

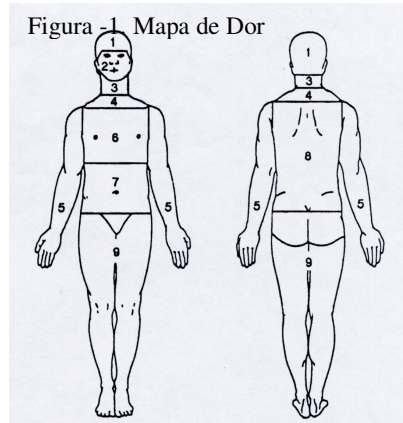
AVALIAÇÃO DO RELATO E DO MAPA DE DOR EM PACIENTES COM DOR OROFACIAL.

Gabriel Henrique Farto Runho, Cinara Maria Camparis, Daniela Aparecida de Godoi Gonçalves e Ana Lúcia Franco. – Inter-Áreas – Odontologia – Departamento de Materiais Odontológicos e Prótese – Faculdade de Odontologia de Araraquara – Campus de Araraquara.

A dor orofacial pode estar envolvida com condições dolorosas generalizadas, deste modo, investigar o relato da queixa principal é de grande importância para direcionar o diagnóstico e as medidas terapêuticas. A atenção do clínico, na área da Odontologia, é automaticamente focada numa região topográfica localizada na face. O paciente, por sua vez, tende a limitar a descrição da dor à região que se encontra dentro da área de atuação do profissional, pois não espera receber tratamento do dentista para sintomas que se manifestam fora da cavidade oral ou da face.

Evidências científicas sugerem uma associação significativa entre a dor orofacial, principalmente aquela relacionada às disfunções temporomandibulares (DTM), e condições dolorosas em outras partes do corpo. Um exemplo marcante dessa relação é a dor generalizada, diagnosticada como fibromialgia que, quando não conhecida, pode dificultar ou mesmo impedir que o dentista obtenha êxito no tratamento da dor facial associada.

Deste modo, preocupados com o conhecimento da extensão na qual a dor orofacial crônica pode estar envolvida com outras condições dolorosas generalizadas, propusemo-nos a realizar uma pesquisa nas fichas do arquivo da Clínica de Oclusão e Disfunção Temporomandibular, com os seguintes objetivos: 1- determinar o grau de sensibilidade (que é a capacidade do método de detectar uma condição quando o indivíduo de fato a apresenta: diagnóstico verdadeiro-positivo) e especificidade (que é a capacidade do método de identificar quando o indivíduo não apresenta uma determinada condição: diagnóstico verdadeiro-negativo) do relato da queixa principal, em relação ao mapa de dor (FIGURA – 1) feito pelos pacientes e 2- determinar a frequência da presença de dor em outras regiões do corpo (cabeça, pescoço, ombros, costas, tórax, abdômen, pernas e braços), fora da face, nos pacientes com DTM crônica.



Para a coleta dos dados, foram analisados os prontuários de pacientes que procuraram tratamento para dor orofacial, e avaliada a frequência da presença de dor em outras regiões do corpo, utilizando dados de duas partes da ficha clínica:

- o mapa de dor desenhado pelo paciente, em vista frontal e dorsal, considerando a presença ou ausência de dor em cada uma das nove diferentes regiões do corpo citadas anteriormente.
- a queixa principal, colhida - em entrevista - através do relato do paciente na primeira consulta, com relação à presença ou ausência de dor em cada uma de nove diferentes regiões anatômicas: 1- cabeça, 2- face, 3- pescoço, 4- ombros, 5- braços, 6- tórax, 7- abdômen, 8- costas e 9- pernas.

Tabela 1 - Dados demográficos da amostra.

Foram analisados 532 prontuários (Tabela 1) de pacientes de ambos os sexos (84% feminino e 16% masculino), com média de idade de 33,59 anos (8-77 anos), atendidos entre os anos de 2000 e 2004, onde estavam registrados o relato da queixa principal e um

Gênero (n)	Feminino	Masculino	Total
	445	87	532
idade média (mín-máx)	33,93 (8-77)	31,79 (10-73)	33,59 (8-77)
Escolaridade (n)			
Nenhuma	65	7	72
1º grau	185	29	214
2º grau	148	36	184
3º grau	35	12	74

esquema do corpo humano como um todo, onde os pacientes demarcaram as suas áreas de dor. Tais esquemas (mapas de dor), nos quais o paciente desenha a localização e a distribuição das suas áreas de

dor, têm sido sugeridos para a avaliação da dor em um caráter mais amplo e têm-se mostrado úteis para o diagnóstico, tratamento e prognóstico de condições dolorosas crônicas, pois com o emprego destes mapas demarcados pelos pacientes, há uma maior possibilidade de se demarcar outras áreas dolorosas, fora da face, que poderiam não ter sido relatadas na queixa principal.

Os resultados encontrados mostraram que um número maior de mulheres que homens procurou tratamento, estando de acordo com a literatura científica. No relato de dor, a cabeça foi a região mais afetada para homens e mulheres e, nos mapas de dor, a região mais dolorosa para ambos foi a face (Tabela 2).

Tabela 2 - Frequência de dor segundo localização e gênero.

Região do corpo	Feminino (n)		Homens (n)	
	Mapa	Relato	Mapa	Relato
Face	386	234	68	31
Cabeça	299	386	40	70
Pescoço	271	125	32	7
Ombros	147	41	11	2
Costas	102	9	14	2
Braços	35	3	3	0
Tórax	24	1	0	0
Abdômen	15	2	0	0
Pernas	53	2	5	0

A determinação da confiabilidade do relato da queixa principal como um dado para o diagnóstico em Odontologia, em relação ao mapa de dor, pode trazer importante contribuição para a coleta de dados no caso de pacientes com dor orofacial crônica. Para tanto, foi utilizado o teste Kappa, além de tabelas de contingência para determinação da sensibilidade e especificidade do relato da queixa dolorosa (Tabela 3).

Dessa forma, verificou-se que o relato da queixa principal não é um método de diagnóstico suficiente para se conhecer o problema de dor do paciente. O mapa de dor se mostrou superior ao relato, pois, com exceção da região da cabeça, os pacientes mostraram mais regiões de dor no mapa do que relataram durante a anamnese. Portanto, o cirurgião-dentista pode obter um diagnóstico mais completo em dor orofacial utilizando, além do relato da queixa principal, os mapas de dor.

Tabela 3 – Sensibilidade, especificidade e índice Kappa para o relato da queixa principal, em relação ao mapa de dor.

Gênero	Sensibilidade*	Especificidade**	Kappa
Face (n=495)	52,1	43,2	-0,016
Cabeça (n=497)	87,3	10,1	-0,032
Pescoço (n=496)	39,4	95,4	0,300
Ombros (n=495)	19,1	96,8	0,198
Costas (n=497)	8,7	99,7	0,123
Braços (n=497)	7,9	100,00	0,137
Tórax (n=496)	4,4	100,00	0,080
Abdômen (n=497)	6,7	99,8	0,111
Pernas (n=494)	3,5	100,00	0,059

Concluiu-se que:

- os locais para os quais houve maiores frequências do relato de dor, em ordem decrescente foram:
 - nas mulheres: cabeça → face → pescoço → ombros → costas → braços → abdômen → pernas → tórax
 - nos homens: cabeça → face → pescoço → ombros → costas

- 2- os locais para os quais houve maiores freqüências de demarcação nos mapas de dor, em ordem decrescente, foram:
 - nas mulheres: face → cabeça → pescoço → ombros → costas → pernas → braços → tórax → abdômen.
 - nos homens: face → cabeça → pescoço → costas → ombros → pernas.
- 3- o relato da queixa principal não é um método de diagnóstico com sensibilidade e especificidade suficiente para se conhecer o problema de dor do paciente
- 4- o mapa de dor se mostrou superior ao relato de dor, pois, com exceção da região da cabeça, os pacientes mostraram mais regiões de dor no mapa do que relataram na queixa
- 5- o cirurgião dentista pode obter um diagnóstico mais completo em dor orofacial empregando, além do relato da queixa principal, os mapas de dor.

REFERÊNCIAS:

1. BRUNETTE, D.M. **Critical thinking**. Understanding and evaluating dental research. Chicago: Quintessence, 1996.
2. JOHN, M.T. et al. Widespread pain as a risk factor for dysfunctional temporomandibular disorder pain. **Pain**, v. 102, p. 257-263, 2003.
3. LeReshe, L. et al. **Gender Differences in Pain**. Journal of Orofacial Pain, v.14: 169-184, 2000.
4. OKESON, J.P. **Bell's orofacial pains**. The clinical management of orofacial pain. 6th ed. Chicago: Quintessence, 2005.
5. OKESON, J. P. **Management of temporomandibular disorders and occlusion**. 4^a ed. St. Louis: Mosby, 1998. 638p.
6. PENNACCHIO, E. et al. The incidence of pain in the muscles of mastication in patients with fibromyalgia. **J. Massachusetts Dent. Soc.**, v.47, n.3, p.8-12. 1998.
7. PLESH, O. et al. The relationship between fibromyalgia and temporomandibular disorders: prevalence and symptom severity. **J. Rheumatol.**, v.23, n.11, p.1948-52. 1996.
8. ROSENBAUM, R. S. et al. The scope of TMD/orofacial pain (head and neck pain management) in contemporary dental practice. **J. Orofacial Pain**, v.11, n.1, p.78-83. 1997.
9. SARLANI, E.; GREENSPAN, J.D. Evidence for generalized hyperalgesia in temporomandibular disorders patients. **Pain**, v. 102, p. 221-226, 2003.
10. SIQUEIRA, J.T.T.; TEIXEIRA, M.J. **Dor orofacial: diagnóstico, terapêutica e qualidade de vida**. Curitiba: Maio, 2001.
11. SVENSSON, P. Craniofacial muscle pain: review of mechanisms and clinical manifestations. **J. Orofacial Pain**, Carol Stream, v. 15, n. 2, p. 117-145, Spring 2001.
12. TURP, J. C. et al. Temporomandibular disorders – pain outside the head and face is rarely acknowledged in chief complaint. **J. Prosthet. Dent.**, v.78, n.6, p.592-5, December. 1997.
13. TURP, J. C. et al. Pain maps from facial pain patients indicate a broad pain geography. **J. Dent. Res.**, v. 77, n. 6, p. 1465-1472, June 1998.
14. TURP, J.C.; KOWALSKI, C.J.; STOHLER, C.S. Generic pain intensity scores are affected by painful comorbidity. **J. Orofacial Pain**, v. 14, n. 1, p. 47-51, 2000.
15. WOLF, E. et al. Long-lasting orofacial pain – a study of 109 consecutive patients referred to a pain group. Swedish Dental Journal, vol. 25 p. 129-136, 2001.
16. WOLFE, F. et al. The fibromyalgia and myofascial pain syndromes: a preliminary study of tender points and trigger points in persons with fibromyalgia, myofascial pain syndrome and no disease. **J. Rheumatol.**, v.19, n.6, p.944-51. 1992.