

Perfil Demográfico dos Pacientes Atendidos no Centro de Controle da Dor Orofacial da Faculdade de Odontologia de Pernambuco

Demographic Profile of Patients Attended at the Orofacial Pain Control Center of the Dental School of the University of Pernambuco

Paulo Henrique Wanderley Guimarães Pimentel ^I
Luiz Gutenberg Toledo de Miranda Coelho Júnior ^{II}
Arnaldo de França Caldas Júnior ^{III}
Maurício Kosminsky ^{IV}
João Marcílio Coelho Netto Lins Aroucha ^V

Recebido em 12/07/2007
Aprovado em 20/10/2007

RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil dos pacientes encaminhados ao Centro de Controle da Dor Orofacial (CCDO) da Faculdade de Odontologia de Pernambuco – FOP, no período de janeiro de 2006 a agosto de 2007 em relação aos critérios demográficos. **Metodologia:** Tratou-se de um estudo descritivo, de análise do banco de dados do CCDO. A amostra constou de 667 pacientes de ambos os sexos, no qual se buscaram informações sobre data do início do tratamento, endereço, data de nascimento, sexo e estado civil. **Resultados:** A amostra estudada foi composta, em sua maioria, por pacientes do sexo feminino (84%), sendo a maioria solteira (64,6%), proveniente da cidade do Recife (35,3%) e na faixa etária de 30 a 59 anos (54,9%). Com relação à dor, a sintomatologia foi mais freqüente na faixa etária de 30 a 44 anos (29,0%) e em solteiros (62,3%). **Conclusão:** A análise descritiva apontou para o fato de que algumas variáveis demográficas são importantes para a explicação e para o entendimento da dor apresentada pelos pacientes.

Descritores: Prevalência; Articulação Temporomandibular; Síndrome da Disfunção da Articulação Temporomandibular; Dados Demográficos.

ABSTRACT

Objective: To describe the profile of patients who were referred to the Orofacial Pain Control Center - CCDO of the Dental School of the University of Pernambuco - FOP, in the period from January 2006 to August 2007 in relation to the demographic variables. **Methodology:** This is a descriptive study that used data from the CCDO database. The sample comprised 667 patients of both sexes. Information regarding name, date of the beginning of treatment, address, date of birth, gender and marital status were recorded. **Results:** The sample consisted mainly of women (84%), single individuals (64.6%), residents of Recife (35.3%) and aged from 30 to 59 years (54.9%). With regard to the presence of pain, the prevalence was higher in the 30 to 44 years age group (29.0%) and in single patients (62.3%). **Conclusion:** The descriptive analysis revealed that some demographic variables are important for explaining and understanding the occurrence of pain.

-
- I. Fisioterapeuta, Especialista em Fisioterapia em Terapia Intensiva pela UNIANDRADE-PROFISIO, Mestrando em Hebiatria pela Universidade de Pernambuco. Email: ftpaulopimentel@yahoo.com.br
 - II. Cirurgião-Dentista, Especialista em Ortopedia Funcional dos Maxilares pelo COESP/SINDODONTO-PB, Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade de Pernambuco.
 - III. Professor Adjunto do Departamento de Odontologia Social.
 - IV. Professor Adjunto e Coordenador do Centro de Controle da Dor – CCDO da Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco.
 - V. Bolsista de Iniciação Científica (PIBIC-CNPq-2007) e graduando de Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco.

Descriptors: Prevalence; Temporomandibular Joint; Temporomandibular Joint Dysfunction Syndrome; Demographic Data.

INTRODUÇÃO

A dor orofacial é definida pela American Academy of Orofacial Pain (AAOP) como um conjunto de distúrbios clínicos musculoesqueléticos que envolvem a musculatura mastigatória, articulações temporomandibulares e estruturas associadas^{1,2}.

Considerada a articulação mais solicitada do corpo humano, por realizar aproximadamente 1500 a 2000 movimentos diários, a articulação temporomandibular (ATM) é um elemento do sistema estomatognático formado pelos ossos maxilares e mandibular, dentes, nervos, vasos e músculos capazes de realizar movimentos complexos e atuar em funções vitais do organismo, como a respiração, deglutição, mastigação, fonação e postura^{3,4}.

A mialgia mastigatória, considerada após a odontalgia como a principal causa de dor no segmento orofacial, é um tipo de disfunção temporomandibular (DTM) de alta prevalência, que envolve os músculos temporal, masseter, pterigóideo medial e lateral (músculos mastigatórios) e é classificada como dor somática profunda, caracterizada por estados de fadiga ou dor, agravados pela movimentação passiva ou funcional da mandíbula, podendo produzir uma limitação de abertura bucal⁵.

Oliveira et al.⁶ revelaram que os portadores de DTM podem apresentar falta de apetite, má qualidade do sono, dor de cabeça, dificuldade de morder, abrir e fechar a boca, cortar alimentos, além da diminuição do rendimento nas atividades profissionais e escolares, o que repercute negativamente na qualidade de vida desses indivíduos.

A prevalência da dor orofacial é bem diversificada, devido ao fato de ter conceitos, critérios de diagnóstico e tempo de avaliação distintos. Lipton; Ship; Larach-Robinson⁷, num estudo com 45.711 famílias, observaram que, na sua amostra, 18,9% apresentavam, pelo menos, um tipo de dor facial nos últimos

seis meses, sendo 12,2% de origem dental, 5,3% associada à DTM e 1,4%, a outros segmentos da face.

Em um estudo longitudinal de 20 anos, foi demonstrado que a prevalência de sintomas é maior na idade adulta em relação a outras faixas etárias. Durante esse estudo, ocorreu uma substancial flutuação nos sinais e sintomas, sendo rara a progressão para sintomas mais severos⁸. Embora possa ocorrer em qualquer idade, são mais comuns em indivíduos de 13 a 35 anos e quatro vezes mais prevalentes em mulheres do que em homens⁹.

Leresche¹⁰ apontou para a necessidade da realização de estudos que demonstrem, de forma consistente, a associação de fatores de risco para o desenvolvimento da dor temporomandibular o que, de certa forma, faz com que a história natural dessas DTMs não seja conhecida, comprometendo o sucesso das terapias atuais¹¹. Apesar das evidências fracas em relação aos fatores etiológicos, a questão central levantada por estudos epidemiológicos sobre as DTMs, não é o fator que está envolvido, mas, sim, o quanto de cada fator encontra-se a elas associado¹².

Na abordagem demográfica, argumenta que, sendo as DTMs seletivas segundo a idade, a transição populacional "per si", já teria provocado uma mudança na composição da morbimortalidade, na qual a modificação da estrutura etária decorrente da queda da fecundidade teria mudado a composição final da morbimortalidade por causas, independentemente de ter havido ou não alteração do perfil ou da incidência das doenças¹³.

Dentro desse contexto, este trabalho objetivou analisar as variáveis demográficas dos pacientes que procuraram ou foram referenciados ao Centro de Controle da Dor Orofacial (CCDO), na tentativa de verificar se a transição demográfica estava interferindo na morbidade das DTMs.

METODOLOGIA

O estudo foi realizado no Centro de Controle da Dor Orofacial (CCDO) da Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco. Trata-se de um estudo descritivo, realizado com o banco de dados do referido centro, no qual a população estudada foi composta por pacientes do próprio serviço ou a ele referenciado no período de janeiro de 2006 a agosto de 2007. Foram incluídos todos os pacientes cujos prontuários apresentavam todos os dados completos, contabilizando uma amostra de 667 indivíduos. Em relação aos critérios demográficos, as variáveis estudadas foram: nome completo, data do início do tratamento, endereço, data de nascimento, sexo e estado civil.

A pesquisa descritiva é uma das classes de pesquisa não-experimental, que tem por objetivo observar, descrever e documentar os aspectos da situação. No que se refere à dimensão temporal, este estudo tem delineamento transversal, isto é, envolve coleta de dados em um ponto no tempo, sendo especialmente apropriado para descrever a situação, o status do fenômeno, ou as relações entre os fenômenos em um ponto fixo¹⁴.

Os dados dos pacientes originalmente armazenados no Excel 2003 foram transferidos para SPSS 13.0 visando à análise dos dados. A prevalência de dor foi analisada, considerando-se o sexo, estado civil, faixa etária e local de moradia. Quando da existência de algum dado não preenchido no banco de dados, a avaliação dos prontuários dos pacientes foi utilizada com a finalidade de complementar a informação.

RESULTADOS

A amostra estudada caracterizou-se, em sua maioria por mulheres (84%), sendo grande parte delas solteira (64,6%). A maior procura ao CCDO foi principalmente por pacientes da cidade do Recife (35,3%), e a faixa etária de 30 a 59 anos (54,9%) obteve a maior frequência (Tabela 01).

Variáveis	n.	%
Sexo		
Feminino	560	84,0
Masculino	107	16,0
TOTAL	667	100,0
Estado Civil		
Solteiro	426	64,6
Casado	233	35,4
BASE	659	100,0
Cidade		
Camaragibe	115	17,4
Jaboatão	63	9,5
Olinda	46	7,0
Recife	233	35,3
Outras	203	30,8
BASE	660	100,0
Faixa Etária		
0 a 4 anos	7	1,1
5 a 14 anos	36	5,6
15 a 29 anos	166	25,6
30 a 44 anos	186	28,8
45 a 59 anos	169	26,1
60 anos ou mais	83	12,8
BASE	647	100,0

Tabela 01 - Caracterização da amostra, segundo o sexo, estado civil, município de procedência, e faixa etária. Camaragibe – PE, 2007.

Em relação à dor, pode ser observado na Figura 01 que se apresentou de caráter ascendente até a faixa etária de 30 a 44 anos. Quando se analisou a dor em função do estado civil, observa-se, na Figura 02, que os solteiros apresentam uma maior prevalência (62,3%).

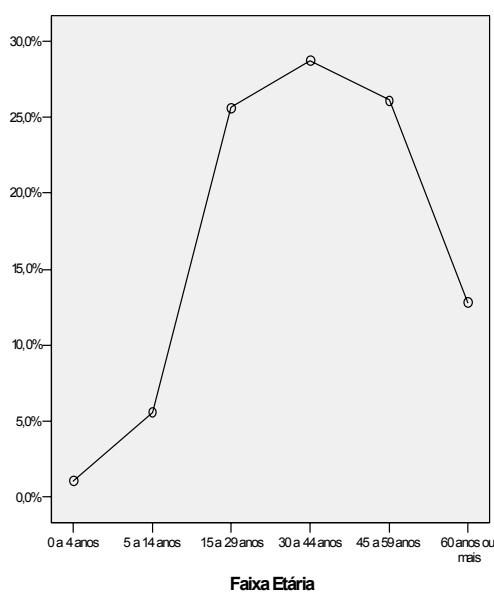


Figura 01 - Distribuição percentual dos pacientes com dor em relação à faixa etária.

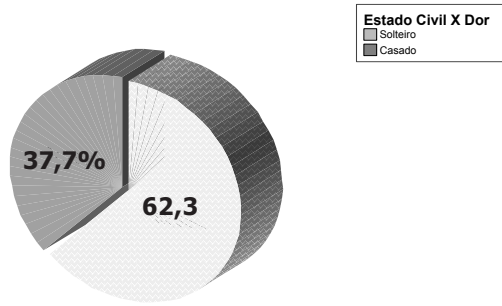


Figura 02 - Distribuição percentual dos pacientes com dor em relação ao estado civil.

A distribuição da amostra em relação à cidade de moradia pode ser observada na figura 03, no qual se percebe que Recife obteve a maior demanda (34,2%). Cidades do interior pernambucano estão em "outras" com percentual de 31,6%. É importante destacar que Camaragibe contribuiu com 18,1% dos casos referenciados.

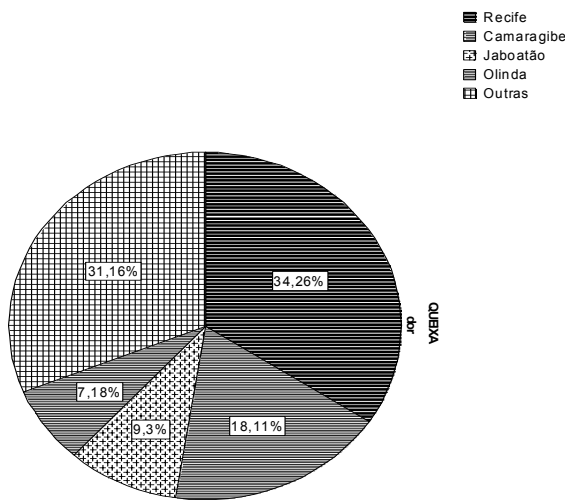


Figura 03 - Distribuição dos pacientes em relação ao local de moradia.

DISCUSSÃO

Neste estudo, algumas informações eram inexistentes ou incompletas no banco de dados do CCDO, sendo necessário recorrer aos prontuários para complementação. Embora essas informações perdidas não estejam relacionadas aos critérios demográficos, isso impediu uma análise de outras variáveis.

No presente estudo, o dado referente ao diagnóstico é crucial para se avaliar o perfil dos pacientes

que procuram o serviço do CCDO. Como a anamnese e o exame físico dos pacientes do CCDO são realizados, em sua maioria, por alunos de graduação, explica a falta de muitas informações básicas para determinar o diagnóstico e os fatores de risco que possam estar associados. Por esta razão, não se considerou, nessa análise, o diagnóstico final dos pacientes, apenas, a sintomatologia dolorosa.

No que se refere à variável idade, observou-se no presente estudo, uma maior prevalência de dor (28,8%) nos pacientes situados entre a faixa etária dos 30 a 44 anos. Alguns autores encontraram, em seus estudos, resultados semelhantes^{9,15,16}.

De acordo com Morse¹⁷, a variável demográfica pode ajudar a explicar o surto das doenças. Dentre outros fatores, o autor cita que o crescimento populacional, a migração rural-urbana, a deterioração urbana e a utilização de instalações podem explicar o surto de doenças em algumas comunidades.

É imperativo observar a dinâmica da transição demográfica e epidemiológica, para que se entenda a razão do pico de dor na idade apresentada nesse estudo. O processo de transição demográfica e epidemiológica engloba três mudanças básicas, de acordo com Schramm et al.¹⁸, quais sejam a substituição das doenças transmissíveis por doenças não-transmissíveis e causas externas; deslocamento da carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens aos grupos mais idosos; e transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outra na qual a morbidade é dominante.

Essa transição que, segundo o mesmo autor, se deve chamar de Transição da Saúde, pode se dividir em dois elementos principais: de um lado, encontra-se a transição das condições de saúde (referindo-se às mudanças na frequência, magnitude e distribuição das condições de saúde, expressas através das mortes, doenças e incapacidades), e de outro, a resposta social organizada a estas condições que se instrumenta por meio dos sistemas de atenção à saúde (transição da atenção sanitária), determinada, em grande medi-

da, pelo desenvolvimento social, econômico e tecnológico mais amplo¹⁸. Dentro deste contexto, vislumbra-se que, em pouco tempo, as DTM's terão sua prevalência aumentada pelos fatores descritos acima, além daqueles relacionados aos demais fatores.

Em relação ao sexo feminino, achou-se a prevalência de 84% no nosso estudo, corroborando com os estudos^{9,19}. Macfarlane et al¹⁶ observaram que 20,8% dos homens e 29,8% das mulheres apresentavam dor orofacial assim como a existência de associação desse sintoma com dor durante os períodos pré-menstrual e menstrual. Uma outra possível explicação para a maior prevalência de dor nas mulheres está no fato relatado por Salvador et al.²⁰ em que as mulheres, por apresentarem menores valores de força muscular sob fadiga do que os homens, além das concentrações plasmáticas dos principais hormônios anabólicos (testosterona, GH e IGF-1), em repouso ou após esforço intenso, são bastante distintas entre homens e mulheres. Embora os possíveis mecanismos de explicação para as diferenças sexuais na capacidade de resistência à fadiga muscular ainda não estejam claramente estabelecidos pela literatura, acredita-se que as diferenças na massa muscular, na utilização de substratos, na morfologia muscular ou, até mesmo, na ativação muscular, entre homens e mulheres, devam ser analisadas mais criteriosamente, na tentativa de se explicar esse fenômeno²⁰.

Ao assumir gênero como uma construção sociológica, político-cultural do termo sexo, Fonseca²¹, chama a atenção para: a) que o sexo não seja visto como uma variável demográfica, biológica ou natural, mas que integre toda uma carga cultural e ideológica; b) a impossibilidade da compreensão do específico da identidade feminina, da posição da mulher na sociedade, da valorização ou desvalorização de seu trabalho, das divisões sexuais do trabalho/poder/exercício do erótico sem a compreensão do específico da identidade masculina e do que já de comum ao humano, já que o homem e a mulher são construções de gênero no humano e c) o gênero como realização cultural

através de ideologias que tomam formas específicas em cada momento histórico.

Esses itens descritos por Fonseca²¹ são importantes para o entendimento da diferença da sintomatologia entre os gêneros. Isso vem interferindo, inclusive, na epidemiologia da dor, haja vista que, segundo Budó et al²², homens e mulheres são educados para terem expectativas diferentes em relação à vida, principalmente no que diz respeito às emoções, dentre elas, a dor. Assim, apontam que os métodos de educação infantil aplicados a meninos e meninas influenciam ativamente na formação de condutas e expectativas diante de reações à dor, que irão refletir na idade adulta. Além disso, talvez por uma maior influência dos aspectos culturais, essa mulher fala mais sobre suas "dores" e procura mais os serviços de saúde para o tratamento. Por esta razão, a análise de uma maior prevalência de dor em mulheres deve ser realizada com muita cautela.

Em relação à moradia, o município de Recife teve o maior percentual de pacientes (35,3%), seguido de outros municípios (30,8%) e de Camaragibe (17,4).

A importância do entendimento da dor crônica em odontologia e em termos de saúde pública é indiscutível, entretanto ainda são escassos os estudos que envolvem os aspectos epidemiológicos populacionais nessa área. Dentre os desafios e as dificuldades para a realização desses estudos, estão as naturezas complexa e subjetiva, intrínsecas ao problema da dor.

CONCLUSÃO

A variável demográfica de pacientes portadores de disfunções temporomandibulares constitui-se num importante fator de análise para a determinação da sua morbidade, sendo indispensável para a instituição de um plano de tratamento que permita uma boa adesão por parte do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Carneiro LM. Ação integrada nas articulações da mandíbula. O COFFITO. 2003; (20):16-9.
2. Sarlani E, Greenspan JD. Evidence for generalized hyperalgesia in temporomandibular disorders patients. Pain. 2003;(102):221-6.
3. Cauás M, Alves IF, Tenório K, HC Filho JB, Guerra CMF. Incidences of parafunctional habits and posture in with patients craniomandibular dysfunction. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Facial. 2004 Abr-Jun; 4(2):121-129. Disponível em :<<http://www.revistacirurgiabmf.com>>.
4. Pereira KNF, Andrade LLS, Costa MLG, Portal TF. Signs and symptoms in the patients with dysfunction temporomandibular. Rev CEFAC. 2005 Abr-Jun;7(2):221-8.
5. Dworkin SF, Leresche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications criteria. J Craniomand Dis Facial Oral Pain. 1992;6:301-55.
6. 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.
7. Lipton JA, Ship JA, Larach-Robinson D. Estimated prevalence and distribution of reported orofacial pain in the United States. JADA. 1993;124:115-21.
8. Magnusson T, Egermark I, Carlsson GE. A longitudinal epidemiologic study of signs and symptoms of temporomandibular disorders from 15 to 35 years of age. J Orofac Pain. 2000;14:310-19.
9. Bove SRK, Guimarães AS, Smith RL. Caracterização dos pacientes de um ambulatório de disfunção temporomandibular e dor orofacial. Rev Latino-am Enfermagem. 2005 Set-Out;13(5):686-91.
10. Leresche L. Epidemiology of temporomandibular disorders: implications for the investigation of etiologic factors. Crit Rev Oral Biol Med. 1997;8(3):291-305.
11. De bont LG, Dijkgraaf LC, Stegenga B. Epidemiology and natural progression of articular temporomandibular disorders. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1997;83:72-6.
12. John MT, Miglioretti DL, Leresche L, Von Korff M, Critchlow CW. Widespread pain as a risk factor for dysfunctional temporomandibular disorder pain. Pain. 2003;102:257-63.
13. Santos JLF. Doenças emergentes: fatores demográficos na complexidade. Trabalho apresentado no XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais; 2006 Set 18-22; Caxambu, MG – Brasil,. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_448.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2008.
14. Carvalho S. Análise histológica das diferentes fases de cicatrização induzida por radiação Laser diodo GaAs de 904nm [dissertação]. São José dos Campos: Universidade do Vale do Paraíba; 2003.
15. Von korff M, Dworkin SF, Leresche L, Kruger A. An epidemiologic comparison of pain complaints. Pain.1988;32:173-183.
16. Macfarlane TV, Blinkhorn AS, Davies RM, Rian P, Worthington HV, Macfarlane GJ. Orofacial pain: just another chronic pain? results from a population-based survey. Pain. 2002;99:453-8.
17. Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis. 1995;1(1):7-15.

18.Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, Valente JG, Gadelha AMJ, Portela MC, et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. Epidemiological transition and the study of burden of disease in Brazil. *Ciencia & Saúde Coletiva*. 2004;9(4):897-908.

19.Esposito CJ, Panucci PJ, Farman AG. Association in 425 patients having temporomandibular disorders. *J Ky Med Assoc*. 2000;98:213.

20.Salvador EP, Cyrino ES, Gurjão ALD, Dias RMRD, Nakamura FY, Oliveira AR. Comparação entre o desempenho motor de homens e mulheres em séries múltiplas de exercícios com pesos. *Rev Bras Med Esporte*. 2005 Set-Out;11(5):257-61.

21.Fonseca RMGS da. Espaço e gênero na compreensão do processo saúde-doença da mulher brasileira. *Rev Latino-am Enfermagem*. 1997 Jan;5(1):5-13.

22.Budó MLD, Nicolini D, Resta DG, Büttendbender E, Pippi MC, Ressel LB. A cultura permeando os sentimentos e as reações frente à dor. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(1):36-43.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

ARNALDO DE FRANÇA CALDAS JÚNIOR
Faculdade de Odontologia de Pernambuco
Av. Gal. Newton Cavalcanti, 1650
Tabatinga - Camaragibe/PE - Brasil
CEP: 54753-220