

Concepções atribuídas pelo idoso acerca da dor orofacial

Conceptions granted by the elderly about orofacial pain

Ana Clara Carvalho¹, Francielle Vieira de Souza²

RESUMO

Introdução: A dor é um dos problemas mais comuns na população idosa, podendo ser considerada grande problema de saúde. Quando presente na vida do idoso, essa dor o instiga, consome e enfraquece. No Brasil, observa-se, além do aumento da população idosa e suas peculiaridades etárias de saúde, alta prevalência da dor orofacial, sendo causa de grande sofrimento, além de resultar em afecções que colocam em risco a sua vida. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi avaliar os idosos com idade acima de 60 anos acometidos pela dor orofacial em clínica escola de Odontologia e sua influência no desempenho de suas atividades diárias. **Método:** Trata-se de estudo qualitativo, descritivo e de caráter transversal. As concepções acerca da dor orofacial foram obtidas por meio de entrevistas, tendo como roteiro a adaptação feita para a versão brasileira do McGill Pain Questionnaire por Carlos Castro, em 1999. **Resultados:** Constatou-se, por intermédio do perfil epidemiológico, que a dor orofacial não tem predileção por idade nem sexo, sendo a odontalgia (dor de dente) o tipo de dor orofacial mais prevalente entre idosos, seguida pela dor na articulação temporomandibular. **Conclusão:** As concepções atribuídas pelos idosos acerca da dor foram relevantes para construção de um perfil a respeito da dor orofacial em idosos.

Palavras-chave: Dor Facial; Idoso; Saúde Bucal; Saúde do Idoso.

¹ Faculdades Unidas do Norte de Minas Gerais. Montes Claros, MG, Brasil.

² Mestre/UnB - (Docência do Ensino Superior). Montes Claros, MG, Brasil.

Instituição:

Faculdades Unidas do Norte de Minas Gerais. Rua Serra Dourada, 64 Morada da Serra. Montes Claros - MG.

* Autor Correspondente:

Ana Clara Carvalho

E-mail: goncalves.clara@hotmail.com

Recebido em: 18/02/2016.

Aprovado em: 26/09/2017.

ABSTRACT

Introduction: Pain is one of the most common problems in the elderly population and may be considered a major health problem. When present in the lives of the elderly, this instigates pain, weakens and consumes the same. In Brazil, it is observed, in addition to the increasing elderly population and their age peculiarities of health, a high prevalence of orofacial pain, which causes great suffering for patients and result in conditions that endanger the life of the individual. **Objective:** The aim of this study was to evaluate the seniors over the age of 60 years affected by orofacial pain in a clinical school of Dentistry. **Methods:** The study aimed to analyze the impact of orofacial pain in the performance of daily activities of this age group. This is a study of the qualitative, descriptive and cross-sectional nature. The conceptions of orofacial pain were obtained through interviews, with the screenplay adaptation made by the academic to the Brazilian version of the McGill pain questionnaire by Carlos Castro, 1999. **Results:** Through the epidemiological profile, it appears that the orofacial pain has no predilection for age or sex, having a toothache, also known as toothache, as the most prevalent type of orofacial pain among older people, followed by pain in the temporomandibular joint. **Conclusion:** Conceptions assigned by seniors about pain were related to building a profile about orofacial pain in elderly patients.

Keywords: Facial Pain; Aged; Oral health; Health of the Elderly.

INTRODUÇÃO

Segundo Kuroiwa *et al.*,¹ a dor pode ser entendida como um conjunto sequencial dualístico, que apresenta duas variantes: a percepção, por meio da qual é recebida e transmitida, consistindo em um processo anatomofisiológico; e a reação, que se compreende na expressão perceptiva do ser vivo diante desse fenômeno.

A dor pode surgir de maneira súbita ou aguda, assim como também pode progredir com frequência e intensidade flutuantes ao longo de meses ou anos, com a característica de uma doença crônica.² Para Boleta-Ceranto *et al.*,³ a dor se coloca como uma experiência desagradável que reflete sobre o relacionamento interpessoal, sendo considerada um estímulo aversivo, capaz de alterar o nível de ansiedade do paciente e cuja mensuração em seres humanos é muito complexa.

Denomina-se dor orofacial qualquer sintoma doloroso relacionado a tecidos moles (músculos, nervos, pele, glândulas, vasos sanguíneos) e mineralizados (ossos e dentes) da cavidade oral e face, compreendendo a região abaixo da linha orbitomeatal, acima do pescoço e anterior às orelhas.^{4,5}

As principais fontes de dor orofacial são problemas odontogênicos, cefaleias, patologias neurogênicas, dores musculoesqueléticas, dores psicogênicas, câncer, infecções, fenômenos autoimunes e trauma tecidual.⁶ Para Kuroiwa *et al.*,¹ a dor orofacial pode alterar a qualidade de vida mais do que outras condições sistêmicas, tais como *diabetes mellitus*, hipertensão ou úlcera.

De acordo com Santos e Teixeira,⁷ no Brasil, o ritmo de crescimento da população idosa tem sido sistemático e consistente, sendo que no período de 1999 a 2009 o peso relativo dos idosos (60 anos ou mais de idade) no conjunto da população passou de 9,1% para 11,3%. Com taxa de fecundidade abaixo do nível de reposição populacional, combinada ainda com outros fatores, tais como os avanços da tecnologia, especialmente na área de saúde, atualmente os idosos ocupam um espaço significativo na sociedade brasileira.⁸

A dor é dos problemas mais comuns na população idosa, podendo ser considerada grande problema de saúde.^{9,10} À medida que a população envelhece, maior é a prevalência de problemas crônicos de saúde e incapacidades funcionais associadas, e diversas doenças associadas à dor crônica.¹¹

Santos *et al.*¹¹ estimaram que 20% a 50% dos idosos provenientes de determinada comunidade de São Paulo (SP) apresentavam problemas relacionados à presença de dor, chegando em 45% a 80% em pacientes institucionalizados, podendo ser ainda maior nos internados; e, em muitos desses casos, não era adequadamente reconhecida e tratada.

Celich e Galon,⁹ em estudo feito com 41 idosos residentes na comunidade de Cruzaltense (RS), detectaram que muitos deles sentiam dor e conviviam com ela diariamente, procurando manter aparência normal, seja por temerem ser mal interpretados, tachados de políquelosos, ou por já terem se acostumado com a não valorização de sua dor. Ressaltam que nem todos os indivíduos percebem a dor da mesma forma. Assim, a dor podia ser considerada

resultado de experiências passadas, de valores, de expectativas culturais e emocionais, estando vinculadas ao aspecto fisiológico quanto psicológico.⁹

Guimarães *et al.*¹² observaram que pessoas senis se sentem menos valorizadas e mais dependentes, o que pode causar danos a sua autoestima, o que pode ser agravado por fatores sociais, como rejeição de familiares e falta de expectativa de vida. Muitas das queixas do idoso relacionadas à dor são atribuídas à idade e consideradas próprias do envelhecimento, deixando, assim, de ser tratadas, influenciando negativamente a sua qualidade de vida.⁹

Relacionar a qualidade de vida com a saúde bucal vem sendo usado por pesquisadores para reconhecer o impacto das desordens orais na vida cotidiana das pessoas.¹³ Os problemas bucais mais prevalentes nessa faixa etária são as cáries radiculares e a doença periodontal, que contribuem para a maioria das extrações dentárias e edentulismo – este, embora seja considerado como fenômeno natural do envelhecimento, pode ser colocado como reflexo da falta de orientação e de cuidados com a saúde bucal em todas as idades.¹⁴

Para Vasconcelos *et al.*¹³ a saúde bucal na terceira idade é fator indispensável para o envelhecimento saudável e boa qualidade de vida, mas sua importância não é devidamente reconhecida.

Na atualidade do Brasil, observa-se aumento da população idosa, uma vez que há diminuição das taxas de natalidade e mortalidade, concomitantes ao aumento da expectativa de vida no decorrer dos anos.¹⁵ A dor orofacial, por sua vez, além de apresentar alta prevalência na população, é tida como condição de grande sofrimento, podendo inclusive acarretar afecções que geram risco à vida.¹⁶

Segundo Celich e Galon,⁹ a dor, quando presente na vida do idoso, o instiga, consome e enfraquece. A dor confronta o idoso com sua fragilidade e ameaça sua segurança, autonomia e independência, impedindo muitas vezes sua capacidade de realizar atividades diárias, bem como limitar sua capacidade de interação e convívio social – situações que diminuem consideravelmente sua qualidade de vida.⁹

Segundo Carrara *et al.*,¹⁶ faz parte do atendimento de qualidade prestado pelos profissionais das áreas de saúde identificar a dor orofacial e encaminhar o portador à terapia apropriada com a celeridade exigida. Ainda segundo esses autores, o profissional que se dispuser a tratar esses pacientes deve conhecer profundamente o diagnóstico diferencial da dor orofacial e suas subclassificações, além de aplicar técnicas de controle dos sintomas com validação científica.

Além disso, percebe-se carência de estudos que enfoquem a dor orofacial na população idosa. Fato que contrasta com a experiência na clínica-escola odontológica, onde significativo número de idosos apresentam queixas de incômodo ou dor, principalmente na cavidade oral, seja por edentulismo, que acarreta Disfunção Temporomandibular ou perda de osso no rebordo, com maior exposição do nervo mandibular nos forames mentonianos, apertamento dentário (bruxismo), má adaptação de próteses, problemas endodônticos, periodontais ou afecções.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Este é um estudo qualitativo, de caráter transversal e descritivo, realizado em 45 idosos, de ambos os gêneros, atendidos na Clínica Escola de Odontologia da Funorte, em

Montes Claros, MG, selecionados dentre aqueles que apresentavam dor orofacial em seus prontuários.

Foram incluídos os pacientes com idade mínima de 60 anos, atendidos no primeiro semestre de 2014, lúcidos e que apresentavam condições de responder ao que foi solicitado.

Foram excluídos os pacientes que demonstravam dificuldade comunicativa e de raciocínio, que dependiam de terceiros para responder às perguntas e pacientes que foram cadastrados antes do período determinado.

Os relatos sobre dor orofacial foram coletados por meio de entrevista, com a utilização da adaptação para a versão brasileira do *McGill Pain Questionnaire* por Carlos Castro.¹⁷ Este questionário foi originalmente composto por uma folha de rosto, para registro dos dados pessoais e clínicos do paciente, com 16 questões que abordavam variáveis sociodemográficas (idade, estado civil, sexo, escolaridade, profissão, dentre outros), sua queixa principal (QP), história da moléstia atual (HMA) e história pregressa (HP), incluindo informações sobre o indicativo diagnóstico do caso em questão; seguido de quatro partes, onde se pediu para detalhar, por exemplo, a localização, descrição, intensidade e quantidade de dor.

As questões foram reformuladas, na versão adaptada do questionário, para a área específica de cabeça e pescoço, sendo acrescentadas perguntas abertas, assim como questões quantitativas foram retiradas, a fim de salientar o perfil qualitativo da pesquisa e sua área de estudo.

Os idosos foram selecionados, inicialmente, por meio dos prontuários clínicos e agendados por telefone. Foi marcada uma data e um local para a entrevista, para cada idoso por vez. As respostas foram transcritas a punho pelo entrevistador, seguindo o roteiro da entrevista. A presença ou não de dor orofacial foi verificada a partir do relato de entrevistado no momento da entrevista. Os sujeitos que não apresentaram tal queixa tiveram apenas a primeira página preenchida, que continha os tópicos de “Dados Pessoais” e “Anamnese”. Toda a entrevista foi gravada em áudio, a fim de ter minimizado perdas de informações no momento das anotações.

Os dados foram apurados e tabulados por meio do programa QSR NVIVO 2.0 e foram analisados e apresentados de maneira discursiva.

Todos os idosos receberam informações sobre o estudo, acerca do método, por intermédio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e só participaram aqueles que assim se dispuseram. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética Plataforma Brasil pelo parecer de número 32673314.2.0000.5141.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A caracterização da amostra será feita quanto ao sexo, idade, profissão, estado civil, procedência, escolaridade e cidade (Tabela 1).

Verifica-se a paridade entre os sexos feminino e masculino, com a idade variando entre 60 a 84 anos. A escolaridade situou-se entre o Primário Incompleto e o Superior Completo, sendo que a maioria (5) possuía o Primário Completo. A maioria era aposentada, seguida pela dona do lar, com uma servidora pública, um pedreiro, um porteiro, uma pensionista, um ajudante de pedreiro e um lavrador. A maioria dos entrevistados eram casados (7), variando entre

Tabela 1 - Caracterização da amostra de entrevistados.

| Paciente | Sexo | Idade | Profissão | Estado Civil | Procedência | Escolaridade | Cidade |
|----------|------|-------|---------------|--------------|-------------|----------------------|----------------|
| 1 | F | 60 | Aposentada | Casada | Urbana | Superior incompleto | Montes Claros |
| 2 | F | 61 | Serv. Pública | Casada | Urbana | Superior completo | Montes Claros |
| 3 | M | 60 | Pedreiro | Casado | Urbana | Sem ensino regular | Montes Claros |
| 4 | M | 81 | Aposentado | Casado | Urbana | Sem ensino regular | Montes Claros |
| 5 | M | 61 | Porteiro | Casado | Urbana | Primário completo | Montes Claros |
| 6 | F | 84 | Pensionista | Viúva | Urbana | Primário completo | Montes Claros |
| 7 | F | 66 | Aposentada | Viúva | Urbana | Primário incompleto | Montes Claros |
| 8 | M | 74 | Aposentado | Casado | Urbana | Primário completo | Nova Esperança |
| 9 | M | 60 | Aposentado | Divorciado | Urbana | Médio incompleto | Montes Claros |
| 10 | M | 60 | Aj. Pedreiro | Solteiro | Urbana | Primário completo | Montes Claros |
| 11 | F | 62 | Do lar | Casada | Urbana | Primário completo | Montes Claro |
| 12 | F | 60 | Do lar | Viúva | Rural | Fundamental completo | Montes Claros |
| 13 | M | 65 | Lavrador | Viúvo | Rural | Primário incompleto | São Francisco |
| 14 | F | 67 | Aposentada | Viúva | Urbana | Superior completo | Montes Claros |

Fonte: Segundo informação da entrevista

viúvos (5), divorciado (1) e solteiro (1). Houve predomínio de procedência urbana (13) e zona rural (1).

A concepção atribuída pelos idosos acerca da dor orofacial foi avaliada inicialmente por intermédio do motivo pelo qual tinham procurado os cuidados odontológicos da clínica Escola Funorte e se sentiam alguma dor na área de acometimento da dor orofacial (Quadro 1).

A maioria tinha a percepção acerca da dor como algum desconforto, cujo exemplo mais sugestivo é a citação do entrevistado 10:

“Eu procurei porque tá doendo demais, doendo e eu não estou aguentando mais, já faz 2 meses que tá doendo pra caramba, tá complicado.”

Apenas dois entrevistados relatam não sentir nenhuma dor, com no seguinte relato:

“Porque minha dentadura partiu. Mas não sinto dor alguma.” (E4)

Conforme Alves *et al.*,¹⁸ a autopercepção da precisão de tratamento odontológico é um dos motivos para a sua procura. Na terceira idade, o motivo pelo qual não buscam o atendimento odontológico é a falta de percepção dessa necessidade.

Segundo Alexandre *et al.*,¹⁹ a dor de dente e/ou de tecido periodontal são os motivos mais comuns que levam as pessoas a procurarem a atenção médico-odontológica.

A dor de dente é a manifestação da dor orofacial mais comum entre os entrevistados (12), vindo logo em seguida a dor na articulação temporomandibular (2):

“Aaah, uma dor de dente terrível, insuportável. Tem um dente aqui do lado de cima, lado direito, doendo demais.” (E13)

“Eu comecei a sentir uma dor que vinha assim na lateral da minha boca, como se tivesse doendo no meu osso, aí ela subia pro canto assim da cabeça, sabe, dos dois lados e eu percebi essa dor já tem uns 3 anos e essa dor era sempre quando eu acordava.” (E12)

Lacerda *et al.*⁴ mostraram que a dor orofacial (sintomatologia dolorosa referente à face, à boca e às estruturas circunvizinhas) possui influência expressiva na odontologia.

A dor de dente e a dor na região da articulação temporomandibular são os tipos mais prevalentes da dor orofacial.

Na apuração dos dados, notou-se a predominância pela dor de dente. E, segundo análises dos tipos de dor orofacial, realizada também por Lacerda *et al.*,⁴ a dor de dente foi a mais assídua (25,5%) e a que mostrou a descrição de alta intensidade. Os demais tipos de dores, tiveram como classificação leve.

O mesmo estudo também comprova que alguns sintomas relacionados ao desconforto são devidos à dor de dente, à falta de dente e à prótese mal adaptada.⁴ Na entrevista, este achado se faz pertinente, através do relato da entrevistada 6:

“Eu vim aqui porque minha dentadura quebrou e não posso usar ela mais, estou usando uma aqui velha, mas só pra conversar, não dá nem pra comer nada, dói e tem afta.” (Quadro 2)

Quanto à questão da localização da dor, a maioria dos entrevistados apresentaram dor em mais de uma localidade, seja na mandíbula, na maxila ou na lateral do rosto, como relata o entrevistado 9:

“Depende, por exemplo, se eu tiver sentindo dor nesse dente do lado de cá, eu ia no dentista e ele tratava, mas aí passava pro lado de cá, então era dos dois lados.”

Grossmanni e Collares²⁰ deixam claro que a dor oriunda da polpa dentária, para o paciente, é de difícil localização e, conseqüentemente, o mesmo apresenta dificuldades para localizar o dente acometido pela crise algica ou até mesmo dizer se a dor é maxilar ou mandibular.

Dois dos entrevistados, relataram não sentir dor alguma na área de acometimento da dor orofacial, como descrito abaixo:

“Não. Não sinto nada.” (E1)

“Não dói não. Eu tenho 81 anos, eu ando de bicicleta, ando o Santos Reis todinho, subo tudo e não sinto nada.” (E4) (Quadro 3)

O padrão atemporal da dor foi avaliado por intermédio da pergunta aos entrevistados de como se deu o início da dor. As respostas variaram entre após tensão nervosa (estresse), após perda dentária parcial, depois de acidente em casa/trabalho ou até mesmo após uso de prótese dentária. Houve

Quadro 1 - Relações usadas na construção de análise da subcategoria Anamnese.

| Categoria | Subcategoria/entrevistado (nº) |
|--|--|
| Sente alguma dor na área de acometimento da dor orofacial? | - Sim (E2 – E3) (E5-E10) (E11-E12) |
| | - Não (E1 e E4) |
| Tipo de dor orofacial | - De dente (E1-E11; E13) |
| | - Na articulação temporomandibular (E12 e E14) |

Quadro 2 - Relações usadas na construção de análise da subcategoria localização da dor.

| Categoria | Subcategoria/entrevistado (nº) |
|--------------------|---|
| Localização da dor | - Não sentem dor (E1; E4) |
| | - Mais de uma localidade (E5; E6; E7; E9; E12; E14) |
| Localização da dor | - Lado esquerdo da maxila (E2; E8) |
| | - Lado direito da maxila (E13) |
| | - Lado esquerdo da mandíbula (E10; E11) |
| | - Lado direito da mandíbula (E3) |

Quadro 3 - Relações usadas na construção de análise da subcategoria Padrão Atemporal da Dor.

| Categoria | Subcategoria/entrevistado (nº) |
|---------------------------------|--|
| Circunstâncias de início | - Após perda dentária parcial (E2) |
| | - Acidente em casa/trabalho (E5) |
| | - Após uso de prótese dentária (E7) |
| | - Após tensão nervosa (estresse) (E12) |
| | - Dor sem causa (E9; E11) |
| Frequência e duração das crises | - Outros (E3; E6; E8; E10; E13; E14) |
| | - Contínua (E2; E5; E6; E8; E13) |
| | - Intermitente (E3; E7; E11; E12; E14) |
| | - Breve (E9; E10) |

também quem respondesse que era uma dor sem causa como também houve respostas como:

“Acho que é de idade, minha ‘fia’, que eu ainda tenho alguns dentes né, mas eu acho que é de idade.” (E14)

“Meu dente, ela começou assim, assim quando eu escovo ou quando como coisa doce, aí o dente começou a doer.” (E10)

“Essa dor começou quando meu dente foi ‘podrecendo’, aí fui colocando uns remédios, mas agora tem jeito não, a dor ficou muita, que tenho que procurar o doutor.” (E13)

Siqueira²¹ mostrou que pacientes com dor orofacial crônica afirmam que a dor começou após conduta odontológica, como: exodontia, cirurgia periodontal ou após a colocação de implante osteointegrado. Os pacientes com dor persistente, por outro lado, relataram que a dor iniciou após cirurgia oral ou facial, sem nunca ter sido aliviada.

Segundo Silva *et al.*,²² o principal tipo de dor orofacial encontrada com maior prevalência foi a provocada por líquidos frios ou quentes ou doces (30,3%), vindo depois a dor espontânea (17,2%) e a dor ao abrir totalmente a boca (17,2%).

Foi perguntado aos entrevistados quanto à frequência e à duração da dor e as respostas variaram entre breve, contínua e intermitente:

“Breve. Era rápido. Doía quando eu tava tomando uma água ou comendo um doce.” (E9)

“Contínua. É uma dorzinha que fica a vida inteira. Quando caba o efeito do remédio começa a doer.” (E6)

“Intermitente. Quando ela começa, ela dói bastante, só que ela passa. ‘Aliveia’, depois ela torna voltar.” (E11)

Siqueira²¹ relata que as crises da dor de dente diversificam em qualidade e intensidade. Isso torna a dor de dente mutável e desorientador, tendo piora com a ingestão de líquidos ou alimentos, quentes ou frios. Dor latejante ou pulsátil, de intensidade forte ou fortíssima e geralmente difusa (Quadro 4).

A descrição da dor foi avaliada por intermédio de perguntas quanto ao que ela se parece, o que a faz aumentar e diminuir. As respostas encontradas foram bem diversificadas, como nos seguintes relatos:

“É difícil de explicar. Moça a dor é contínua, dói direto, é igual eu ‘tô’ falando, é desse jeito aí. Ela vem de vez, dá aquela dor, aquela facada assim, dói, aí fica doendo aquela meia hora assim, pulando, latejando. Perturba demais a gente.” (E3)

“É uma dor assim, enjoada, aquela dor ‘gasturenta’, que não quer parar mais.” (E10)

“Aquele dorzinha assim que começa, assim mais lento, depois ela vai apertando que eu fico meio desesperado. Num dá nem pra dormir.” (E13)

Grossmanni e Collares descrevem a dor dentária de múltiplas formas, desde localizada, pouco intensa; pulsátil, em queimação e às vezes em choque; com frequência irradiada para a face e o crânio; e surgindo de forma espontânea ou provocada.^{20,21}

A pergunta sobre o que a fazia aumentar, tiveram respostas variadas, sendo em decorrência de ingestão de alimentos quentes ou frios (ingestão de água gelada), o ato de mastigar, e dormir. Houve pequeno número de entrevistados que não souberam responder, conforme citam os entrevistados 6, 10, 12 e 13.

“Às vezes quando a gente tá estressado, quando vai escovar e comer coisa doce ou coisa quente.” (E10)

“É só mastigar alguma coisa.” (E6)

“Se eu dormir muito ela dói muito.” (E12)

“Não sei explicar direito não.” (E13)

Siqueira²¹ relata que as crises algicas variam de acordo com as odontalgias. A dor pulpar é desorientadora e piora no decorrer da ingestão de alimentos ou líquidos, sejam quentes ou frios. A posição da cabeça, durante o sono, também interfere, fazendo com que muita das vezes o paciente acorde durante o sono. A sensibilidade dentinária desencadeia dor súbita em temperaturas máximas: frio, ar ambiente ou durante escovação dos dentes. A dor por fratura da coroa ou raiz se manifesta exacerbadamente pela percussão do dente ou mesmo durante mastigação.

A redução da intensidade da dor foi relacionada, predominantemente, ao uso de remédio (7), vindo logo em seguida, gargarejo com água e sal (2).

“Só o remédio mesmo.” (E12)

Quadro 4 - Relações usadas na construção de análise da subcategoria Descrição da Dor.

| Categoria | Subcategoria/entrevistado (nº) |
|--|---|
| • Como é a dor, com o que ela se parece. | - Dor pulsátil (E2) - Dor latejante (E3; E8; E11) - Dor gasturenta (E10) - Dói como se estivesse apertando a cabeça (E9; E12; E13) - Dor difusa (E14) - Parece com machucado (E6; E7) - Não soube falar (E5) - Ingestão de alimento quente ou frio (E2; E11) |
| • O que faz a dor aumentar | - Estresse (E3; E10) - Dormir (E5; E12) - Mastigar (E6; E7) - Água gelada (E8; E9) - Não souberam responder (E13; E14) - Remédio (E3; E10; E12; E13; E14) |
| • O que faz a dor diminuir | - Dormir envergado (E5) - Tirar dentadura (E6) - Gargarejo com água e sal (E7; E11) - Chá de erva cidreira (E8) - Lavar e escovar os dentes (E9) - Nada (E2) |

“Eu ‘cagulejo’ com água de sal, aí ela melhora.” (E7)

“Às vezes eu faço uns bochechos com uns remédios, dumas raízes lá, que vai passando, refresca.” (E13)

Siqueira²¹ também informa que a utilização de fármacos pode ser necessária, a fim de minimizar a dor de dente, sobretudo, quando ela é moderada ou intensa.

Avelino *et al.*²³ mostraram que a utilização das ervas medicinais como paliativo para a dor, ainda se faz presente. Dentre as 57 pessoas que participaram deste estudo, 85% responderam que as usavam e 15% não as usavam; sendo que 68% pessoas relataram utilizar as ervas em forma de chás, e 6% em forma de gargarejo (Quadro 5).

O tratamento realizado pelos pacientes para amenizar a dor consistiu em fármacos, como dorflex, nimesulida, paracetamol, dipirona ou oncilon, como nos seguintes relatos:

“Eu tomo 1 comprimido de nimesulida 3 vezes ao dia. Demora um pouco pra aliviar, mas melhora, eu sinto bem com ele. Tomo há mais ou menos mais de um ano.” (E14)

Os fármacos usados pelos pacientes avaliados por Siqueira²¹ como paliativo para a dor, foram: analgésicos de ação periférica, como o acetominofeno e a dipirona; anti-inflamatórios não esteroidais, como o ibuprofeno, o diclofenaco e o meloxicam; ou, os analgésicos opioides, em casos mais extremos, como a codeína, a morfina e o tramadol.

Foi também relatado pelos entrevistados outras formas de tratamento para alívio da dor, como, por exemplo, a citação dos entrevistados 2, 9 e 11, respectivamente:

“Eu fiz restauração quando tava uma cárie menor e depois coloquei amálgama.”

“Pra furar a bolsa, pegava cinza de fogão, pegava casca de fumo e punha dentro e agora, punha urina e punha misturado

Quadro 5 - Relações usadas na construção de análise da subcategoria Tratamentos.

| Categoria | Subcategoria/entrevistado (nº) |
|------------------------|--|
| • Fármacos ministrados | - Nenhum (E2; E3; E5; E7; E8; E9; E13) - Oncilon (E6) - Paracetamol (E10) - Dorflex (E11) - Dipirona (E11; E12) - Nimesulida (E11, E14) |
| • Outros tratamentos | - E2; E3; E5; E7; E8; E9; E11; E13 |

na boca e bochechava, a gente até ‘tontiava’ por causa do fumo, a bolsa ‘estora’ e sai aquela maldade de dentro.”

“Também fazia sempre era gargarejo com água de sal, que era onde tava me aliviando.”

O tratamento das odontalgias/dor de dente está relacionado ao diagnóstico encontrado e objetiva a erradicação da sua causa. A remoção da cárie, as restaurações dentárias, o tratamento endodôntico, o tratamento periodontal e/ou a remoção dos dentes são terapêuticas que permitem a eliminação da causa e conseqüentemente o alívio da dor.²¹

Ferreira *et al.*²⁴ relatam que, muitas vezes, nada existe para impedir a dor e o sofrimento, além da realidade socio-cultural de cada agrupamento humano.

TRAÇO DA DOR, AUXÍLIO PARA ALÍVIO DA DOR E CIÊNCIA SOBRE TERAPÊUTICA

Foi também avaliado o traço de dor, o auxílio para alívio da dor e ciência sobre as formas de terapêutica, por intermédio da pergunta de como cada pessoa suportava a dor. A maioria respondeu que a suportava (7), e a minoria que não (3) ou mais ou menos (2), como nos relatos (Quadro 6):

“Suporto bastante, tem que ter muita calma.” (E10)

“Aaaah não.” (E11)

“Mais ou menos, tem hora que dá vontade de correr.” (E3)

Rigotti e Ferreira²⁵ relatam que mesmo um indivíduo suportando ou até mesmo acostumando com a dor, ela influencia no seu bem-estar, no seu convívio social e familiar, no desenvolvimento do seu trabalho e, conseqüentemente, influencia sua qualidade de vida.

De 11 entrevistados, seis responderam ter procurado algum profissional para sanar a dor e cinco que não procuraram, como nos relatos:

Quadro 6 - Relações usadas na construção de análise da subcategoria Traço da dor, Auxílio para Alívio e Ciência sobre Terapêutica.

| Categoria | Subcategoria/entrevistado (nº) |
|--|---|
| • Capacidade de suportar bem as dores | - Sim (E2; E5; E8; E10; E12; E13; E14) - Não (E6; E9; E11) - Mais ou menos (E3; E7) |
| • Ajuda de algum profissional para sanar a dor | - Sim (E2; E3; E8; E9; E10; E11) - Não (E5; E6; E7; E12; E13) |
| • Conhecimento sobre o tratamento para a dor | - Sim (E2; E3; E7; E9; E10; E11) - Não (E6; E8; E12; E13; E14) - Não soube responder (E5) |

“Sim, eu tive no dentista na segunda-feira.”(E11)

“Não. Eu sempre vou lá e compro os remédios por minha conta e passa.”(E5)

Lacerda *et al.*⁴ mostraram em relação ao tratamento e alívio da dor, que 50% dos trabalhadores que possuíam dor orofacial, não fizeram nada para o alívio, 21% procuraram o dentista, 11,6% fizeram automedicação e 17,4% juntaram medicação e a procura pelo dentista.

Sobre o conhecimento a respeito do tratamento proposto para sanar a dor, seis dos entrevistados responderam que sim, enquanto cinco disseram que não e um não sabia responder, como nos relatos:

“Do ponto de vista paciente, eu sei que vai precisar fazer a remoção dessa peça que tá aí, desse amalgama, aí o dentista vai ter que avaliar se é o caso de recuperar ou extrair. Isso é com o profissional.”(E2)

“Tenho não.” (E6)

O tratamento para sanar a dor, depende da odontalgia diagnosticada, como relata Siqueira.²¹ Se for diagnosticada uma pulpite (inflamação da polpa dentária), o tratamento proposto poderá ser a dentística, endodontia ou mesmo a exodontia. A prescrição de anti-inflamatório não esteroidal ou analgésico também poderá fazer parte do tratamento. Caso seja diagnosticada sensibilidade dentinária (dor do “colo dentário”), o tratamento diversificará no uso de dentifrícios especiais à proteção da área com material restaurador. O diagnóstico de fratura da coroa ou da raiz requer tratamento conservador ou radical, como por exemplo a extração. O uso de anti-inflamatórios e analgésicos também poderão ser prescritos para alívio da dor (Quadro 7).

Quadro 7 - Relações usadas na construção de análise da subcategoria Qualidade de Vida.

| Categoria | Subcategoria/entrevistado (nº) |
|---|------------------------------------|
| • Precisa de ajuda na execução das atividades diárias | - Sim (E4; E8; E10) |
| | - Não (E1- E3; E5-E7; E9; E11-E14) |
| • Estado de saúde geral | - Ótimo (E1-2; E4; E10; E13-14) |
| | - Bom (E3; E12) |
| | - Regular (E5; E7-9; E11) |
| | - Ruim (E6) |

A qualidade de vida dos pacientes com dor dentária foi avaliada por intermédio de perguntas sobre se precisavam de ajuda na execução das atividades diárias. A maioria dos pacientes respondeu que a dor não (11) exercia efeito sobre a qualidade de sua vida, entretanto, pequena parte relatou que sim (3), como relatado:

“Ah, eu faço tudo sozinho.” (E13)

“É, de vez em quando preciso de ajuda sim, entendeu?” (E10)

A maioria dos entrevistados relatou não precisar de ajuda na execução das atividades diárias. A incapacidade funcional, designada como qualquer limitação para exercer uma atividade no que se considera correio para a vida humana, ocorre, com frequência, com o envelhecimento.²⁶ Del Duca *et al.*,²⁶ em Pelotas no ano de 2007 e 2008, evidenciaram que a maioria dos idosos (60%) não apresentaram nenhuma incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária, e 11% apresentaram dependência apenas para atividades básicas (tomar banho, vestir-se, deitar e

levantar da cama, ir ao banheiro), 13% somente para as atividades instrumentais (arrumar a casa, lavar roupa, preparar a comida) e 16% foram incapazes para ambos os domínios.

A maioria dos entrevistados respondeu que se considerava bem quanto ao estado de saúde geral, como (6):

“Ah, eu tenho a saúde de ferro, acho que é boa.” (E13)

No que se refere à qualidade de vida associada à saúde geral, Vasconcelos *et al.*¹³ mostraram que existem diversas dimensões que inter-relacionam a sobrevivência com a escassez de doença ou sintomas, trabalho físico apropriado, juntamente com a mastigação e deglutição, a falta de dor e o desenvolvimento emocional acompanhado do sorriso. As condições da saúde bucal são usadas por vários investigadores como marcadores capazes de inferir sobre a influência das doenças orais no dia-a-dia das pessoas (Quadro 8).

Quadro 8 - Relações usadas na construção de análise da subcategoria Qualidade de Vida Mediante a Dor.

| Categoria | Subcategoria/entrevistado (nº) |
|---|--|
| • Incapacitação da dor quanto às atividades diárias | - Sim (E6; E13) |
| | - Não (E2; E3; E7; E9; E10; E11; E12; E14) |
| | - Às vezes (E5; E8) |
| • Qualidade de vida quanto à presença da dor | - Regular (E2; E5) |
| | - Ruim (E3) |
| | - Péssimo (E6; E9; E11) |
| | - Não é boa (E7; E8; E12) |
| | - Tem que saber levar (E10) |
| | - Dificultosa (E13) |
| | - Já acostumei (E14) |

As respostas dos entrevistados sobre a influência da dor sobre a qualidade de vida nas atividades diárias foram variáveis, desde ausência de impedimento, impedimento ocasional ou nenhuma relação, como nos seguintes relatos:

“Não, até o momento não.” (E2)

“Sim. Tem dia que não ‘guento’ nem trabalhar.” (E13)

“Às vezes impede, mas eu não respeito esse impedimento não.” (E5)

Lacerda *et al.*⁴ relataram que algumas atividades diárias são afetadas pelos problemas bucais, sendo mais predominante atividades como comer e apreciar a comida (25,1%), higienizar os dentes e a boca (6,4%), dormir (1,1%) e falar (0,4%). Averiguou-se que a maior parte dos impactos odontológicos apresentavam frequência moderada e baixa gravidade.

Oliveira *et al.*,²⁷ no que diz respeito à percepção do impacto da dor no cotidiano dos pacientes, mostraram que 59,09% dos entrevistados referiram algum grau de prejuízo nas atividades diárias, 50% nas atividades de lazer e no relacionamento familiar e 54,55% relataram prejuízo nas atividades domiciliares.

Em outro ponto da entrevista, foi perguntado sobre a qualidade de vida com a presença da dor. As respostas encontradas, comparadas com as obtidas quando se perguntou a respeito da qualidade de vida no geral, foram bastante negativas, variando do ruim ao péssimo, como relatado a seguir:

“Bem, com a dor, na hora que tá doendo é ruim, eu considero ruim, difícil né.” (E2)

“Eu considero péssima.” (E6)

Quadro 9 - Relações usadas na construção de análise da subcategoria Intensidade da dor.

| Categoria | Subcategoria/entrevistado (nº) |
|---|--|
| • Intensidade da dor no momento | <ul style="list-style-type: none"> - Forte (E2; E8; E13) - Fraca (E5; E6; E7; E11) - Insuportável (E9) - Sem dor (E3; E10; E12; E14) |
| • Palavra que descreve a dor agora | <ul style="list-style-type: none"> - E2 “Ainda dá pra suportar” - E3 “Nada de dor” - E5 “Fraca” - E6 “Doendo” - E7 “Média, não tá ruim não” - E9 “Oh meu Papai do céu, livra-me dessa insuportável dor de dente.” - E10 “Passou” - E11 “Aliviada” - E13 “Forte mesmo” - Não souberam responder (E8; E12; E14) |
| • Palavra que descreve a dor máxima | <ul style="list-style-type: none"> - E2 “É o contrário” - E3 “Perturba demais” - E5 “Tomar remédio” - E6 “Tenho nem palavra pra falar” - E7 “Ruim né, muito doendo” - E8 “Oh meu Deus me socorre” - E9 “Insuportável” - E10 “Tratamento” - E11 “Sem controle” - E12 “É como se tivesse apertando muito mesmo” - E13 “Tá muito violenta” - E14 “Dá vontade de morrer” |
| • Palavra que descreve a dor mínima | <ul style="list-style-type: none"> - E2 “Dá pra tolerar” - E3 “Pequena” - E5 “Mesma coisa de não ter nada” - E6 “Aí dá pra conversar” - E7 “Estável” - E8 “Nem ligo” - E9 “Ótima” - E10 “Doendo bem de leve” - E11 “Mais tranquila” - E12 “Incômodo” - E13 “Branda” - E14 “Eu nem sinto” |
| • Palavra que descreve a maior dor de dente | <ul style="list-style-type: none"> - E2 “Nem sei, uma dor assim bem forte” - E3 “Vontade de morrer” - E7 “Péssima, ruim” - E8 “Rolar no chão” - E11 “Perco equilíbrio” - E13 “Terrível” - E14 “Insatisfação” - Insuportável: (E9; E10; E12) - Não souberam responder (E5; E6) |

Cunha e Mayrink²⁸ mostraram que a queda da qualidade de vida no idoso, em decorrência da dor, acarreta danos também à sua autonomia e, conseqüentemente, limita o seu desempenho nas atividades diárias, fazendo com que se torne dependente no seu convívio social (Quadro 9).

Em relação à intensidade da dor no momento da entrevista, as respostas variaram em forte, fraca, insuportável e sem dor, como mostram os relatos abaixo:

“Forte.” (E2)

“Fraca.” (E5)

“No momento tá insuportável.” (E9)

“Agora não tá doendo.” (E10)

E, por fim, foi pedido aos entrevistados que dissessem uma palavra que descrevesse a dor em quatro momentos: naquele momento, a dor máxima, a dor mínima e a maior dor de dente. Os relatos foram redigidos abaixo, respectivamente:

“Oh meu Papai do céu, livra-me dessa insuportável dor de dente.” (E9)

“Oh meu Deus me socorre.” (E8)

“Doendo bem de leve.” (E10)

“Perco equilíbrio.” (E11)

A dor é subjetiva e em consequência, cada pessoa instrui-se e faz uso deste termo a partir de sua prática de vida, explicam Kreling *et al.*²⁹ em seu estudo. A dor não pode ser compartilhada uma vez que cada pessoa sente dor de maneira diferente e conseqüentemente reage com níveis diferentes de sofrimento.^{29,30}

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu abordagem da compreensão das concepções atribuídas pelo idoso acerca da dor orofacial na clínica escola de odontologia da Funorte e diante de todas as conclusões obtidas no desenvolvimento deste trabalho, algumas considerações finais deverão ser feitas a respeito do tema. Os achados deste estudo apontam aspectos relevantes para a reflexão da saúde voltada para o idoso.

A dor orofacial não teve predileção por idade nem sexo, sendo a odontalgia, também conhecida como dor de dente, o tipo de dor orofacial mais prevalente entre os idosos, seguido pela dor na articulação temporomandibular.

A dor não está presente em todos os idosos. Há aqueles que não sentem desconforto algum, como também aqueles em que a dor se faz presente, necessitando de algum paliativo para a mesma.

O idoso, quando procura os cuidados odontológicos, já se encontra em estado evolutivo grave, isto é, o que era para ser pulpíte reversível, se torna necrose pulpar ou abscesso periapical. Isso se deve ao fato de que o idoso não percebe a necessidade de tratamento quando está sentindo apenas desconforto.

A localização da dor também se constitui em dificuldade, uma vez que a dor pode ser difusa e acometer mais de uma região, devido à sua irradiação para dentes vizinhos ou até mesmo para a face ou pescoço.

De forma geral, a dor foi descrita como latejante, pulsátil e difusa, variando sua intensidade entre leve a forte. Estímulos externos como a ingestão de alimentos ou líquidos, sejam quentes ou frios, ou o ato de mastigar fizeram com que a dor aumentasse. A terapia medicamentosa foi necessária, como paliativo, para a maioria.

A opinião, atitude e crença também influenciaram no tratamento da dor; resultando em uso de remédios caseiros para o alívio da dor, como: chás de raízes e água morna.

A maioria dos idosos não precisaram da ajuda de terceiros para execução de suas atividades diárias, suportaram bem as dores e consideraram ótimo o seu estado geral de saúde. Para a maioria, a dor não impediu a realização das atividades diárias, mas a qualidade de vida, mediante a dor, foi considerada por muitos como péssima.

A maioria dos idosos disse ter procurado a ajuda de um profissional da saúde para erradicar ou amenizar a dor, e muitos tinham ciência do tipo de tratamento que seria realizado para a dor.

Sendo a dor de caráter subjetivo, cada um sente e descreve a dor a sua maneira, com maior ou menor intensidade.

As concepções atribuídas pelos idosos acerca da dor foram relevantes para construir um perfil a respeito da dor orofacial nesta faixa etária.

REFERÊNCIAS

1. Kuroiwa DN, Marinelli JG, Rampani MS, Oliveira W, Nicodemo D. Desordens temporomandibulares e dor orofacial: estudo da qualidade de vida medida pelo Medical Outcomes Study 36 - Item Short Form Health Survey. *Rev Dor.* 2011;12(2):93-8.
2. Correia LMF, Hummig W, Adamowicz T, Almeida DB. A importância da avaliação da presença de disfunção temporomandibular em pacientes com dor crônica. *Rev Dor.* 2014;15(1):6-8.
3. Boleta-Ceranto DCF, Bianchi FJ, Miura CSN, Veiga MCFA, Bremm LL. Influence of orofacial pain, in superficial and deep tissue, on the anxiety levels in rats. *Rev Odonto Ciênc.* 2010;25(4):376-81.
4. Lacerda JT, Ribeiro JD, Ribeiro DM, Traebert J. Prevalência da dor orofacial e seu impacto no desempenho diário em trabalhadores das indústrias têxteis do município de Laguna, SC. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011;16(10):4275-82.
5. Vera RMLT, Grillo CM, Fortinguerra MLB, Sousa MLR, Berzin F. Acupuntura no manuseio da dor orofacial e do tinido: relato de caso. *Rev Dor.* 2013;14(2):226-30.
6. Leeuw R. *Dor orofacial: guia de avaliação, diagnóstico e tratamento.* 4a ed. São Paulo: Quintessence; 2010.
7. Santos GS, Teixeira MB. Diagnósticos de enfermagem frequentes em idosos residentes na área de abrangência de uma Estratégia Saúde da Família. *REFACS.* 2013;1(1):34-41.
8. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Síntese dos indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira em 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
9. Celich KLS, Galon C. Dor crônica em idosos e a sua influência nas atividades da vida diária e convivência social. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2009;12(3):345-59.
10. Santos FC, Souza PMR, Castro LAHM, Thé KB. Pain amplification syndrome in the elderly. Case report and literature review. *Rev Dor.* 2012;13(2):175-82.

11. Santos FC, Souza PMR, Nogueira SAC, Lorenzet IC, Barros BF, Dardin LP. Programa de autogerenciamento da dor crônica no idoso: estudo piloto. *Rev Dor*. 2011;12(3):209-14.
12. Guimarães MB, Rocha FR, Bueno RS, Blaya MBG, Hirakata LM. Impacto do uso de próteses dentárias totais na qualidade de vida de idosos. *Rev Bras Qual Vida*. 2014;5(1):31-8.
13. Vasconcelos LCA, Prado Júnior RR, Teles JBM, Mendes RF. Autopercepção da saúde bucal de idosos de um município de médio porte do Nordeste brasileiro. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(6):1101-10.
14. Simões ACA, Carvalho DM. A realidade da saúde bucal do idoso no Sudeste brasileiro. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(6):2975-82.
15. Biazus M, Balbinot N, Wibelinger LM. Avaliação do risco de quedas em idosos. *Rev Bras Ciênc Envelhec Hum*. 2010;7(1):34-41.
16. Carrara SV, Conti PCR, Barbosa JS. Termo do 1º Consenso em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial. *Dental Press J Orthod*. 2010;15(3):114-20.
17. Castro CES. A formulação linguística da dor: versão brasileira do questionário McGill de dor [Dissertação de mestrado]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 1999.
18. Alves LO, Martins AMEBL, Ferreira RC, Sales MSM, Magalhães TA, Cardos AF, Nascimento JE. Autopercepção da saúde bucal de idosos de Ibiaí-MG. In: VI FEPEG - Fórum de Ensino Pesquisa Extensão e Gestão; 2012 Set 26-29; Montes Claros, MG.
19. Alexandre GC, Nadanovsky P, Lopes CL, Faerstein E. Prevalência e fatores associados à ocorrência da dor de dente que impediu a realização de tarefas habituais em uma população de funcionários públicos no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(5):1073-78.
20. Grossmanni E, Collares MVM. Odontalgia associada à dor e a disfunção miofascial. *Rev Soc Bras Cir Craniomaxilofac*. 2006;9(1):19-24.
21. Siqueira JTT. Dor Orofacial - O papel da Odontologia. Experiência em um Hospital Geral. *J Bras Oclusão ATM Dor Orofac*. 2001;2(2):158-64.
22. Silva SRC, Leite CMC, Ferraz MAAL, Silva MFB, Sousa YTCS. Dor orofacial e qualidade de vida de adultos. *Rev Odontol Bras Central*. 2012;21(56):421-5.
23. Avelino JS, Perin VO, Valgas EZ, Mendes JS, Pickler SMFV, Heerdt LN, et al. Mendes SPM, Nazário BC. A cura através dos chás. 2014;6:1-88.
24. Ferreira AAA, Piuvezam G, Werner CWA, Alves MSCF. A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(1):211-8.
25. Rigotti MA, Ferreira AM. Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. *Arq Ciênc Saúde*. 2005;12(1):50-4.
26. Del Duca GF, Silva MC, Hallal PC. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(5):796-805.
27. Oliveira AS, Bermudez CC, Souza RA, Souza CMF, Dias EM, Castro CES, et al. Impacto da dor na vida de portadores de disfunção temporomandibular. *J Appl Oral Sci*. 2003;11(2):138-43.
28. Cunha LL, Mayrink WC. Influência da dor crônica na qualidade de vida em idosos. *Rev Dor*. 2011;12(2):120-4.
29. Kreling MCGD, Cruz DALM, Pimenta CAM. Prevalência de dor crônica em adultos. *Rev Bras Enferm*. 2006;59(4):509-13.
30. Cavalcante BL, Stechman Neto J, Carrilho E, Milani PAP. Dor orofacial em pacientes desdentados totais: levantamento epidemiológico. *Rev Iberoam Protese Clín Lab*. 2004;6(34):593-7.

APÊNDICE A – Versão Brasileira do McGill Pain Questionnaire by Carlos Castro¹⁷ Adaptado

| | | | |
|--|---------------|-------------------------------------|--------|
| Data da Entrevista: | | Entrevistador: | |
| Dados Pessoais | | | |
| Iniciais: | | Sexo: | Idade: |
| Profissão: | Estado Civil: | Nº de filhos: | |
| Procedência: () rural () urbana | | Escolaridade: | |
| Endereço: | | | |
| Cidade: | | Estado: | Tel.: |
| ANAMNESE | | | |
| Queixa Principal (QP) | | | |
| História da Moléstia Atual (HMA) | | | |
| História Pregressa (HP) | | | |
| O(A) senhor(a) precisa de ajuda na execução das suas atividades diárias? () SIM () NÃO | | | |
| Como o(a) senhor(a) considera o seu estado geral de saúde? | | | |
| () Ótimo () Bom () Regular () Ruim | | | |
| EXAME CLÍNICO | | | |
| Palatos: | | Bridas musculares: | |
| Língua: | | Lábios: | |
| Assoalho: | | ATM: | |
| Gengiva: | | Dentes presentes (arcada superior): | |
| Rebordo: | | Dentes presentes (arcada inferior): | |
| Mucosa jugal: | | Presença de cárie()/ cálculo () | |

PARTE I. LOCALIZAÇÃO DA DOR

Usando as figuras da cabeça e pescoço humanos, marque onde se localiza a dor relatada pelo paciente:

O(A) senhor(a) possui dores em alguma outra parte do corpo? () SIM () NÃO

Onde?

PARTE II. INÍCIO, TRATAMENTOS REALIZADOS E PADRÃO TEMPORAL**a. Circunstâncias de Início:**

- | | |
|------------------------------------|----------------------------------|
| () acidente em casa/ trabalho | () após perda dentária total |
| () após tensão nervosa (estresse) | () após perda dentária parcial |
| () após doença | () após uso de prótese dentária |
| () após cirurgia | () dor sem causa |

Outros:

Analgésicos (já ministrados e em uso):

| Medicação | Dose | Frequência | Duração do Alívio | Tempo de Uso |
|-----------|------|------------|-------------------|--------------|
|-----------|------|------------|-------------------|--------------|

Outros Tratamentos Realizados:

a. Padrão Temporal da Dor: “Como a sua dor muda com o tempo?”

- () Contínua () Intermitente () Breve

Frequência e duração das crises:

PARTE III. DESCRIÇÃO DA DOR

Fale um pouco sobre a sua dor. Como ela é? Com o que ela parece?

O que faz sua dor aumentar?

O que faz sua dor diminuir?

O(A) senhor(a) acha que suporta bem as dores?

O(A) senhor(a) já procurou ajuda profissional para sanar essas dores?

Qual tipo de profissional?

O(A) senhor(a) tem conhecimento de tratamentos para o seu tipo de dor?

As dores o incapacitam de realizar atividades diárias/ trabalho/ lazer?

Como o(a) senhor(a) considera a sua qualidade de vida com a presença da dor?

PARTE IV. QUAL É A INTENSIDADE DE SUA DOR PRESENTE?

| | | |
|---|-----|--------------|
| — | (0) | SEM DOR |
| — | (1) | FRACA |
| — | (2) | MODERADA |
| — | (3) | FORTE |
| — | (4) | VIOLENTA |
| — | (5) | INSUPORTÁVEL |

* Que palavra melhor descreve sua dor agora?

* Que palavra descreve sua dor máxima?

* Que palavra descreve sua dor quando ela é mínima?

* Que palavra descreve sua maior dor de dentes?