drogas têm características que deprimem o SNC e que podem causar algum tipo de dependência, logo devem ser usadas durante curtos períodos de tempo, e apenas em dor aguda moderada a severa (Okeson, 2008).

Anti-inflamatórios não-esteróides (AINES):

São úteis na maioria das dores de DTM, sendo eficazes para condições inflamatórias leves a moderadas e para dor aguda pós-operatória. Estes podem oferecer um bom controlo nas dores músculo-esqueléticas associadas às DTMs, contudo oferecem apenas alívio sintomático e não detêm a progressão da lesão (Okeson, 2008).

De acordo com o estudo realizado por Swift em 2000, os AINES inibem a ação da ciclo-oxigenase (COX) que é uma enzima usada para sintetizar as prostaglandinas a partir do ácido araquidónico. O ibuprofeno provou ser eficaz na redução de dores músculo-esqueléticas.

Outra classe de AINES são os inibidores da COX-2, sendo um exemplo o celecoxib (celebrex). Esta medicação apresenta não só menores efeitos gástricos colaterais, como também são necessárias menos tomas diárias, sendo administrada apenas uma a duas vezes ao dia.

Outro método de administração de AINES é através da aplicação tópica de gel ou pomada (Zakrzewska, 2009).

Corticosteróides:

São anti-inflamatórios potentes que, devido aos seus efeitos colaterais, não são prescritos com regularidade no tratamento das DTMs. A exceção é na inflamação aguda articular e muscular generalizada, associada às poliartrites (Okeson, 2008). Estes podem ser administrados por via oral ou injetados (Zakrzewska, 2009).

Ansiolíticos:

Quando se desconfia de altos níveis de stress emocional associados à DTM, os agentes ansiolíticos podem ser úteis no controlo dos sintomas. É importante relembrar que os agentes ansiolíticos não eliminam o stress, mas alteram a perceção ou reação do paciente ao stress (Okeson, 2008).

Um grupo frequentemente utilizado são as benzodiazepinas, dos quais o diazepam (Valium) tem recebido especial atenção. Devido ao fato de poder causar dependência não deve ser usado mais do que 7 dias consecutivos, sendo que uma única dose (2,5 a 5,0 mg) de diazepam ao deitar é, geralmente, eficaz no relaxamento da musculatura, e na diminuição da atividade parafuncional noturna.

Relaxantes Musculares:

São frequentemente administrados na tentativa de diminuir a atividade muscular associada com a dor orofacial (Zakrzewska, 2009).

A maioria apresenta um efeito central de sedação, o qual se revela a principal explicação para a resposta positiva de alguns doentes. A mefenesina é o protótipo para a maioria dos relaxantes músculo-esqueléticos orais, que incluem os propanodíóis (Okeson, 2008).

Um relaxante que parece oferecer um efeito positivo sobre uma variedade de dores musculares, como a DTM, é a ciclobenzaprina (Zakrzewska, 2009). Uma única dose de 5 a 10 mg antes de dormir pode reduzir a dor muscular.

Antidepressivos:

Os antidepressivos tricíclicos têm valor considerável no controlo duma variedade de dores crónicas, sendo especialmente o caso da dor neuropática (Okeson, 2008).

A amitriptilina demonstrou um efeito positivo significativo na redução da dor em doentes com disfunções da articulação temporo-mandibular (Martin, Perez, Tuinzing, & Forouzanfar, 2012).

Os antidepressivos tricíclicos são benéficos, mesmo em doses baixas, no tratamento da dor de cabeça do tipo tensional e dor músculo-esquelética (Okeson, 2008).

Anestésicos Locais:

Podem ser usados em certas desordens, através da sua injeção local. Temos como exemplo a sua administração em pontos de gatilho miofasciais, que pode resultar numa redução significativa da dor por muito tempo, após a metabolização do anestésico. Os anestésicos locais mais comumente utilizados para uma redução de curta duração da dor nas DTMs são a lidocaína a 2% (Xylocaína), e a mepivacaína a 3% (Carbocaín) (Okeson, 2008).

10.2.2-Fisioterapia

A fisioterapia representa um grupo de ações de suporte que é geralmente instituído em conjunto com o tratamento definitivo (Okeson, 2008).

Autores da *Academia Americana de Desordens Craniomandibulares (AADDC)* apontam que "a fisioterapia auxilia no alívio da dor músculo-esquelética e restaura a função através da alteração dos impulsos sensoriais, reduzindo a inflamação, diminuindo, coordenando e fortalecendo a atividade muscular e promovendo a regeneração e a reparação dos tecidos." As intervenções de fisioterapia incluem modalidades terapêuticas (Alencar, Friction, Hathaway, & Decker, 2005) como a: termoterapia, crioterapia, ultra-som, fonoforese, iontoforese, estimulação eletrogalvânica (EGS), estimulação nervosa elétrica transcutânea (TENS), acupuntura e laser (Alencar et al., 2005; Okeson, 2008).

Termoterapia:

Utiliza o calor de modo a aumentar a circulação na área aplicada. Aplica-se calor superficial de forma a reduzir a vasodilatação, através de toalhas quentes/húmidas, durante 10 a 15 minutos, não excedendo os 30 minutos (Alencar et al., 2005; Okeson, 2008).

Crioterapia:

Visa a redução da dor através do frio, que estimula o relaxamento dos músculos que se encontram em espasmo. Estudos indicam que a crioterapia resultou em vasoconstrição, redução do edema e diminuição da percepção da dor (Oono, Wang, Atis, & Nielsen, 2013).

A aplicação do gelo deve ser diretamente sobre a área afetada e em movimentos circulares, sem pressão nos tecidos moles. Esta aplicação continuada vai resultar numa dor leve e depois em dormência, momento no qual o gelo deve ser removido, sendo que não deve permanecer mais do que 5 a 7 minutos. Após um período de aquecimento, uma segunda aplicação deve ser desejável (Okeson, 2008).

Ultra-som:

Consiste em vibrações mecânicas de alta frequência, que produzem efeitos fisiológicos térmicos, ao diminuir a dor nos músculos e articulações, e não-térmicos, que são efeitos mecânicos que diminuem a viscosidade do colagénio, permitindo uma mobilização mais efetiva dos tecidos moles ou da ATM (Alencar, Friction, Hathaway, & Decker, 2005).

Fonoforese:

O ultra-som também tem sido usado para administrar drogas através da pele por um processo conhecido por fonoforese (Okeson, 2008).

Temos como exemplo a aplicação de um creme de hidrocortisona a 10% numa articulação inflamada, através de um transdutor ultra-sónico direcionado para a mesma. Os efeitos dos salicilatos e outros anestésicos tópicos também podem ser intensificados dessa maneira (Okeson, 2008).

Iontoforese:

Técnica através da qual podem ser administrados certos medicamentos sem afetar qualquer outro órgão. Os medicamentos mais comumente usados nesta técnica são os anestésicos locais e os anti-inflamatórios (Okeson, 2008).

A medicação é colocada numa compressa que é posicionada sobre o tecido na área desejada, depois ao passar uma corrente elétrica baixa através da compressa, a medicação é conduzida para o interior dos tecidos (Okeson, 2008).

Terapia de estimulação eletrogalvânica (EGS):

Utiliza o princípio de que a estimulação elétrica de um músculo causa a sua contração. A EGS usa uma corrente monofásica de alta voltagem e baixa amperagem, de frequência variada. Um impulso elétrico rítmico é aplicado ao músculo, criando contrações e relaxamentos involuntários repetidos. (Okeson, 2008).

A intensidade e a frequência destes podem ser variadas de acordo com o efeito desejado. Podem ajudar a quebrar o mioespasmo, assim como aumentar o fluxo sanguíneo para os músculos. Ambos os efeitos levam à redução da dor em tecidos musculares comprometidos (Okeson, 2008).

Estimulação nervosa elétrica transcutânea (TENS):

A TENS é produzida por uma estimulação contínua de fibras nervosas cutâneas num nível indolor. Quando a unidade TENS é colocada sobre os tecidos, a atividade elétrica diminui a percepção da dor (Okeson, 2008).

Usa uma corrente biofásica de baixa voltagem e baixa amperagem, e de frequência variada. Quando aplicada na superfície cutânea através de eletrodos, tem como objetivo relaxar os músculos hiperativos e promover o alívio da dor (Grossmann, Tambara, Grossmann, & Siqueira, 2012).

Acupuntura:

As agulhas da acupuntura provocam uma microinfiltração que leva à produção de substâncias como a endorfina, serotonina e norepinefrina. Com a libertação desses neurotransmissores há um bloqueio da propagação de estímulos dolorosos, impedindo a sua percepção pelo cérebro, resultando num processo analgésico (Vasconcelos, et al., 2011).

Laser frio:

A maioria dos estudos sobre o laser a frio relatam o seu uso em condições dolorosas músculo-esqueléticas crônicas, reumáticas e dolorosas neurológicas (Okeson, 2008).

Acredita-se que este laser acelere a síntese do colagénio, aumente a vascularização dos tecidos na cicatrização, diminua o número de microorganismos e diminua a dor. Este pode ser utilizado em vez de anti-inflamatórios, prevenindo, assim, a ocorrência dos seus efeitos colaterais (Santos, et al., 2010).

II. OBJETIVOS DO ESTUDO

Em doentes que recorreram pela primeira vez à consulta de Medicina Dentária da Clínica Universitária Egas Moniz, durante o período de Julho a Dezembro de 2012:

- Avaliar quais foram as queixas que os levaram a recorrer à Consulta de Medicina Dentária, bem como qual foi a abordagem terapêutica inicial;
- Avaliar qual foi a prevalência de dor orofacial nos doentes que recorreram pela primeira vez à Consulta de Medicina Dentária;
- Avaliar como foi identificada e caracterizada o tipo de dor orofacial, bem como a abordagem terapêutica tomada pelos clínicos que prestam cuidados de saúde oral.

III. HIPÓTESES DO ESTUDO

Hipótese Nula

Em doentes que recorreram pela primeira vez à consulta de Medicina Dentária da Clínica Universitária Egas Moniz, durante o período de Julho a Dezembro de 2012 não foram encontradas queixas de dor orofacial, bem como abordagens terapêuticas para a mesma.

Hipótese Alternativa

Em doentes que recorreram pela primeira vez à consulta de Medicina Dentária da Clínica Universitária Egas Moniz, durante o período de Julho a Dezembro de 2012, o principal motivo de consulta foi a dor orofacial, com abordagens terapêuticas específicas para a mesma.

IV. MATERIAIS E MÉTODOS

1. Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo retrospectivo com vista a caraterizar uma amostra de 2700 doentes que recorreram pela primeira vez à consulta de Medicina Dentária da Clínica Universitária Egas Moniz, tendo em conta o motivo da consulta.

Foram então analisados 2700 processos dos doentes que se deslocaram à consulta de triagem/urgência num período de 6 meses do ano de 2012 (de Julho a Dezembro), e foram recolhidos dados da história clínica destes mesmos doentes. Com base nesta análise, foram preenchidos formulários e os dados foram posteriormente submetidos a tratamento estatístico com base no sistema *spss* versão 20.0 para Windows.

O estudo adota um carácter exploratório, na medida em que foram cruzadas variáveis com o intuito de obter possíveis relações estatisticamente relevantes.

1. Questões Éticas

Foi formulado um pedido de autorização por escrito à Direção Clínica do ISCSEM (Anexo 2) para a realização do estudo, tendo ainda sido submetido a aprovação da Comissão Científica e de Ética do ISCSEM (Anexo 1).

2. Local do Estudo

O presente estudo foi realizado na Clínica Universitária do Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, ISCSEM.

3. Amostra

3.1 Seleção da Amostra

Para o presente estudo, a amostra consta de 2700 doentes que recorreram à consulta de triagem/urgência no ano de 2012, num período de 6 meses (de Julho a Dezembro).

Os dados dos processos foram recolhidos e registados num formulário elaborado para tal (Anexo 3), em que eram registados dados como: o sexo, a idade, o motivo da primeira consulta, em caso de presença de dor, qual o tipo de dor que motivou a visita do doente, e em caso de ausência de dor, se compareceu à consulta por motivos estéticos, ou para reabilitar a função (ver Anexo 3).

3.2 Critérios de Inclusão

Os processos utilizados para este estudo teriam de obedecer aos seguintes critérios:

- Doente com consulta de triagem/urgência efetuada entre Julho e Dezembro do ano de 2012;
- Processo com motivo da consulta e medida terapêutica tomada, devidamente preenchidos;
- Consentimento informado devidamente assinado pelo doente no processo.

3.3 Critérios de Exclusão

Foram excluídos todos os processos que não apresentavam a ficha de consulta de triagem/urgência devidamente preenchida, e todos os processos que se enquadrassem nos restantes 6 meses do ano de 2012.

4. Análise Estatística

A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (frequência absolutas e relativas, médias e respectivos desvios padrão) e estatística inferencial.

Recorreu-se ao teste do Qui-quadrado de independência para analisar a relação entre variáveis de tipo qualitativo. O pressuposto do Qui-quadrado de que não deve haver mais do que 20,0% das células com frequências esperadas inferiores a 5 foi analisado. As diferenças foram analisadas com o apoio dos resíduos ajustados estandardizados.

Usou-se como referência, para aceitar ou rejeitar a hipótese nula, um nível de significância (α) $\leq 0,05$.

A análise estatística foi efetuada com o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 20.0 para Windows.

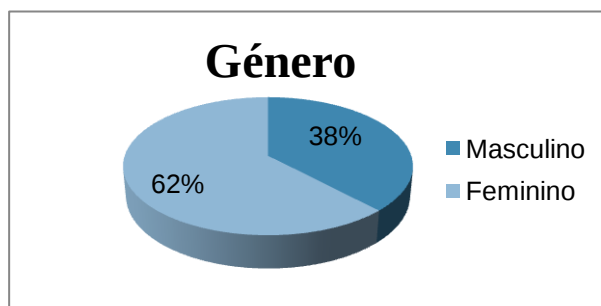
V. RESULTADOS

1. Dados Biográficos

1.1 Género

Dos 2700 doentes que recorreram à consulta de triagem/urgência durante os 6 meses (de Julho a Dezembro) do ano de 2012, a maioria (62,0%, $n = 1677$) eram do género feminino e 38,0% ($n = 1023$) do género masculino.

Gráfico 1- Caraterização da amostra segundo o género



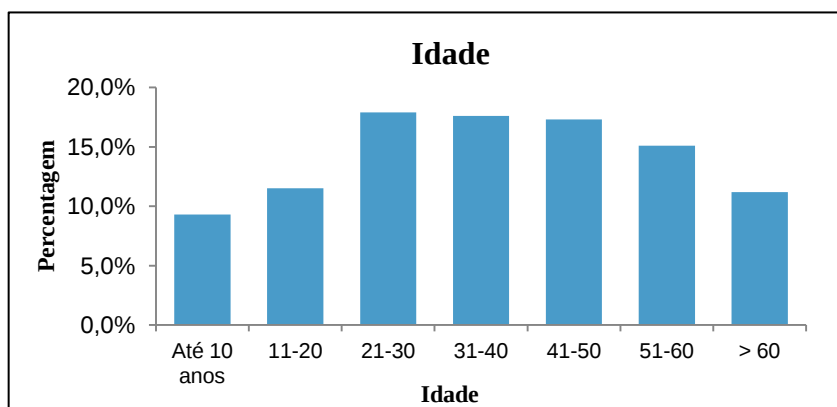
1.2 Idade

O intervalo de idades variou entre os 2 anos até aos 98 anos, sendo a média de idades os 41,7 anos ($dp = 18,3$ anos).

A distribuição dos doentes por faixas etárias pode ser observada no gráfico 2, sendo que a maioria dos doentes se encontrava entre os 21 e os 30 anos (21,3%).

Os doentes com menos de 11 anos representavam 9,3%, e os doentes acima dos 60 anos de idade representavam 11,2% do total da amostra.

Gráfico 2- Caraterização da amostra segundo a idade



2. Motivo da Consulta

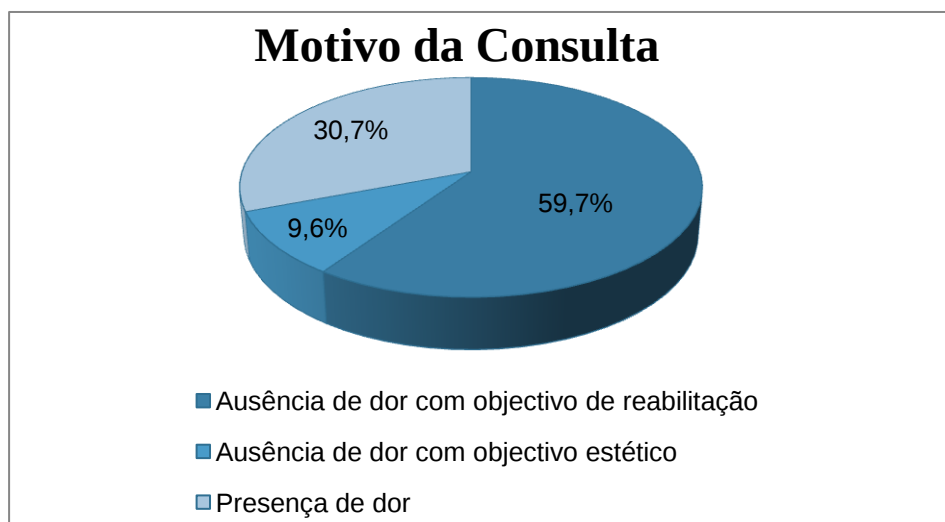
Como motivo da consulta, os indivíduos da amostra foram agrupados segundo três grupos:

- Ausência de dor com objetivo de reabilitação da função - doentes cujo motivo da consulta seria reabilitar a ausência de peças dentárias, ou reabilitar lesões de cárie;
- Ausência de dor com objetivo estético - doentes cujo motivo de consulta seria por motivos estéticos como destarizações, branqueamentos, ou restaurações estéticas;
- Presença de dor - doentes cujo motivo de consulta foi dor.

Como se pode constatar a partir do gráfico 3, o motivo de consulta mais prevalente foi a ausência de dor com objetivo de reabilitação da função, sendo que mais de metade (59,7%, $n= 1611$) dos doentes, recorreram à Clínica Universitária Egas Moniz com esse motivo.

De seguida, 30,7% ($n= 830$) dos doentes vieram à consulta de triagem/urgência devido à presença de dor, enquanto uma pequena percentagem (9,6%, $n= 259$) compareceram à consulta com objetivos estéticos.

Gráfico 3- Caraterização da amostra por motivo da consulta



Quanto ao tipo de dor que mais motivou os doentes a procurarem a consulta de triagem/urgência foi a dor dentária (56,3%, $n = 467$), seguindo-se a dor pulpar (21,1%, $n = 175$) e a dor periodontal (10,7%, $n = 89$).

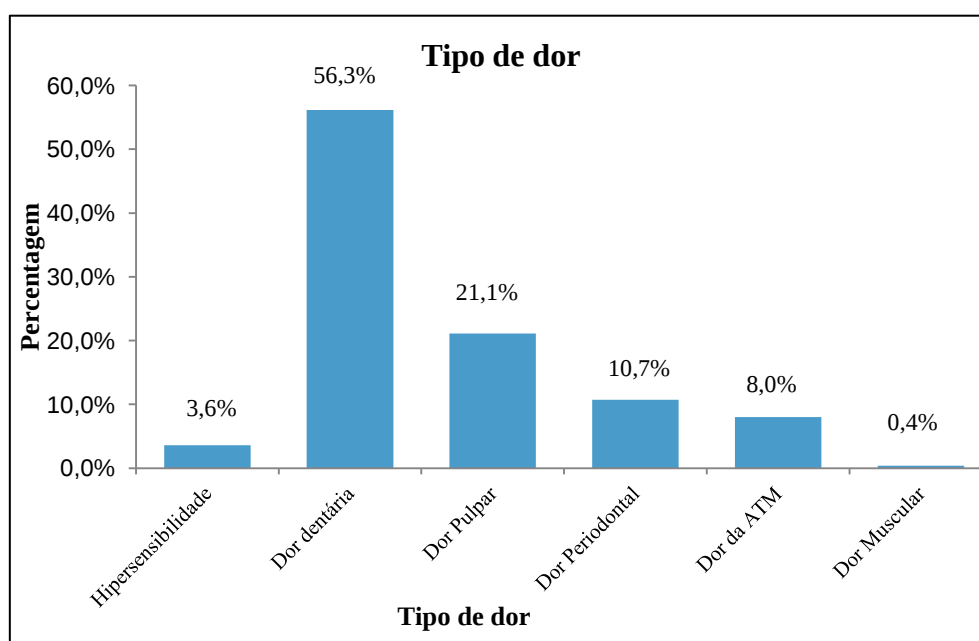
Apenas 3,6% ($n = 30$) dos doentes referiam queixas de hipersensibilidade dentária, e relativamente à dor da ATM, 8% ($n = 66$) dos doentes vieram com esse motivo de consulta.

A dor menos mencionada por parte dos doentes foi a dor muscular, apresentando uma percentagem pouco significativa (0,4%, $n = 3$).

Tabela 1- Caracterização da amostra segundo o tipo de dor

Tipo de dor	Frequência	Percentagem
Hipersensibilidade	30	3,6%
Dor dentária	467	56,3%
Dor pulpar	175	21,1%
Dor periodontal	89	10,7%
Dor da ATM	66	8,0%
Dor Muscular	3	0,4%
Total	830	100,0%

Gráfico 4- Caracterização da amostra segundo o tipo de dor



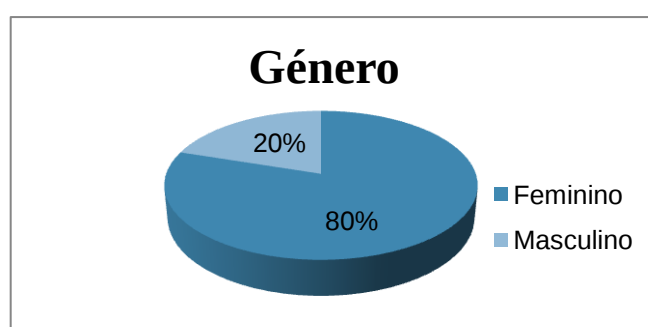
3. Presença de dor

3.1 Hipersensibilidade

3.1.1 Género

Dos doentes que referiram como motivo da consulta presença de dor, 30 (3,6%) queixaram-se de hipersensibilidade dentária, em que 80% ($n= 24$) eram do género feminino e 20% ($n= 6$) do género masculino.

Gráfico 5- Caraterização dos doentes com hipersensibilidade segundo o género

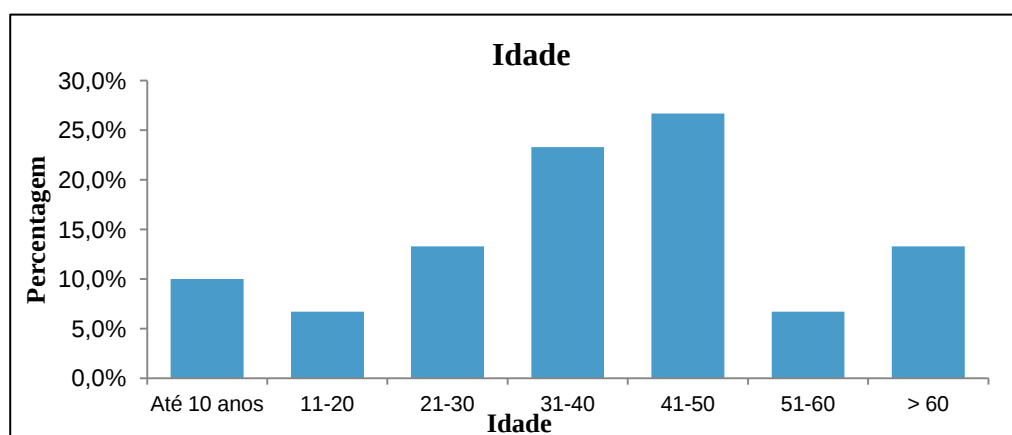


3.1.2 Idade

O intervalo de idades variou entre os 9 anos e os 86 anos, sendo a média de idades os 42,97 anos ($dp=17,578$).

A faixa etária que apresentou mais queixas de hipersensibilidade dentária encontrava-se entre os 41 e os 50 anos, e de seguida, entre os 31 e os 40 anos de idade.

Gráfico 6- Caraterização dos doentes com hipersensibilidade segundo a idade



3.1.3. Tratamento

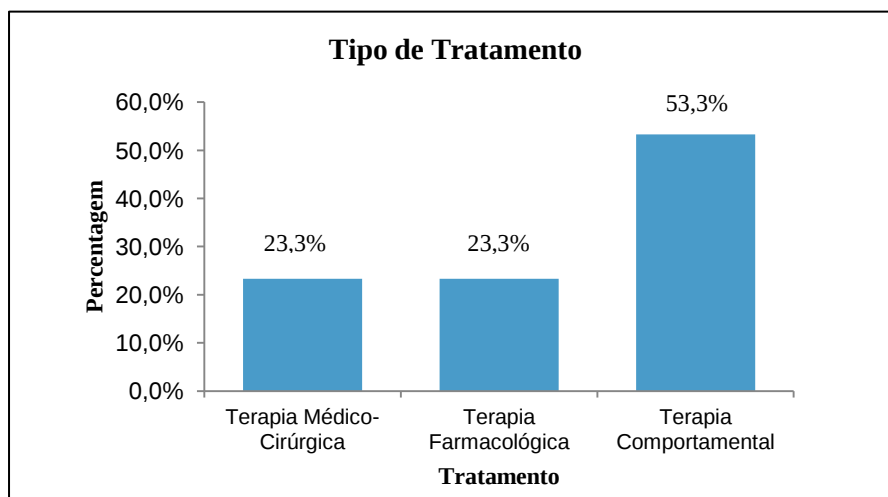
Relativamente ao tipo de tratamento efetuado, a maioria dos doentes com queixas de hipersensibilidade recebeu terapia comportamental (53,3%, $n=16$).

A terapia médico-cirúrgica e a terapia farmacológica foram ambas efetuadas em 23,3% ($n=7$) dos doentes, não tendo sido realizada em nenhum dos doentes a combinação da terapia médico-cirúrgica, com a terapia farmacológica.

Tabela 2- Tipo de tratamento efetuado nos doentes com hipersensibilidade

Tipo de tratamento	Frequência	Percentagem
Terapia Médico-Cirúrgica	7	23,3%
Terapia Farmacológica	7	23,3%
Terapia Comportamental	16	53,3%
Total	30	100,0%

Gráfico 7- Tipo de tratamento efetuado nos doentes com hipersensibilidade

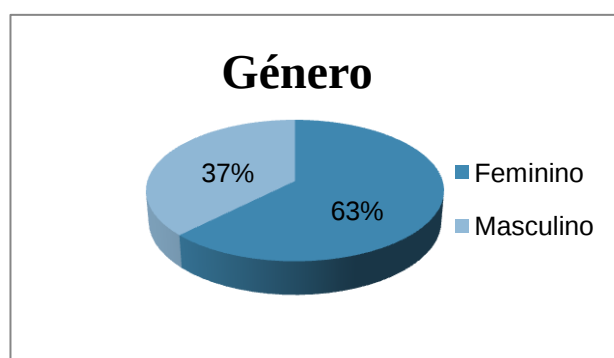


3.2.Dor dentária

3.2.1 Género

Dos 467 doentes (56,3%) que tiveram queixas de dor dentária, 63% ($n=292$) eram do género feminino e 37% ($n=175$) eram do género masculino.

Gráfico 8- Caracterização dos doentes com dor dentária segundo o género

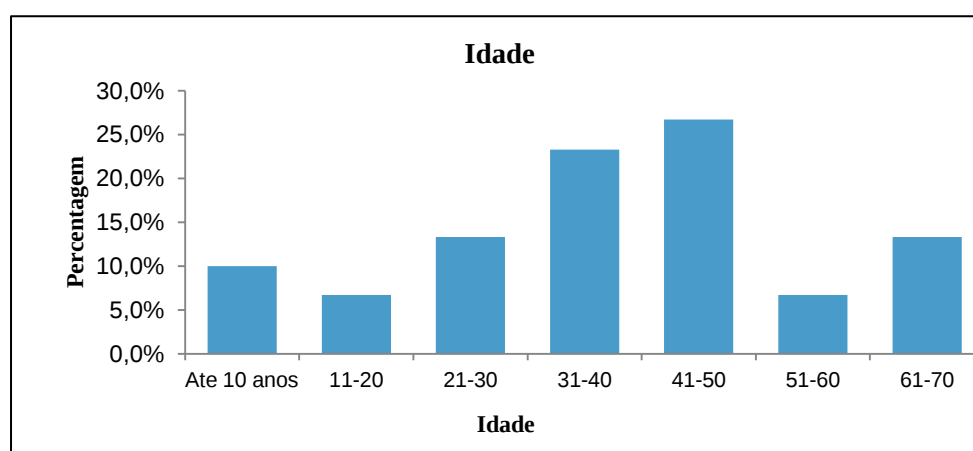


3.2.2 Idade

A idade média foi os 40,91 anos ($dp=19,686$). A faixa etária que referiu mais queixas de dor dentária foi entre os 41 e os 50 anos, seguindo-se a faixa etária entre os 31 e os 40 anos.

O doente mais novo que referiu dor dentária tinha 3 anos, e o mais velho 88 anos.

Gráfico 9- Caracterização dos doentes com dor dentária segundo a idade



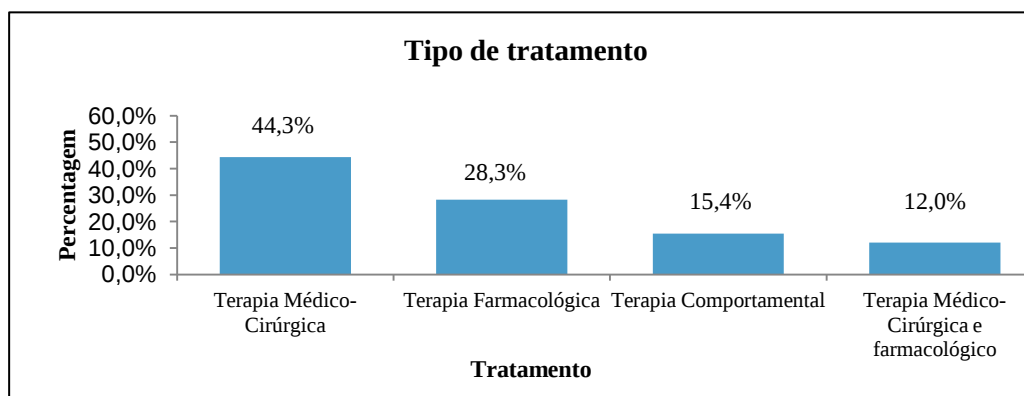
3.2.3 Tratamento

A maioria dos doentes com queixas de dor dentária recebeu terapia médico-cirúrgica (44,3%, $n = 207$). Em 28,3% ($n = 132$) dos doentes foi efetuada terapia farmacológica, e em 15,4% ($n = 72$) terapia comportamental. Em apenas 12,0% ($n = 56$) dos doentes foi combinada a terapia médico-cirúrgica com a terapia farmacológica.

Tabela 3- Tipo de tratamento efetuado nos doentes com dor dentária

Tipo de tratamento	Frequência	Percentagem
Terapia Médico-Cirúrgica	207	44,3%
Terapia Farmacológica	132	28,3%
Terapia Comportamental	72	15,4%
Terapia Médico-Cirúrgica e Farmacológica	56	12,0%
Total	467	100,0%

Gráfico 10- Tipo de tratamento efetuado nos doentes com dor dentária

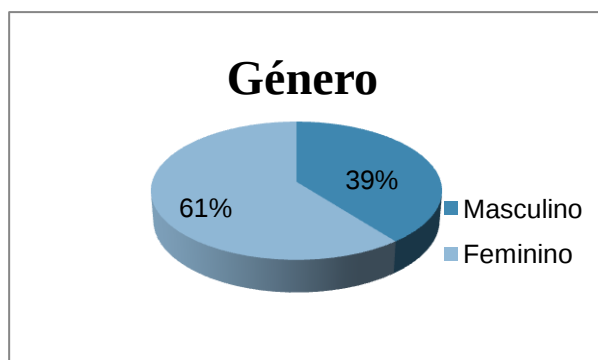


3.3. Dor Pulpar

3.3.1. Género

Dos 175 doentes (21,1%) com queixas de dor pulpar, 61% ($n= 106$) eram do género feminino, e 39% ($n= 69$) do género masculino.

Gráfico 11- Caraterização dos doentes com dor pulpar segundo o género

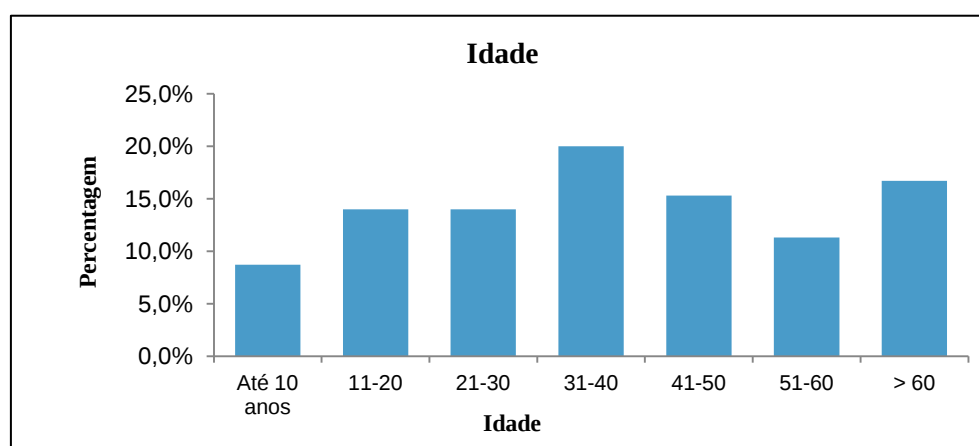


3.3.2. Idade

O intervalo de idades variou entre os 5 anos e os 82 anos, sendo que a média de idades foi os 35,99 anos ($dp=17,257$).

A faixa etária que referiu mais queixas de dor pulpar foi entre os 31 e os 40 anos, seguindo-se idades superiores aos 60 anos.

Gráfico 12- Caraterização dos doentes com dor pulpar segundo a idade



3.3.3. Tratamento

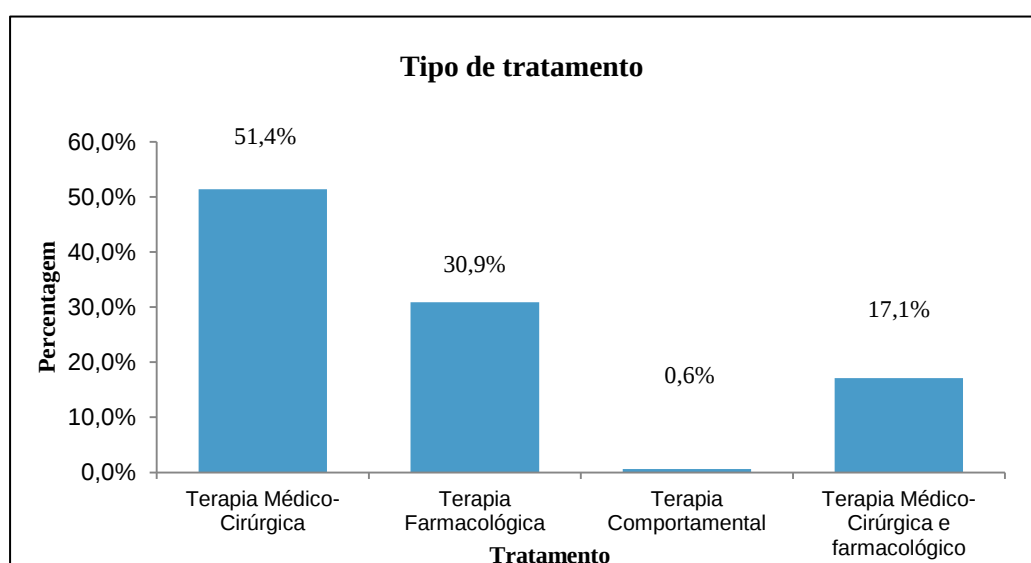
Quanto ao tipo de tratamento, na maioria dos doentes com queixas de dor pulpar (51,4%, $n= 90$) optou-se pela terapia médico-cirúrgica.

Em 30,9% ($n= 54$) dos doentes foi efetuada terapia farmacológica, e em apenas 0,6% ($n= 1$) dos doentes se realizou terapia comportamental. A combinação da terapia médico-cirúrgica com a terapia farmacológica, foi realizada em 17,1% ($n= 30$) dos doentes.

Tabela 4- Tipo de tratamento efetuado nos doentes com dor pulpar

Tipo de tratamento	Frequência	Percentagem
Terapia Médico-Cirúrgica	90	51,4%
Terapia Farmacológica	54	30,9%
Terapia Comportamental	1	0,6%
Terapia Médico-Cirúrgica e Farmacológica	30	17,1%
Total	175	100,0%

Gráfico 13- Tipo de tratamento efetuado nos doentes com dor pulpar

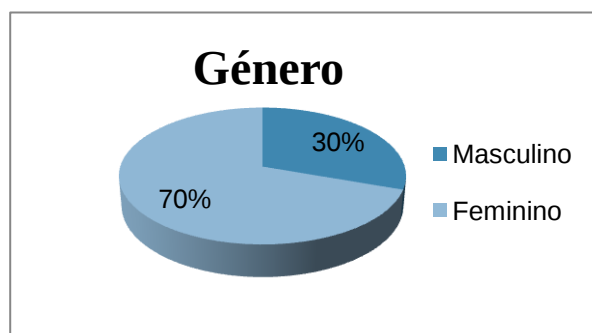


3.4. Dor periodontal

3.4.1. Género

Dos 89 doentes (10,7%) que referiram queixas de dor periodontal, a maioria eram do género feminino (70%, $n=62$), e 30 % ($n= 27$) do género masculino.

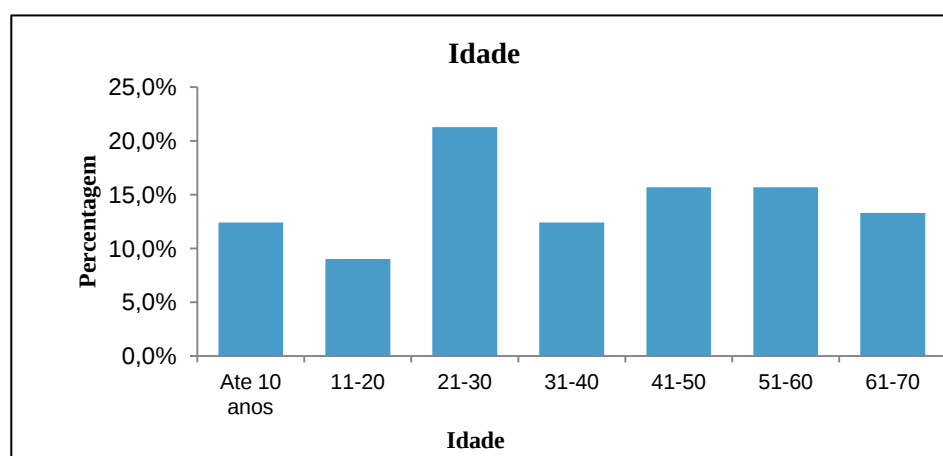
Gráfico 14- Caraterização dos doentes com dor periodontal segundo o género



3.4.2. Idade

A idade média foram os 41,35 anos ($dp=19,724$). A faixa etária que mais referiu dor periodontal foi entre os 21 e os 30 anos, encontrando-se muito semelhantes as restantes faixas etárias. Quanto ao doente mais novo que referiu queixas de dor periodontal, tinha 3 anos, e o mais velho tinha 82 anos.

Gráfico 15- Caraterização dos doentes com dor periodontal segundo a idade



3.4.3. Tratamento

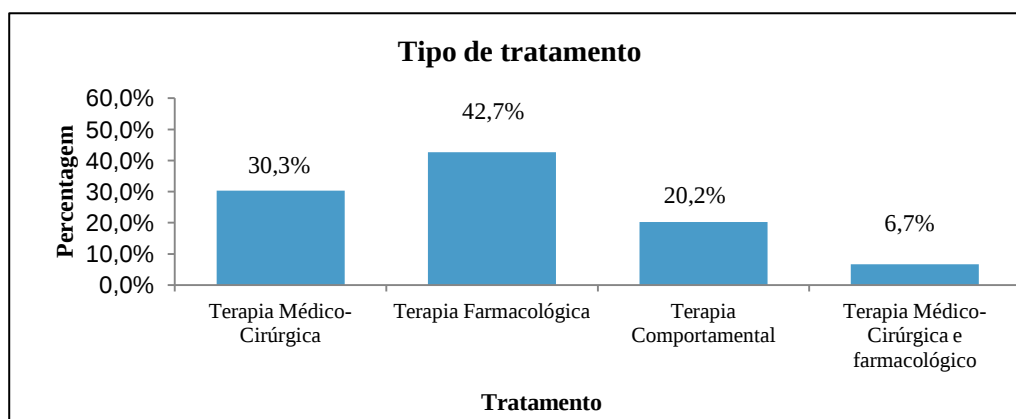
A terapia farmacológica foi realizada na maioria dos doentes que apresentaram queixas de dor periodontal (42,7%, $n= 38$).

Quanto à terapia médico-cirúrgica foi efetuada em 30,3 % ($n= 27$) dos doentes, e a terapia comportamental em 20,2 % ($n= 18$) dos doentes. A combinação da terapia médico-cirúrgica com a terapia farmacológica foi realizada em apenas 6,7 % ($n= 6$) dos doentes.

Tabela 5- Tipo de tratamento efetuado nos doentes com dor periodontal

Tipo de tratamento	Frequência	Percentagem
Terapia Médico-Cirúrgica	27	30,3%
Terapia Farmacológica	38	42,7%
Terapia Comportamental	18	20,2%
Terapia Médico-Cirúrgica e Farmacológica	6	6,7%
Total	89	100,0%

Gráfico 16- Tipo de tratamento efetuado nos doentes com dor periodontal

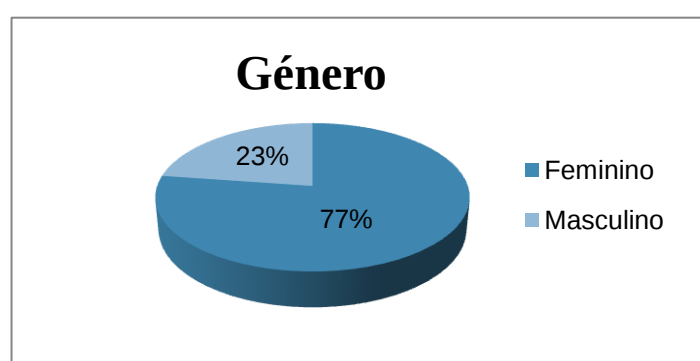


3.5. Dor da ATM

3.5.1. Género

Apenas 66 dos doentes (8%) que recorreram à consulta de triagem/urgência apresentaram como motivo de consulta a existência de dor na ATM, sendo que 77,0% eram do género feminino e 23,0% do género masculino.

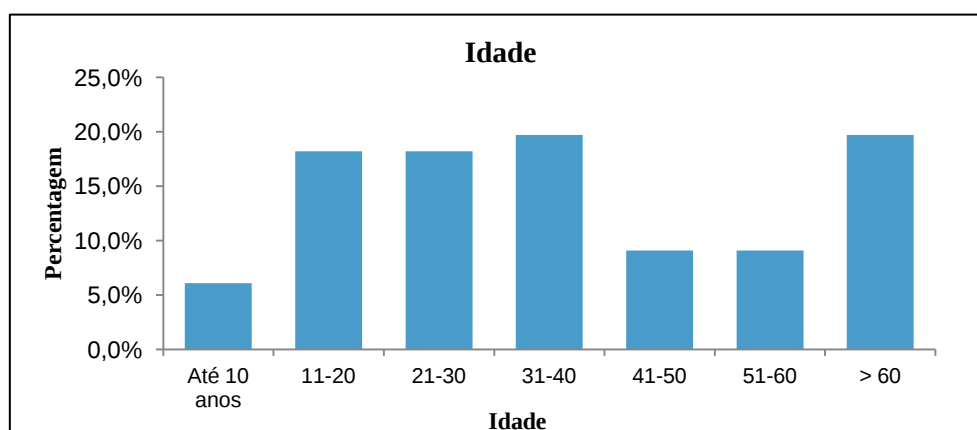
Gráfico 17-Caraterização dos doentes com dor da ATM segundo o género



3.5.2. Idade

A idade média foram os 41,7 anos ($dp=19,2$). Destes, a maioria encontrava-se na faixa etária entre os 31 e os 40 anos, e acima dos 60 anos (19,7%). Os sujeitos com menos de 11 anos representavam 6,1%.

Gráfico 18- Caraterização dos doentes com dor da ATM segundo a idade



3.5.3. Tratamento

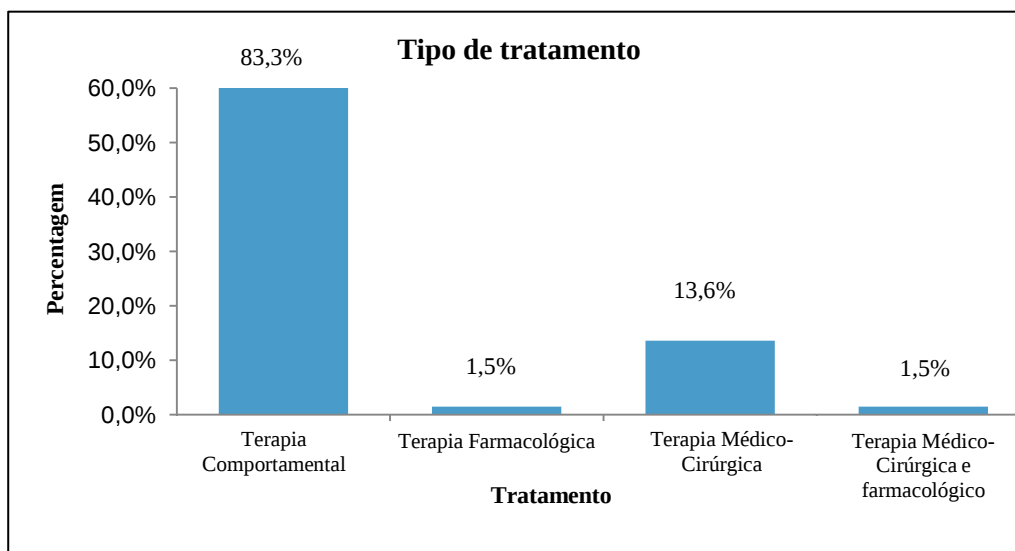
Perante os doentes que recorreram à consulta com motivo de dor da ATM, o tipo de tratamento mais frequente foi a terapia comportamental (83,3%, $n=55$), ou seja, a realização de uma placa oclusal, seguida da terapia médico-cirúrgica (13,6%, $n=9$).

Quanto à terapia farmacológica, e à combinação da terapia médico-cirúrgica com a terapia farmacológica foram ambas realizadas em apenas 1,5% ($n=1$) dos doentes.

Tabela 6- Tipo de tratamento efetuado nos doentes com dor da ATM

Tipo de tratamento	Frequência	Percentagem
Terapia Comportamental	55	83,3%
Terapia Farmacológica	1	1,5%
Terapia Médico-Cirúrgica	9	13,6%
Terapia Médico-Cirúrgica e Farmacológica	1	1,5%
Total	66	100,0%

Gráfico 19- Tipo de tratamento efetuado nos doentes com dor da ATM



3.6. Dor Muscular

3.6.1. Género

Apenas 3 doentes referiram dor muscular, em que todos eram do género feminino (100%, $n=3$).

Tabela 7-Caraterização da amostra segundo o género

Género	Frequência	Percentagem
Feminino	3	100,0%

3.6.2. Idade

A idade média foi de 31 anos ($dp=19,079$), sendo que o doente mais novo tinha 19 anos e o mais velho 53 anos.

Tabela 8- Caraterização da amostra segundo a idade

	Mínima	Máxima	Média
Idade	19	53	31,0

3.6.3. Tratamento

Nestes doentes, a terapia efetuada foi, em todos os casos, a terapia médico-cirúrgica (100%, $n=3$).

4. Motivo da consulta e idade

Há uma relação significativa entre o motivo da consulta e a idade, $\chi^2 (12) = 121,120, p = ,000$.

Há uma proporção significativamente mais elevada de doentes até 10 anos e presença de dor (12,2%).

Relativamente aos doentes dos escalões etários entre os 11 e os 20 anos, e entre os 21 e os 30 anos, apresentaram maioritariamente um objetivo estético (20,8% e 31,7%).

Quanto aos doentes dos escalões etários entre os 41 e os 50 anos, entre os 51 e os 60 anos, e acima dos 60 anos vieram na sua maioria à consulta de triagem/urgência com o objetivo de reabilitação da função (18,6%, 17,9% e 12,5%, respetivamente).

Tabela 9- Motivo da consulta e idade - Teste Qui-quadrado

	Valor	gl	Sig.
Pearson Chi-Square	121,120	12	,000*
Likelihood Ratio	120,494	12	,000
Fisher's Exact Test	118,904		,000
Linear-by-Linear Association	35,090	1	,000
N of Valid Cases	2700		

* $p \leq ,05$

		Ausência de dor com objetivo de Reabilitação	Ausência de dor com objetivo estético	Presença de dor	Total
Até 10 anos	Frequência	143	8	101	252
	% Idade	56,7%	3,2%	40,1%	100,0%
	% Motivo da consulta	8,9%	3,1%	12,2%	9,3%
	% do total	5,3%	0,3%	3,7%	9,3%
11-20 anos	Frequência	151	54	105	310
	% Idade	48,7%	17,4%	33,9%	100,0%
	% Motivo da consulta	9,4%	20,8%	12,7%	11,5%
	% do total	5,6%	2,0%	3,9%	11,5%
21-30 anos	Frequência	240	82	162	484
	% Idade	49,6%	16,9%	33,5%	100,0%
	% Motivo da consulta	14,9%	31,7	19,5%	17,9%
	% do total	8,9%	3,0%	6,0%	17,9%
31- 40 anos	Frequência	287	43	146	476
	% Idade	60,3%	9,0%	30,7%	100,0%
	% Motivo da consulta	17,8%	16,6%	17,6%	17,6%
	% do total	10,6%	1,6%	5,4%	17,6%
41-50 anos	Frequência	299	38	131	468
	% Idade	63,9%	8,1%	28,0%	100,0%
	% Motivo da consulta	18,6%	14,7%	15,8%	17,3%
	% do total	11,1%	1,4%	4,9%	17,3%
51-60 anos	Frequência	289	22	97	408
	% Idade	70,8%	5,4%	23,8%	100,0%
	% Motivo da consulta	17,9%	8,5%	11,7%	15,1%
	% do total	10,7%	0,8%	3,6%	15,1%
> 60 anos	Frequência	202	12	88	408
	% Idade	66,9%	4,0%	29,1%	100,0%
	% Motivo da consulta	12,5%	4,6%	10,6%	11,2%
	% do total	7,5%	0,4%	3,3%	11,2%
Total	Frequência	1611	259	830	2700
	% Idade	59,7%	9,6%	30,7%	100,0%
	% Motivo da consulta	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% do total	59,7%	9,6%	30,7%	100,0%

Tabela 10- Motivo da consulta e idade

VI. DISCUSSÃO

A amostra do presente estudo consistiu em 2700 doentes que recorreram à consulta de triagem/urgência no ano de 2012, num período de 6 meses, desde o mês de Julho até ao mês de Dezembro. Destes, a maioria (62,0%, $n = 1677$) eram do género feminino e 38,0% ($n = 1023$) do género masculino. Esta amostra foi seleccionada com base nos critérios de inclusão e de exclusão definidos previamente

A prevalência do género feminino na consulta de triagem/urgência é consistente com o encontrado em vários outros estudos (Sanchez & Drumond, 2011; Pinto, Barros, Coelho, & Costa, 2012; Pinto, Matos, & Filho, 2012).

Relativamente ao tamanho da amostra, este estudo ($n = 2700$) incluiu um número bastante superior relativamente a estudos de outros autores, em que as amostras eram constituídas desde 150 doentes (Bove, Guimarães, & Smith, 2005), 205 (Bérzin, et al., 2011), 698 (Riley, Gilbert, & Heft, 2005), 873 (Riley & Gilbert, 2001) até 1759 doentes (Kikwilu, Masalu, Kahabuka, & Senkoro, 2008).

O tamanho da amostra permitiu-nos extrapolar alguns resultados, os quais foram estatisticamente representativos e, por outro lado, ter uma perspetiva da abordagem dos clínicos face à dor orofacial. Se entendermos a dor orofacial como um sintoma que pode decorrer de uma complexidade de estruturas anatomofisiológicas da região da cabeça e pescoço, e em que as patologias associadas têm, em muitos casos, etiologia multifatorial não é fácil para o clínico efetuar um diagnóstico preciso numa primeira consulta.

A idade média dos doentes deste estudo foi de 41,7 anos ($dp = 18,3$ anos), em que o doente mais novo tinha 2 anos e o mais velho 98 anos, tendo sido um intervalo de idades mais abrangente do que em estudos anteriores, em que os doentes tinham entre 12 e 77 anos, num estudo dirigido por Bove, et al, (2005), entre 45 a 96 anos, num estudo dirigido por Riley & Gilbert (2001), e entre 45 a 65 anos, num estudo dirigido por Riley, et al, (2005).

A escolha dos tipos de dor orofaciais presentes no formulário para caracterização da amostra deste estudo seguiu o exemplo de estudos similares onde foram avaliados os vários tipos de dores orofaciais e as suas repercussões de forma a tomarem um carácter

emergencial para os doentes (Bove,et al, 2005; Riley,et al, 2005; Borges, et al., 2008; Kikwilu,et al, 2008; Kuroiwa,et al, 2011; Shephard, Hons, Hons, Macgregor, & Zakrzewska, 2013; Cioffi, et al., 2014).

Quanto aos tipos de terapias presentes no formulário que foi preenchido a partir da história clínica dos doentes, foram selecionados de forma a que a terapia médico-cirúrgica abrangesse técnicas irreversíveis por parte do clínico; a terapia comportamental tivesse um caráter mais conservador, reversível e educacional e, por fim, que a terapia farmacológica englobasse qualquer tipo de farmacologia necessária.

A hipótese nula foi encontrada, ou seja, a maioria dos doentes que recorreram pela primeira vez à consulta de Medicina Dentária da Clínica Universitária Egas Moniz, durante o período de Julho a Dezembro de 2012, não o fizeram por queixas de dor orofacial, bem como abordagens terapêuticas para a mesma.

Neste estudo constatou-se que, a maioria dos doentes compareceram na consulta de triagem/urgência com ausência de dor mas sim, com o objetivo de reabilitar a função (59,7%). Este dado pode talvez ser explicado pelo fato da idade média dos doentes ser acima dos 40 anos, logo a probabilidade de terem existido fatores que estejam na origem da perda de peças dentárias é um aspeto a considerar. Por outro lado seria interessante conhecer o nível sócio-económico e cultural destes doentes.

No entanto, 30,7% dos doentes vieram à consulta devido à presença de dor, o que contrariamente ao que estudos anteriores evidenciavam, a dor não mostrou ser a principal queixa dos doentes (Riley, et al, 2001; Kuroiwa,et al, 2011). Desta forma, apesar de não ter sido o principal fator pelo qual os doentes recorreram à consulta da Clínica Universitária Egas Moniz, continua a apresentar um número elevado e pode ser enquadrado nos estudos de outros autores (Okeson, 2005; Castro,et al, 2009; Peres, et al, 2012).

Em relação aos doentes que compareceram na consulta com objetivos estéticos foi encontrada apenas uma pequena percentagem (9,6%), fato que pode espelhar um pouco o grupo socio-económico e cultural dos doentes que recorrem à consulta da Clínica Universitária Egas Moniz.

Assim como foi demonstrado por estudos anteriores (Lacerda, et al., 2004; Riley,et al, 2005; Castro, et al, 2009; Kuroiwa, et al, 2011; Peres,et al, 2012; Zakrzewska, 2013), a dor que mais motivou os doentes a visitarem a consulta de triagem/urgência foi a dor dentária (56,3%).

Quando vamos comparar entre géneros, a prevalência de dor dentária observa-se que o género feminino apresentou mais queixas (62,5%), do que o género masculino (37,5%). Será que tal fato reflete propriamente que o género feminino tem maior prevalência, ou queixas de dor dentária quando comparado com o género masculino? É interessante que alguns autores como Pinto, et al, (2012) atribuam esta maior percentagem, não a uma maior prevalência, mas sim ao fato das mulheres apresentarem maior preocupação com o seu estado de saúde oral.

A idade média dentro dos doentes com dor dentária foi de 40,91 anos, sendo a faixa etária prevalente entre os 41 e os 50 anos e, de seguida, entre os 31 e os 40 anos, havendo um menor registo de queixas em idades mais avançadas, fato que segundo Pinto, et al, (2012), pode ser explicado devido à perda de peças dentárias.

Relativamente aos doentes com dores, e na sua generalidade quanto ao tipo de terapia realizada consideramos, a terapia médico-cirúrgica a qual foi realizada em 44,3% dos doentes, de seguida a terapia farmacológica foi realizada em 28,3%, e por fim a aplicação de terapia comportamental (15,4%). Salientamos que, só em 12% dos casos foi realizada terapia médico-cirúrgica e combinação com a farmacológica.

Quando começamos a analisar os diferentes tipos de dor verificamos que 21,1% dos doentes se queixaram de dor pulpar, sendo que estes dados são semelhantes aos encontrados no estudo de Teixeira em 1999, uma vez que no estudo deste autor, 22% dos doentes recorreram à consulta de urgência com dor pulpar. Destes doentes com dor pulpar, 60,6% eram do género feminino, e 39,4 % do género masculino, o que se mostrou concordante com os valores encontrados por Teixeira em 1999, em que 65% dos doentes eram do género feminino.

Quando fazemos uma apreciação relativamente ao grupo etário atingido verificamos que a média de idades oscilava os 35,99 anos, apresentando-se um pouco mais elevada quando comparada com os estudos realizados por Teixeira (1999), em que a idade média era entre os 10 e os 30 anos. As faixas etárias que apresentaram maior prevalência, foi entre os 31 e os 40 anos, e em idades acima dos 60 anos.

Relativamente às terapias que foram preconizadas aos doentes com dor pulpar, a terapia médico-cirúrgica foi efetuada em 51,4% dos doentes, englobando técnicas endodónticas como a abertura e desbridamento dentário, de modo a eliminar a dor pulpar na primeira consulta. A terapia farmacológica foi realizada em 30,9% dos doentes, de maneira a que a dor permanecesse controlada, e fossem eliminadas as queixas dos doentes.

Em 0,6 % dos doentes com dor pulpar foi realizada terapia comportamental, estas medidas foram aplicadas, por exemplo, em casos em que havia lesão periapical posterior ao tratamento endodôntico, e em que é considerado prudente fazer um *follow-up* radiográfico e clínico antes de proceder a um retratamento.

A combinação da terapia médico-cirúrgica e farmacológica foi efetuada em 17,1% dos doentes, de modo a prevenir o aparecimento de sintomatologia após o tratamento endodôntico inicial.

A dor periodontal foi diagnosticada em 10,7 % dos doentes que afluíram à consulta, que segundo Vogt, Sallum, Cecatti, & Morais (2012) afirmaram que este tipo de dor se manifesta como dor gengival, sangramento ou mobilidade que de algum modo levem o doente a queixar-se de dor.

Contrariamente a estudos anteriores publicados por DeWitte (2012) e Furuta, et al., em 2013, no presente estudo a maioria dos doentes com queixas de dor periodontal eram do género feminino (69,7%), e apenas 30,3% do género masculino.

Quando analisamos o grupo etário, esta queixa foi prevalente na faixa etária entre os 21 e os 30 anos, apresentando uma média de idades de 41,35 anos, sendo que aqui há também uma discrepância de resultados com o encontrado num estudo realizado por DeWitte (2012).

A terapia que foi realizada nestes doentes foi em 42,7% dos doentes, terapia farmacológica, e em 30,3% a terapia médico-cirúrgica. Segundo Pop, Lazar, & Suciu (2011), o fato da terapia farmacológica ser a mais efetuada deve-se à elevada frequência de queixas por parte dos doentes devido a abscessos periodontais, em que é feita a devida medicação do doente de modo a evitar a propagação bacteriana, ou complicações mais graves (Anand, Govila, & Gulati, 2012).

A terapia médico-cirúrgica para o tratamento da dor periodontal engloba várias medidas, como por exemplo, o controle da placa bacteriana através de alisamentos radiculares.

Quanto à terapia comportamental, ela foi aplicada em 20,2% dos doentes, englobando medidas conservadoras, como por exemplo, a educação para uma correta higienização dentária com o fim de eliminar a placa bacteriana, sendo que esta é um dos principais fatores etiológicos da doença periodontal (Sam & Leung, 2006).

Em apenas 6,7% dos doentes, foi realizada terapia médico-cirúrgica em combinação com terapia farmacológica.

Na linha de estudos anteriores nomeadamente Maixner, et al., 2011; Blanco, et al., 2012; Jennings, Williams, Staikopoulos, & Ivanusic, 2012; Velly, et al, 2011; Chen, et al., 2012; Chen, et al, 2013, também nós encontramos uma prevalência de 8% dos doentes com dor da ATM. Destes, 77,0% eram do género feminino e 23,0% do género masculino.

A maior prevalência do género feminino relativamente à existência de queixas na ATM é concordante com vários estudos (Fischer, Clemente, & Tambeli, 2007; Fischer, et al., 2008; Doyle, Chiu, Haggard, Gatchel, & Wiggins, 2012; Kwon, Kim, Jung, Kim, & Ahn, 2013).

Dos doentes com dor da ATM, a maioria encontrava-se entre os 31 e os 40 anos e acima dos 60 anos (19,7%), o que é equivalente ao encontrado no estudo publicado por Unell, et al, (2012), mas que difere do estudo de Jerolimov (2009) em que a dor da ATM se encontrou em faixas etárias abaixo das referidas.

Quanto ao tipo de abordagem terapêutica dos doentes com dor da ATM, na maioria dos casos foi realizada terapia comportamental (83,3%), ou seja, a realização de uma placa oclusal. Este tipo de abordagem tem sido preconizado por outros autores tais como Tanaka, Arita, & Shibayama, 2004; Alencar, et al, 2005; Niemela, et al, 2012 e Goz, 2013. Tal fato, é compreensível uma vez que se trata de um tipo de terapia conservadora e reversível, que tem demonstrado elevada eficácia na redução dos sintomas e no alívio da dor (Niemela, et al, 2012).

A terapia médico-cirúrgica foi utilizada em 13,6% dos doentes, segundo List & Axelsson, 2010, de forma a reduzir a sintomatologia dolorosa da ATM, através da alteração irreversível dos contatos oclusais. Contudo, estudos demonstram que não há evidência da eficácia dos desgastes seletivos para o tratamento da dor da ATM. Segundo Reyes & Uyanik em 2014, devem-se efetuar tratamentos de forma conservadora, e estes apresentam-se como uma modalidade irreversível.

A terapia farmacológica foi efetuada em apenas 1,5 % dos doentes, o que se mostrou uma percentagem reduzida relativamente a outros estudos em que este tipo de terapia foi frequentemente usada (Kucuk, Kaya, Motro, & Oral, 2014). A combinação de terapia médico-cirúrgica e farmacológica foi realizada em apenas 1,5 % dos doentes.

Quanto aos doentes que referiram queixas de hipersensibilidade dentária, 3,6% dos doentes que recorreram à consulta de triagem/urgência apresentou este tipo de queixas, contudo em estudos apresentados por outros autores têm uma prevalência de

doentes com hipersensibilidade superior (Borges, et al., 2012;Cruz, et al., 2013). Assim como no estudo de Splietch & Tachou em 2013, a maioria destes doentes eram do género feminino (80%), enquanto apenas 20% eram do género masculino.

Apesar de ser um tipo de dor presente em todas as faixas etárias, a hipersensibilidade mostrou-se mais prevalente entre os 41 e os 50 anos, e de seguida entre os 31 e os 40 anos, sendo a média de idades de 43 anos.

Na hipersensibilidade dentária a terapia de eleição foi a terapia comportamental (53,3 %), em que se procedeu à educação dos pacientes relativamente aos cuidados da sua higiene oral, na medida em que é sabido que técnicas de escovagem incorretas podem causar recessão gengival, e que a acontecer, é um fator predisponente para o aparecimento de hipersensibilidade, como foi referido no estudo de Borges, et al., (2012).

Quanto à terapia farmacológica, a utilização de dessensibilizantes, por exemplo, e à terapia médico-cirúrgica, com o recobrimento radicular, por exemplo, elas foram em ambos os casos usadas em 23,3 % dos doentes com hipersensibilidade dentária.

Relativamente aos doentes que compareceram à consulta de Medicina Dentária da Clínica Universitária Egas Moniz, somente a 0,4 % dos doentes foi diagnosticada dor muscular, sendo que todos eles pertenciam ao género feminino (100%), e o tratamento efetuado foi em todos os casos a terapia médico-cirúrgica.

Como foi referido no estudo de Boto (2010) a nevralgia do trigémeo é encontrada em 4 em 100.000 habitantes, apresentando-se então como uma condição rara (Zakrzewska, 2004; Cheshire, 2007; Sabalys, Juodzbals, & Wang, 2012; Collet, Haen, Laversannes, Brignol, & Thiéry, 2013). Esta baixa incidência foi constatada no presente estudo em que foram nulos os casos encontrados. Tal acontecimento poderá dever-se à complexidade da sua patogénese (Sabalys,et al, 2012), e da capacidade de definir este diagnóstico numa primeira consulta.

Um aspeto relevante, a ter em conta no presente estudo, deve-se ao fato do género feminino ser o que refere sempre mais queixas em todos os tipos de dor orofacial. Segundo os autores Popescu, LeResche, Truelove, & Drangsholt (2010) e Siqueira & Teixeira (2012), as mulheres apresentam, regra geral, queixa de dor mais intensa, dor mais frequente e dor de maior duração. Alguns estudos justificam-no

através de mecanismos biológicos (genes, hormonas), enquanto outros suportam-no através de fatores psicológicos e sócio-culturais, ou ainda através da contribuição da interação entre estes mesmos fatores.

Em resumo, se procurarmos fazer uma análise estatística mais detalhada constata-se que há uma relação significativa entre o motivo da consulta e a idade, $\chi^2(12) = 121,120, p = ,000$.

Há uma proporção significativamente mais elevada de doentes até aos 10 anos com presença de dor (12,2%,). Este resultado pode ser explicado pelo fato de no período da infância serem bastante frequentes, por exemplo, os traumatismos e as lesões de cárie. Estudos têm demonstrado uma expressiva redução nos índices de cárie na população escolar, contudo as taxas de prevalência e incidência mais elevadas ainda são observadas em crianças em idade pré-escolar. Vários fatores podem estar na origem desta mesma prevalência, como a frequência de ingestão de doces e de escovagem dentária diária (Melo, Souza, Lima, & Braga, 2011).

As faixas etárias entre os 11 e os 20 anos, e entre os 21 e os 30 anos, foram as que mais referiram a visita à Clínica Universitária Egas Moniz com objetivo estético (20,8% e 31,7%).

Os doentes entre os 41 e os 50 anos, os 51 e os 60 anos, e acima dos 60 anos visitaram a consulta de triagem/urgência com o objetivo de reabilitar a função (18,6%, 17,9% e 12,5%), respetivamente.

Tal acontecimento pode ser explicado pelo fato da cárie e da doença periodontal serem as principais causas de perda de peças dentárias (Choun, et al., 2011). Sendo a doença periodontal bastante prevalente em adultos, como sua consequência há crescente perda de peças dentárias, que por motivos estéticos, sociais e funcionais cada vez mais motiva os doentes a procurarem reabilitação.

VII. CONCLUSÃO

Com base nos objetivos traçados para este conclui-se que:

- A maioria dos doentes compareceram na consulta de triagem/urgência com o objetivo de reabilitar a função (59,7%), 30,7% dos doentes vieram à consulta devido à presença de dor, e apenas 9,6% com objetivos estéticos;
- A maioria dos doentes que compareceram na consulta de triagem/urgência eram do género feminino, sendo também os que referiram mais queixas em todos os tipos de dor orofacial;
- A dor que mais motivou os doentes a visitarem a consulta de triagem/urgência foi a dor dentária (56,3%), sendo a terapia de eleição a médico-cirúrgica (44,3 %);
- Na dor pulpar, a prevalência foi de 21,1% dos doentes e a terapia médico-cirúrgica foi a mais efetuada (51,4%);
- Do total de doentes, 10,7 % referiram dor periodontal, aos quais foi predominantemente efetuada a terapia farmacológica (42,7%);
- Somente 8% dos doentes referiram dor da ATM e na maioria dos casos foi aplicada terapia comportamental (83,3%);
- Relativamente à hipersensibilidade dentária, 3,6% dos doentes apresentaram este tipo de queixa, aos quais predominantemente foi aplicada terapia comportamental (53,3%);
- A dor muscular foi a menos frequente, tendo sido diagnosticada a 0,4 % dos doentes, em que todos eram do género feminino e a cujos foi efetuada terapia médico-cirúrgica;
- Não foram encontrados doentes com queixas neurológicas, como por exemplo a nevralgia do trigémeo;

- Constatou-se que há uma relação significativa entre o motivo da consulta e a idade;

VIII. BIBLIOGRAFIA

- Aggarwal, V. R., Macfarlane, G. J., Farragher, T. M., & Mcbeth, J. (24 de February de 2010). Risk factors for onset of chronic oro-facial pain- Results of the North Cheshire oro-facial pain prospective population study. *PAIN* 149, pp. 354-359.
- Aldemir, K., Ustuner, E., Erdem, E., Demiralp, A. S., & Oztuna, D. (2013). Ultrasound evaluation of masseter muscle changes in stabilization splint treatment of myofascial type painful temporomandibular diseases. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Radiology*, 377-383.
- Alencar, F. G., Friction, J., Hathaway, K., & Decker, K. (2005). *Oclusão, Dores Orofaciais e Cefaleia*. São Paulo: Livraria Santos Editora Ltda.
- Almeida, F. F., Junior, A. L., Doca, F. N., & Turra, V. (2010). Pain experience and psychosocial variables: the state of the art in Brazil. *Temas em Psicologia*, 367-376.
- Anand, V., Govila, V., & Gulati, M. (March de 2012). Endo-Perio Lesions: Part II (The Treatment)- A Review. *Archives of Dental Sciences*, 10-16.
- Bagis, B., Ayas, E. A., Turgut, S., Durkan, R., & Ozean, M. (2012). Gender Difference in Prevalence of Signs and Symptoms of Temporomandibular Joint Disorders: A retrospective study on 243 consecutive patients. *International Journal of Medical Sciences*, 539-544.
- Belfer, I. (2013). Nature and Nurture of human pain. *Hindawi Publishing Corporation*, 1-19.
- Bender, S. D. (February de 2014). Orofacial Pain and Headache: a Review and Look at the Commonalities. *Current Pain and Headache Reports*, 1-6.
- Bérzin, F., Filho, J. C., Bérzin, M. D., Alves, M. C., Fernandes, G. J., & Carvalho, F. T. (September de 2011). Methodology for epidemiological study of orofacial pain and its relation to health and quality of life. *European Journal of Pain Supplements*, 1-236.

- Blanco, C. A., Penas, C. F., Rincon, A. I., Moreno, P. Z., Rio, F. G., & Svensson, P. (November de 2012). Characteristics of referred muscle pain to the head from active trigger points in women with miofascial temporomandibular pain and fibromialgia syndrome. *The Journal of Headache and Pain*, 625-637.
- Borges, A. B., Barcellos, D. C., Torres, C. R., Borges, A. L., Marsilio, A. L., & Carvalho, C. A. (2012). Dentin hypersensitivity- Etiology, Treatment Possibilities and Other Related Factors: A Literature Review. *World Journal of Dentistry*, 60-67.
- Borges, C. M., Cascaes, A. M., Fischer, T. K., Boing, A. F., Peres, M. A., & Peres, K. G. (2008). Dental and gingival pain and associated factors among brazilian adolescents:an analysis of the Brazilian Oral Health Survey 2002-2003. *cad saude publica* , 1825-1834.
- Boto, G. R. (October de 2010). Trigeminal neuralgia. *Neurocirurgia*, 1130-1473.
- Bove, S. R., Guimarães, A. S., & Smith, R. L. (13 de Outubro de 2005). Caracterização dos pacientes de um ambulatório de disfunção temporomandibular e dor orofacial. *Rev Latino-am Enfermagem*, pp. 686-691.
- Castro, A. R., Siqueira, S. R., Perissinotti, D. M., Teixeira, D. M., & Siqueira, J. T. (2009). Emotional aspects of chronic orofacial pain and surgical treatment. *International Journal of Surgery*, 196-199.
- Chen, H., Nackley, A., Miller, V., Diatchenko, L., & Maixner, W. (September de 2013). Multisystem Dysregulation in Painful Temporomandibular Disorders. *American Pain Society*, 983-996.
- Chen, H., Slade, G., Lim, P. F., Miller, V., Maixner, W., & Diatchenko, L. (October de 2012). Relationship between Temporomandibular Disorders, Widespread Palpation Tenderness and Multiple Pain Conditions: A Case-Control Study. *Journal Pain*, 1016-1027.
- Cheshire, W. P. (March de 2007). Trigeminal neuralgia. *Current Pain and Headache Reports*, 69-74.

- Choun, T. T., Ferreira, N. S., Kubo, C. H., Silva, E. G., Huhtala, M. F., Gonçalves, S. E., & Gomes, A. P. (2011). Evaluation of the knowledge and behavior of the patients in dental treatment in relation to caries, periodontal disease and oral hygiene. *Revista de Pós-Graduação*, 1-7.
- Cifter, E. D., Evlioglu, G., & Keshin, H. (2012). Occlusal Evaluation and Effect of Occlusal Disorders on Temporomandibular Joint. *Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 25-28.
- Cioffi, I., Perrotta, S., Ammendola, L., Cimiolo, R., Vollaro, S., & Paduano, S. (2014). Social impairment of individuals suffering from different types of chronic orofacial pain. *Progress in orthodontics - a SpringerOpen Journal*, 2-5.
- Cipriano, A., Almeida, D. B., & Vall, J. (2011). Profile of chronic pain patients seen in a pain outpatient setting of a major Southern Brazil cit. *Rev. Dor. São Paulo*, 297-300.
- Collet, C., Haen, P., Laversannes, S., Brignol, L., & Thiéry, G. (December de 2013). Trigeminal neuralgia: A new therapy? *Medical Hypotheses*, 1088-1089.
- Cruz, J. C., Wataha, J. C., Heaton, L. J., Rothen, M., Sobieraj, M., Scott, J., & Berg, J. (March de 2013). The prevalence of dentin hypersensitivity in general dental practices in the northwest United States. *J AM Dent Assoc*, 1-13.
- DeWitte, S. N. (2012). Sex Differences in Periodontal Disease in Catastrophic and Attritional Assemblages from Medieval London. *American Journal of Physical Anthropology*, 405-416.
- Doyle, N., Chiu, C., Haggard, R., Gatchel, R. J., & Wiggins, N. (November de 2012). The Prevalence of Temporomandibular Joint and Muscle Disorders in African Americans. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 249-260.
- Dudea, D., Lasserre, J., Alb, C., Culic, B., Ciutrla, I. S., & Colosi, H. (2012). Patient's perspective on dental aesthetics in a South-eastern European community. *Journal of dentistry*, 72-81.

- Estrela, C., Guedes, O. A., Silva, J. A., Leles, C. R., & Pécora, J. D. (2011). Diagnostic and clinical factors associated with pulpal and periapical pain. *Brazilian Dental Journal*, 306-311.
- Fischer, L., Chávez, K. E., Napimoga, J. T., Jorge, D., Arsati, F., Veiga, M. C., & Tambeli, C. H. (July de 2008). The Influence of Sex and Ovarian Hormones on Temporomandibular Joint Nociception in Rats. *The Journal of Pain*, 630-638.
- Fischer, L., Clemente, J. T., & Tambeli, C. H. (May de 2007). The protective role of Testosterone, in the Development of Temporomandibular Joint Pain. *The Journal of Pain*, 437-442.
- Fraga, B. P., Santos, E. B., Fraga, T. P., Macieira, J. C., Neto, J. P., Júnior, L. J., & Bonjardim, L. R. (2011). Fibromyalgia and temporomandibular dysfunction: a literature review. *South Brazilian Dentistry Journal*, 89-96.
- Furuta, M., Shimazaki, Y., Takeshita, T., Shibata, Y., Akifusa, S., Eshima, N., . . . Yamashita, Y. (May de 2013). Gender differences in the association between metabolic syndrome and periodontal disease: the Hisayama Study. *Journal of Clinical Periodontology*, 743-752.
- Goz, P. D. (July de 2013). Effectiveness of stabilization splints in the treatment of temporomandibular disorders. *Journal of Orofacial Orthopedics*, 271-274.
- Grewal, H., Verma, M., & Kumar, A. (2011). Prevalence of dental caries and treatment needs amongst the school children of three educational zones of urban Delhi, India. *International Journal of Dental Research*, 517-519.
- Grossmann, E., Tambara, J. S., Grossmann, T. K., & Siqueira, J. T. (September de 2012). Transcutaneous electrical nerve stimulation for temporomandibular joint dysfunction. *Sociedade Brasileira para o estudo da dor*, 271-276.
- Hopcraft, M. S., Morgan, M. V., Satur, J. G., Wright, F. A., & Darby, I. B. (2012). Oral hygiene and periodontal disease in Victorian nursing homes. *Gerodontology*, 220-228.

- Jennings, E. A., Williams, M. C., Staikopoulos, V., & Ivanusic, J. J. (March de 2012). Neurobiology of Temporomandibular Joint Pain: Therapeutic Implications. *Seminars in Orthodontics*, 63-72.
- Jerolimov, V. (2009). Temporomandibular Disorders and Orofacial Pain. *Medical Sciences*, 53-77.
- Kikwilu, E. N., Masalu, J. R., Kahabuka, F. K., & Senkoro, A. R. (29 de September de 2008). Prevalence of oral pain and barriers to use of emergency oral case facilities among adult Tanzanians. *BMC Oral Health*, 1-7.
- Kucuk, B. B., Kaya, S. T., Motro, P. K., & Oral, K. (2014). Pharmacotherapeutic agents used in temporomandibular disorders. *Oral Diseases*, 1-4.
- Kuroiwa, D. N., Marinelli, J. G., Rampani, M. S., Oliveira, W., & Nicodemo, D. (2011). Temporomandibular disorders and orofacial pain: study of quality of life measured by the Medical Outcomes Study 36 - Item Short Form Health Survey. *Re. Dor. São Paulo*, 93-98.
- Kwon, H., Kim, H., Jung, W., Kim, T., & Ahn, S. (July de 2013). Gender Differences in Dentofacial characteristics of Adult Patients with Temporomandibular Disc Displacement. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 1178-1186.
- Lacerda, J. T., Ribeiro, J. D., Ribeiro, D. M., & Traebert, J. (2011). Prevalence of orofacial pain and its impact in the oral health-related quality of life of textile industries workers of Laguna, SC, Brazil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4276-4282.
- Lacerda, J. T., Simionato, E. M., Peres, K. G., Peres, M. A., Traebert, J., & Marcenes, W. (2004). Dental pain as the reason for visiting a dentist in a Brazilian adult population. *Rev Saude Publica*, 453-458.
- Lee, K., Kim, E., Kim, J., Choi, Y., Mechant, A. T., Song, K., & Lee, H. (2014). The relationship between metabolic conditions and prevalence of periodontal disease in rural Korean elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 125-129.
- List, T., & Axelsson, S. (2010). Management of TMD: evidence from systematic reviews and meta-analyses. *Journal of Oral Rehabilitation*, 430-451.

- Litt, M. D., & Porto, F. B. (November de 2013). Determinants of Pain treatment Response and Nonresponse: Identification of TMD Patients Subgroups. *The Journal of Pain*, 1502-1513.
- Lund, J. P., Lavigne, G. J., Dubner, R., & Sessle, B. J. (2001). *Orofacial Pain: From Basic Science to Clinical Management*. USA: Lori A. Bateman.
- Maixner, W., Diatchenko, L., Dubner, R., Fillingim, R. B., Greenspan, J. D., Knott, C., . . . Slade, G. D. (2011). Orofacial Pain Prospective Evaluation and Risk Assessment study- The OPPERA Study. *The Journal of Pain*, 4-11.
- Manfredi, A. P., Silva, A. A., & Vendite, L. L. (2001). The sensibility appreciation of the questionnaire for selection of orofacial pain and temporomandibular disorders recommended by the American Academy of Orofacial Pain. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia* 67, 763-768.
- Martin, W. J., Perez, R. S., Tuinzing, D. B., & Forouzanfar, T. (December de 2012). Efficacy of antidepressants on Orofacial Pain: a systematic review. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 1532-1539.
- Melo, M. M., Souza, W. M., Lima, M. L., & Braga, C. (March de 2011). Factors associated with dental caries in preschoolers in Recife Pernambuco State, Brazil. *Cad Saúde Pública*, 471-485.
- Niemela, K., Korpela, M., Raustia, A., Ylostalo, P., & Sipila, K. (2012). Efficacy of stabilisation splint treatment on temporomandibular disorders. *Journal of Oral Rehabilitation*, 799-804.
- Nilsson, H., Samuelsson, M., Ekdahl, S., Halling, Y., Oster, A., & Perseus, K. (2013). Experiences by patients and health professionals of a multidisciplinary intervention for long-term orofacial pain. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 365-371.
- Okeson, J. P. (2005). *Bell's Orofacial Pains - The Clinical Management of Orofacial Pain*. Chicago, Berlin, Tokyo, Copenhagen, London, Paris, Milan, Barcelona, Istanbul, São Paulo, New Delhi, Moscow, Prague, and Warsaw: Lindsay Hartman.

- Okeson, J. P. (2008). *Tratamento das Desordens temporomandibulares e Oclusao*. Brasil: Elsevier Editota Ltda.
- Okeson, J. P. (2013). *Management of Temporomandibular Disorders and Occlusion*. China: 7th ed.
- Oono, Y., Wang, K., Atis, E. S., & Nielsen, L. A. (March de 2013). Thermal application modulates orofacial somatosensory perception in healthy men and women. *Clinical Neurophysiology*, 581-588.
- Oono, Y., Wang, K., Atis, E. S., & Nielsen, L. A. (2013). Thermal application modulates orofacial somatosensory perception in healthy men and women. *Clinical Neurophysiology*, 581-588.
- Pau, A., Croucher, R., Marcenes, W., & Leung, T. (15 de December de 2005). Development and Validation of a dental pain-screening questionnaire. *International Association for the Study of Pain*, 75-81.
- Peres, M. A., Iser, B. P., Peres, K. G., Malta, D. C., & Antunes, J. L. (2012). Contextual and individual inequalities in dental pain prevalence among brazilian adults and elders. *Cad saude publica*, 114-123.
- Peres, M. A., Peres, K. G., Frias, A. C., & Antunes, J. L. (2010). Contextual and individual assessment of dental pain period prevalence in adolescents: a multilevel approach. *Biomed Central*, 2-9.
- Pinto, E. C., Barros, V. J., Coelho, M. Q., & Costa, S. M. (September de 2012). Emergency dental services in a Health Unit linked to the family Healthcare Strategy of Montes Claros, Minas Gerais. *Arquivos em Odontologia*, 166-174.
- Pinto, R. S., Matos, D. L., & Filho, A. I. (2012). Characteristics associated with the use of dental services by the adult Brazilian population. *Ciência & Saúde Coletiva*, 531-544.
- Pop, M. M., Lazar, L., & Suciu, B. (2011). Clinical and Microbiological Aspects of the Periodontal Abscess. *Acta Médica Transilvanica*, 468-471.

- Popescu, A., LeResche, L., Truelove, E. L., & Drangsholt, M. T. (August de 2010). Gender differences in pain modulation by diffuse noxious inhibitory controls: a systematic review. *PAIN*, 309-318.
- Reyes, M., & Uyanik, J. M. (21 de February de 2014). Orofacial pain management: current perspectives. *Journal of Pain Research*, 99-115.
- Riley, J. L., & Gilbert, G. H. (15 de February de 2001). Orofacial pain symptoms: an interaction between age and sex. *PAIN*, 245-256.
- Riley, J. L., Gilbert, G. H., & Heft, M. W. (2005). Orofacial Pain: Patient Satisfaction and Delay of Urgent Care. *Public Health Reports*, 140-149.
- Robin, O., & Chiomento, A. (2010). Prevalence of risk factors for temporomandibular disorders: a retrospective survey from 300 consecutive patients seeking care for TMD in a French dental school. *International Journal of Stomatology & Occlusion medicine*, 179-186.
- Sabalys, G., Juodzbals, G., & Wang, H. (October de 2012). Aetiology and Pathogenesis of Trigeminal Neuralgia: a Comprehensive Review. *Journal of Oral & Maxillofacial Research*, 1-4.
- Sala, E. C., & García, P. B. (2013). *Odontología preventiva y comunitaria- Principios, métodos y aplicaciones*. Espanha: Gea Consultoria Editorial, S.L.
- Sam, K. S., & Keung, W. K. (2006). Oral health-related quality of life and periodontal status. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 114-122.
- Sanchez, H. F., & Drumond, M. M. (March de 2011). Urgent care in a dental school of Minas Gerais: patient profile and treatment success rate. *Revista Gaúcha de Odontologia*, 79-86.
- Santos, T. S., Piva, M. R., Ribeiro, M. H., Antunes, A. A., Melo, A. R., & Silva, E. D. (2010). Lasertherapy efficacy in temporomandibular disorders: control study. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 294-299.
- Shephard, M. K., Hons, B., Hons, M., Macgregor, E. A., & Zakrzewska, J. M. (September de 2013). Orofacial Pain: A Guide for the Headache Physician. *American Headache Society*, 22-39.

- Silva, E. A., Torres, L. H., & Sousa, M. L. (June de 2012). Tooth loss and impact on quality of life in adults users of two Basic Health Units. *Revista de Odontologia da UNESP*, 177-184.
- Silva, J. A., & Filho, N. P. (June de 2011). Pain as a psychophysical problem . *Revista Dor*, 138-151.
- Silva, M. F., & Ginjeira, A. (2011). Hipersensibilidade dentinária: etiologia e prevenção. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, 217-224.
- Siqueira, J. T., & Teixeira, M. J. (2012). *Dores Orofaciais Diagnóstico e Tratamento*. Brazil: Artes Médicas Ltda.
- Smith, M. V. (November de 2008). Pain experience and the imagined researcher. *Sociology of Health & Illness*, 992-1006.
- Splietch, C. H., & Tachou, A. (2013). Epidemiology of dentin hypersensitivity. *Clinical Oral Investigations*, 3-8.
- Strang, P., Strang, S., Hultborn, R., & Arnér, S. (2004). Existencial Pain - An Entity, a Provocation, or a Challenge? *Journal of Pain and Symptom Management*, 241-250.
- Swift, J. Q. (2000). Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and opioids: safety and usage concerns in the differential treatment of postoperative orofacial pain. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 8-11.
- Tallawy, H. N., Farghaly, W. M., Rageh, T. A., Shehata, G. A., Abdel, N., Badry, R., & Kandil, M. R. (2013). Prevalence of trigeminal neuralgia in Al-Quseir city (Red Sea Governorate), Egypt. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 1792-1794.
- Tanaka, E. E., Arita, E. S., & Shibayama, B. (September de 2004). Occlusal Stabilization appliance. Evaluation on its efficacy in the treatment of temporomandibular disorders. *Journal of Applied Oral Science*, 238-243.
- Teixeira, F. B. (1999). Avaliação epidemiológica de pacientes com dor orofacial de origem endodôntica que procuram o serviço de plantão de urgência da faculdade

- de odontologia de Piracicaba- UNICAMP. *Biblioteca Digital da UNICAMP*, 1-6.
- Tillmann, B. M. (2013). Dor de origem endodôntica: eventos agudos na atenção básica. *Acervo de Recursos Educacionais em Saúde*, 1-34.
- Tjakkes, G. E., Reinders, J. J., Tenverget, E. M., & Stegenga, B. (2010). TMD pain: the effect on health related quality of life and the influence of pain duration. *Health and quality of life outcomes*, 2-8.
- Unell, L., Johansson, A., Ekback, G., Ordell, S., & Carlsson, G. E. (2012). Prevalence of Troublesome symptoms related to temporomandibular disorders and awareness of bruxism in 65-and 75-year-old subjects. *Gerodontology*, 772-779.
- Vasconcelos, F. H., Catão, M. H., Pereira, F. G., Janoca, M. I., Segundo, J. H., & Florentino, V. G. (June de 2011). Acupuncture in dentistry: A literature Review. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 38-42.
- Velly, A. M., Look, J. O., Carlson, C., Lenton, P. A., & Kang, W. (8 de July de 2011). The effect of catastrophizing and depression on chronic pain - a prospective cohort study of temporomandibular muscle and joint pain disorders. *PAIN* 152, pp. 2377-2383.
- Venancio, R. D., Camparis, M. C., & Zanirato, F. (2005). Low intensity laser therapy in the treatment of temporomandibular disorders: a double-blind study. *Journal of Oral Rehabilitation*, 800-807.
- Vogt, M., Sallum, A. W., Cecatti, J. G., & Morais, S. S. (2012). Factors associated with the prevalence of periodontal disease in low-risk pregnant women. *Reproductive health*, 1-8.
- Vogt, M., Sallum, A. W., Cecatti, J. G., & Morais, S. S. (2012). Factors associated with the prevalence of periodontal disease in low-risk pregnant women. *Reproductive Health*, 2-8.
- West, N. X., & UK, B. (2007). The dentine hypersensitivity patient-a total management package. *International Dental Journal*, 411-419.

- Witrand, A., Tubach, F., & Ravaud, P. (May de 2011). Systematic review reveals heterogeneity in definition of a clinically relevant difference in pain. *Journal of Clinical Epidemiology*, 463-470.
- Zakrzewska, J. M. (June de 2004). Trigeminal neuralgia and facial pain. *Seminars in Pain Medicine*, 76-84.
- Zakrzewska, J. M. (2009). *Orofacial Pain*. New York: Joanna M. Zakrzewska.
- Zakrzewska, J. M. (2013). Multi-dimensionality of chronic pain of the oral cavity and face. *The Journal of Headache and Pain*, 2-10.

IX. ANEXOS

ANEXO 1- Aprovação da Comissão de ética



Ex.ma Senhora
Rita Monteiro Cotrim

Monte de Caparica, 14 de fevereiro de 2014

Ex.ma Senhora,

Venho comunicar-lhe que o Pedido de Parecer que submeteu à apreciação da Comissão de Ética da Egas Moniz, com o tema denominado *"Prevalência e caracterização da dor orofacial em doentes que recorrem à clínica Egas Moniz"*, foi aprovado por unanimidade.

Queira aceitar os melhores cumprimentos,

A Presidente da Comissão de Ética da Egas Moniz

Prof.ª. Doutora Maria Fernanda de Mesquita

C.C. - Prof. Doutor Sérgio Félix

ANEXO 2- Pedido de autorização à direção clínica, da Clínica Universitária Egas Moniz

Exmo Senhor
Prof. Doutor José João Mendes
Director Clínico da Clínica Universitária Egas Moniz

Monte de Caparica, 2 de Novembro de 2012

ASSUNTO: Solicitar a consulta e recolha de dados dos processos do ano 2012

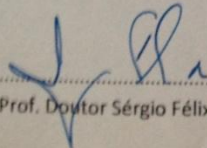
No âmbito da Unidade Curricular de Reabilitação Oral do ISCSEM, foi proposta pelo investigador responsável, Prof. Doutor Sérgio Félix, a realização de um estudo subordinado ao tema: "Prevalência e caracterização da dor Orofacial em doentes que recorreram à Clínica Dentária do ISCSEM", com o objectivo de verificar o impacto da dor como principal motivo de visita à clínica, e ainda identificação do tipo de dor e a sua abordagem terapêutica. Este estudo irá ser realizado pelo aluno do MIMD Rita Monteiro Cotrim, orientado pelos docentes, Prof. Doutor Sérgio Félix, e pelo Prof. Doutor Ignacio Barbero, responsáveis pelo estudo. O plano de trabalho engloba 4 fases distintas nos doentes que foram atendidos pela primeira vez na Clínica de Dentária Egas Moniz do período de 2012 :

- 1- Recolha de dados dos processos dos doentes entre 15 de Novembro e 15 de Fevereiro; preenchimento de formulário;
- 2- Análise detalhada de cada tipo de dor, e procedimento clínico para a mesma
- 3- Análise estatística dos dados

Neste contexto, vimos por este meio solicitar autorização para que a 1ª fase prática do trabalho, visualização dos processos do período de 2012 , possa ser realizada nas instalações da Clínica de Dentária Egas Moniz.

Com os melhores cumprimentos,
Pede deferimento,

Rita Monteiro Cotrim.....
O Aluno


Prof. Doutor Sérgio Félix

ANEXO 3- Formulário para recolha de dados

*"Prevalência e caracterização da dor orofacial em doentes que recorrem à Clínica
Universitária Egas Moniz"*
Rita Monteiro Cotrim

Folha nº _____

Processo nº _____

Sexo: ☐ M ☐ F

Idade: _____

Motivo da 1ª Consulta:

☐ Presença de dor

☐ Ausência de dor

PRESENÇA DE DOR - Tipo de dor

1-HIPERSENSIBILIDADE:

Tratamento imediato:

☐ Terapia médico/cirúrgica

☐ Terapia farmacológica

☐ Terapia comportamental

2-DOR DENTÁRIA:

Tratamento imediato:

☐ Terapia médico/cirúrgica

☐ Terapia farmacológica

☐ Terapia comportamental

3-DOR PULPAR:

Tratamento imediato:

☐ Terapia médico/cirúrgica

☐ Terapia farmacológica

☐ Terapia comportamental

4 - DOR PERIODONTAL:

Tratamento imediato:

☐ Terapia médico/cirúrgica

☐ Terapia farmacológica

☐ Terapia comportamental

*"Prevalência e caracterização da dor orofacial em doentes que recorrem à Clínica
Universitária Egas Moniz"*

Rita Monteiro Cotrim

5-DOR DA ATM:

Tratamento Imediato:

☐ Terapia médico/cirúrgica ☐ Terapia farmacológica ☐ Terapia comportamental

6-DOR NEURALGIA DO TRIGÊMIO:

Tratamento Imediato:

☐ Terapia médico/cirúrgica ☐ Terapia farmacológica ☐ Terapia comportamental

7-DOR MUSCULAR:

Tratamento Imediato:

☐ Terapia médico/cirúrgica ☐ Terapia farmacológica ☐ Terapia comportamental

AUSÊNCIA DE DOR

Visita à clínica por:

☐ Reabilitação da função

☐ Estética