

# Dor Orofacial em Pacientes Desdentados Totais Levantamento Epidemiológico

*Orofacial Pain in Edentulous Patients, an Epidemiologic Survey*

Bianca Lopes Cavalcante\*  
José Stechman Neto\*\*  
Eduardo Carrilho\*\*\*  
Paulo Augusto Pires Milani\*\*\*\*

Cavalcante BL, Stechman JN, Carrilho E, Milani PAP. Dor orofacial em pacientes desdentados totais levantamento epidemiológico. PCL 2004; 6(34):593-7.

O presente estudo procurou mostrar a inter-relação entre o uso de próteses totais e a dor orofacial, através de um levantamento epidemiológico. A pesquisa foi realizada nos terminais de ônibus da região metropolitana de Curitiba, por um grupo de 60 pesquisadores treinados através da aplicação de questionário formulado pelo Centro de Diagnóstico e Tratamento da Articulação Têmporo Mandibular e Alterações Dento Faciais Funcionais (CDATM), da Universidade Tuiuti do Paraná.

Do total de 5.186 entrevistados, 1.134 (21,86%) eram desdentados totais. Destes, encontramos 450 (40%) apresentando dor orofacial. Para o presente trabalho, os entrevistadores foram orientados a considerar os pacientes com dor crônica (IHS, 1988).

**PALAVRAS-CHAVE:** Prótese total; Dor orofacial; Boca desdentada.

## INTRODUÇÃO

A dor orofacial engloba várias entidades dolorosas, entre as quais aquelas originárias dos nervos cranianos, dos tecidos moles, do complexo dentoalveolar e das estruturas musculoesqueléticas. Assim, as queixas provenientes dos músculos e da articulação temporomandibular, chamadas de disfunções temporomandibulares (DTMs), representam um subgrupo dentro das dores orofaciais (Siqueira, 1999).

As dores musculoesqueléticas provenientes das condições temporomandibulares são prevalentes na população em geral (Siqueira, 1999). Geralmente, os pacientes com dores musculoesqueléticas crônicas apresentam

altos níveis de *stress*, ansiedade e depressão, uso inadequado de medicamentos e até procedimentos cirúrgicos anteriores para aliviar a dor, sem resultados; sua auto-estima é baixa e podem sofrer de frigidez e impotência, além do temperamento hostil e manipulativo.

Levantamento sobre o atendimento assistencial à saúde em pacientes que apresentam disfunção temporomandibular mostra que a dor é o motivo principal da procura a estes serviços, em até 97% dos casos; e que os 3% restantes são decorrentes das queixas de ruídos articulares ou pela sensação de que algo está "errado" com os maxilares (Dworkin *et al.*, 1990).

\* Acadêmica do 5º ano de Odontologia da Universidade Tuiuti do Paraná (UTP); Rua Generis Calvo, 95, Tarumã – CEP 82800-070, Curitiba, PR; e-mail: bianca.cavalcante@zipmail.com.br

\*\* Professor Adjunto da Universidade Tuiuti do Paraná (UTP); Coordenador do Centro de Diagnóstico e Tratamento da ATM (CDATM); Especialista em DTM e Dor Orofacial

\*\*\* Doutor em Prótese dentária pela UNICAMP; Professor de Prótese da Universidade Tuiuti do Paraná (UTP); Professor de especialização em DTM e Prótese Dentária da Universidade Tuiuti do Paraná (UTP)

\*\*\*\* Mestre em Clínica Integrada pela FOUSSP; Professor de Prótese Total e Parcial Removível da Universidade Tuiuti do Paraná; Professor de especialização em Prótese Dentária da Universidade Tuiuti do Paraná

Dentro do grupo dos pacientes com dor orofacial existe um subgrupo expressivo em número dos pacientes desdentados totais.

A prevalência de pacientes portadores de próteses totais é alta entre os brasileiros. Estudo epidemiológico realizado pelo Ministério da Saúde (Pinto *et al.*, 1986) mostrou que: na faixa etária de 50 a 59 anos, 79% da população urbana analisada tinham extraído todos os dentes em pelo menos um maxilar; 14% necessitavam de prótese total, 45% já usavam e 11% usavam somente a prótese total superior, necessitando da inferior. Na faixa etária de 35 a 44 anos, aproximadamente 35% usavam ou necessitavam de próteses totais; e entre 15 e 19 anos, 1,7% da população já apresentava essa condição. Além disso, os portadores de próteses totais nem sempre as usavam nas melhores condições ou conseguiam trocá-las nos períodos considerados ideais (a cada seis anos aproximadamente) (Souza, 1991).

Baseado neste pressuposto, faz-se mister o interesse pelo estudo sobre a prevalência da dor orofacial crônica entre os pacientes desdentados totais portadores de prótese dupla.

## REVISÃO DE LITERATURA

A dor é uma experiência desagradável que motiva o indivíduo muito mais do que qualquer outra experiência e prejudica a vida de milhões de pessoas em todo o mundo. Ela cria para o paciente uma emergência e, portanto, torna-se a principal causa motivadora para procurar auxílio. A dor orofacial não se diferencia dos outros tipos de dores. Possuem aspectos emocionais e físicos em comum e devem ser analisados conjuntamente.

Uma das muitas definições encontradas sobre a dor resume muito bem a compreensão tradicional do que a dor se parece: “uma sensação mais ou menos localizada de desconforto, aflição, ou agonia, resultante do estímulo de terminações nervosas especializadas. Ela serve como mecanismo de proteção, uma vez que induz a vítima a remover ou superar a fonte”.

Em 1986, a Associação Internacional para o Estudo da Dor assim a definiu como sendo uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesões reais ou potenciais, ou descrita em termos de tais lesões. Essa definição reconhece que a dor é subjetiva e mais complexa que um elemento sensorial, e a experiência da dor envolve associações entre elementos da experiência

sensorial e o estado emocional do paciente.

Dessa consideração resulta que as condições psicológicas da pessoa podem produzir a percepção da dor ou aumentar sua tolerância à estimulação dolorosa.

Como um sintoma clínico, a dor é uma experiência que não pode ser compartilhada. Ela é pessoal, pertencendo apenas a quem sofre dela. Indivíduos diferentes sentindo estímulos nocivos idênticos sentem dor de maneiras diferentes e reagem com níveis diferentes de sofrimento. É impossível para uma pessoa sentir exatamente o que a outra sente.

O julgamento da experiência dolorosa pelo indivíduo ocorre de acordo com, no mínimo, quatro fatores:

1. Nível de estímulo no tronco encefálico
2. Experiências anteriores
3. Estado emocional
4. Características comportamentais

Para explicar o que seria a dor, temos o chamado *modelo mecânico* e o *modelo biopsicossocial* de percepção da dor. O chamado modelo mecânico de uma doença é a idéia de que a dor é um sinal de alarme, resultado de uma doença somática ou lesão estrutural do organismo; uma vez reparado o dano ou eliminada a doença, a dor seria eliminada. De acordo com esse modelo, a dor está presente sempre quando há algo errado com o organismo, e para eliminá-la, basta reparar a parte que a está provocando. Deve-se ter em mente que isso é verdadeiro para algumas das dores somáticas, mas certamente não se aplica a todas as dores do indivíduo (Okeson, 1998).

O modelo biopsicossocial (Dworking, Massoth, 1993) mostra que mente e corpos não podem ser interpretados de modo isolado quando se experimenta a nocicepção; isto é, o paciente deve ser analisado do ponto de vista médico-físico, psicossocial, comportamental e funcional. Segundo Okeson (1998), talvez seja a maneira mais correta para se entender o processo doloroso.

A classificação mais completa para a dor é aquela que avalia essa condição em dois eixos: o Eixo I representa os fatores fisiológicos responsáveis pelo impulso nociceptivo (fatores físicos, químicos e biológicos). O Eixo II representa os fatores psicológicos que podem produzir ou influenciar a experiência da dor.

A dor aguda tem um momento definido de início, sinais físicos objetivos e subjetivos e atividade exagerada do sistema nervoso. Estão geralmente associados a condições clínicas de rápida instalação, são autolimitantes,

produzindo algumas vezes sintomas graves em um curto período de tempo, e possuem uma etiologia evidente. Segundo Okeson (1998), a dor aguda tem uma duração inferior a seis meses ou o tempo necessário para que ocorra a cura dos fatores iniciais. Está geralmente mais associada a fatores do eixo I (sem influência dos fatores psicológicos) e, se não corretamente diagnosticada e tratada, pode tornar-se crônica, embora a maneira de como uma dor aguda possa tornar-se crônica ainda seja pouco entendida (Gatchel *et al.*, 1996).

A dor crônica, em contraste, continua além de um período de seis meses, por uma adaptação do sistema nervoso. Nos pacientes com dor crônica, nem sempre existem sinais objetivos, mesmo quando eles apresentam mudanças visíveis em sua personalidade, estilo de vida e habilidade funcional. Esse tipo de dor exige uma abordagem que contemple não somente o tratamento de suas causas, mas também de suas conseqüências psicológicas e sociais. Geralmente associada a doenças de curso longo, essa condição duradoura e dolorosa acaba fazendo parte da rotina do paciente. Com a cronicidade, todas as dores parecem assumir características de intensificação psicogênica (Okeson, 1998).

A dor – mais especificamente a dor orofacial – nos pacientes desdentados pode ser explicada como resultado da desarmonia do sistema estomatognático, pela perda dos dentes naturais, fator que aumenta a possibilidade de estes pacientes apresentarem disfunções (Mollo, 1993). Assim, podemos associar o fato de pacientes portadores de próteses apresentarem maior índice de dor orofacial em relação a pacientes dentados (Agerberg, 1988; Mercado, Faulkner, 1991).

Além disso, os pacientes portadores de prótese total apresentam alterações que são fatores contribuintes para o aparecimento da dor muscular (Graff-Radford, 1991), tais como: hábitos parafuncionais, alterações oclusais, instabilidade das próteses, problemas iatrogênicos e piora da função mastigatória (Boucher *et al.*, 1975).

Alguns estudos sobre cefaléias recorrentes têm mostrado que pacientes portadores de dentaduras antigas ou alteradas podem ter uma melhora na freqüência ou na intensidade de suas queixas quando trocam suas próteses (Klemeti, 1996; Magnusson, Carlsson, 1980).

## MATERIAL E MÉTODOS

Foi utilizado um questionário (Anexo 1), no qual se perguntou o sexo e a idade dos entrevistados (sendo estes divididos em grupos de 15 a 19 anos, 20 a 29 anos, 30 a

39 anos, 40 a 49 anos e mais de 50 anos). Procurou-se, primordialmente, detectar o uso de prótese, seja total ou parcial (fixa ou removível), e o tempo de uso dessas próteses. Em seguida questionou-se sobre a presença de dores na face ou na cabeça (foram considerados os pacientes que apresentavam dor crônica – IHS, 1988), a localização dessas dores, a sua intensidade (em uma escala de 0 a 10), o tempo de dor, e a sua freqüência.

Foram treinados 12 pesquisadores para a correta aplicação do questionário. Estes ficaram responsáveis pelo treinamento de outros cinco pesquisadores, totalizando 60 aplicadores.

Estes 12 grupos de cinco pesquisadores foram distribuídos entre os terminais de ônibus da região metropolitana de Curitiba para aplicação do questionário proposto, em um mesmo dia, tendo como pesquisador responsável um dos 12 pesquisadores inicialmente treinados.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entrevistadas 5.186 pessoas, procurou-se aqui analisar o grupo dos pacientes desdentados totais, verificando primeiramente que a presença desses pacientes portadores de prótese total dupla é ainda grande entre a população (Gráfico 1).

Analisando isoladamente o grupo de pacientes desdentados, verificou-se que 40% relataram ter dor orofacial (Gráfico 2). Como já foi dito anteriormente, os entrevistadores foram orientados a considerar os pacientes com dor crônica.

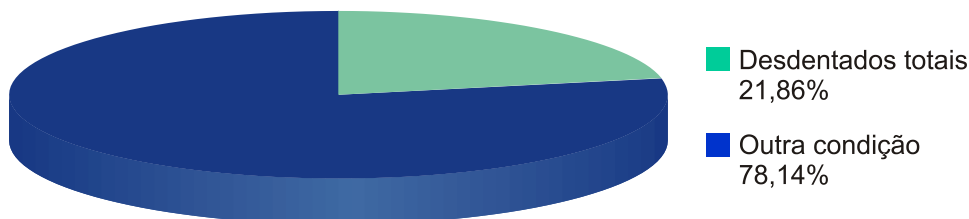
Já entre os pacientes dentados, encontramos um número bem menor de pacientes com dor orofacial, se comparado à porcentagem de pacientes desdentados e com dor, 25% (Gráfico 3).

Analisando as informações dos Gráficos 2 e 3, confirmam-se os dados contidos na literatura, mostrando que os pacientes desdentados apresentam um maior índice de dor orofacial que os pacientes dentados. A hipótese mais provável encontrada na literatura é a de que os pacientes portadores de prótese total apresentam fatores contribuintes para o aparecimento da dor muscular. Esses fatores podem ser resumidos em perda dos dentes, presença de hábitos parafuncionais, alterações oclusais, problemas relacionados com as próteses, que de alguma maneira causam a desarmonia do sistema estomatognático.

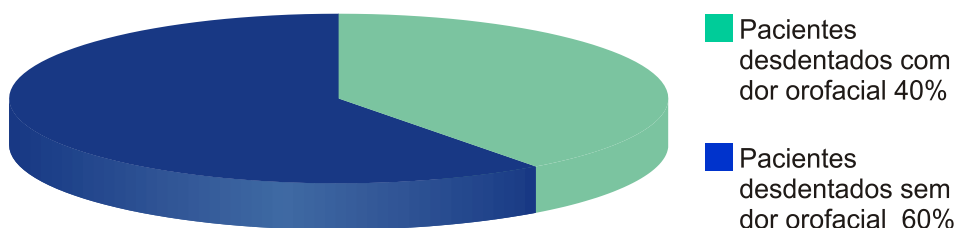
## CONCLUSÃO

Apesar do aumento do acesso ao serviço odontológico nos últimos anos, os pacientes desdentados totais

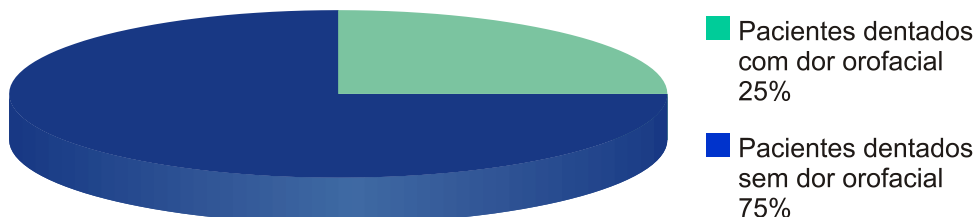
**GRÁFICO 1:** Número de pacientes desdentados totais.



**GRÁFICO 2:** Número de pacientes desdentados totais com dor orofacial.



**GRÁFICO 3:** Número de pacientes dentados com dor e sem dor orofacial.



ainda representam uma fração importante da população. Com o levantamento epidemiológico, pudemos observar 40% desses pacientes apresentando dor orofacial nos seus mais diversos grupos, já que este trabalho não visou à classificação das dores orofaciais, mas os dados obtidos referem-se às dores orofaciais crônicas. Ao observar o grupo dos pacientes dentados, observou-se um quadro diferenciado, em que 25% apresentam dor orofacial.

Supõe-se que os pacientes desdentados totais apresentem alterações morfológicas e funcionais no sistema estomatognático, que podem ser fatores contribuintes para o aparecimento da dor orofacial, tais como: hábitos

parafuncionais, alterações oclusais, instabilidade das próteses, problemas iatrogênicos e piora das funções do sistema estomatognático (deglutição mastigação, fonação e respiração). O que torna os pacientes desdentados mais propensos a apresentar dor orofacial.

Com base nos pressupostos, entende-se que com a correta reabilitação desses pacientes, após um adequado diagnóstico, planejamento e tratamento dentro de critérios científicos largamente difundidos, poder-se-ia almejar a remissão da sintomatologia desses pacientes.

Cavalcante BL, Stechman JN, Carrilho E, Milani PAP. Orofacial pain in edentulous patients, an epidemiologic survey. PCL 2004; 6(34):593-7.

The present study aimed to demonstrate the interrelation between orofacial pain and the use of complete dentures. A group of 60 trained interviewers applied a questionnaire at some bus stations, in the metropolitan area of the city of Curitiba. This questionnaire was formulated by the CDATM (Centro de Diagnóstico e Tratamento da Articulação Têmporo Mandibular e Alterações Dento Faciais Funcionais).

5,186 persons were interviewed; 1,134 (21.86%) were edentulous people, and among them, 450 (40%) presented orofacial pain. For this study, the interviewers were oriented to take into account people with chronic pain.

**KEYWORDS:** Denture, complete; Orofacial pain; Mouth, edentulous.

## ANEXO 1: Questionário aplicado.

## COLETA DE DADOS

Sexo: (M) (F)

Idade: ( ) 15 a 19 anos

( ) 20 a 29 anos

( ) 30 a 39 anos

( ) 40 a 49 anos

( ) + de 50 anos

Desdentado total: (S) (N) Usa prótese total? (S) (N)

Desdentado parcial: (S) (N) Usa prótese removível (S)

(N) Fixa (S) (N)

Há quanto tempo? ( ) menos de 1 ano

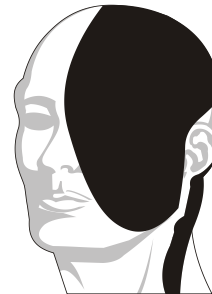
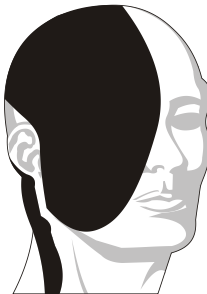
( ) entre 1 ano e 5 anos

( ) entre 5 e 10 anos

( ) mais de 10 anos

Sente dor na face ou na cabeça? (S) (N)

Localização da dor:



Intensidade da dor: [ 0 ————— | ————— 10 ]

Há quanto tempo:

( ) menos de 1 ano

( ) entre 1 ano e 5 anos

( ) entre 5 e 10 anos

( ) mais de 10 anos

Frequência da dor:

( ) menos de uma vez por semana

( ) de 2 a 4 vezes por semana

( ) mais de 5 vezes por semana

Procura atendimento médico/odontológico por causa da dor? (S) (N)

Toma algum remédio para dor? (S) (N) Qual?

## REFERÊNCIAS

Boucher CO et al. Prosthodontic treatment for edentulous patients. 7ª ed. Saint Louis: Mosby Company; 1975.

Agerberg G. Mandibular function and dysfunction in complete denture wearers – a literature review. J Oral Rehabil 1988; 15:237-49.

Dworkin SF et al. Epidemiology of signs and symptoms in temporomandibular disorders: clinical signs in cases and controls. J Am Dent Assoc 1990; 120:239-44.

Dworkin SF, Massoth DL. New understanding of behavioral and psychosocial aspects of chronic orofacial pain. Dent Today 1993; 38:40-5.

Gatchel RJ, Garofalo JP, Ellis E, Holt C. Major psychological disorders in acute and chronic TMD: an initial examination. J Am Dent Assoc 1996; 127:1365-74.

Graff-Radford SB. Cranialgias que podem apresentar-se como odontalgias. Clin Odontol Am North 1991; 1:159-76.

IASP – International Association for the Study of Pain - Subcommittee on Taxonomy: Classification of chronic pain, descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Pain 1986; 3:S1-S225 (Suppl).

IHS – Comitê de classificação das Cefaléias da Sociedade Internacional de Cefaléia. Classificação e critérios diagnósticos para cefaléias, nevralgias cranianas e dor facial. São Paulo: Lemos Editorial; 1988.

Klemeti E. Signs of temporomandibular dysfunction related to edentulousness and complete dentures: an anamnestic study. Cranio 1996; 14(2):154-57.

Magnusson T, Carlsson GE. Changes in recurrent headaches and mandibular dysfunction after various types of dental treatment. Acta Odontol Scand 1980; 12:311-20.

Mercado MDF, Faulkner KDB. The prevalence of craniomandibular disorders in completely edentulous denture-wearing subjects. J Oral Rehabil 1991; 18:231-42.

Meyerowitz WJ. Myo-fascial pain in the edentulous patient. J Dent Assoc South Afr 1975; 30(1):75-6.

Mollo Junior FA. Disfunção craniomandibular em pacientes portadores de prótese total dupla. Bauru: [S.n.]; 1993. 147p.

Mollo Júnior FA, Conti JV, Salvador MCG, Compagnoni MA, Nogueira Sergio S. Disfunção craniomandibular em pacientes portadores de prótese total dupla. Rev Bras Odontol 1998; 55(1):17-20.

Okeson JP. Dor orofacial, guia de avaliação diagnóstica e tratamento. São Paulo: Quintessence; 1998.

Okeson JP. Dores bucofaciais de Bell. 5ª ed. São Paulo: Quintessence; 1995.

Pinto VG et al. Levantamento epidemiológico em saúde bucal, Brasil, zona urbana, MS Brasil. 1986. p.110-5.

Siqueira JTT de, Ching LH. Dor orofacial em pacientes desdentados totais com disfunção temporomandibular: Estudo retrospectivo longitudinal. Rev Paul Odontol 1999; 21(23):32-7.

Siqueira JTT, Ching LH. Dor orofacial em pacientes desdentados totais com disfunção temporomandibular: Estudo retrospectivo longitudinal. Rev Paul Odontol 1999; 21(23):32-7.

Siqueira JTT. Dor orofacial/ATM – Bases para o Diagnóstico clínico. Dor, dor orofacial e disfunção temporomandibular: ciência básica aplicada à clínica. Curitiba: Editora Maio; 1999. pp. 209-233

Souza JCF. Prótese dental. Execução – latrogenia (I). Odonto 1991; 1(3):78-82 (caderno documento).

Recebido para publicação em: 30/03/04

Enviado para análise em: 14/04/04

Aceito para publicação em: 01/06/04