

MANUAL DE DOR OROFACIAL E DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR PARA OS CIRURGIÕES-DENTISTAS DO SUS CIDADE DE SÃO PAULO

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO



PREFEITURA DE
SÃO PAULO
SAÚDE

www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/

**MANUAL DE DOR OROFACIAL E DISFUNÇÃO
TEMPOROMANDIBULAR PARA CIRURGIÕES-DENTISTAS DO
MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO**

São Paulo

Janeiro 2019

PREFEITO DA CIDADE DE SÃO PAULO

Bruno Covas

SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE

Edson Aparecido dos Santos

COORDENADORA DA ATENÇÃO À SAÚDE

Dra. Edjane Maria Torreão de Brito

ASSESSORIA TÉCNICA

Dra. Doralice Severo da Cruz

Dr. Mario Nakanishi

Elaboração

Grupo de Trabalho de Dor Orofacial

Dra. Juliana Neves Baptista Ferreira

Dr. Marcelo Minharro Cecchetti

Dra. Simone Graziani Prada

Dra. Yasmin Nawal de Freitas Ashoury

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Coordenação da Atenção à Saúde - Área Técnica de Saúde Bucal

Manual de Dor Orofacial e Disfunção Temporomandibular para Cirurgiões-

Dentistas do SUS - Cidade de São Paulo – Protocolo de atendimento

GRUPO TÉCNICO RESPONSÁVEL

Área Técnica de Saúde Bucal

Grupo de trabalho de Dor orofacial e disfunção temporomandibular – protocolo de atendimento

Ficha Técnica:

Digitação e montagem: Grupo de trabalho de Dor orofacial e disfunção temporomandibular

Área Técnica de Saúde Bucal – R. Gal. Jardim, 36 - 5º A – Centro – São Paulo
– CEP 01048-010 – Telefone: 3397 2229

FICHA EDITORIAL

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS.

- É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, **desde que citada a fonte** e, que não seja para venda ou qualquer fim comercial.
- **As ilustrações e fotos obtêm o Termo de uso de imagem, sendo, portanto, proibida cópia, reprodução e divulgação sem autorização prévia.**

Coordenação da Atenção à Saúde - Área Técnica de Saúde Bucal.

Sumário

PARTE I	1
1. DEFINIÇÕES E CLASSIFICAÇÕES	1
2. OBJETIVO GERAL	2
2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	2
3. A DOR	3
3.1 Fisiopatologia da dor	3
3.2 Classificação da dor	4
3.2.1 Dor nociceptiva ou inflamatória	4
3.2.2 Dor neuropática	4
3.2.3 Dor psicogênica	5
3.2.4 Dores mistas	5
4. DORES OROFACIAIS	6
4.1 Dores alveolodentárias	7
4.2 Dores musculoesqueléticas	7
4.2.1 Disfunções temporomandibulares	7
4.2.1.1 Diagnóstico da disfunção temporomandibular	9
4.2.1.2 Disfunção temporomandibular muscular	11
4.2.1.3 Disfunção temporomandibular articular	13
4.3 Dores neuropáticas	16
4.3.1 Neuralgia do nervo trigêmeo	16
4.3.2 Odontalgia atípica	17
4.3.3 Dor pós-traumática	17
4.3.4 Síndrome da ardência bucal (SAB)	18
4.3.5 Neuralgia pós-herpética	19
4.4 Dores psicogênicas	20
4.5 Dores referidas à face	20
4.6 Dores neurovasculares	20
5. BRUXISMO	21
6. SONO	24
PARTE II	25
7- PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DO PACIENTE COM DOR E ATRIBUIÇÕES DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL DA ATENÇÃO BÁSICA	25

7.1 Exame clínico do paciente com dor	27
7.1.1 Anamnese	27
7.1.2 Exame físico	29
7.2 Protocolos de tratamentos para dores orofaciais	31
7.2.1 Terapia medicamentosa na atenção básica	31
7.2.1.1 Analgésicos	32
7.2.1.2 Anti-inflamatórios	33
7.2.1.3 Lubrificante bucal	34
7.2.1.4 Medicação preemptiva	34
7.2.2 Terapia cognitiva comportamental	35
7.2.3 Termoterapia	38
7.3 Conduitas em casos de urgências em dor orofacial	39
7.3.1 Urgência em disfunções temporomandibulares	41
7.3.1.1. Mialgias (DTM muscular)	41
7.3.1.2 Artralgias agudas	42
7.4 DTM crônica e/ou de causa sistêmica	45
7.5 Dores a esclarecer	46
7.5.1. Dores neuropáticas	46
7.5.1.1 Neuralgia do nervo Trigêmeo	46
7.5.1.2 Odontalgia atípica	46
7.5.1.3 Dor pós-traumática	49
7.5.1.4 Síndrome da ardência bucal (SAB)	49
7.5.1.5 Neuralgia pós-herpética	50
7.5.2 Dores psicogênicas	50
7.5.3 Dores referidas à face	50
7.5.4 Dores neurovasculares	51
7.6 Bruxismo	51
7.7 Sinais de alerta	51
PARTE III	53
8. PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DO PACIENTE COM DOR E ATRIBUIÇÕES DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	53
8.1 Terapêutica medicamentosa	53
8.1.1. Opioides	53
8.1.2 Antidepressivos tricíclicos	55

8.1.3 Fármacos miorreaxantes	56
8.1.4 Anticonvulsivantes	57
8.1.5 Capsaicina	59
8.2 Terapêuticas não farmacológicas	59
8.2.1 Terapias fisioterápicas / cinesioterapia	60
8.2.1.1 Terapias manuais	60
8.2.2 Agulhamento seco e/ou infiltrações anestésicas	61
8.2.3 Estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS)	61
8.2.4 Fotobioestimulação (LASER - Light amplification stimulated emission radiation)	63
8.2.5 Acupuntura	64
8.2.6 Placa acrílica interoclusal / placa miorreaxante	65
8.3 Conduas clínicas	66
8.3.1 Mialgias mastigatórias	66
8.3.2. Síndrome dolorosa miofascial	67
8.3.3 Outras DTM musculares	68
8.3.4 Osteoartrite	70
8.3.5 Luxação mandibular	70
8.3.6 Deslocamento do disco articular	71
8.3.7 Dores neuropáticas	73
8.3.7.1 Neuralgia do nervo Trigêmeo	73
8.3.7.2 Odontalgia atípica	73
8.3.7.3 Dor pós-traumática	74
8.3.7.4 Dor pós-herpética	75
8.3.8 Outros quadros álgicos na face	76
PARTE IV	78
9. PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DO PACIENTE COM DOR E AS ATRIBUIÇÕES DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO TERCIÁRIA .	78
9.1 Terapia medicamentosa	78
9.1.1 Aplicação de Toxina Botulínica	78
9.1.2 Viscosuplementação	80
9.2 Terapias cirúrgicas	81
9.2.1 Artrocentese e viscosuplementação	81
9.2.2 Cirurgias da ATM	82
10. FLUXO DE ENCAMINHAMENTO	84

11. CONCLUSÃO	89
12. REFERÊNCIAS	90
ANEXOS	97

AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos integrantes do Grupo de Trabalho de Dor orofacial e disfunção temporomandibular da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo

Dra. Juliana Neves Baptista Ferreira – UBS Vila Ema

Dr. Marcelo Minharro Cecchetti – Hospital Municipal do Campo Limpo

Dra. Simone Graziani Prada – UBS Sacomã

Dra. Yasmin Nawal de Freitas Ashoury – UBS Campo Grande

Ficha catalográfica

S241m São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde. Coordenação da Atenção à Saúde. Departamento de Apoio à Atenção à Saúde. Área Técnica Saúde Bucal

Manual de dor orofacial e disfunção temporomandibular para cirurgiões-dentistas do SUS – Cidade de São Paulo – Protocolo de atendimento. São Paulo: SMS, 2019.

102p.

1. Dor Facial. 2. Transtornos da Articulação Temporomandibular. 3. Saúde Bucal. 4. Atenção Primária à Saúde.

I. Título.

CDU-616.31

APRESENTAÇÃO

Consoante os princípios e normas que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Federal de 1988, a rede de serviços de saúde bucal deve se organizar de forma a possibilitar a atenção integral à saúde que se inicia pela organização do processo de trabalho na rede básica de saúde e soma-se às ações em outros níveis assistenciais, compondo o cuidado a saúde (CECÍLIO e MERHY, 2003).

O atual contexto do Sistema Único de Saúde na Cidade de São Paulo coloca para a gestão alguns desafios para a consecução desse objetivo. Incentivar, apoiar e subsidiar o desenvolvimento das equipes de Saúde Bucal dos territórios para o exercício da clínica ampliada, com suporte no perfil epidemiológico da população sob sua responsabilidade, promovendo a Universalização da atenção com Integralidade das ações e Equidade do acesso, conforme os preceitos constitucionais reiterados nas Diretrizes de Saúde Bucal da Cidade de São Paulo.

Este Manual elaborado com maestria pelos componentes do Grupo de Trabalho de Dor Orofacial e Disfunção Temporomandibular (DO e DTM) tem como finalidade o incremento na competência diagnóstica e terapêutica do cirurgião-dentista que compõe a equipe de Saúde Bucal da Atenção Básica e, concomitantemente implantar a linha de cuidado para a dor orofacial de origem não odontogênica através da implantação de referência para a especialidade.

Espera-se, com isto, melhoria de qualidade no atendimento, com maior capacidade resolutiva e encaminhamento conclusivo de forma a oferecer ao usuário o melhor tratamento em tempo oportuno.

Edson Aparecido dos Santos

Secretario Municipal da Saúde de São Paulo

LISTA DE ABREVIATURAS

AIE	Anti-inflamatório esteroidal
AINE	Anti-inflamatório não esteroidal
ATM	Articulação temporomandibular
CEO	Centro de especialidades odontológicas
CMC	Carboximetilcelulose
CTBMF	Cirurgião bucomaxilofacial
DDCR	Deslocamento do disco articular com redução
DDSR	Deslocamento do disco articular sem redução
DO	Dor orofacial
DTM	Disfunção temporomandibular
ESB	Equipe de saúde bucal
EVA	Escala visual analógica
EVN	Escala verbal numérica
HA	Ácido hialurônico
HS	Hialuronato de sódio
IASP	Associação internacional para estudo da dor
LASER	Light amplification by stimulated emission of radiation
PG	Pontos gatilhos (<i>trigger points</i>)
PMR	Placa miorrelaxante
PMSP	Prefeitura municipal de São Paulo
SAB	Síndrome da ardência bucal
SDM	Síndrome dolorosa miofascial
SNC	Sistema nervoso central
SNP	Sistema nervoso periférico
SUS	Sistema único de saúde
TCC	Terapia cognitiva comportamental
TENS	Estimulação elétrica nervosa transcutânea
TGO	Transaminase glutâmico-oxalacética
TGP	Transaminase glutâmico-pirúvica
UBS	Unidade básica de saúde

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Classificação etiológica das dores orofaciais	7
QUADRO 2	Etiologia das disfunções temporomandibulares	8
QUADRO 3	Questionamentos para triagem de pacientes com possíveis sinais e sintomas de DTM	10
QUADRO 4	Anamnese dirigida para DO e DTM	28
QUADRO 5	Exame físico do paciente com DTM	29
QUADRO 6	Analgésicos recomendados para dores fracas e moderadas de natureza nociceptiva e mista	32
QUADRO 7	AINES e corticoides recomendados para dores fracas e moderadas de natureza nociceptiva e mista	33
QUADRO 8	Orientações ao paciente com DTM	37
QUADRO 9	Relação das patologias com nível de atenção a qual pertencem	52
QUADRO 10	Codeína indicada para uso em dores moderadas em nível de atenção secundária	54
QUADRO 11	Antidepressivos indicados para uso em dores moderadas a severas em nível de atenção secundária	56
QUADRO 12	Fármacos com atividade antiespasmódica central de uso pelo especialista em DO e DTM	57
QUADRO 13	Anticonvulsivantes usados para controle da dor neuropática moderada a severa pelo especialista em DO e DTM	58

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	Escala visual analógica	27
FIGURA 2 (A-D)	Exame físico do paciente com DTM	30
FIGURA 3 (E-H)	Exame físico do paciente com DTM	31
FIGURA 4	Lubrificante bucal	34
FIGURA 5	Fluxograma de atendimento do paciente com dor odontogênica	40
FIGURA 6	Fluxograma de atendimento do paciente com DTM muscular	43
FIGURA 7	Fluxograma de atendimento do paciente com artralgia de ATM	47
FIGURA 8	Fluxograma de atendimento do paciente com dores a esclarecer	48
FIGURA 9	Aparelho de estimulação elétrica nervosa transcutânea	62
FIGURA 10	Eletrodos de superfície	62
FIGURA 11	Aparelho de LASER terapêutico	64
FIGURA 12	Acupuntura	65
FIGURA 13	Placa miorrelaxante adequadamente ajustada	66
FIGURA 14	Fluxo de atendimento do paciente com DTM muscular no especialista em DO e DTM	69
FIGURA 15	Fluxo de atendimento do paciente com DTM articular no especialista em DO e DTM	72
FIGURA 16	Fluxo de atendimento do paciente com dores neuropáticas faciais na atenção secundária	77
FIGURA 17	Frasco ampola de toxina botulínica de 100U	79
FIGURA 18	Frasco ampola de toxina botulínica de 500U	80
FIGURA 19	Fluxo de atendimento do paciente com queixa de	86

	dor na face	
FIGURA 20	Referências possíveis ao dentista especializado em dor orofacial e DTM do PMSP	87
FIGURA 21	Relação dos diagnósticos assistidos pelo cirurgião-dentista especialista em dor orofacial e DTM no município de São Paulo	88

PARTE I

1. DEFINIÇÕES E CLASSIFICAÇÕES

As queixas álgicas são as maiores motivadoras de procura por tratamento na rede básica de atenção à saúde bucal. As dores odontogênicas, como pulpites e abscessos dentoalveolares são de domínio técnico dos cirurgiões-dentistas, mas existem quadros álgicos agudos e crônicos na face, de diagnóstico mais complexo, os quais se revelam um desafio, uma vez que podem requerer avaliação e tratamentos especializados e multiprofissionais.

Estima-se que a grande maioria dos pacientes com disfunção temporomandibular (DTM) tenham dores por cerca de 6 a 8 anos, com impactos na qualidade de vida, relacionados ao trabalho, atividades escolares, relação familiar e qualidade do sono. Apesar dos avanços da Saúde Bucal, ainda há uma demanda reprimida na área da especialidade de Dor Orofacial e Disfunção Temporomandibular.

O Conselho Federal de Odontologia reconheceu a especialidade de dor orofacial e DTM somente em 2002, o que explica as dúvidas e equívocos de muitos cirurgiões-dentistas com relação aos diagnósticos e tratamentos possíveis e eficazes para o correto manejo da queixa dolorosa em face. Com isso, não há protocolos terapêuticos estabelecidos para a abordagem destes pacientes na saúde pública, além da ausência de regulamentação para o direcionamento específico para níveis superiores de atenção. Desta maneira, tornou-se necessária a criação de diretrizes para difundir e padronizar os fluxos de detecção, diagnóstico e tratamento da dor orofacial e de encaminhamento aos especialistas da rede municipal.

2 OBJETIVO GERAL

Melhora da qualidade da atenção básica à saúde bucal, por meio do incremento dos conhecimentos técnicos e científicos dos cirurgiões dentistas que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade de São Paulo e implementação de um fluxo para referência e contrarreferência de pacientes diagnosticados com dores orofaciais.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Aprimorar a competência de diagnóstico e tratamentos do cirurgião-dentista da rede básica de saúde frente às dores e distúrbios do sistema estomatognático;
- Criação e divulgação do protocolo de referência e contrarreferência para pacientes portadores de dores orofaciais de origem não odontogênica.

3 DOR

Segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), dor é “*uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada a dano tecidual real ou potencial ou descrita em tais termos*”. Pode ser aguda ou crônica. A primeira funciona como um sinal adaptativo que alerta para um dano real ou potencial e é associada a uma condição clínica de início recente que cessa após a remoção da causa. A dor persistente ou crônica, por sua vez, mantém-se além do período necessário para a cura da lesão tecidual, com tempo de evolução superior a 3 meses. Sua instalação decorre de alterações no sistema nervoso central (SNC) que prolongam ou perpetuam a dor. Assim, a dor crônica configura-se na própria doença.

3.1 Fisiopatologia da dor

A inervação sensitiva da região orofacial é feita pelos ramos do nervo trigêmeo. Após dano tecidual ou inflamação, neurônios aferentes nociceptivos são ativados, gerando potenciais de ação que seguem por fibras amielínicas do tipo A-delta e C até o SNC. A informação nociceptiva é então processada para determinar a localização, qualidade, intensidade e duração do estímulo. Mediadores químicos e inflamatórios podem aumentar a excitabilidade destes nociceptores causando uma sensibilização periférica, clinicamente representada por uma hiperalgesia, comumente encontrada em dores agudas.

A persistência do estímulo nociceptivo, juntamente com a ação de neurotransmissores e mediadores químicos e inflamatórios, podem provocar mudanças funcionais no processamento nociceptivo central, denominado de

neuroplasticidade. Esta dinâmica reduz o limiar de ativação nervosa, gerando resposta aumentada a estímulos nocivos, aumento de descargas espontâneas e alterações do campo receptor. Tais modificações, somadas à existência de um circuito nervoso intrincado e convergente no tronco cerebral e de influências descendentes inibitórias e facilitatórias, contribuem para a ocorrência de uma sensibilização central. Clinicamente, observa-se um quadro compatível com dor crônica.

3.2 Classificação da dor

Há vários tipos de classificações, baseadas na localização, tipo, duração e região afetada. Quanto à origem, as dores podem ser:

3.2.1 Dor nociceptiva ou inflamatória

É determinada pela ativação fisiológica de neurônios periféricos frente a um estímulo nocivo (nociceptores), podendo ser perpetuada pela alteração da plasticidade nervosa.

3.2.2 Dor neuropática

É definida pela IASP como uma dor iniciada ou causada por uma lesão primária ou disfunção do sistema nervoso. Pode ser espontânea, quando aparece sem nenhum estímulo detectável, ou evocada, como resposta anormal ao estímulo. A dor

espontânea pode ser contínua ou paroxística (curta duração e forte intensidade) e é descrita como “em queimação”, “em agulhada”, “ardência”, “surda” ou “como câibra”.

3.2.3 Dor psicogênica

Quando nenhum mecanismo nociceptivo ou neuropático é identificado. Necessita de ampla avaliação multiprofissional para ser definida.

3.2.4 Dores mistas

Quando há uma associação dos diferentes tipos de dor acima descritos.

4. DORES OROFACIAIS

Dor orofacial (DO) é um termo inespecífico, referente a um grupo de afecções dolorosas, agudas ou crônicas, que acometem os tecidos moles e duros da face e da cavidade oral. Sua presença implica em repercussões particulares, uma vez que a face e a boca desempenham importante papel biológico, emocional e psicológico, causando impacto negativo na qualidade de vida.

As dores orofaciais estão incluídas na Classificação Internacional das Cefaleias (2014), no item 11 referente às "*Cefaleias ou dor facial atribuída a perturbação do crânio, pescoço, olhos, ouvidos, nariz, seios peri-nasais, dentes, boca ou outras estruturas cranianas ou faciais*", e no item 13 que trata das "*Lesões dolorosas dos nervos cranianos e outras dores faciais*".

As dores na cabeça e na face têm alta prevalência no Brasil. Um estudo feito com 890 indivíduos adultos e idosos moradores em Ermelino Matarazzo, município de São Paulo, encontrou mais da metade da amostra com dores. O bruxismo estava presente em 10,6% dos indivíduos e as queixas de dor de dente em 10,2%. Mais da metade dessa população apresentava dores em outras áreas do corpo que afetavam a realização de suas atividades diárias. O sexo feminino foi o mais acometido e a maior prevalência de dor foi relacionada com a presença de distúrbios do sono, uso contínuo de medicações para tratamento de doenças crônicas, prejuízos na qualidade de vida, ansiedade e depressão.

Etiologicamente, as dores orofaciais podem ser divididas como exposto no QUADRO 1.

4.1 Dores alveolodentárias

São algias odontogênicas que podem acarretar dores na face, na cabeça ou no ouvido. São bem conhecidas pelos cirurgiões-dentistas atuantes nas UBS e geralmente de fácil identificação e tratamento.

QUADRO 1 - Classificação etiológica das dores orofaciais.

ETIOLOGIA	EXEMPLOS
1. Alveolodentárias	Pulpites, pericoronarites, pericementite apical aguda
2. Musculoesqueléticas	Disfunções temporomandibulares (DTM)
3. Neuropáticas	Neuralgia do trigêmeo, síndrome da ardência bucal (SAB), dor facial atípica, dor pós-herpética
4. Psicogênicas	Síndrome da conversão
5. Referidas	Infarto agudo do miocárdio, câncer
6. Neurovasculares	Cefaleias primárias

4.2 Dores musculoesqueléticas

São as dores que acometem a musculatura mastigatória e/ou as articulações temporomandibulares (ATM), conhecidas como disfunções temporomandibulares.

4.2.1 Disfunções temporomandibulares

Trata-se de um grupo heterogêneo de problemas clínicos agudos ou crônicos que acometem os músculos mastigatórios, as articulações temporomandibulares ou uma combinação destas estruturas. Seus sintomas mais comuns podem incluir limitação

do movimento mandibular, dor muscular mastigatória, dor na ATM, limitação ou desvio da abertura bucal e ruídos articulares.

No Brasil, estima-se que aproximadamente 37% da população apresente ao menos um sintoma de DTM. Contudo, nem todos os portadores de sinais positivos necessitam de tratamento. Somente disfunções mandibulares que motivem queixas devem ser abordadas, o que atinge cerca de 15% da população. Mulheres são quase cinco vezes mais afetadas que homens e a idade mais frequente varia entre 19 e 45 anos. Sua etiologia é variada e pode compreender desarranjos articulares, distúrbios dos músculos mastigatórios, doenças sistêmicas ou tumores. O QUADRO 2 mostra como as disfunções temporomandibulares podem ser classificadas.

QUADRO 2 - Etiologia das Disfunções Temporomandibulares

DOR E DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR			
PRIMÁRIA OU IDIOPÁTICA		SECUNDÁRIA OU SINTOMÁTICA	
Articulares	Musculares	Articulares	Musculares
I. Artralgias primárias	I. Mialgia local	I. Inflamatória (Poliartrite)	I. Inflamatórias (Miosite)
II. Osteoartrose Osteoartrite	II. Síndrome dolorosa miofascial	II. Tumores	II. Contratura
III. Deslocamento do disco articular		III. Luxação mandibular	III. Mioespaço
		IV. Infecções	IV. Trismo
		V. Fraturas	V. Neuromusculares
		VI. Anquilose	VI. Fibrose muscular
		VII. Hiperplasia da cabeça da mandíbula	VII. Infecções
			VIII. Neoplasias musculares
			VIII. Pós-cirúrgicas ou pós-traumáticas

FONTE: Siqueira e Teixeira, 2012.

4.2.1.1 Diagnóstico da disfunção temporomandibular

O diagnóstico da DTM é essencialmente clínico. Devido à sua ampla variedade de etiologias, deve ser realizada uma anamnese criteriosa e um exame físico cuidadoso.

Comumente, o paciente com DTM refere dor na face, contínua ou intermitente, e possivelmente agravada pela mastigação e atividade mandibular. É frequente a associação com queixas de dor de cabeça, fruto do envolvimento dos músculos temporais, ou relacionada com alterações neurovasculares.

Um sinal comum é a alteração dos movimentos mandibulares, pela diminuição de amplitude da lateralidade mandibular, presença de desvio em abertura bucal, da dificuldade de abertura da boca (trismo) ou do travamento fechado (impossibilidade de abertura de boca por desarranjos articulares). Por outro lado, uma abertura bucal maior que o normal (subluxação) ou luxação da ATM (travamento em abertura) também são sinais de DTM. Além disso, podem estar presentes ruídos na ATM, como estalos em abertura e/ou fechamento de boca (*click*), ou crepitação. A hipertrofia de músculos masseteres e temporais, as otites, as cervicalgias, os desgastes dentais (atrição) e as abfrações também são achados bastante frequentes.

Fatores psicológicos de ordem comportamental (hábitos parafuncionais, como o bruxismo), emocional (ansiedade, depressão e estresse) ou cognitivo (expectativas e significados) podem estar envolvidos. Tais fatores podem contribuir ou causar um aumento no nível de hiperatividade muscular, exercendo um papel importante na modulação da sintomatologia apresentada.

Diante de um paciente com queixa álgica não odontogênica na face, o dentista clínico da UBS pode lançar mão de perguntas de triagem para detecção de DTM, como as descritas no questionário (QUADRO 3) para triagem de pacientes com suspeita de DTM, no qual quatro respostas positivas indicam possível DTM no paciente.

QUADRO 3 – Questionamentos para triagem de pacientes com possíveis sinais e sintomas de DTM.

1. Você tem dificuldade, dor ou ambos ao abrir a boca ou ao bocejar, por exemplo?

2. A sua mandíbula fica “trancada”, “presa” ou “cai”?

3. Você tem dificuldade, dor ou ambos ao mastigar, falar ou ao usar os maxilares?

4. Você nota algum ruído nas articulações da mandíbula?

5. Normalmente você sente sua mandíbula cansada, rígida ou tensa?

6. Você tem dor nas orelhas, têmporas ou bochechas?

7. Você tem dores de cabeça, pescoço ou dor de dente com frequência?

8. Recentemente você sofreu algum trauma na cabeça, pescoço ou mandíbula?

9. Você observou qualquer alteração recente na sua mordida?

10. Você já recebeu algum tratamento prévio para dor facial não explicada ou para um problema na articulação da mandíbula?

FONTE: Leeuw, 2010

O tratamento das disfunções temporomandibulares é bastante variável e depende de fatores como o tempo da dor (aguda ou crônica), a natureza da dor (muscular, articular ou mista), a distribuição e a localização da dor e a presença de morbidades associadas e de fatores perpetuantes (oclusais, posturais, psicológicos, sistêmicos). De modo geral, pode-se lançar mão de medidas fisioterápicas locais, como calor, frio

e neuroestimulação elétrica transcutânea; placas oclusais; laser terapêutico; acupuntura; abordagem comportamental, como esclarecimento, *biofeedback* e controle do estresse; uso de fármacos; infiltrações intra-articulares; toxina botulínica e procedimentos cirúrgicos, dependendo da alteração e da patologia apresentada pelo paciente.

Além dos fatores locais, a presença de comorbidades sistêmicas, como *Diabetes mellitus*, lúpus eritematoso sistêmico, anemia falciforme, fibromialgia e artrites, bem como de doenças mentais, como ansiedade e depressão, devem ser consideradas no tratamento do paciente com dor crônica, exigindo uma abordagem multidisciplinar.

4.2.1.2 Disfunção temporomandibular muscular

Geralmente há dor difusa e mal localizada afetando os músculos da cabeça e do pescoço, região pré-auricular, nuca e fundo de olho, uni ou bilateralmente. O paciente costuma descrevê-la como uma dor “em peso”, “aperto”, “pressão”, “cansada”, “queimação” ou “pontada”. Pode estar associada a uma limitação de abertura de boca ou irregularidade na abertura. Pode ocorrer queixa de zumbido, sensação de plenitude auricular ou tontura. A palpação da musculatura mastigatória e cervical revela hiperalgesia local.

Há uma DTM muscular crônica, conhecida por síndrome dolorosa miofascial (SDM) que pode mostrar uma dor referida. Sua prevalência é de difícil determinação, pois existem muitos casos subdiagnosticados. É caracterizada pela formação de pontos gatilhos (PG), também conhecidos como *trigger points*, nas bandas musculares

causados por uma contração excessiva e prolongada das fibras dos músculos mastigatórios, o que gera um processo inflamatório com liberação de substâncias algôgenas. Inicia-se, assim, um ciclo caracterizado pela sensibilização do sistema nervoso neurovegetativo, secundário ao aumento de sua atividade e, conseqüentemente, um aumento da sensibilidade dolorosa. Esta pode ser autoalimentada por mecanismos periféricos e/ou centrais.

As principais características da SDM incluem dor difusa em um músculo ou grupo de músculos; dor regional em peso, queimação, latejamento, surtos de dor, dor à distância, e, às vezes, queixas de parestesias (sem padrão neuropático); banda muscular tensa palpável, contendo PG; reprodução das queixas ou alterações das sensações durante a compressão do ponto miálgico; possível limitação da amplitude de movimento; encurtamento muscular à função e possível redução da força muscular. Contudo, a identificação do PG numa banda muscular tensa, com reprodução do tipo e intensidade de dor tal qual àquela que o paciente se queixa é critério mínimo de diagnóstico.

Em geral, as DTM musculares, sejam elas crônicas ou agudas, podem ser moduladas por hábitos parafuncionais (onicofagia, morder tampa de caneta, mascar chicletes, etc.), bruxismo do sono e da vigília, má postura cervical, sono inadequado e quadros ansiosos, depressivos e/ou fibromiálgicos. Estes devem ser identificados no momento da anamnese, sob pena de insucesso no tratamento proposto, por negligência na abordagem destes fatores. No consultório, não é raro escutar queixas de dores musculares decorrentes de exodontias demoradas; secundárias a quadros dolorosos, como pericementites; ou por esforço excessivo, como consequência do consumo de alimentos que exigem força muscular significativa e prolongada, como

carne e chicletes. Nestas situações agudas, o profissional da UBS pode tratar o paciente com procedimentos odontológicos de rotina (quando houver indicação, de acordo com o diagnóstico), terapias cognitivas comportamentais (TCC), analgésicos e/ou anti-inflamatórios. Por outro lado, em caso de dores crônicas ou persistentes ao tratamento proposto acima, o cirurgião-dentista deve encaminhar o paciente para avaliação do especialista em DTM e DO, para tratamento complementar, por meio da prescrição de outros fármacos, laserterapia, agulhamento seco, infiltração anestésica, acupuntura, terapia elétrica transcutânea, abordagem multiprofissional, dentre outros.

4.2.1.3 Disfunção temporomandibular articular

A ATM pode ser afetada por doenças locais ou sistêmicas, como:

- Desarranjos internos da articulação: desvios de forma (defeitos na superfície articular e afinamento/ perfuração do disco), deslocamentos do disco articular (com ou sem redução) e deslocamento do complexo disco-cabeça da mandíbula (hipermobilidade ou luxação);
- Desordens inflamatórias (capsulite, sinovite e retrodiscite);
- Doenças degenerativas (osteoartrose, osteoartrite e poliartrite);
- Anquilose (fibrosa ou óssea);
- Tumores.

A identificação de uma ATM com alterações depende de anamnese e exame físico criterioso. Os sinais e sintomas podem incluir: ruídos, limitação ou irregularidade da

amplitude dos movimentos mandibulares, edema pré-auricular, travamentos mandibulares abertos ou fechados, alterações oclusais, sintomas otológicos e dor.

Os ruídos articulares inicialmente não devem causar preocupação ao profissional. Porém, deve-se dar atenção especial quando este sinal é acompanhado de queixa ou coexiste com uma doença sistêmica degenerativa. Nestas condições, o paciente deve ser encaminhado para avaliação especializada. Acrescentam-se as limitações de amplitude de movimento mandibular, a movimentação irregular da articulação e queixas de zumbidos e dor. Alterações de oclusão, principalmente as repentinas, são fatores indicativos para o encaminhamento do paciente.

O cirurgião-dentista deve dedicar atenção aos relatos de dor e/ ou edema visível na região pré-auricular que correspondam a artralgia aguda. Nestes casos, deve-se adotar táticas de TCC, termoterapia com calor, bem como a prescrição de analgésicos e anti-inflamatórios, a depender do grau de dor relatado pelo paciente. Além disso, o paciente precisa ser encaminhado para o especialista em dor orofacial e DTM para medidas locais elegidas de acordo com sua necessidade (placas miorrelaxantes, injeção de corticoides intra-articulares, exercícios locais, abordagem multiprofissional, etc.).

i. Deslocamento de disco sem redução - DDSR (luxação de disco articular)

De maneira geral, ocorre por um desequilíbrio físico entre disco articular, eminência articular e cabeça da mandíbula, que pode levar ao deslocamento do disco articular para anterior da cabeça da mandíbula. Quando o paciente se encontra com limitação da abertura de boca, sem conseguir recapturar o disco com a movimentação mandibular de abertura de boca (ou, em alguns casos, de

lateralidade), trata-se de um deslocamento do disco sem redução (DDSR). Os movimentos de lateralidade também podem estar afetados. Normalmente é acompanhado de dor localizada espontânea, ou evocada na tentativa de abertura bucal ou durante a mastigação.

O DDSR pode ser acompanhado de edema pré-auricular. O tratamento consiste na terapêutica medicamentosa sintomática, se necessário, e na orientação quanto a exercícios de movimentos protrusivos e laterais da mandíbula, alimentação pastosa, placas de mordidas e infiltrações intra-articulares.

ii. Luxação de mandíbula

Trata-se do deslocamento da cabeça da mandíbula para anterior da eminência articular, muitas vezes sem dor. Desta maneira o paciente não consegue realizar fechamento mandibular.

O tratamento imediato da luxação consiste na redução manual da mandíbula e contenção com bandagens para evitar recidiva, além de orientações de repouso mandibular, compressas e terapêutica medicamentosa sintomática. Terapias mediatas, como TCC e exercícios servem para prevenção de luxações futuras. Se as medidas de controle não são instituídas, a condição pode tornar-se crônica, com muitos episódios de luxação, o que pode demandar intervenção cirúrgica para tratamento da luxação recidivante.

4.3 Dores neuropáticas

Ocorrem quando há alterações em nível de sistema nervoso central ou periférico. São exemplos deste tipo de dor as odontalgias não odontogênicas, como neuralgia do trigêmeo, síndrome da ardência bucal (SAB) e a dor facial atípica.

4.3.1 Neuralgia do nervo trigêmeo

A dor neuropática facial, mais conhecida como neuralgia trigeminal, é uma das mais fortes e intensas vivenciadas pelo ser humano. É causada por uma lesão tecidual primária do nervo ou por disfunções do sistema nervoso em um dos três ramos do V par craniano. É caracterizada como uma dor em choque, paroxística (curta duração e forte intensidade), que varia de segundos a alguns minutos. Ela é normalmente provocada por toque não nocivo de uma zona-gatilho que pode ser na pele, na mucosa e até no próprio dente. A neuralgia do trigêmeo é caracterizada por ser geralmente unilateral, seguindo a distribuição do quinto par craniano. As crises dolorosas podem ocorrer durante o sono e podem ser intervaladas por um período refratário. A dor é descrita como intensa, afiada, tipo esfaqueamento, tiros, relâmpagos e, mais corriqueiramente, como choques elétricos. Seu diagnóstico é clínico, mas pode exigir complementação com tomografias computadorizadas do crânio e ressonância magnética do segmento cefálico para exclusão de tumores ou infecções.

O tratamento inicialmente é farmacológico e envolve a prescrição de anticonvulsivantes, antidepressivos tricíclicos, neurolépticos, anestésicos locais, capsaicina tópica e fármacos adjuvantes, como os miorelaxantes. Para casos

resistentes à terapia farmacológica, tratamentos neurocirúrgicos podem ser necessários.

É de suma importância para o cirurgião-dentista o reconhecimento desta condição álgica, a fim de evitar iatrogenias, como a extração ou o tratamento endodôntico sem patologias locais. Além disso, encaminhar um paciente com suspeita de neuralgia do trigêmeo para uma avaliação adequada contribuirá para diminuir o sofrimento destes indivíduos, mediante confirmação do diagnóstico e adoção de tratamento eficaz.

4.3.2 Odontalgia atípica

É uma neuropatia trigeminal crônica que afeta as divisões mandibular ou maxilar do nervo trigêmeo. Quando há uma história de exodontia na região da queixa, também pode ser chamada de “dor do dente fantasma”. Diferentemente do que ocorre na neuralgia trigeminal, em geral, pacientes acometidos pela odontalgia atípica queixam-se de uma dor constante localizada no dente, gengiva ou área onde houve um tratamento dentário (endodontia, exodontia ou outra lesão local). Não é raro haver envolvimento de outras áreas da face. Além disso, não há patologias dentárias ou periodontais que clinicamente e radiograficamente justifiquem a dor.

4.3.3 Dor pós-traumática

Diante de um estímulo nociceptivo periférico (complicações cirúrgicas, lesão de nervo, traumas de face, etc.) podem ocorrer falhas nos mecanismos fisiológicos da inflamação relacionados à cicatrização, que, por um mecanismo de sensibilização central, podem estar envolvidos na persistência da dor pós-operatória. Embora ainda

não esteja claro quais são as causas que contribuem com a transição da dor aguda para a crônica, alguns estudos apontam a associação de fatores, como presença de dor pré-operatória, traumatismo intenso ou dor pós-operatória intensa.

O paciente com dor pós-cirúrgica persistente comumente relata dormência, formigamento e ausência ou diminuição da sensibilidade na região afetada. A queixa pode ser reversível, porém o tratamento deve ser instituído o mais precocemente possível. Em algumas situações, o tratamento baseia-se na laserterapia, prescrição de antidepressivos tricíclicos, anticonvulsivantes, neurolépticos, opioides e, em alguns casos, neurocirurgias.

Do ponto de vista odontológico, os procedimentos com maior risco de evolução para um dor neuropática pós-traumática são as cirurgias, como implantes, cirurgias ortognáticas, exodontia de terceiros molares, periapicais e endodônticas.

4.3.4 Síndrome da ardência bucal (SAB)

A SAB é considerada como uma dor em queimação na língua ou em outra mucosa oral. Pode ser primária ou secundária. Na primária, não se encontram alterações clínicas ou laboratoriais que justifiquem a queixa; enquanto que na secundária a queixa pode estar associada a uma doença local ou sistêmica, como xerostomia, *Diabetes mellitus*, carências vitamínicas, anemias. Comumente é associada a alterações sensitivas subjetivas como sensação de boca seca, gosto amargo ou metálico.

Na UBS, os pacientes com queixa de ardência ou queimação na mucosa bucal precisam ser avaliados inicialmente quanto à presença de SAB secundária por

secura bucal e no que se refere às alterações sistêmicas como a presença de *Diabetes mellitus* ou anemia, por exemplo.

O tratamento da SAB, dependendo da sua etiologia, pode envolver terapia farmacológica com uso de antidepressivos tricíclicos, anticonvulsivantes, anestésicos locais, capsaicina, uso de lubrificantes bucais e orientação dietética.

4.3.5 Neuralgia pós-herpética

Este tipo de neuralgia é desencadeado pela ativação do vírus do herpes-zoster. Na região orofacial, ocorre mais comumente seguindo os ramos dos nervos supraorbitário e supratroclear, da primeira divisão do nervo trigêmeo. A dor pode preceder a manifestação das lesões cutâneas que se caracterizam, na fase aguda, por vesículas e pápulas eritematosas. A sintomatologia pode regressar semanas a meses após a manifestação clínica das lesões. Quando o quadro doloroso persiste por mais de seis meses, temos uma neuralgia pós-herpética. A dor descrita neste tipo de neuralgia é do tipo em queimação, formigamento, ardência e até choque na área afetada pela doença.

O tratamento da fase aguda consiste na prescrição de antivirais e corticosteróides por até uma semana da erupção das vesículas. Após instalação da neuralgia pós-herpética em si, os medicamentos mais eficazes são os antidepressivos tricíclicos e os anticonvulsivantes.

4.4 Dores psicogênicas

São considerados diagnósticos de exceção, pois são confirmados diante da exclusão de quaisquer etiologias que possam justificar o quadro. Exige avaliação multiprofissional conjunta. Como exemplos, temos a transtorno conversivo e o transtorno doloroso somatoforme.

4.5 Dores referidas à face

São condições sistêmicas primárias com manifestação clínica na região cefálica, podendo mimetizar outros quadros clínicos. É necessária avaliação multiprofissional para sua confirmação. São exemplos o infarto agudo do miocárdio, cuja dor pode ser sentida na mandíbula, e o câncer.

4.6 Dores neurovasculares

São cefaleias primárias que apresentam sintomas manifestados na face, por vezes, confundidos com doenças odontológicas, como dores de dentes e DTM. Embora seu tratamento não seja responsabilidade do dentista, seus sinais e sintomas precisam ser conhecidos pelo especialista em DO para fins de obtenção de um diagnóstico diferencial e encaminhamento para um neurologista, sob quem incidirá a responsabilidade pelos cuidados do paciente.

5. BRUXISMO

O bruxismo é uma atividade repetitiva da musculatura mastigatória, caracterizada pelo apertar ou ranger de dentes, a qual pode ocorrer durante o sono (movimento rítmico ou não rítmico) ou na vigília (contato dentário contínuo ou repetitivo). É comumente associado ao estresse ou à ansiedade, embora não exista forte evidência científica para esta afirmação. A prevalência estimada do bruxismo do sono varia entre 14 e 45% nas crianças e 2 a 20% em adultos, sendo menor nos idosos (3 a 8%). De modo geral, os homens são acometidos na mesma proporção que as mulheres, entretanto, quando se considera o fator “dor” em associação com o quadro, as mulheres são 4,8 vezes mais afetadas.

O bruxismo é classificado em primário ou secundário e sua etiologia é incerta. Recentemente, foi considerado que o bruxismo primário não é mais definido como um distúrbio do sono, mas um comportamento danoso que pode gerar consequências clínicas para o indivíduo. Seu diagnóstico é clínico, com o autorrelato ou relato de um companheiro de quarto, podendo ser comprovado com eletromiografia ou polissonografia.

Para o diagnóstico, consideramos o relato de ruídos dentais característicos do ranger de dentes, queixas do companheiro de quarto, hipertrofia, rigidez ou dor da musculatura mastigatória, endentações na língua, lábio ou linha alba, sensibilidade ou desconforto nos dentes ao acordar, sono fragmentado, fraturas recorrentes de restaurações ou de dentes, abfrações e desgastes dentários. É importante ressaltar que tais alterações não são patognomônicas do bruxismo. Além disso, os desgastes dentários podem ser indicativos de uma atividade passada e não mais do momento

atual. Para diminuir este viés, recomenda-se que a avaliação seja realizada por meio de um diário preenchido pelo paciente e/ou pelo seu companheiro de quarto com sinais e sintomas percebidos diariamente por um período mínimo de uma ou duas semanas. Também são achados comuns a DTM muscular, manifestada na forma de cefaleias ocasionais por hiperatividade dos músculos temporais (principalmente ao acordar), sensação de rosto cansado, distúrbios intra-articulares, a necrose pulpar e as pulpites.

Na sua forma secundária, o bruxismo pode ser oriundo de condições neurológicas (coma, hemorragia cerebelar), de distúrbios do sono (movimento periódico das pernas, distúrbio do comportamento do sono REM, apneia obstrutiva do sono), de distúrbios do movimento (discinesia oral tardia, distonia oromandibular, doença de Parkinson), de distúrbios psiquiátricos (demências, retardo mental) ou do abuso/abstinência de drogas (antidepressivos inibidores seletivos da recaptação da serotonina, álcool, café, cigarro, cocaína, anfetaminas, ecstasy).

O tratamento do bruxismo é sintomático, portanto, deve ser feito quando há queixa de desgastes, fraturas dentárias ou dor orofacial. A placa miorelaxante (PMR) é a abordagem mais comum. Este dispositivo intraoral deve ser confeccionado em resina acrílica com contatos bilaterais, uniformes e simultâneos com fins de proteção da estrutura dentária e redução das consequências da atividade muscular. As terapias cognitivas comportamentais (TCC), como biofeedback, hipnose, exercício do “N” e relaxamento também são úteis. O tratamento farmacológico não apresenta consenso, mas há relatos favoráveis ao uso da clonidina. A toxina botulínica pode ser indicada em casos específicos para reduzir a hipertrofia do masseter ou como

adjuvante em pacientes impossibilitados de usar a placa miorreaxante, como no caso de pacientes com paralisia cerebral.

6. SONO

Sabe-se que a dor afeta a qualidade do sono, que por sua vez atua modulando a dor. Não existem estudos específicos para avaliar a associação entre as dores orofaciais e as alterações de sono, entretanto, sabe-se que as dores da musculatura mastigatória são majoritariamente associadas à má qualidade de sono e à fadiga. Por isso, o cirurgião-dentista não pode negligenciar este fator quando avaliar um paciente com dor.

PARTE II

7. PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DO PACIENTE COM DOR E ATRIBUIÇÕES DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL DA ATENÇÃO BÁSICA

O profissional da atenção básica é o primeiro contato do paciente com dor ao procurar atendimento no SUS. Este profissional desempenha um papel fundamental na detecção da queixa algica que deve ser abordada coerentemente, evitando que o paciente de dor se torne mais uma vítima desorientada em *via crucis* por procura de atendimento.

Para a abordagem do indivíduo com dor, é imprescindível a realização de uma anamnese detalhada acerca do paciente e de seu quadro algico para poder quantificar e definir a dor, além de determinar a terapia mais adequada. Ressalta-se que o levantamento das condições sistêmicas, incluindo doenças pregressas e atuais, assim como a história da doença e/ou da dor têm um papel muito importante na definição do diagnóstico definitivo.

Não se pretende com este protocolo esgotar o assunto dor orofacial. A intenção é a disseminação do conhecimento básico sobre as patologias mais comuns, propondo ao clínico algumas estratégias para o seu diagnóstico e tratamento, seja por meio de uma intervenção local ou do encaminhamento para avaliação e

conduta especializada. Desta maneira, na atenção básica, as medidas para diminuição e/ou resolução de DO são:

1. Realizar anamnese detalhada do paciente e do quadro de dor;
2. Diminuir o quadro álgico do paciente com DO por terapia cognitiva comportamental (TCC), termoterapia e por via farmacológica, incluindo o atendimento das urgências em DTM;
3. Encaminhar o paciente para o especialista em DO para elucidar dúvidas de diagnóstico e tratamento ou para complementar as terapias já implementadas na atenção básica. Neste último caso, em geral, deve-se reavaliar o paciente após três semanas para definir a real necessidade de encaminhamento ao especialista;
4. Referenciar o paciente refratário ao tratamento inicial, por meio do setor de regulação, preenchendo cuidadosamente a ficha de referência. Anotar detalhadamente a história da dor; as alterações sistêmicas do paciente; hábitos, como tabagismo, etilismo e parafunções, a intensidade da dor, assim como o tratamento inicial realizado. O paciente será contrarreferenciado à UBS para fins de complementação de tratamento clínico, se necessário.
5. Abordar, em grupos já existentes na UBS, o assunto da DO, geralmente pouco divulgado, mas de grande interesse para a população.

7.1 Exame clínico do paciente com dor

7.1.1 Anamnese

O diagnóstico em dor deve ser guiado por uma anamnese detalhada e cuidadosa. O primeiro passo é afastar as patologias bucais mais comuns, como as odontalgias (pulpites ou pericementites), as quais devem ter resolução conforme os protocolos já estabelecidos pelos manuais de atenção básica.

Deve-se realizar perguntas relativas à história da dor, delineando sua duração e presença de fatores desencadeantes específicos, além das condições de melhora ou piora do quadro doloroso (QUADRO 4).

A quantificação da dor é uma medida auxiliar de fácil realização que serve para magnificar e objetivar a queixa do paciente. Serve ainda como meio de acompanhar a evolução clínica da algia e da resposta ao tratamento. Deve-se sempre usar a mesma escala de referência durante todo o tratamento, diminuindo discrepâncias nos resultados da quantificação. Aconselhamos a usar uma das duas escalas validadas:

- Escala verbal numérica (EVN): o paciente quantifica sua dor com valores entre 0 e 10, sendo o zero a ausência de dor e o dez a pior dor experimentada ou imaginada;
- Escala visual analógica (EVA): o paciente marca em uma linha de 10 cm, delimitada pelos descritores “sem dor” e “dor insuportável” (ou “máxima dor”), a posição da intensidade da dor no momento da aferição (FIGURA 1).

FIGURA 1 Escala visual analógica de dor (EVA).



QUADRO 4 – Anamnese dirigida para DO e DTM.

Queixa principal	Transcrever a queixa do paciente e a duração	Fatores de Piora	Esforço físico, luz, calor, frio, barulho, etc.
História progressa da moléstia atual	Histórico da dor ou queixa, se tiver mais de uma descrever separadamente.	Fatores associados	Presença ou ausência de manifestações sensoriais, motoras e autônomas.
Queixa	Dor, dificuldade de abrir ou fechar a boca, estalido, etc	Histórico cirúrgico	Cirurgia na face ou cabeça, anestesia com intubação traqueal, acidentes, etc
Tipo de dor	Latejante, perfurante, queimação, ardor, cansada, pulsátil, pontada, irritante, etc.	Duração	Período de permanência, segundos, minutos, horas, dias.
Intensidade da dor	Nota de 0 (sem dor) a 10 (pior dor que já sentiu)	Hábitos parafuncionais	Onicofagia, morder lábios, língua, objetos, segurar objetos com os lábios, etc.
Localização	Onde ocorre a dor (região anatômica)	Desordem de comportamento	Bruxismo de vigília
Tempo de início	Há quanto tempo ocorre a dor ou queixa do paciente	Fatores de melhora	Causas que atenuam ou eliminam a dor, ficar em silêncio, repouso, remédio.
Horário de ocorrência	Paciente dorme com a dor, acorda com a dor, é despertado pela dor. A dor ocorre durante ou após as refeições, etc.	Fatores precipitantes	Aspectos que iniciam a dor, movimentos de cabeça, mastigação, bocejar, movimentar a mandíbula, parafunções, odores, exercícios, posição de cabeça, etc.

7.1.2 Exame físico

É composto pela palpação muscular e da ATM, mensuração da movimentação da mandíbula e análise dos ruídos articulares (QUADRO 5; FIGURAS 2 e 3).

QUADRO 5 - Exame físico do paciente com DTM.

Atrás do paciente, palpar as articulações na abertura e fechamento de boca para confirmar estalos ou crepitação. Verificar se os ruídos ocorrem na abertura, fechamento ou ambos (estalos recíprocos).

Atrás do paciente (posição cefálica), palpar os músculos masseteres, temporais e inserção inferior do pterigoideo medial na base de mandíbula com a ponta de um dedo e com pressão leve e breve em um ponto para aferir a dor, entre 0 e 3 (leve, moderada ou severa).

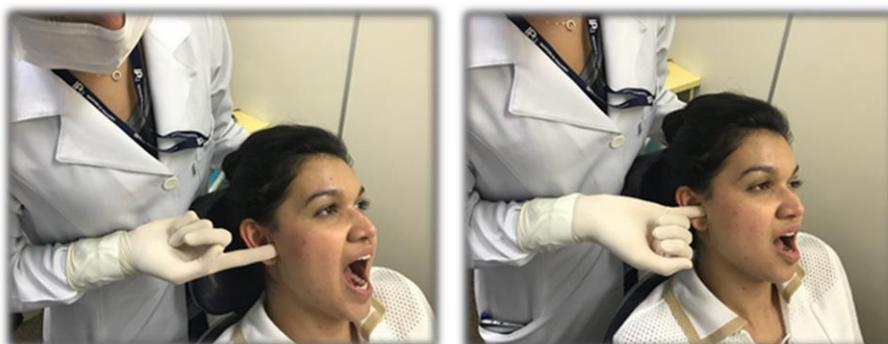
Exame intraoral. Avaliar presença de facetas de desgastes dentais (sinais de bruxismo progressivo), linha alba na mucosa jugal e endentações na borda lateral da língua. Palpar área pós-túber, da inserção do músculo pterigoideo lateral (área frequentemente muito dolorida na DTM).

Avaliação de abertura de boca: abertura inferior a 30 mm é considerada limitada e suas causas devem ser investigadas.



A

B



C

D

FIGURA 2 Exame físico do paciente com DTM. Figuras A e B: palpação lateral da ATM na abertura de boca para observação da quantidade de abertura, desvios na abertura e translação concomitante das cabeças da mandíbula. Neste exame é possível observar estalos e ruídos na abertura de boca. Figuras C e D: palpação da parte posterior da ATM para aferir dor retrodiscal em boca aberta e boca fechada (palpação endoaural).

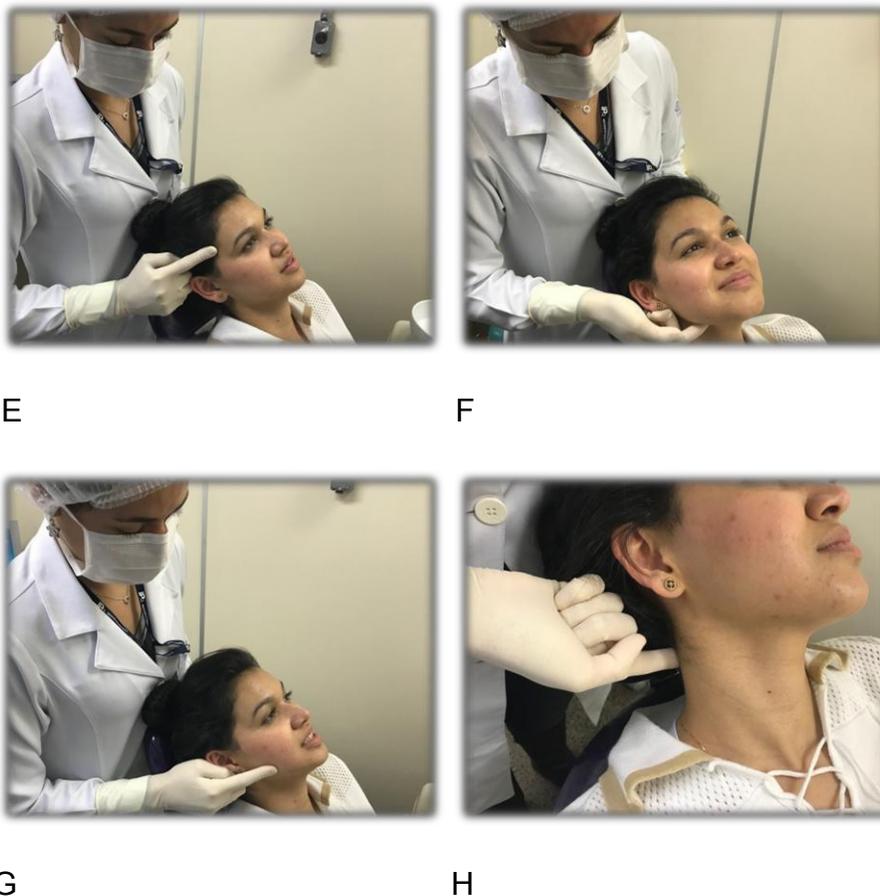


FIGURA 3 Exame físico do paciente com DTM. Figuras E, F e G: palpação dos músculos mastigatórios para procura de pontos gatilhos de dor, como bandas tensas e nódulos endurecidos que denotem miosite/mialgia mastigatória. Figura H: exame físico da musculatura cervical.

7.2 Protocolos de tratamentos para dores orofaciais

A abordagem do paciente com dor orofacial na UBS deve ser composta por medidas simples e reversíveis, de acordo com o diagnóstico obtido pelo clínico.

7.2.1 Terapia medicamentosa na atenção básica

Na atenção básica é indicada a prescrição de analgésicos e anti-inflamatórios não esteroidais (AINE) para dores musculares fracas, como a mialgia e/ou miosite.

Além disso, o uso de lubrificantes bucais, como a saliva artificial ou o gel de Carboximetilcelulose (CMC) é um adjuvante valioso nos casos de ardência bucal por xerostomia.

7.2.1.1 Analgésicos

Recomenda-se neste protocolo o Paracetamol, em primeira escolha, e a Dipirona Sódica, como segunda opção (QUADRO 6).

QUADRO 6 - Analgésicos recomendados para dores fracas e moderadas de natureza nociceptiva e mista.

ANALGÉSICOS				
FÁRMACO	APRESENTAÇÃO	ESQUEMA DE ADMINISTRAÇÃO	DOSE MÁXIMA	DISPENSAÇÃO
Paracetamol	Comprimido de 500 mg	1 a 2 comprimidos a cada 6 horas por 3 a 5 dias	4.000 mg/dia	D
Paracetamol (menos de 12 anos)	Solução oral (gotas) 200 mg/mL	10-15 mg/Kg a cada 4-6 horas	2.600 mg/dia	D
Dipirona sódica	Comprimido de 500 mg	1 a 2 comprimidos a cada 6 horas por 3 a 5 dias	4.000 mg/dia	D
Dipirona sódica (crianças e adolescentes)	Solução oral (gotas) 500 mg/mL	10-15 mg/Kg a cada 6 horas	2.600 mg/dia	D

D – Dispensado em todas as unidades da PMSP; mg – miligrama; Kg – quilo; mL – mililitro. Cada mL equivale a cerca de 20 gotas.

7.2.1.2 Anti-inflamatórios

No caso dos AINE, define-se o Ibuprofeno como primeira escolha e o Diclofenaco (sódico ou potássico) como segunda opção. Os corticoides (AIE) são usados fundamentalmente para diminuir quadros de edema ou para pacientes que não têm indicação de uso de AINE, como nefropatas e alérgicos. Indica-se a Prednisona para adultos e a Prednisolona para crianças e adolescentes (QUADRO 7).

QUADRO 7 - Anti-inflamatórios não esteroidais e corticoides recomendados para dores fracas e moderadas de natureza nociceptiva e mista.

ANTIINFLAMATÓRIOS ESTEROIDAIS E NÃO ESTEROIDAIS				
FÁRMACO	APRESENTAÇÃO	ESQUEMA DE ADMINISTRAÇÃO	DOSE MÁXIMA	DISPENSAÇÃO
Ibuprofeno	Comprimido de 300 mg	1-2 comprimidos a cada 4-6 horas por 3 a 5 dias	2.400 mg/dia	D
Ibuprofeno (criança e adolescente)	Frasco com suspensão oral (gotas) 50 mg/mL	5-10 mg/Kg/dia por 3 a 5 dias	40 mg/Kg/dia	D
Diclofenaco sódico	Comprimido de 50 mg	1 comprimido a cada 8 horas por 3 a 5 dias	300 mg/dia	D
Prednisona (corticoide)	Comprimidos de 5 mg	1 comprimido a cada 8 horas por 3 a 5 dias	30 mg/dia	D
Fosfato sódico de prednisolona (crianças e adolescentes)	Solução oral (gotas) equivalente a 3 mg/mL de base	1-2 mg/Kg/dia a cada 8 horas por 3 a 5 dias	30 mg/dia	D

D – Dispensado em todas as unidades da PMSP; mg – miligrama; Kg – quilo; mL – mililitro. Cada mL equivale a cerca de 20 gotas.

7.2.1.3 Lubrificante bucal

São produtos que contêm os sais minerais presentes na saliva natural, mantendo a cavidade oral umedecida e lubrificada. É indicado para combate à xerostomia ou hipossalivação, aliviando a sintomatologia da síndrome da ardência bucal (SAB) (FIGURA 4).



FIGURA 4 Lubrificante bucal. Aplicar aproximadamente 1 centímetro do gel sobre a ponta da língua, espalhando-o em seguida por toda mucosa bucal. Pode ser usado diariamente sempre que o paciente sentir necessidade.

7.2.1.4 Medicação preemptiva

O termo "**preemptiva**" implica em uma forma de analgesia que, iniciada antes do estímulo doloroso ser gerado, previne ou diminui a dor subsequente.

Pacientes com dores crônicas instaladas, quando expostos a injúrias locais, apresentam maior risco de desenvolvimento de outros quadros algícos, como a neuralgia pós-traumática persistente. Estes doentes não devem receber prescrições de analgésicos somente no período pós-operatório.

A prevenção de novos quadros álgicos com uso de medicação analgésica preemptiva deve ser mandatória. Prescreve-se uma hora antes do procedimento cirúrgico, em posologia habitual, e deve-se evitar recomendações do tipo “se necessário”.

7.2.2 Terapia cognitiva comportamental

As terapias cognitivas comportamentais (TCC) são as táticas terapêuticas que ajudam no controle e possível erradicação da DO. Um dos pilares da TCC é a tentativa contínua de tornar conscientes os hábitos nocivos que podem desencadear e/ou perpetuar a dor.

Usam-se estratégias de orientação do doente quanto às medidas fundamentais para a mudança de hábitos e de condutas deletérias, como a procura pela postura ideal em vigília e no sono ou a posição de repouso mandibular, sem contato dentário contínuo.

Ressalta-se que o reforço do vínculo profissional-paciente gera aumento da confiança no profissional e na terapia, melhorando a aderência ao tratamento proposto e maximizando seus resultados. A integração destas orientações acarreta benefícios incrementais na ansiedade, tensão muscular e dor.

O BIOFEEDBACK. Consiste na elaboração de um apontamento para se evitar hábitos nocivos. Pode-se pedir para o paciente colar um pequeno adesivo na mão ou usar o alarme do celular ou relógio para que sirvam de lembrete para prestar atenção aos seus hábitos nocivos, tornando-os, pouco a pouco, mais conscientes e evitáveis.

As ORIENTAÇÕES EDUCATIVAS E PREVENTIVAS são passadas ao paciente para que ele vire ator de sua própria melhora, como orientações posturais, sobre hábitos nocivos, relaxamento muscular, alimentação, termoterapia, automassagem e higiene do sono.

A TERAPIA DO MOVIMENTO pode ser considerada uma terapia adjuvante com ótimo prognóstico para alívio da dor muscular crônica. Consiste em estimular o paciente a realizar exercícios físicos gerais e movimentação corporal, melhorando sua percepção frente ao enfrentamento da sua dor. É bastante usada em fibromialgia, artrite reumatoide e outras condições de dores gerais, mas que pode beneficiar as DO. Além disso, a prática da yoga, tai chi ou pilates auxilia o paciente a aprender a respirar e pode melhorar a concentração e o sono, levando a uma melhor resposta ao tratamento.

A TERAPIA DA RESPIRAÇÃO ensina o doente a tornar consciente seus movimentos respiratórios para controlar a profundidade de intervalos de respiração. O intuito é modular a ansiedade e estresse, fatores modificadores de uma dor crônica. A hiperventilação causa alcalose respiratória e interfere no aumento da tensão muscular, espasmo dos músculos acessórios da respiração (músculos cervicais), ativação de catecolaminas, isquemia muscular e hipóxia. O controle do padrão respiratório torácico melhora a oxigenação tecidual e mobiliza os grupos musculares próprios da respiração, o que diminui a sobrecarga muscular e inflamação.

A MEDITAÇÃO pode ser usada para evitar transtornos, como depressão ou ansiedade ou para controlá-los. Uma respiração consciente é o início de uma

meditação. Incentive o paciente a colocar uma música calma ou sons da natureza, como água, mar e pássaros e se concentrar na respiração, lentamente.

A TERAPIA PSICOLÓGICA é uma conduta multidisciplinar imprescindível para transtornos de humor, ansiedade, depressão e estresse que podem contribuir para o estabelecimento, agravamento e manutenção da dor.

A AUTOMASSAGEM melhora a circulação e alonga a musculatura mastigatória, melhorando a inflamação local. Deve-se orientar o paciente a fazer movimentos circulares com pressão bidigital na região massetéica e temporal no mínimo três vezes ao dia, por 5 minutos em cada área. Além disso, o alongamento cervical é aconselhado, com movimentos de extensão, flexão, rotação e lateralidade.

O quadro a seguir esquematiza algumas orientações de TCC recomendáveis aos pacientes.

QUADRO 8 – Orientações ao paciente com DTM.

ORIENTAÇÕES FUNDAMENTAIS AO PACIENTE COM DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR	
1. POSTURAIS	<ul style="list-style-type: none"> Quando se está de repouso, os dentes inferiores nunca devem encostar nos dentes superiores. Os lábios se fecham, mas os dentes ficam separados. Mantenha boa postura da cabeça, pescoço e costas. Isso relaxa os músculos e diminui as tensões. Fazer isso em casa e no trabalho.
2. EVITAR HÁBITOS NOCIVOS	<ul style="list-style-type: none"> Não aperte e não ranja os dentes. Evite: mascar chicletes, roer unhas, morder ou apertar os lábios, apoiar o queixo e morder objetos. Evite abrir muito a boca. Quando bocejar, tente controlar a abertura de boca encostando a ponta da língua no céu da boca, próximo aos dentes de cima. Evitar sessões longas no dentista. Evite dormir apoiando o rosto com as mãos pressionando a face.
3. RELAXAR A MUSCULATURA MASTIGATÓRIA	<ul style="list-style-type: none"> Não aperte seus dentes. Não deixe os dentes em contato. Deixe os lábios juntos, mas os dentes separados.

<p>4. ALIMENTAÇÃO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar cafeína, pois aumenta tensão dos músculos. Beba menos café, chás, refrigerantes de cola e chocolates. • Corte os alimentos em pedaços pequenos. Evite morder pedaços grandes para não abrir muito a boca. • Evite comer alimentos duros ou que exijam maior esforço mastigatório. Não masque chicletes. Coma alimentos macios e em pequenas porções. • Na fase de dor aguda, coma sempre alimentos líquidos e pastosos, como sopa, purê, iogurtes, etc. Dê tempo aos seus músculos para que melhorem. • Evite movimentos que causem dor.
<p>5. TERMOTERAPIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Use compressas quentes e úmidas, como bolsa térmica ou de gel sobre a área dolorida por 20 minutos, de 2 a 4 vezes ao dia e, nos episódios de dor, antes do uso da medicação.
<p>6. AUTOMASSAGEM</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Massagear com os dedos a região dolorida. Faça movimentos circulares usando um creme ou vaselina para deslizar melhor as mãos na pele do rosto e têmporas.
<p>7. MELHORA DO SONO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se prepare para dormir, diminuindo as atividades e preocupações diárias, assim como o volume de ruídos. Evite alimentos pesados à noite e não fume ou ingira álcool antes de dormir. • Use colchão e travesseiros adequados. Prefira travesseiros na altura de seus ombros. • Durma num quarto calmo, silencioso e escuro, sem estímulos, como TV. • Não durma “de bruços” para não sobrecarregar a mandíbula e pescoço.

7.2.3 Termoterapia

A termoterapia consiste na realização de compressas quentes ou frias. As compressas podem ser aplicadas nas regiões dos músculos masseteres, temporais, trapézio, occipitais e na região da ATM. As aplicações devem ser feitas sempre lembrando o paciente de proteger a pele com um pano, evitando queimação com calor ou frio. Assim, recomenda-se:

- a) Compressas quentes: fazer no mínimo três vezes ao dia, e nos episódios de dor, antes do uso da medicação, por um período de 20 minutos em cada aplicação, com temperatura que varie de 42 a 44° C. Indica-se nos casos de

contraturas e dores musculares, uma vez que aumentando o fluxo sanguíneo na região álgica, permite-se uma maior drenagem de toxinas inflamatórias e maior relaxamento da musculatura;

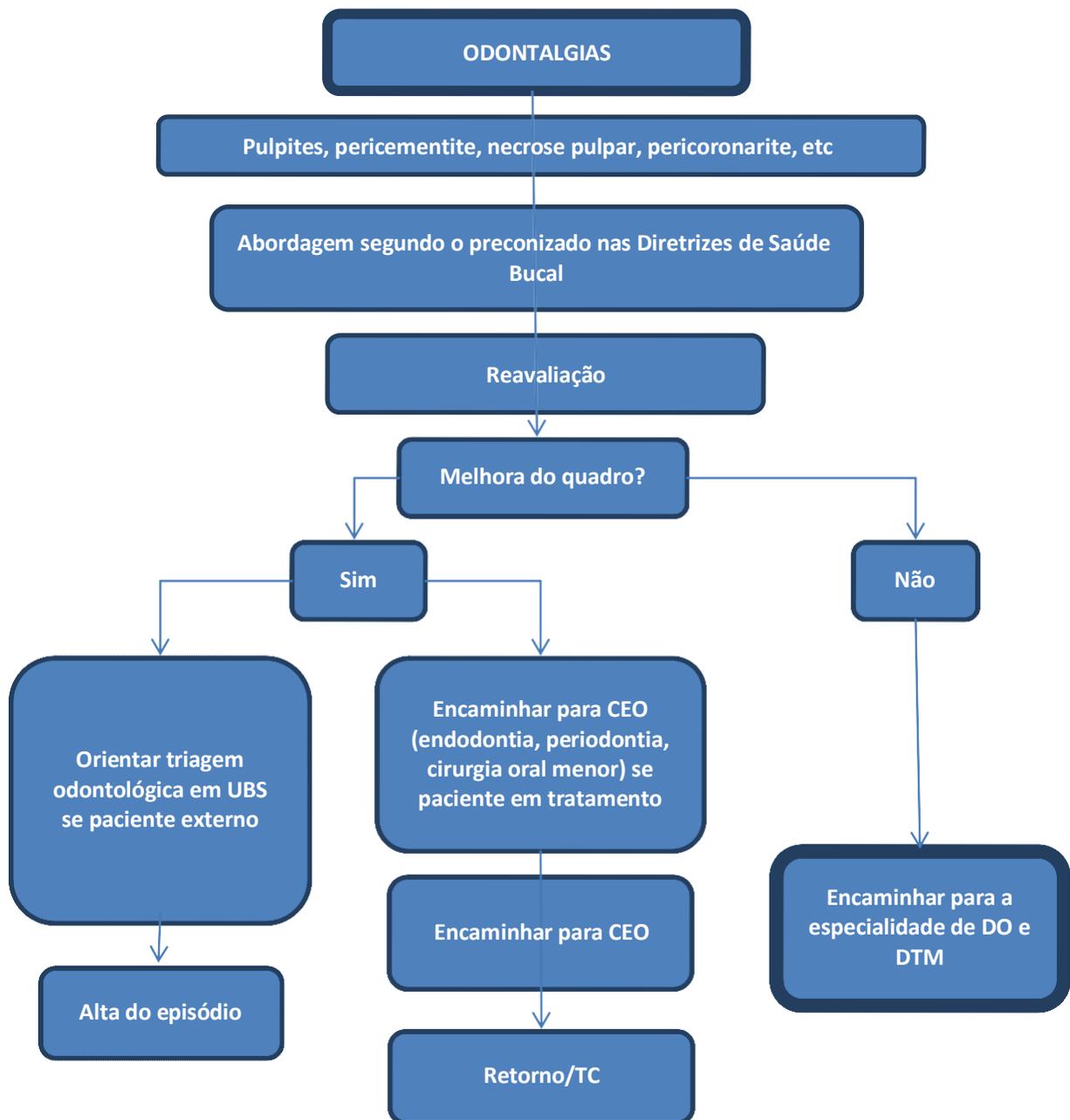
- b) Compressas frias: fazer no mínimo três vezes ao dia, até 72 horas após o início da dor, e por um período de 7 a 10 minutos por cada aplicação, em temperatura que varie de 0 a 18° C. São indicadas nos casos de dores articulares, pois ajudam a diminuir o edema na região.

7.3 Conduitas em casos de urgências em dor orofacial

Frente às queixas álgicas, deve-se sempre procurar por etiologias odontológicas. Nestes casos, o problema deve ter sua resolução na UBS. O paciente em regime de atendimento de urgência pode ser reavaliado na UBS, com retorno marcado, como nos casos de drenagem de abscesso, sendo encaminhado ao CEO em casos de endodontia, periodontia ou cirurgia odontológica, quando necessário.

Caso a dor persista após a conduta na UBS, ou se suspeitar de causa não odontogênica, o clínico geral pode encaminhar o doente para a especialidade de DO e DTM. Após controle ou cura na especialidade de DO e DTM, o usuário será contrarreferenciado para UBS para término de condutas odontológicas gerais. A FIGURA 5 mostra este fluxo.

FIGURA 5 Fluxograma de atendimento do paciente com dor odontogênica



7.3.1 Urgência em disfunções temporomandibulares

São os casos de fase aguda, com dor moderada e/ou limitação de movimentos relacionados aos músculos da mastigação, da área pré-auricular e estruturas associadas ou de ambas. Deve-se realizar a avaliação inicial do paciente para diagnóstico diferencial de DTM ou outras DO. O tratamento objetiva o alívio da dor por meio das condutas denominadas de **recomendações básicas**. São compostas de orientações e prescrições possíveis e práticas, de acordo com a situação de urgência, como descrito a seguir.

7.3.1.1. Mialgias (DTM muscular)

- a) Compressa quente ou morna por 20 minutos, com temperatura entre 42°C e 44°C, por no mínimo três vezes ao dia; e quando houver episódios de dor;
- b) Aconselhamentos para repouso mandibular, com uso de alimentação pastosa e limitação de movimentos mandibulares;
- c) Orientações de *biofeedback* para o paciente se autocontrolar quanto aos aconselhamentos anteriores;
- d) Automassagem em músculos masseteres e temporais e alongamento cervical;
- e) Exercícios com uso da técnica do N, orientando o paciente a falar repetidamente a letra “N”, e de bochechos com água morna;
- f) Uso de medicações analgésicas e anti-inflamatórias (a escolha dependerá do grau de dor relatado pelo paciente).

- g) Atuação local quando há agente causal definido (exemplo: ajuste oclusal em um dente com diagnóstico de pericementite aguda). Geralmente esta medida já é suficiente para remissão dos sintomas;
- h) Reavaliação uma vez por semana durante três semanas, sempre reforçando as medidas adotadas para tratamento. Caso a dor persista após adesão às medidas acima e após a terceira reavaliação, encaminhar para o especialista em DO e DTM;
- i) Caso o paciente melhore até a terceira reavaliação (terceira semana após o atendimento), mas apresente mais de três recidivas do quadro dentro de três meses da primeira ocorrência, ele deve ser encaminhado para a especialidade de DO e DTM (FIGURA 6).

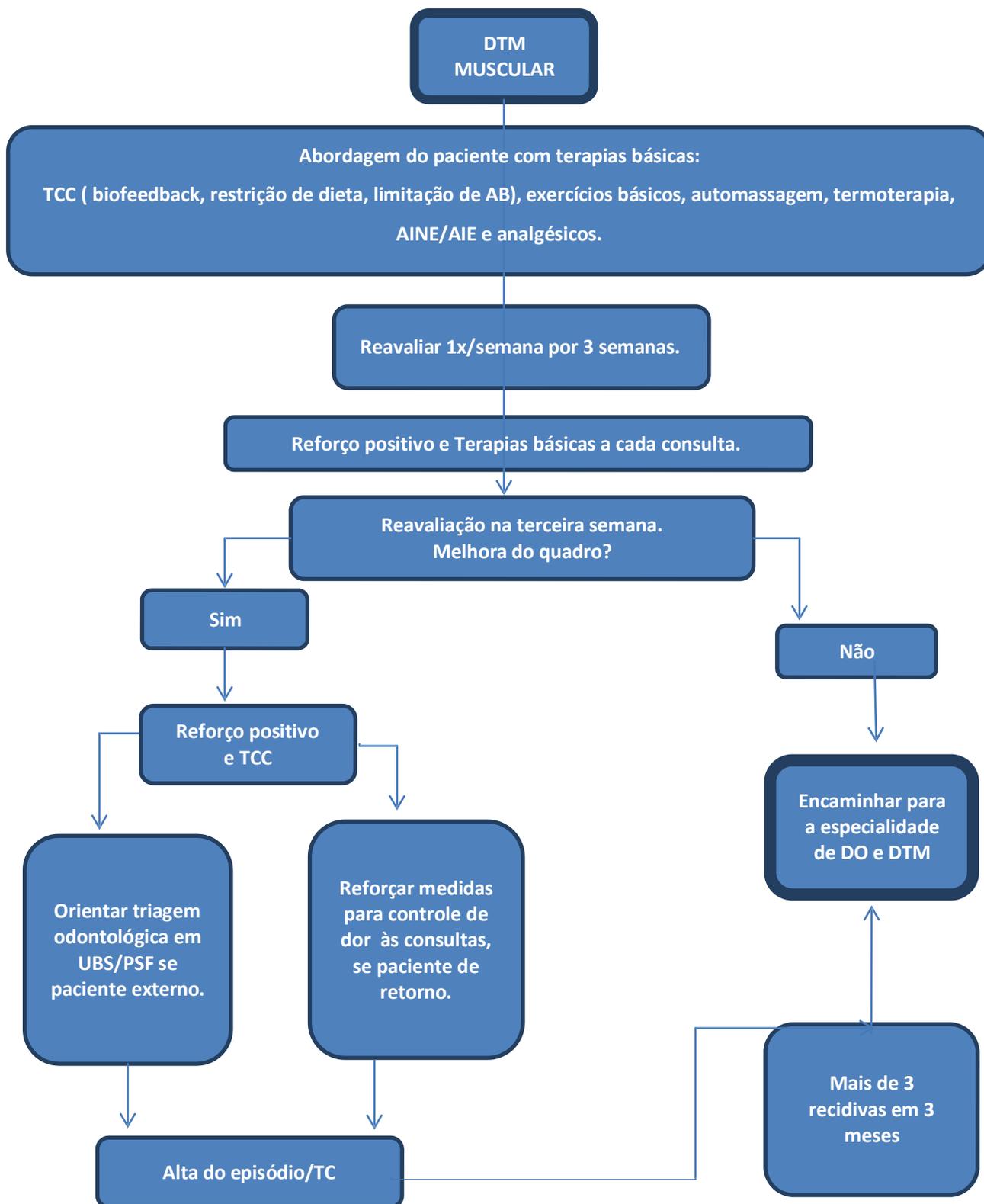
7.3.1.2 Artralgias agudas

Podem ocorrer três tipos diferentes de problemas agudos intra-articulares, concomitantes ou não com as mialgias.

i. Capsulite / Retrodiscite / Sinovite

Trata-se de inflamação articular, com dor e/ou edema visível na região pré-auricular. Se não houver desarmonias entre a cabeça da mandíbula e disco articular, pode ser manejado similarmente às mialgias.

FIGURA 6 Fluxograma de atendimento do paciente com DTM muscular.



ii. Limitação de abertura e travamento fechado da boca

É necessário examinar cuidadosamente se a limitação de abertura de boca é causada por razões articulares ou musculares. Para realizar o diagnóstico diferencial, orienta-se a forçar levemente a abertura, apoiando o indicador nos incisivos inferiores e o polegar nos incisivos superiores. Caso haja maleabilidade no movimento e aumento progressivo da abertura, provavelmente trata-se de redução de abertura por dor muscular, devendo-se, portanto, seguir o protocolo de dor muscular; caso encontre-se rigidez e resistência à manobra de abertura forçada, há mais probabilidade de tratar-se de distúrbios articulares, tal qual o deslocamento de disco sem redução. O disco geralmente desloca para anterior e impossibilita mecanicamente a abertura total da boca. As terapias de urgência envolvem as recomendações básicas já vistas, além da tentativa de reposicionamento de disco articular, se o deslocamento discal sem redução for recente. Deve-se proceder da seguinte maneira:

- Exercício para redução de disco após deslocamento sem redução: orientar para protrusão da mandíbula do paciente além do “click” em abertura, fazer movimentos de abertura e fechamento repetidamente mantendo a protrusão. Repetir por três minutos, três vezes ao dia. Se houver sucesso na redução, pedir retorno em 24h e acompanhar o caso, mantendo as recomendações básicas. Se não conseguir a redução e o quadro doloroso não abrandar com as recomendações básicas após o retorno de 3 semanas, encaminhar para a especialidade de DO e DTM.

iii. Travamento mandibular com a boca aberta (Luxação de ATM)

É o deslocamento do côndilo mandibular para além da eminência articular com o travamento e impossibilidade de fechamento da boca.

- Manobra para redução de luxação: envolver os polegares do operador com gaze e apoiá-los nos molares inferiores do paciente enquanto os demais dedos seguram a base da mandíbula; realizar movimento para baixo e em seguida para posterior. Realizar bandagem de Barton por dois dias como apósito de *biofeedback*, para que o paciente não abra a boca plenamente e que não boceje inconscientemente. Esta manobra requer experiência do operador. Se necessário, encaminhar ao hospital de referência para resolução da urgência e reavaliar o paciente em dois dias. Se persistir quadro álgico, encaminhar para a especialidade de DO e DTM (FIGURA 7).

7.4 DTM crônica e/ou de causa sistêmica

Pacientes com algia há mais de três meses, refratárias às medidas propostas pela UBS ou DTM oriundas de doenças sistêmicas, como artrite reumatoide, fibromialgia, dermatomiosite e anemia falciforme, devem ser encaminhados para avaliação na especialidade de DO e DTM para possível instituição de tratamentos complementares, por meio de fármacos, laserterapia, agulhamento seco, acupuntura, terapia elétrica transcutânea, infiltração anestésica, abordagem multiprofissional, dentre outros.

7.5 Dores a esclarecer

Compreendem as dores neuropáticas, psicogênicas, neurovasculares e referidas à face. A FIGURA 8 resume o fluxo deste paciente.

7.5.1 Dores neuropáticas

A maioria das dores neuropáticas será abordada em nível de atenção secundária e por equipe multiprofissional, porém é importante que o clínico geral a reconheça e solicite o seu tratamento.

7.5.1.1 Neuralgia do nervo Trigêmeo

Paciente com suspeita de neuralgia do trigêmeo precisa de encaminhamento urgente para a especialidade de DO e DTM, para avaliação de confirmação do diagnóstico, realizado por equipe multiprofissional, e adoção de tratamento farmacológico.

7.5.1.2 Odontalgia atípica

Após exclusão diagnóstica de patologias dentárias ou periodontais que clinicamente e radiograficamente justifiquem a dor, o paciente deve ser encaminhado para a especialidade de DO e DTM, para tratamento físico (laserterapia) e farmacológico (antidepressivos e anticonvulsivantes).

FIGURA 7 Fluxograma de atendimento do paciente com artralgia de ATM.

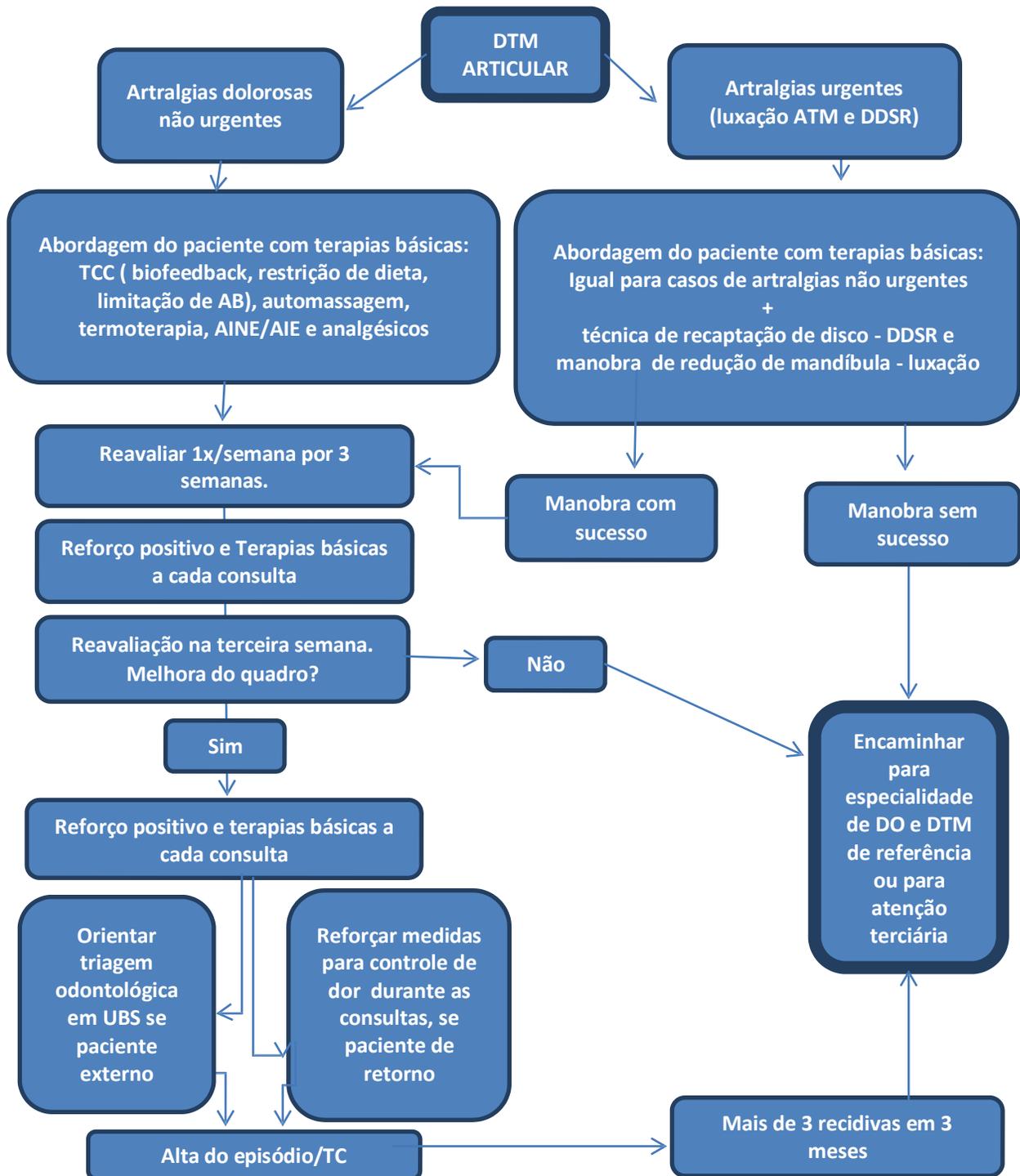
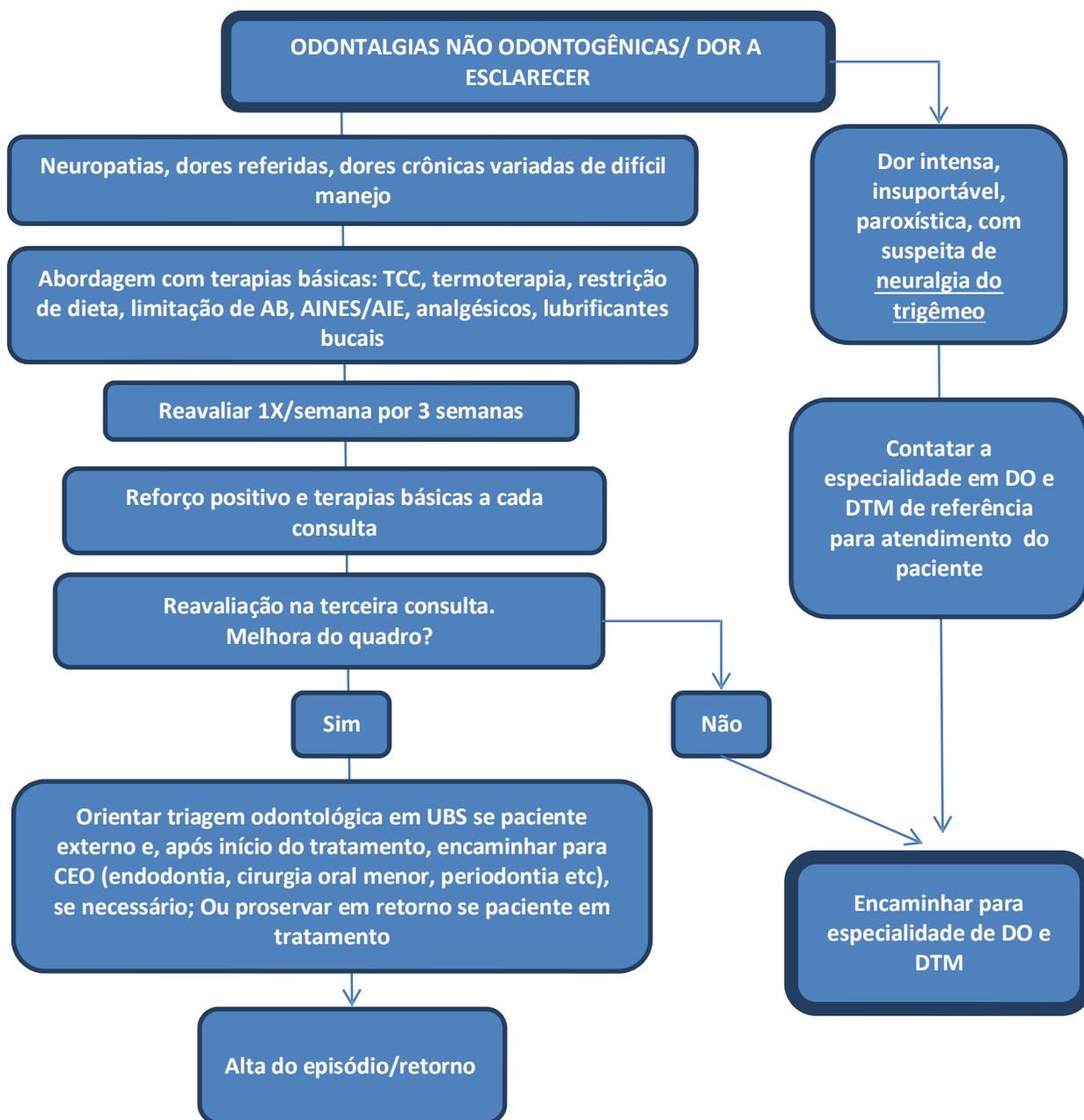


FIGURA 8 Fluxograma de atendimento do paciente com dores a esclarecer.



7.5.1.3 Dor pós-traumática

O encaminhamento para a especialidade de DO e DTM deve ser feito o mais precocemente possível. O tratamento baseia-se na laserterapia, prescrição de antidepressivos tricíclicos, anticonvulsivantes, neurolépticos, opioides, complexo vitamínico B e, em alguns casos, neurocirurgias.

7.5.1.4 Síndrome da ardência bucal (SAB)

Na UBS, os pacientes com queixa de ardência ou queimação na mucosa bucal precisam ser avaliados inicialmente quanto à presença de SAB secundária por secura bucal. Primeiramente pergunta-se ao paciente qual a “nota da dor” de acordo com a escala verbal numérica (EVN) ou analógica (EVA). Em seguida, deve-se umidificar uma gaze com soro fisiológico e colocá-la na região da queixa por 30 segundos a 1 minuto. Caso haja diminuição da dor (EVN/EVA com pontuação menor que a inicial), deve-se orientar o paciente a aumentar a ingestão hídrica, uso de lubrificante bucal e evitar o consumo de alimentos condimentados, temperos, industrializados e de frutas cítricas, o que se configura o controle desta alteração. Além disso, pede-se ao paciente para retornar após uma semana para reavaliação. Se não houver redução da queixa, o paciente deve ser encaminhado para o especialista em dor orofacial.

Uma segunda avaliação pode ser feita no que se refere às alterações sistêmicas, como a presença de *Diabetes mellitus* ou anemia, as quais podem ser causas de SAB secundária. Quando for verificada a presença destas comorbidades, o paciente precisa ser encaminhado para o médico clínico da UBS para controle da

doença primária. Porém, a persistência da queixa a despeito do controle sistêmico indica mais uma vez a necessidade de encaminhamento para o especialista em dor orofacial.

O tratamento da SAB primária envolve terapia farmacológica, com uso de antidepressivos tricíclicos, anticonvulsivantes, anestésicos locais, capsaicina, uso de lubrificantes bucais e orientação dietética.

7.5.1.5 Neuralgia pós-herpética

Após instalação da neuralgia pós-herpética, os medicamentos mais eficazes são os antidepressivos tricíclicos e os anticonvulsivantes e, por isso, o paciente precisa ser encaminhado para a especialidade de DO e DTM de referência.

7.5.2 Dores psicogênicas

Exige avaliação multiprofissional conjunta, por isso, precisam ser encaminhadas para a especialidade de DO e DTM de referência.

7.5.3 Dores referidas à face

São dores de origem diversa da face, mas que são referidas como sendo oriundas dela. É necessária avaliação multiprofissional para sua confirmação. Em alguns casos, como no infarto agudo do miocárdio (IAM) e no câncer, o paciente deve ser encaminhado com urgência para equipe médica. A equipe de Saúde Bucal da Atenção Básica deve encaminhar tais pacientes para a especialidade de DO e DTM de referência.

7.5.4 Dores neurovasculares

Cefaleias primárias devem ser tratadas pela equipe médica. Apenas quando há associação com quadros de DTM é que deve ser acompanhado concomitantemente pela especialidade de DO e DTM de referência.

7.6 Bruxismo

Pacientes com bruxismo acompanhado de queixas álgicas necessitam de avaliação especializada para definição de medidas de controle para o quadro, sejam elas farmacológicas TCC ou medidas físicas, como a placa miorrelaxante (QUADRO 9).

7.7 Sinais de alerta

Dor súbita, espontânea, dor que desperte o paciente, desencadeada por movimentos da mandíbula ou pescoço, de fortíssima intensidade, recorrente, de padrão atípico e não responsiva a terapias apresentadas.

Além disso, dores acompanhadas de alterações neurológicas recentes, como formigamento, parestesias, convulsões, paralisia facial são sinais importantes que devem ser investigados detalhadamente.

QUADRO 9 - Relação das patologias com o nível de atenção à qual pertencem.

	Patologias	Pontos de Atenção			Tratamento multidisciplinar
		Atenção básica	Atenção secundária	Atenção terciária	
Alveolodentárias	Pulpites, pericementites, necrose pulpar, pericoronarites	X (acesso à polpa, ATB/AINES/AIE/Analgésicos)	X (CEO endodontia, cirurgia oral menor, periodontia)	-	-
Musculoesqueléticas	DTM muscular	X	X (DO e DTM)	X	X
	DTM articular	X	X (DO e DTM)	X	X
	Neuralgia trigeminal	-	X (DO e DTM)	-	X
	Odontalgia atípica	-	X (DO e DTM)	-	-
	Dor pós-traumática	-	X (DO e DTM)	-	X
Neuropáticas	Síndrome da ardência bucal primária	-	X (DO e DTM)	-	X
	Síndrome da ardência bucal secundária (ex. xerostomia, DM etc)	X (lubrificante bucal, encaminhar para médico clínico)	-	-	X
	Neuralgia pós-herpética	-	X (DO e DTM)	-	X
Psiquiátrica/ psicológica	Patologia sem nenhuma outra causa definida	-	X (DO e DTM)	-	X
Referidas	IAM, câncer, entre outras	-	X (DO e DTM)	X	X
Neurovasculares	Cefaleias primárias	-	X (DO e DTM)	-	X
Bruxismo	-	-	X (DO e DTM)	X	-
Sono	-	-	X (DO e DTM)	-	X

ATB – antibioticoterapia; AINE – anti-inflamatório não esteroidal; AIE – anti-inflamatório esteroidal; DO – dor orofacial; DTM – disfunção temporomandibular; DM – diabetes mellitus; IAM – infarto agudo do miocárdio.

PARTE III

8. PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DO PACIENTE COM DOR E ATRIBUIÇÕES DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Os especialistas em DO e DTM recebem os pacientes refratários e/ou casos de manejo mais complexo encaminhados da atenção básica. A atenção especializada, além das terapêuticas descritas para a atenção básica, possui profissionais treinados e habilitados para a intervenção, por meio de farmacoterapias mais específicas e terapêuticas mais diversificadas e direcionadas para o tratamento da dor. O cirurgião-dentista especialista em DO e DTM deve realizar anamnese direcionada, seguindo ficha protocolada pela Prefeitura Municipal de São Paulo (PMSP) (Anexo 1), determinando o correto diagnóstico e a terapêutica a ser seguida.

8.1 Terapêutica medicamentosa

Para a terapêutica medicamentosa, além dos fármacos usados na atenção básica, são utilizados fármacos opioides, antidepressivos tricíclicos, anticonvulsivantes, dentre outros.

8.1.1 8.1.1. Opioides

São fármacos semelhantes à morfina e eficazes contra dor moderada com ação nos receptores opioides do SNC, sistema nervoso periférico (SNP) e músculos

lisos. O fármaco age modulando a liberação da dopamina, um neurotransmissor da sensação de prazer. Há duas classes de opioides:

- ✓ Eficácia analgésica forte, como a morfina, metadona, oxycodona e fentanila, indicadas para dor severa, como as dores decorrentes do câncer;
- ✓ Eficácia analgésica “fraca”, como a codeína e o tramadol, para dores moderadas.

De modo geral, se indicam os opioides em casos de agudizações de dores nociceptivas, e por curto período. Assim, para estas dores moderadas recomenda-se associar um opioide fraco aos analgésicos e anti-inflamatórios já indicados. A combinação de Paracetamol e Codeína tem grande eficácia, mas não é livre de efeitos adversos. A Codeína é uma substância entorpecente somente com uso permitido em concentrações especiais e uso de notificação de receita A (cor amarela). O QUADRO 10 resume o uso da Codeína pelo cirurgião-dentista especialista em dor orofacial e DTM.

QUADRO 10 - Codeína indicada para uso em dores moderadas em nível de atenção secundária.

OPIOIDE FRACO				
FÁRMACO	APRESENTAÇÃO	ESQUEMA DE ADMINISTRAÇÃO	DOSE MÁXIMA	DISPENSAÇÃO
Codeína	Comprimidos de 30 mg	1-2 comprimidos a cada 4 horas	360 mg/dia	D
Codeína (Crianças e adolescentes)	Solução oral – 3 mg/mL - frasco de 120 mL	0,5-1 mg/Kg/dose a cada 4-6 horas	60 mg/dia	D

D – Dispensado em todas as unidades da PMSP; mg – miligrama; Kg – quilo; mL – mililitro. Cada mL equivale a cerca de 20 gotas.

8.1.2 Antidepressivos tricíclicos

O mecanismo de ação no SNC não é totalmente conhecido, mas sabe-se que eles bloqueiam a recaptura de monoaminas, como a norepinefrina, dopamina e serotonina. São muito úteis no tratamento da dor neuropática, como a neuralgia pós-herpética e SAB. Já para efeito relaxante muscular, uma dose menor é indicada se um relaxante muscular não estiver presente (por exemplo, a ciclobenzaprina).

A terapia é longa e o seguimento próximo do paciente é mandatório, pois a lista de efeitos colaterais é longa, podendo incluir: arritmias, confusão mental, desorientação, ansiedade, inquietação, insônia, convulsões, alterações de visão, náusea, vômito, diarreia, anorexia e outros. Também deve-se evitar dirigir veículos ou máquinas, pois estes medicamentos podem causar problemas de concentração ou sonolência.

Não deve ser administrado em conjunto com inibidores da MAO, medicamentos anticolinérgicos ou simpatomiméticos, bebidas alcoólicas, outros antidepressivos, fenotiazínicos, carbamazepina ou juntamente com antiarrítmicos, como a propafenona, flecainida ou encainida.

A redução da dose (desmame) deve ser feita gradualmente, por um período de aproximadamente 15 dias.

O QUADRO 11 descreve a ordem da escolha desta classe de medicação para dores crônicas da face.

QUADRO 11 - Antidepressivos indicados para uso em dores moderadas a severas em nível de atenção secundária.

ANTIDEPRESSIVOS TRICÍCLICOS				
FÁRMACO	APRESENTAÇÃO	ESQUEMA DE ADMINISTRAÇÃO	DOSE MÁXIMA	DISPENSAÇÃO
Nortriptilina, cloridrato	Comprimido de 25 mg	1-2 comprimidos a cada 8 horas	150 mg/dia	D
Amitriptilina, cloridrato	Comprimido de 25 mg	1-2 comprimido a cada 8 horas	150 mg/dia	D

8.1.3 Fármacos miorrelaxantes

As contrações musculares persistentes estão presentes comumente na DTM muscular ou mista, mas podem também aparecer como sinais secundários a outras dores da face. São associados a queixas de dor, tensão, rigidez, imobilização, fadiga, irritabilidade e prostração. Seu tratamento deve visar à remoção do agente causal, entretanto, por sua origem multifatorial, em geral, requer uma variedade de medidas terapêuticas. Neste contexto, destaca-se o cloridrato de ciclobenzaprina, indicado para redução do tônus muscular em espasmos de etiologia musculoesqueléticas associados a dores agudas (QUADRO 12).

QUADRO 12 - Fármacos com atividade antiespasmódica central de uso pelo especialista em DO e DTM.

RELAXANTE MUSCULAR				
FÁRMACO	APRESENTAÇÃO	ESQUEMA DE ADMINISTRAÇÃO	DOSE MÁXIMA	DISPENSAÇÃO
Ciclobenzaprina	Comprimido revestido de 5 mg	1 comprimido a cada 6 ou 8 horas	60 mg/dia	Não há na rede

8.1.4 Anticonvulsivantes

Os anticonvulsivantes também podem ser usados na atenção secundária em casos de neuralgia do nervo trigêmeo e para outras dores neuropáticas. A Fenitoína e o Fenobarbital são fármacos de primeira geração, enquanto a Carbamazepina, Ácido valpróico e Clonazepam são de segunda geração. A Gabapentina é a última geração destes medicamentos.

A Carbamazepina é a droga de primeira escolha (padrão ouro) em casos de neuralgia do nervo trigêmeo. Ela bloqueia os canais de sódio voltagem dependentes dos nervos sensitivos. A dose deve ser ajustada a cada paciente, com indicação terapêutica de 400 a 1.200 mg/dia, com melhora de cerca de 80% nas primeiras 24 horas. Sua metabolização é no fígado e, por este motivo, exige cuidado em pacientes com problemas hepáticos prévios ou com doses altas por longos períodos, o que demanda acompanhamento clínico-laboratorial periódico. Os efeitos colaterais dose-dependentes incluem sonolência, dificuldade de concentração e incoordenação. Já efeitos adversos não dependentes de dose são *rash* cutâneo, prurido e náusea.

A Gabapentina (200 a 400 mg/dia) também é comprovadamente eficaz no tratamento da dor neuropática, devendo ser administrada com cautela em pacientes com função renal comprometida.

O uso de Clonazepam no tratamento da síndrome da ardência bucal (SAB) de etiologia desconhecida (primária) é seguro e eficaz, com melhora dos sintomas em 70% dos pacientes.

A redução da dose (desmame) de qualquer anticonvulsivante deve ser feita gradualmente, por um período que pode chegar a seis meses. O QUADRO 13 mostra as escolhas para dor neuropática na face.

QUADRO 13 - Anticonvulsivantes usados para controle da dor neuropática moderada a severa pelo especialista em DO e DTM.

ANTICONVULSIVANTES				
FÁRMACO	APRESENTAÇÃO	ESQUEMA DE ADMINISTRAÇÃO	DOSE MÁXIMA	DISPENSACÃO
Carbamazepina	Comprimido de 200 mg	400-1.200 mg/dia, dividido em 3-4 vezes ao dia	2.000 mg/dia	D
Carbamazepina (crianças e adolescentes)	Solução oral 20 mg/mL	5-20 mg/Kg/dia	35 mg/Kg/dia	D
Gabapentina	Comprimido de 300 mg	300-1.800 mg/dia	3.600 mg/dia	DE (DST/AIDS)
Clonazepam	Comprimido de 0,5 mg	0,5-6 mg/dia (média de 1-2 mg/dia)	20 mg/dia	D
Clonazepam	Solução oral 2,5 mL/mg (0,25%)	0,5-6 mg/dia (média de 1-2 mg/dia)	20 mg/dia	D

DE – dispensado segundo especificação na condição de uso

8.1.5 Capsaicina

A Capsaicina (*Capsicum frutescens*) é um neuropeptídeo natural, obtido de plantas da família das solanáceas (pimentas), cuja ação resulta em efeito analgésico seletivo por dessensibilização dos axônios sensoriais e inibição do início da transmissão da dor. Inibe a biossíntese e transporte da substância P, que é o principal mensageiro químico dos impulsos de dor periférica para o sistema nervoso central. Com a depleção da substância P nas terminações nervosas, os impulsos da dor não podem ser transmitidos ao sistema nervoso central.

A ação da capsaicina é local, não sendo distribuída e/ou absorvida pelo organismo. Seu tempo de ação é de aproximadamente 4 a 5 horas. Sua aplicação tópica (bochechos) resulta em uma sensação de calor, queimação e hiperemia, com redução da hiperalgesia, por meio da repetição dos bochechos. Está indicada para o tratamento da dor associada à neuralgia pós-herpética, à neuropatia diabética periférica dolorosa, à artrose, à artrite reumatoide e a outras condições neurogênicas, como a síndrome da ardência bucal. É uma substância de manipulação, sem fármacos em comercialização para uso colutório, não sendo disponibilizada pelo SUS.

8.2 Terapêuticas não farmacológicas

Frequentemente, os profissionais que tratam de dor lançam mão de terapias não farmacológicas como adjuvantes ou mesmo como tratamento principal da DO. Isto

se justifica pela efetividade das técnicas e pela diminuição dos riscos adversos a que estes pacientes são submetidos.

8.2.1 Terapias fisioterápicas / cinesioterapia

Visam o alongamento e relaxamento da musculatura, melhorar a coordenação dos músculos e articulações. Devem ser realizados respeitando o limiar de dor do paciente, não tendo indicação nos casos de dor exacerbada.

8.2.1.1 Terapias manuais

São alongamentos da musculatura mastigatória e/ou cervical.

- i. Exercício para limitação de abertura de boca (casos de luxações recidivantes).

O paciente deve conter a abertura bucal quando do bocejo, interpondo a ponta da língua na papila incisiva ou segurando o mento para evitar a abertura bucal máxima.

- ii. Exercício para aumento da abertura bucal (casos de hipomobilidade mandibular).

Consiste na inserção de abaixadores de língua progressivamente, respeitando tolerância do paciente à dor. Há também os movimentos repetitivos da mandíbula, através de força digital, com dedo indicador apoiando na região anterior da mandíbula e polegar na região anterior de maxila.

8.2.2 Agulhamento seco e/ou infiltrações anestésicas

São agulhamentos (agulhas de acupuntura) ou infiltrações com anestésico local sem substância vasoconstrictora em *trigger points* musculares, gerando relaxamento muscular.

8.2.3 Estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS)

Trata-se de uma exposição elétrica controlada na superfície da pele, e tem grandes resultados em mialgias e na dor miofascial. O TENS estimula uma contração muscular ritmada, causando aumento da vascularização e oxigenação muscular, eliminando edema e toxinas acumuladas. Isso diminui a dor e fadiga dos músculos mastigatórios, com diminuição dos espasmos musculares e melhora do metabolismo tecidual, além de aumentar o limiar de dor, diminuir a inflamação e melhorar o tônus muscular. Há dois tipos de pulsos: de alta frequência (> 50Hz) e baixa frequência (<10Hz) e geralmente ambos são usados nas dores musculares. A alta frequência tem baixa intensidade e mecanismo de ação maior no SNC. A baixa frequência é usada para relaxamento muscular e tem mecanismo de ação periférico. O aparelho permite a regulagem da intensidade de ambas as frequências de pulso (FIGURAS 9 e 10).



FIGURA 9 Aparelho de estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS). Para casos de síndrome dolorosa miofascial usa-se protocolo de 5 minutos na alta frequência, seguido por 15 minutos em baixa frequência. Para demais casos, usa-se somente 20 minutos na baixa frequência.



FIGURA 10 Eletrodos de superfície. São usados eletrodos de espuma, hidrogel adesivo condutor. Eles são colocados sobre a área algica, ou bem próxima a ela, com o aparelho ainda desligado, após limpeza prévia da pele com álcool 70%. Para área orofacial, usa-se a inserção mandibular do músculo masseter e feixe anterior do músculo temporal, bilateralmente.

8.2.4 Fotobioestimulação (LASER - Light amplification stimulated emission radiation).

O LASER terapêutico, também conhecido como laser de baixa potência, promove grande ação analgésica e melhora da função temporomandibular. Evidências científicas menos expressivas mostram influência também na inflamação e na reparação tecidual por inúmeros mecanismos de estimulação. É um tratamento não invasivo, seguro, fácil de aplicar e relativamente barato. Há muitos protocolos de aplicação que diferem quanto ao local de aplicação, dose, tempo e tipo de aparelhos usados, tornando difícil a comparação de resultados. Contudo, o efeito do LASER em dores miofasciais é superior ao placebo, além de melhorar a dor articular por osteoartrite e aumentar a mobilidade mandibular.

Há dois tipos de luz emitida no LASER terapêutico, dependendo de seu comprimento de onda: o LASER vermelho e o infravermelho. O LASER infravermelho altera o potencial de ação do nervo fonte da dor neuropática, além de alterar o período de latência e redução da velocidade de condução nervosa. Há melhoras documentadas em neuralgias pós-herpéticas, parestesias, neuropatias pós-cirúrgicas e hipersensibilidade dentinária (FIGURA 11).



FIGURA 11 Aparelho de LASER terapêutico.

8.2.5 Acupuntura

É eficaz contra a dor crônica, mas deve ser executada por operador adequadamente habilitado e treinado, a fim de evitar danos ao paciente. É indicado no tratamento de dores agudas, como a dor pós-operatória. Seus efeitos, geralmente melhores em curto prazo, incluem relaxamento muscular, analgesia e melhora na qualidade do sono (FIGURA 12).



FIGURA 12 Acupuntura. VB2, TA21, TA17, ID18, ID19, E6 e E7 são exemplos de pontos amplamente utilizados para tratamento de DTM e dores orofaciais.

8.2.6 Placa acrílica interoclusal / placa miorreloxante

A placa acrílica rígida, lisa, sem desocclusão em caninos e com contatos simultâneos e bilaterais (platô oclusal ou placa de Michigan) é a de escolha para este protocolo. A indicação depende do tipo de dor orofacial apresentada pelo paciente, sendo mais indicada no caso de dores musculares e articulares.

A placa interoclusal altera a posição mandibular pela reprogramação da musculatura. A oclusão habitual segue para uma oclusão cêntrica, não dependente de interferência oclusal e contatos dentais prematuros, melhorando a mialgia/miosite. Uma relação cêntrica da ATM advém da harmonia neuromuscular e oclusal conseguida, o que pode levar a remissão de quadros de capsulite, além de diminuir o bruxismo. A eficácia da placa depende do ajuste profissional periódico. Seu uso deve ser por no mínimo 45 dias (FIGURA 13).



FIGURA 13 Placa interoclusal adequadamente ajustada.

8.3 Condutas clínicas

Após anamnese detalhada, além das abordagens utilizadas pela atenção primária, o especialista em dor poderá utilizar as seguintes terapias:

8.3.1 Mialgias mastigatórias

- a) Explicar ao paciente sobre o seu quadro e iniciar um protocolo de TENS.

- b) Após a sessão, questionar o paciente sobre sua dor atual, orientar o paciente sobre fatores que favoreçam ou piorem o seu quadro, ensinar técnicas de terapia cognitiva comportamental;
- c) Orientar termoterapia com calor local intermitente;
- d) Dependendo dos sintomas referidos pelo paciente, pode ser necessário prescrever analgésicos, miorrelaxantes ou antidepressivos;
- e) Repete-se o esquema terapêutico por mais 3 semanas. Se houver remissão do quadro, contrarreferenciar o paciente para UBS. Em caso contrário, reavalia-se o diagnóstico e as novas condutas a serem adotadas.

8.3.2. Síndrome dolorosa miofascial

- a) Explicar ao paciente sobre o seu quadro e iniciar um protocolo de TENS e/ou alongamento da musculatura cervical e mastigatória;
- b) Reavaliar o paciente após a sessão procurando-se por pontos gatilhos (*trigger points*). Caso sejam encontrados, procede-se com agulhamento seco ou infiltração anestésica; em seguida deve-se orientar o paciente sobre fatores que favoreçam ou piorem o seu quadro e ensinar técnicas de terapia cognitiva comportamental;
- c) Orientar termoterapia com calor local intermitente;
- d) Repete-se o esquema terapêutico por mais 3 semanas. Se houver remissão do quadro, contrarreferencia-se o paciente para UBS para seguimento clínico odontológico. Em caso contrário, reavalia-se o diagnóstico e as novas condutas a serem adotadas.

8.3.3 Outras DTM musculares

A abordagem do paciente irá variar de acordo com sinais e sintomas apresentados. Em alguns casos, será necessária avaliação multiprofissional. Basicamente segue as mesmas recomendações de qualquer miosite/mialgia, com uso de calor local, TENS, manipulação/alongamento muscular e orientações de TCC.

A FIGURA 14 resume o fluxo do paciente com DTM muscular no nível secundário de atenção à saúde bucal.

FIGURA 14 Fluxo de atendimento do paciente com DTM muscular no especialista em DO e DTM.



8.3.4 Osteoartrite

- a) Explicar ao paciente sobre o seu quadro e orientar a diminuir a função mandibular;
- b) Investigar presença de DTM muscular associada. Caso presente, seguir também o protocolo descrito anteriormente;
- c) Em caso de dor, prescrever anti-inflamatórios e uso de placa miorrelaxante enquanto o sintoma perdurar;
- d) Solicitar radiografia panorâmica e tomografia computadorizada de ATM com boca aberta e fechada;
- e) Retorno para UBS após controle dos sintomas, com retornos anuais para reavaliação do especialista em dor.

8.3.5 Luxação mandibular

Tentar manobra para redução da mandíbula.

- a) Caso não seja efetiva, tentar anestésias dos músculos pterigoideos laterais. Pode-se também solicitar sedação ou relaxamento muscular à equipe médica ou encaminhar ao hospital de referência como caso de urgência;
- b) Após redução, aplicar bandagem com ataduras (bandagem de Barton) a qual deve ser mantida por cerca de 2 dias (também funciona como *biofeedback* para o paciente não abrir muito sua boca e luxar novamente);

O paciente deve ser avaliado após 1 semana e deve-se dar início a terapia reabilitadora para estabilidade oclusal e fortalecimento muscular; pedir para o paciente, ao abrir a boca ou bocejar, manter sempre a língua na papila incisiva,

como manobra de autolimitação. A possibilidade de cirurgia na ATM deve ser considerada para os casos em que o controle clínico não foi possível e há dor e/ou limitação e função oral.

8.3.6 Deslocamento do disco articular

- a) Explicar ao paciente sobre o seu quadro degenerativo;
- b) Em casos agudos, tentar manobra para recaptura do disco;
- c) Diante de sintomas álgicos, prescrever anti-inflamatórios e uso de placa de mordida por aproximadamente 90 dias. Adotar técnicas de TCC;
- d) Em casos crônicos e assintomáticos, ensinar exercícios para fins de remodelação discal e fortalecimento muscular, além das técnicas de TCC;
- e) Encaminhar para atenção terciária caso a queixa álgica ou funcional persista a despeito das terapias adotadas;
- f) Após remissão dos sintomas, encaminhar para UBS.

A FIGURA 15 resume o fluxograma do paciente com alterações articulares na ATM na atenção secundária.

FIGURA 15 Fluxograma do paciente com DTM articular no especialista em DO e DTM.



8.3.7 Dores neuropáticas

8.3.7.1 Neuralgia do nervo Trigêmeo

- a) Após o diagnóstico clínico, solicitar tomografia computadorizada do crânio, base do crânio e orofaringe e encaminhar o paciente para avaliação neurológica concomitante;
- b) Prescrever Carbamazepina uma vez ao dia, aumentando-se a dose progressivamente a cada dois dias, até a dose terapêutica. Após determinação da dose terapêutica naquele paciente, a reavaliação da resposta ao tratamento deve ser feita após 15 dias;
- c) Solicitar exames laboratoriais como a transaminase glutâmico-oxalacética (TGO), a transaminase glutâmico-pirúvica (TGP) e o hemograma;
- d) Agendar retorno após um mês e, após controle da dor, solicitar reavaliações semestrais;
- e) Caso as crises se mantenham persistentes, avaliar se há componente de dor miofascial associado e reencaminhar para avaliação neurológica.

8.3.7.2 Odontalgia atípica

- a) Exaurir todas as possibilidades clínicas de justificativa para dor relatada, por meio de exames clínicos e de imagem;
- b) Realizar protocolo de lasertepia na região. Inicialmente aplicando quatro sessões de laser de baixa potência semanalmente, reavaliando a necessidade

de manutenção do protocolo (até completar 10 sessões), de acordo com a queixa;

- c) Prescrição de Amitriptilina ou Gabapentina após 3 semanas, caso a laserterapia não esteja minimizando a sensação dolorosa, na dosagem inicial de 1 (um) comprimido ao dia;
- d) Primeira reavaliação quinzenal e depois mensal após o término do protocolo de laser;
- e) Quando obtiver o controle algico, as reavaliações podem ser semestrais;
- f) Considerar o encaminhamento para o neurologista caso a dor seja persistente;

8.3.7.3 Dor pós-traumática

- a) Exaurir todas as possibilidades clínicas de justificativa para dor relatada, por meio de exames clínicos e de imagem;
- b) Realizar protocolo de laserterapia na região. Inicialmente aplicar quatro sessões de laser de baixa potência semanalmente, reavaliando a necessidade de manutenção do protocolo (até completar 10 sessões) de acordo com a queixa.
- c) Prescrição de Nortriptilina/Amitriptilina ou Gabapentina após 3 semanas caso a laserterapia não esteja diminuindo a sensação dolorosa, na dosagem inicial de 1 (um) comprimido ao dia.
- d) Primeira reavaliação quinzenal e depois mensal, após o término do protocolo;
- e) Quando obtiver o controle algico, as reavaliações podem ser semestrais;
- f) Considerar o encaminhamento para o neurologista caso a dor seja persistente.

8.3.7.4 Dor pós-herpética

- a) Realizar laserterapia na região. Inicialmente aplicar quatro sessões de laser de baixa potência semanalmente, reavaliando a necessidade de manutenção do protocolo (até completar 10 sessões), de acordo com a queixa;
- b) Prescrição de Amitriptilina/Nortriptilina ou Gabapentina após 3 semanas, caso a laserterapia não esteja diminuindo a sensação dolorosa, na dosagem inicial de 1 (um) comprimido ao dia;
- c) Primeira reavaliação quinzenal e depois mensal após o término do protocolo;
- d) Quando obtiver o controle algico, as reavaliações podem ser semestrais;
- e) Considerar o encaminhamento para o neurologista caso a dor seja persistente.

8.3.7.5 Síndrome da ardência bucal

- a) Excluir doenças sistêmicas e locais que possam estar causando a queixa, como *Diabetes mellitus* ou síndrome de Sjögren;
- b) Fazer testes clínicos com soro fisiológico e anestésico tópico;
- c) Solicitar exames laboratoriais (hemograma, glicemia em jejum, hemoglobina glicada, vitamina B12, Zinco, Ferro, ácido fólico);
- d) Prescrever lubrificante bucal;
- e) Orientar dieta livre de alimentos cítricos ou condimentados;
- f) Prescrição de Capsaicina tópica, Clonazepam ou Nortriptilina/Amitriptilina (início com 01 comprimido ao dia) ou Gabapentina (iniciando com 01 comprimido ao dia até a dose terapêutica);
- g) Primeira reavaliação quinzenal e a segunda, mensal;

h) Após controle, agendar consulta semestral. Caso o quadro mantenha-se estável, iniciar o desmame da medicação.

A FIGURA 16 mostra o fluxo dos pacientes com dores neuropáticas na atenção secundária.

8.3.8 Outros quadros algícos na face

De modo geral, as dores do tipo psiquiátricas, referidas à face e neurovasculares são de abordagem multiprofissional. Nestes casos, o cirurgião-dentista da especialidade de DO e DTM deve se deter ao tratamento da parte sintomática da face, encaminhando os pacientes para os profissionais pertinentes. Ou seja, considerando um paciente com artrite reumatoide que sofre de cefaleia primária associada a um quadro de dor miofascial e crepitação em ATM, por exemplo, o reumatologista faz o manejo clínico da artrite, o neurologista fica responsável pelo tratamento da cefaleia primária, enquanto que o dentista atua na dor miofascial e na ATM.

FIGURA 16 Fluxo de atendimento do paciente com dores neuropáticas faciais na atenção secundária.



PARTE IV

9. PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DO PACIENTE COM DOR E AS ATRIBUIÇÕES DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO TERCIÁRIA

Quando o quadro do paciente exige abordagem mais invasiva e/ou tecnologias mais específicas e de maior custo, o profissional da atenção secundária deve encaminhar o paciente à atenção terciária. Em âmbito hospitalar, o cirurgião-dentista possui meios de tratamentos diferenciados, como as terapias medicamentosas e as terapias cirúrgicas.

9.1 Terapia medicamentosa

O cirurgião-dentista em atenção terciária pode utilizar de todos os medicamentos possíveis da atenção básica e secundária, além de:

9.1.1 Aplicação de Toxina Botulínica

É uma terapia recente e promissora para DTM. Tem indicação precisa nos casos de bruxismos graves, distonias orofaciais, casos de trismos e luxações recidivantes de ATM. Para controle doloroso, sua indicação ainda é discutível, sendo benéfica em alguns casos de dores miofasciais.

A proteína botulínica se liga definitivamente à placa motora e impede que o neurônio motor libere a Acetilcolina na fenda sináptica, neurotransmissor

necessário ao início da contração muscular, o que causa uma atrofia química do músculo.

No Brasil, existem atualmente quatro marcas comerciais de toxina botulínica: Botox®, Dysport®, Prosigne® e Xeomin®.

Após sua aplicação, há atrofia muscular aparente em cerca de 72h, com efeito máximo em três semanas. Entretanto, seu efeito é temporário, devido à plasticidade neural, durando entre 4 e 6 meses. As aplicações repetidas podem causar sensibilização e redução gradual dos efeitos. O uso da toxina botulínica na PMSP é terciário, sendo o usuário referenciado pelo especialista em DO e DTM da atenção secundária para o cirurgião bucomaxilofacial (CTBMF) (FIGURAS 17 e 18).



FIGURA 17 Frasco ampola de toxina botulínica de 100U (Botox®). Apresentação em pó congelado a vácuo que é reconstituído com soro fisiológico estéril na diluição própria para cada músculo tratado. A dose deve ser a mínima para uma máxima efetividade clínica.



FIGURA 18. Frasco ampola de toxina botulínica de 500U (Dysport®). Apresentação como pó liofilizado. A potência clínica é três vezes menor que o Botox®, o que justifica sua maior concentração comercial. Isso influencia na diluição e cálculo de quanto será injetado em cada músculo, dependendo da patologia a ser modulada.

9.1.2 Viscosuplementação

A viscosuplementação das ATM é eficiente no controle da dor articular, além de melhorar a função mandibular. Contudo, ainda não há estudos sólidos sobre o tema, que carece de maiores pesquisas.

O hialuronato de sódio (HS) é o sal de sódio do ácido hialurônico (HA), um mucopolissacarídeo ácido presente na substância fundamental dos tecidos animais. O HA é o maior componente do líquido sinovial, tendo importante função na lubrificação dos tecidos articulares, devido ao seu alto peso molecular. Nas alterações inflamatórias e degenerativas das articulações, a concentração e o peso molecular do HA estão diminuídos. A injeção intra-articular do HS aumenta a concentração e o peso molecular de HA no líquido sinovial, o que estaria relacionado ao alívio da dor. O HS apresenta os mesmos efeitos benéficos que a

infiltração com corticosteroide a curto e longo prazo na melhora dos sintomas e sinais clínicos das DTM, mas sem os efeitos deletérios dos corticoides sobre as superfícies articulares. Não há uma indicação precisa para a viscosuplementação, mas parece consensual sua utilização nos casos de alterações internas e sintomáticas das ATM, principalmente nas que ocorre limitação da amplitude dos movimentos mandibulares (disfunção).

9.2 Terapias cirúrgicas

Compreendem as cirurgias abertas (artroplastias) e as minimamente invasivas de ATM. As artroplastias possuem indicações restritas e específicas, sendo meios de tratamento para casos avançados de atividade degenerativa óssea e/ou discal que não responderam adequadamente aos tratamentos mais conservadores para controle da dor e/ou da disfunção mandibular.

9.2.1 Artrocentese e viscosuplementação

A artrocentese é o primeiro tipo de tratamento cirúrgico para pacientes com DTM que não responderam à terapia conservadora com dispositivos interoclusais, fisioterapia, fármacos, mudanças comportamentais e do estilo de vida.

Apesar de ser uma terapia cirúrgica, é um procedimento minimamente invasivo e consiste na lavagem do compartimento superior da ATM, normalmente por meio de duas agulhas inseridas por via percutânea, uma de entrada e outra de saída. Pode ser usada a solução fisiológica ou a de Ringer com lactato e/ou fármacos anti-inflamatórios, opioides, corticosteroides ou solução viscoelástica. A anestesia

é local ou geral, com baixos índices de complicações. A artrocentese é indicada em:

- i. Pacientes com deslocamento do disco, com e sem redução;
- ii. Casos de aderências disciais, com limitação da abertura da boca que não responderam às terapias conservadoras;
- iii. Casos de sinovite/capsulite;
- iv. Como paliativo nos casos agudos de artrite reumatoide degenerativa;
- v. Pacientes com ruído articular doloroso na abertura e/ou fechamento da boca;
- vi. Casos de hemartrose por trauma recente.

O sucesso terapêutico depende de vários fatores que envolvem a cronicidade da doença e suas características, do adequado diagnóstico, da cooperação do paciente, da técnica empregada e da experiência do profissional.

9.2.2 Cirurgias da ATM

São terapias de exceção, pois inicialmente devem ser adotadas terapias conservadoras, minimamente invasivas e reversíveis. As cirurgias da ATM são divididas nas seguintes modalidades terapêuticas:

- i. Manipulação mandibular assistida, com aumento de pressão hidrostática articular (Artrocentese);
- ii. Artroscopia;
- iii. Artroplastias ou artrotomias:
 - a) Reposicionamento discal;
 - b) Reposicionamento e ancoragem do disco articular (discopectomia);

- c) Discectomia com ou sem interposição de material;
- d) Eminectomia;
- e) Condilectomia com enxerto;
- f) Substituição total articular.

Somente se o resultado terapêutico conservador for desfavorável é que se podem empregar tratamentos invasivos. Além disso, escolher as cirurgias de menor complexidade e evoluir para os tratamentos de maior complexidade é atitude prudente. O sucesso terapêutico está baseado no correto diagnóstico, na experiência profissional, na técnica cirúrgica realizada.

Em todos os casos, o paciente deve ser contrarreferenciado a especialidade de DO e DTM para que se possa dar continuidade à terapia em dor, inclusive no pós-operatório imediato da cirurgia.

10. FLUXO DE ENCAMINHAMENTO

O paciente procura o cirurgião-dentista da UBS com queixa de DO. O profissional faz o exame clínico e complementar necessário e estabelece uma hipótese diagnóstica para a queixa. Quando esta for uma odontalgia odontogênica, a queixa deve ser resolvida em nível de atenção básica e o paciente deve ser encaminhado para CEO (endodontia, periodontia, cirurgia oral menor etc), se necessário.

No caso das DTM ou outras dores orofaciais, as medidas básicas devem ser instituídas protocolarmente e o caso reavaliado uma vez por semana durante três semanas. Frente à melhora clínica, o usuário permanece neste nível de atenção (primária) para demais terapias odontológicas, se houver necessidade. Casos de insucesso das medidas básicas ou dores orofaciais a esclarecer são encaminhados para a especialidade de DO e DTM de referência. Também são encaminhados para esta especialidade os casos com mais de três recidivas de dor e/ou disfunção temporomandibular nos últimos três meses.

Após controle clínico, a especialidade deve contrarreferenciar o usuário à sua UBS de origem.

Se o paciente necessitar de encaminhamento para atenção terciária, esta será feita pela especialidade de DO e DTM, exceto nos casos de luxação mandibular que podem ser encaminhados à atenção terciária diretamente pelo profissional da atenção básica para a devida redução do disco e contenção dos maxilares. Após ser atendido na atenção terciária o paciente deve ser contrarreferenciado para a especialidade de DO e DTM para dar continuidade ao tratamento específico de

dor e, se necessitar de tratamentos clínicos, será contra referenciado à UBS de origem (FIGURAS 19, 20 e 21)

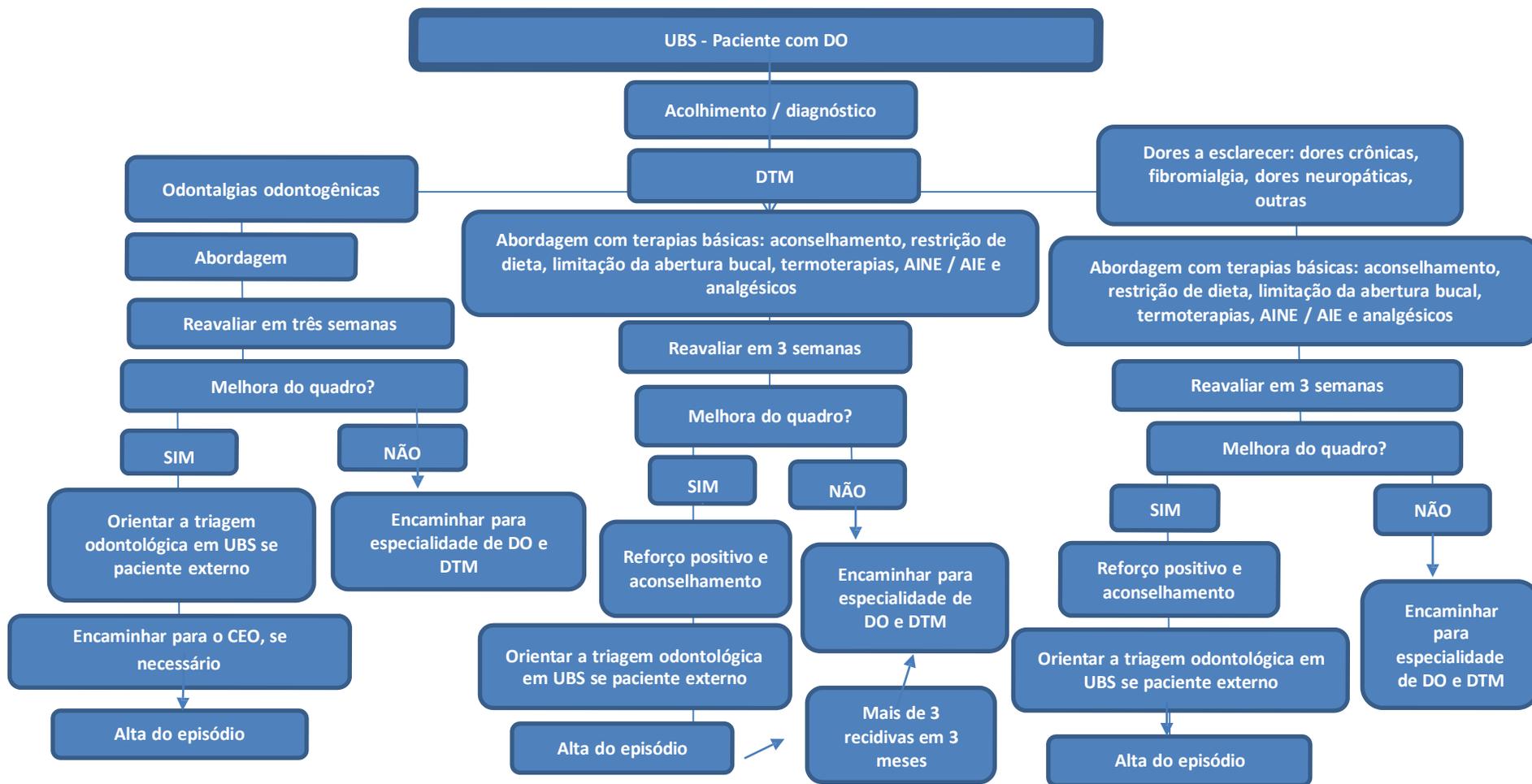


FIGURA 19 Fluxo de atendimento do paciente com queixa de dor na face. Após rigoroso exame clínico, o cirurgião-dentista da UBS determina se a dor é odontogênica, relacionada à DTM ou se é indefinida para o clínico geral. As dores odontogênicas seguem o curso habitual do tratamento na Atenção Básica e referência aos CEO quando necessário. As dores relacionadas às DTM agudas devem ser abordadas na UBS com as medidas básicas e reavaliação clínica em três semanas. Casos de dores indeterminadas pelo generalista ou casos de DTM sem resposta positiva aos procedimentos básicos serão encaminhados a especialidade de DO e DTM. Casos com mais de três agudizações em 3 meses são também encaminhados para a especialidade de DO e DTM.

FIGURA 20 Referências possíveis para a especialidade de DO e DTM, conforme os diagnósticos do usuário, para tratamento multiprofissional e interdisciplinar.

DVO – dimensão vertical de oclusão;

DDCR – deslocamento de disco articular com redução às manobras de abertura máxima de boca;

DDSR – deslocamento de disco articular sem redução às manobras de abertura máxima de boca;

CTBMF – cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial;



Figura 21. Relação dos diagnósticos assistidos pela especialidade de DO e DTM no município de São Paulo. Cada diagnóstico determina condutas padronizadas de terapia e de encaminhamento para tratamentos adjuvantes em especialidades afins. O protocolo desta abordagem visa uniformizar os atendimentos e referências para melhor condução do doente com dor aguda e crônica na face, a fim de se conseguir maior eficácia de terapia da dor, levantamento estatístico e resolutividade da rede de atendimento nesta especialidade.

CID-10	Descrição
K07.6	Distúrbios da articulação temporomandibular
K06.63	Dor
K07.69	Distúrbio da articulação temporomandibular não especificado
K10.9	Doença dos maxilares, não especificada
K14.6	Glossodínia
K14.9	Doença da língua, sem outra especificação
G50.0	Neuralgia do trigêmeo
G50.1	Dor facial atípica
G50.8	Outros transtornos do nervo trigêmeo
M25.5	Dor articular
M19.0	Artrose primária de outras articulações
S03.1	Luxação maxilar
M06.9	Artrite reumatoide não especificada
G44.84	Cefaleia ou dor facial atribuída à outra moléstia do crânio, pescoço, olhos, orelhas, nariz, seios da face, dentes, boca ou outras estruturas cranianas e faciais
M60	Miosite
G59.8	Outras mononeuropatias em doenças classificadas em outra parte
B02.2	Neuralgia pós-herpética
G24.4	Distonia orofacial idiopática
M79.7	Fibromialgia
F45.8	Bruxismo
R52.2	Outra dor crônica

11. CONCLUSÃO

Embora este protocolo descreva uma forma simples e quase sistemática de atendimento do paciente com dor orofacial, na prática clínica, a avaliação e o tratamento destes pacientes pode ser bastante complexo. Não raro, as dores da face aparecem concomitantemente a outras algias e doenças sistêmicas, confundindo os pacientes e os profissionais. Nestes casos, por vezes, a complexidade do paciente supera a capacidade de manejo clínico do cirurgião-dentista, fazendo-se necessário o conhecimento de outros profissionais de saúde, como médicos reumatologistas, endocrinologistas, neurologistas, fisiatras, psiquiatras, psicólogos, fisioterapeutas, acupunturistas e fonoaudiólogos.

Sendo assim, os profissionais que tratam dor devem estar preparados para uma interface multiprofissional e um manejo complexo e dinâmico, com reavaliações periódicas dos pacientes, não se preocupando apenas com os protocolos, mas sim em oferecer a melhor possibilidade de controle ou tratamento para o paciente, respeitando seus sintomas e sua individualidade.

12. REFERÊNCIAS

1. (IHS). The International Classification of Headache Disorders, Third edition. *Cephalagia*. 38(1):1-211, 2018.
2. Adibi SS, Ogbureke EI, Minavi BB, Ogbureke KU. Why use oral splints for temporomandibular disorders (TMDs)? *Tex Dent J*. 131(6):450-55, 2014.
3. Aggarwal VR, Fu Y, Main CJ, Wu J. The effectiveness of self-management interventions in adults with chronic orofacial pain: A Systematic review, Meta-analysis and Meta-regression. *Eur J Pain*. 2019 Jan 8. doi:10.1002/ejp.1358
4. American Academy of Orofacial Pain: Guidelines for assessments, diagnosis and management. Fifth edition. Chicago Quintessence.2013.
5. American Academy of Orthopaedics Surgeons. The burden of musculoskeletal disease in the United States: Prevalence, societal and economic costs. Second edition. Rosemont. 2010.
6. Awan KH, Patil S. The role of transcutaneous electrical nerve stimulation in the management of temporomandibular joint disorder. *J Contemp Dent Pract*. 16(12):984-86, 2015.
7. Bertazzo I. *Corpo Vivo. Reeducação do movimento*. Edições SESC SP. São Paulo. 2010.
8. Bezerra BPN, Ribeiro AIAM, Farias ABL, Farias ABL, Fontes LBC, Nascimento SR, et al. Prevalência da disfunção temporomandibular e de

- diferentes níveis de ansiedade em estudantes universitários. Rev. Dor.13(3):245-242, 2012.
9. Bouloux GF. Use of opioids in long-term management of temporomandibular joint dysfunction. J Oral Maxillofac Surg. 69:1885-1891, 2011.
 10. Carrara SV, Conti PCR, Barbosa JS. Termo do 1º Consenso em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial. Dental Press J Orthod.15(3):114-120, 2010.
 11. Chaitow L, Bradley D, Gilbert C, et al. Recognizing and Treating Breathing Disorders - A Multidisciplinary Approach, 2nd ed. Elsevier, Londres. 2014.
 12. Chiang CY, Dostrovsky JO, Iwata K, Sessle BJ. Role of glia in orofacial pain. Neuroscientist.17(3):303-20, 2011.
 13. Clark GT. Classification, causation and treatment of masticatory myogenous pain and dysfunction. Oral Maxillofac Surg Clin North Am. 20(2):145-57, 2008.
 14. de Meurechy N, Mommaerts MY. Alloplastic temporomandibular joint replacement systems: a systematic review of their history. Int J Oral Maxillofac Surg. 47(6):743-754, 2018.
 15. de Souza IF, Mármora BC, Rados PV, Visioli F. Treatment modalities for burning mouth syndrome: a systematic review. Clin Oral Investig. 22(5):1983-1905, 2018.
 16. Fabbro CD, Chaves Júnior CM, Tufik S. A odontologia na medicina do sono. São Paulo: Dental Press Editora. 2012.

17. Fernandes AC, Duarte Moura DM, da Silva LGD, de Almeida EO, Barbosa GAS. Acupuncture in Temporomandibular Disorder Myofascial Pain Treatment: A Systematic Review. *J Oral Facial Pain Headache*. 31(3):225-232, 2017.
18. Ferreira N, Masterson D, Lopes de Lima R, de Souza Moura B, Oliveira AT, Kelly da Silva Fidalgo T, et al. Efficacy of viscosupplementation with hyaluronic acid in temporomandibular disorders: A systematic review. *J Craniomaxillofac Surg*. 46(11):1943-1952, 2018.
19. Friction J. Myogenous temporomandibular disorders: diagnostic and management considerations. *Dent Clin North Am*. 51(1):61-83, 2007.
20. Furlan RMMM, Giovanardi RS, Britto ATBO, Britto DBO. O emprego do calor superficial para tratamento das disfunções temporomandibulares: uma revisão integrativa. *CoDAS*. 27(2):207-12, 2015.
21. Gallagher S, Heberger JR. Examining the interaction of force and repetition on musculoskeletal disorder risk: a systematic literature review. *Hum Factors*. 55(1):108-24, 2013.
22. Grossmann E, Grossmann TK. Cirurgia da articulação temporomandibular. *Rev Dor*. 12(2):152-59, 2011.
23. Guimarães AS. Dor Orofacial entre Amigos. Uma discussão científica. Ed. Quitessence, São Paulo. 2012.
24. Jiménez-Silva A, Peña-Durán C, Tobar-Reyes J, Frugone-Zambra R. Sleep and awake bruxism in adults and its relationship with temporomandibular disorders: A systematic review from 2003 to 2014. *Acta Odontol Scand*. 75(1):36-58, 2017.

25. Leeuw R. Dor orofacial. Guia de avaliação, diagnóstico e tratamento. 4ª Ed. São Paulo: Quintessense. 2010.
26. Lei H, Nahum-Shani I, Lynch K, Oslin D, Murphy SA.. A "SMART" design for building individualized treatment sequences. *Annu Rev Clin Psychol.*8:21-48, 2012.
27. Liu YF, Kim Y, Yoo T, Han P, Inman JC. Burning mouth syndrome: a systematic review of treatments. *Oral Dis.* 24(3):325-334, 2018.
28. Lobbezoo F, Ahlberg J, Raphael KG, Wetselaar P, Glaros AG, Kato T, et al. International consensus on the assessment of bruxism: Report of a work in progress. *J Oral Rehabil.* 45(11):837-844, 2018.
29. Machado E, Machado P, Wandscher VF, Marchionatti AME, Zanatta FB, Kaizer OB. A systematic review of different substance injection and dry needling for treatment of temporomandibular myofascial pain. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 47(11):1420-1432, 2018.
30. Mehta NR, Correa LP. Oral Appliance Therapy and Temporomandibular Disorders. *Sleep Med Clin.* 13(4):513-519, 2018.
31. Michelotti A; De Wijer A; Steenks M; Farella M. Home-exercise regimes for the management of non-specific temporomandibular disorders. *J Oral Rehabil.* 32(11):779-85, 2005.
32. Mohl ND, McCall WD Jr, Lund JP, Plesh O. Devices for the diagnosis and treatment of temporomandibular disorders. Part I: Introduction, scientific evidence, and jaw tracking. *J Prosthet Dent.* 63(2):198-201,1990.

33. Moldez MA, Camones VR, Ramos GE, Padilla M, Enciso R. Effectiveness of Intra-Articular Injections of Sodium Hyaluronate or Corticosteroids for Intracapsular Temporomandibular Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Oral Facial Pain Headache.* 32(1):53–66, 2018.
34. Moreno RA, Moreno DH, Soares MBM. Psicofarmacologia de antidepressivos. *Braz J Psychiatry.* 21(1):24-40, 1999.
35. Munguia FM, Jang J, Salem M, Clark GT, Enciso R. Efficacy of Low-Level Laser Therapy in the Treatment of Temporomandibular Myofascial Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Oral Facial Pain Headache.* 32(3):287–297, 2018.
36. Nandhini J, Ramasamy S, Ramya K, Kaul RN, Felix AJW, Austin RD. Is nonsurgical management effective in temporomandibular joint disorders? - A systematic review and meta-analysis. *Dent Res J (Isfahan).* 15(4):231-241, 2018.
37. Ohrbach R, Turner JA, Sherman JJ, Mancl LA, Truelove EL, Schiffman EL et al. The Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders. IV: evaluation of psychometric properties of the Axis II measures. *J Orofac Pain.* 24(1):48-62, 2010.
38. Okenson JP, de Leeuw R. Diferencial Diagnostic of temporomandibular disorders and other orofacial pain disorders. *Dent Clin North Am.* 55(1):105-20. 2011.

39. Pedersen SK, Saltin B. Exercise as medicine. Evidence for prescribe in 26 different chronic diseases. *Scand J Med Sci Sports*. Dec;25 Suppl 3:1-72. 2015.
40. Pertes RA, Gross SG. Tratamento clínico das disfunções temporomandibulares e da dor orofacial. Quintessence, São Paulo. 2005.
41. Piozzi R, Lopes FC. Desordens temporomandibulares: aspectos clínicos e guia para a odontologia e fisioterapia. *J Bras Oclusão ATM Dor Orofacial*.2(5):43-7, 2002.
42. Propert, D. Recognizing and Treating Breathing Disorders - A Multidisciplinary Approach. *Int J Osteopathic Med*, 17(3), 216–217, 2014.
43. Racich MJ. Occlusion, temporomandibular disorders, and orofacial pain: An evidence-based overview and update with recommendations. *J Prosthet Dent*. 120(5):678-685, 2018.
44. Renapurkar SK. Surgical versus Nonsurgical Management of Degenerative Joint Disease. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*. 30(30):291-297, 2018.
45. Ritchie A, Kramer JM. Recent Advances in the Etiology and Treatment of Burning Mouth Syndrome. *J Dental Res*. 97(11):1193-1199, 2018.
46. Santos MM, Freire AR, Rossi AC, Prado FB, Caria PHF, Botacin PR. Trigeminal neuralgia: literature review. *J Morphol Sci*.30(1):1-5. 2013.
47. SBDOF. Manual de Regulação da Sociedade Brasileira de Dor Orofacial. Disfunção temporomandibular e dor Orofacial, 2016.

48. Schleifer LM, Ley R, Spalding TW. A hyperventilation theory of job stress and musculoskeletal disorders. *Am J Ind Me.* 41(5):420-32, 2002.
49. Sessle BJ. Peripheral and central mechanisms of orofacial pain and their clinical correlates. *Minerva Anesthesiol.* 71(4):117-36, 2005.
50. Siqueira JDT, Teixeira MJ. *Dores Orofaciais. Diagnóstico e Tratamento.* Ed Artes Médicas, São Paulo, Brasil. 2012.
51. Siqueira JTT, Ching LH. Neuralgia idiopática do trigêmeo: diagnóstico diferencial com dor de origem dentária. *JBA.* 3(10):131-139. 2003.
52. Sluka KA, O'donnell JM, Danielson J, Rasmussen LA. Regular physical activity prevents development of chronic pain and activation of central neurons. *J Appl Physiol* (1985). 114(6):725-33, 2013.
53. Tenreiro M, Santos R. *Terapia Manual nas disfunções da ATM.* 2ª Ed. Editora Rubio, Rio de Janeiro, 2018.
54. Wright E, Evans J. Oral pre-trigeminal neuralgia pain: clinical differential diagnosis and descriptive study results. *Cranio;*32(3):193-198, 2014.
55. Xu GZ, Jia J, Jin L, Li JH, Wang ZY, Cao DY. Low-Level Laser Therapy for Temporomandibular Disorders: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Pain Res Manag.* 1-13, 2018.
56. Zakrzewska JM, McMillan R. Trigeminal neuralgia: the diagnosis and management of this excruciating and poorly understood facial pain. *Postgrad Med J.*87(1028):410-416, 2011.

ANEXOS



PREFEITURA DE
SÃO PAULO

Ficha Clínica para Avaliação de Dores Orofaciais



Nome: _____ DN: _____
CNS: _____ Prontuário: _____
Sexo: _____ Tel: _____ Idade: _____ Profissão: _____ Cor: () B () N ()
Outra: _____

I. ANAMNESE – CARACTERÍSTICAS DA DOR

1 – Queixa principal:

2. Há quanto tempo você tem essa dor?: _____ () Dias () Meses () Anos

3. Sabe o que iniciou a sua dor? () Não () Sim - Como?

4. Periodicidade: () Diária () 2-3 X semana () Semanal () Quinzenal () Mensal

5. Período do dia que tem dor: () Manhã () Tarde () Noite () Indiferente

6. Como ela aparece? () Espontânea () Provocada: Como? _____

7. Quanto tempo dura a sua dor? () Segundos () Minutos () Horas () Dias () Outro _____

8. Tipo (característica) da dor: () Pontada () Peso () Queimação () Choque () Latejante () Contínua () Outro ()

9. Intensidade da dor: () Fraca () Moderada () Forte Nota de 0 a 10 (EVA): _____

10. Essa dor te acorda durante o sono? () Não () Sim

11. Período do dia em que a dor é pior: () Manhã () Tarde () Noite () Sono () Indiferente () Outro: _____

12. O que piora a sua dor? _____

13. O que acalma a sua dor? _____

14. Tratamentos realizados para a dor e melhora (M, PM, SM*) _____

*M- melhora / PM- pouca melhora/ SM- sem melhora

15. Possui o hábito de morder: () Língua () Bochecha () Lábios () Objetos: _____

16. Você mastiga do lado: () Direito () Esquerdo () Dentes da frente () Bilateral

17. Você acha que sua mastigação é: ()Boa ()Ruim ()Péssima ()Não sabe ()Causa dor – Onde? _____

18. Ao acordar sente alguma dor em seu corpo? ()Não ()Sim – Onde? ()Rosto ()Ouvido ()Cabeça

()Dentes ()Pescoço ()Corpo ()Outro _____

9. Sente o rosto cansado com frequência: ()Não ()Sim - ()Ao acordar ()Ao mastigar ()Ao falar ()Ao sorrir

() Outro _____

20. Sabe se range os dentes: ()Não ()Não sabe ()Sim ()À noite ()De dia: Quem disse? _____

21. Sente ruídos na ()face ()cabeça ()Não ()Sim - Lado? _____

Quando? ()AB ()fala ()mastiga ()outro _____

22. Tem dor provocada por algum movimento da boca? ()Não ()Sim: ()AB* ()Protrusão ()lateralidade direita () Lateralidade esquerda ()outro _____

*AB- Abertura bucal

23. Tem dor de ouvido ()Não ()Sim: Lado? ()Direito ()Esquerdo

24. Tem dor de cabeça? ()Não ()Sim: Onde? _____

25. Passou pelo médico (Otorrino/Neuro)? ()Não ()Sim– O que ele disse ou receitou? _____

26. Tem dor no corpo? ()Não ()Sim: Onde? _____

27. Passou pelo médico? ()Não ()Sim: Qual? _____ O que ele disse ou receitou? _____

28. Teve algum acidente, cirurgia ou doença grave? ()Não ()Sim – Qual, como e onde afetou seu corpo? _____

III. ANTECEDENTES MÉDICOS PESSOAIS:

29. Tratou-se de alguma destas doenças:

- | | | | | |
|------------------------|----------------------|--------------|--------------------|------------------|
| ()Artrite reumatoide | ()Asma | ()Bronquite | ()Hepatite | ()Amigdalite |
| ()Derrame (AVC) | ()Fibromialgia | ()Sinusite | ()HAS | ()doença renal |
| ()Diabete | ()Úlcera | ()Gastrite | ()Rinite alérgica | ()Coração |
| ()Doença renal (rins) | ()Depressão | ()Infecções | ()Enxaqueca | ()Herpes zoster |
| ()Parkison | ()Anemia Falciforme | | | |
| ()Outra: _____ | | | | |

30. Está em tratamento médico atual? () Não () Sim. Que doenças que tem e que remédios que usa:

IV. ASPECTOS PSICOLÓGICOS

31. Comportamento durante a consulta:

V. EXAME FÍSICO:

32. Face: () Assimetria facial () Prognatismo () Laterognatismo: () Direito () Esquerdo

() Hipertrofia: () Masseter () Temporal – () Direito () Esquerdo

33. Pele da Face: _____

34. Linfonodos: _____

35. Nervos cranianos:		Alterações observadas:
(III, IV, VI) Músculos extraoculares	() Normal	
Pupilas (tamanho, formato, simetria, reação a luz)	() Normal	
(V) Motor	() Normal	
(V) Sensorial (V ₁ , V ₂ , V ₃)	() Normal	
(VII) Motor (músculos faciais)	() Normal	
(VIII) Audição	() Normal	
(IX, X) Reflexo do engasgo/elevação do palato	() Normal	
(XI) Trapézio (elevação dos ombros, rotação da cabeça)	() Normal	
(XII) Hipoglosso (movimento)	() Normal	

PARES CRANIANOS	TIPO	FUNÇÃO
I. OLFATÓRIO	Sensorial	Olfato
II. OPTICO	Sensorial	visão
III. OCULOMOTOR	Motor	Movimento dos mm. da pálpebra e globo ocular
IV. TROCLEAR	Motor	Movimentos do globo ocular
V. TRIGEMIO	Misto	Percepção da face e da boca e movimentos das bochechas
VI. ABDUTOR	Motor	Movimentos dos mm. do globo ocular
VII. FACIAL	Misto	Paladar, movimentos dos mm e glândulas salivares
VIII. AUDITIVO	Sensorial	Audição e equilíbrio
IX. GLOSSOFARÍNGEO	Misto	Paladar e deglutição
X. VAGO	Misto	Principal n. do sistema nervo autônomo
XI. ACESSÓRIO	Motor	Deglutição e movimentos da cabeça e do pescoço
XII. HIPOGLOSSO	Motor	Movimento dos mm. da língua

36. Mucosa oral: _____

37. Língua: _____

38. Periodonto: _____

39. Dentes: _____

40. Percussão (Vert e Horiz) (0 a 3) 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

41. Ausências dentárias (/) 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

42. Interferências oclusais: _____

43. Mordida aberta: ()Não ()Sim: ()Anterior ()Posterior

44. Mordida cruzada: ()Não ()Sim: ()Anterior ()Posterior- ()Direita ()Esquerda

45. Sobremordida profunda: ()Não ()Sim

46. Desgastes dentários: ()Não ()Sim - ()incisais ()1/3 incisal ()1/3 médio ()1/3 cervical

47. Angle: ()Classe I ()Classe II ()Class III

48. Desdentado Total: ()Duplo ()Superior ()Inferior 49. PPR: ()Não ()Sim – Qual: _____

50. Perda de Dimensão vertical: ()Não ()Sim - _ _mm

51. Tempo de uso de Prótese total (PT): _____ Tempo da PT atual: _____

52. Tempo de uso da prótese parcial removível (PPR): _____ Tempo da PPR atual: _____

53. Movimentos mandibulares: AB: _ _ mm – ()sem dor ()com dor – local: _____

Protrusão: _+ mm – ()sem dor ()com dor – local: _____

Lateralidade Direita: _____ mm – ()sem dor ()com dor – local: _____

Lateralidade Esquerda: _____ mm – ()sem dor ()com dor – local: _____

Linha Media: DLM*fechado: _____ mm ()Esquerda ()Direita

DLM*aberto: _____ mm – ()Esquerda ()Direita

*DLM – Desvio de linha média

54. Testes de Provocação:					
Muscular (Fadiga)- (até 1 min)					
Lado direito	() não	() Direita	Local: _____	() Esquerda	Local: _____
Lado esquerdo	() não	() Direita	Local: _____	() Esquerda	Local: _____
Articular - (até 15 segundos)					
Lado direito	() não	() Direita	Local: _____	() Esquerda	Local: _____
Contra teste (lado esquerdo)			Alívio	() sim	() não
Lado esquerdo	() não	() Direita	Local: _____	() Esquerda	Local: _____
Contra teste (lado direito)			Alívio	() sim	() não

55. Ruídos na ATM: ()Ausentes ()POP ()Crepitação ()Direito ()Esquerdo

()Com dor _____ ()sem dor

Estalo D- ()IA ()MA ()FA ()IF ()MF ()FF

Estalo E- ()IA ()MA ()FA ()IF ()MF () FF

*IA-início da abertura / MA- meio da abertura/ FA- final da abertura/ IF- início do fechamento/ MF- meio do fechamento/ FF- final do fechamento

56. Palpação da ATM e dos músculos da mastigação e do pescoço:

ATM ou Músculos	Dir	Esq	Obs.
ATM – polo lateral			
ATM – polo posterior			
Masseter Inferior			
Masseter Médio			
Masseter Superior			
Masseter Intraoral			
Temporal Anteriorr			
Temporal Médio			
Temporal Posterior			
Temporal Intraoral			
Digástrico anterior			
Digástrico posterior			
ECM superior			
ECM médio			
ECM inferior			
Esplênio cervical			
Esplênio da cabeça			
Suboccipitais			
Trapézio ombro			
Trapézio pescoço			

57. Movimentos cervicais

Movimento	Dor (local)	Restrição	Sem Restrição
Flexão			
Extensão			
Rotação D (70°)			
Rotação E (70°)			
Incl. Lateral D (60°)			
Incl. Lateral E (60°)			

58. Rx, exames ou interconsultas solicitadas:

59. Sono:

60. Hipótese diagnóstica para a dor

(CID): _____

HD	Lado direito	Lado esquerdo	Bilateral
() Sem classificação			
() Mialgia			
() Mialgia Local			
() Dor miofascial com espalhamento			
() Dor miofascial com dor referida			
() Cefaléia atribuída a DTM			
() DDCR			
() DDCR, com travamento intermitente			
() DDSR, com limitação de abertura bucal			
() DDSR, sem limitação de abertura bucal			
() Doenças Degenerativas			
() Subluxação			
() Artralgia			
() outras:			

61. Diagnósticos secundários (CID): _____

62. Diagnóstico final (dor): _____

Ficha Clínica para Avaliação de Dores Orofaciais

Composição baseada em:

- Ficha clínica da Equipe de Dor Orofacial e DTM (EDOF) da Divisão de Odontologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Siqueira JTT, Teixeira MJ. Dor Orofacial: Diagnóstico, terapêutica e qualidade de vida. Curitiba: Maio; 2001).

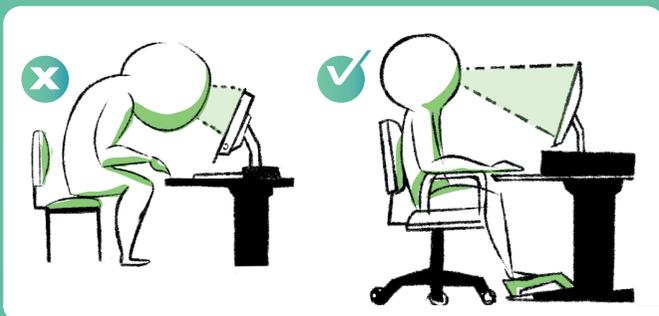
-Helkimo M. Studies on function and dysfunction of the masticatory system. 3. Analyses of anamnestic and clinical recordings of dysfunction with the aid of indices. Sven Tandlak Tidskr. 67(3):165-81, 1974.

-Ficha clínica de dor orofacial do Hospital São Paulo da Universidade Federal de São Paulo.

-Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, Look J, Anderson G, Goulet JP, et al. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: recommendations of the international RDC/TMD Consortium Network and Orofacial Pain Special Interest Group. J Oral Facial Pain Headache. 28(1):6-27, 2014.

Dicas

Crie maneiras de evitar hábitos nocivos



Limite a abertura da sua boca!

Quando bocejar, coloque a língua no céu da boca

e v i t e :



Ficha Técnica

Secretária Municipal da Saúde
Edson Aparecido dos Santos

Coordenação de Atenção à Saúde
Edjane Maria Torreão de Brito

Coordenação do Núcleo de Criação
Luiz Henrique Gomes de Souza

Departamento de Apoio à Atenção à Saúde
Rosana Castanho Sant'Anna
Área Técnica de Saúde Bucal
Doralice Severo da Cruz
Mario Nakanishi

Grupo de Trabalho de Dor Orofacial
Juliana Neves Baptista Ferreira
Marcelo Minharro Cecchetti
Simone Graziani Prada
Yasmin Nawal de Freitas Ashoury

f i t saudeprefsp

www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/

DOR OROFACIAL E DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR

Algumas técnicas e dicas que auxiliam na diminuição do desconforto



SUS



PREFEITURA DE
SÃO PAULO
SAÚDE

Atividade Física

Alongue-se diariamente!



Músculos relaxados tem menos dores!

RESPIRAÇÃO

Concentre-se na sua respiração,
RESPIRE, RELAXE!

Termoterapia associada com Exercícios Locais



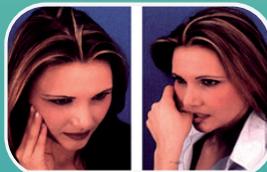
Pontos de aplicação

Ao menos 3x/dia deixar 20 minutos e sempre que houver dor.

Massagear as têmporas de baixo para cima



Fazer movimentos circulares nas bochechas



Fazer Alongamento das Bochechas com água morna, estendendo e relaxando-as, uma de cada vez por 1 minuto.



EXERCÍCIO DO "N": REPETIR "ENE" VÁRIAS VEZES AO DIA, PARA EVITAR O APERTAMENTO DOS DENTES.

Sono



Mantenha um horário regular para deitar e acordar

Evite bebida alcoólica e cigarro próximo à hora de dormir



Apague a luz

Não leve problemas para a cama



Não use medicamentos para dormir, sem orientação médica

jante moderadamente em horário regular e adequado



Não abuse de cafeína (café, refrigerante e alguns tipos de chás)

Durma em ambiente limpo e saudável



Faça atividades relaxantes e repousantes após o jantar



PREFEITURA DE SÃO PAULO SAÚDE

   **saudeprefsp**

www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/