



Protocolo de Atenção à Saúde

Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial

Área(s): Odontologia

Portaria SES-DF Nº 0000 de data , publicada no DODF Nº 0000 de data .

1- Metodologia de Busca da Literatura

1.1 Bases de dados consultadas

Medline/Pubmed, Scielo, Ministério da Saúde, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Prefeitura Municipal de São Paulo, Sociedade Brasileira de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial.

1.2 Palavra(s) chaves(s)

Disfunção temporomandibular, dor orofacial, articulação temporomandibular (ATM), abertura bucal.

1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

Considerou-se o período de 1976 a 2019, totalizando 14 textos.

2- Introdução

Dor orofacial (DOF) é um termo inespecífico, referente a um grupo de afecções dolorosas, agudas ou crônicas, que acometem os tecidos moles e duros da face e da cavidade bucal. Sua presença implica em repercussões particulares, uma vez que a face e a boca desempenham importante papel biológico, emocional e psicológico, causando impacto negativo na qualidade de vida. As dores orofaciais estão incluídas na Classificação Internacional das Cefaleias (2019), no item 11 referente às "Cefaleias ou dor facial atribuída a transtorno do crânio, pescoço, olhos, orelhas, nariz, seios paranasais, dentes, boca ou outra estrutura facial ou cervical", e no item 13 que trata das "Lesões dolorosas dos nervos cranianos e outras dores faciais". As dores na cabeça e na face têm alta prevalência no Brasil. Um estudo feito com 890 indivíduos adultos e idosos moradores em Ermelinho Matarazzo, município de São Paulo, encontrou mais da metade da amostra com dores. O bruxismo estava presente em 10,6% dos indivíduos e as queixas de dor de dente em 10,2%. Mais da metade dessa população apresentava dores em outras áreas do corpo que afetavam a realização de suas atividades diárias. O sexo feminino foi o mais acometido e a maior prevalência de dor foi relacionada com a presença de distúrbios do sono, uso contínuo de medicações para tratamento de doenças crônicas, prejuízos na qualidade de vida, ansiedade e depressão. Etiologicamente, as dores orofaciais podem ser divididas em odontogênicas e não odontogênicas¹.

A disfunção temporomandibular (DTM) é a causa mais prevalente de dor orofacial não odontogênica². É uma expressão que define um conjunto de distúrbios agudos ou crônicos que acometem os músculos mastigatórios, as articulações temporomandibulares ou uma combinação destas estruturas. Seus sintomas mais comuns podem incluir limitação do movimento mandibular, dor muscular mastigatória, dor na ATM, limitação ou desvio da abertura bucal e ruídos articulares. No Brasil, estima-se que aproximadamente 37% da população apresente ao menos um sintoma de DTM. Contudo, nem todos os portadores de sinais positivos necessitam de tratamento. Somente aquelas disfunções que motivem queixas devem ser abordadas, o que atinge cerca de 15% da população. Mulheres são quase cinco vezes mais afetadas que homens e a idade mais frequente varia entre 19 e 45 anos. Sua etiologia é variada e pode compreender desarranjos articulares, distúrbios dos músculos mastigatórios, doenças sistêmicas ou tumores¹.

Sinais e sintomas de DTM também podem acometer crianças e adolescentes, mas em uma prevalência menor. A dor é a queixa mais comum das pessoas que procuram tratamento para disfunção temporomandibular, podendo ocasionar consequências à sociedade, por meio de custos diretos relacionados aos cuidados, e custos indiretos associados às faltas ao trabalho, à queda da produtividade. Sua prevalência, segundo a literatura, varia de 5% a 50%^{3,4,5,6}.

A abordagem e o atendimento de pacientes com disfunções temporomandibulares são de extrema importância, pois podem fornecer ferramentas para o planejamento de estratégias que busquem a promoção da saúde, qualidade de vida e tratamentos eficazes, de acordo com seus respectivos contextos sociais³.

A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil, lançada em março de 2004, contabilizou avanços importantes nessa última década. A prestação de serviços foi ampliada em quantidade e complexidade, reconhecendo a necessidade de dispor o serviço de DTM/DOF em Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)⁷.

Para uma correta e ideal indicação terapêutica e sucesso no tratamento, a avaliação de todos os possíveis sinais, sintomas e comorbidades, bem como o atendimento multiprofissional é fundamental, dentre eles: cirurgiões dentistas (CDs), fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos e médicos (otorrinolaringologia, neurologia, reumatologia, acupuntura, psiquiatria)⁴; que devem conjuntamente e preferencialmente atuar na sua área específica após o diagnóstico realizado pelo cirurgião-dentista.

3- Justificativa

Devido à sua magnitude, transcendência, alta prevalência e, sobretudo, pelo impacto na qualidade de vida dos indivíduos acometidos, a disfunção temporomandibular vêm se tornando um importante problema de saúde pública³. Uma associação significativa entre alterações psicossociais como depressão, somatização e estresse pós-trauma e as disfunções temporomandibulares^{8,9} podem repercutir diretamente na qualidade de vida do paciente com perdas na esfera social e emocional.

O objetivo principal deste protocolo é padronizar a ação dos profissionais de saúde para o atendimento em DTM/DOF, visando à otimização e expansão do atendimento na especialidade, maior resolutividade e redução dos atendimentos emergenciais e encaminhamentos para a atenção terciária

4- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)

B02.2 - Neuralgia pós-herpética

D48.0 - Condromatose sinovial

F45.8 - Bruxismo

G24.4 - Distonia orofacial idiopática

G44.84 - Cefaleia ou dor facial atribuída à outra moléstia do crânio, pescoço, olhos, orelhas, nariz, seios da face, dentes, boca ou outras estruturas cranianas e faciais

G44-89 - Cefaleia atribuída a DTM

G50.0 - Neuralgia do trigêmeo

G50.1 - Dor facial atípica
G50.8 - Outros transtornos do nervo trigêmeo
G59.8 - Outras mononeuropatias em doenças classificadas em outra parte
K07.6 - Transtornos da articulação temporomandibular (mandíbula estalante, desarranjo da ATM, Síndrome ou complexo de Costen, Síndrome da dor e disfunção da ATM)
K10.9 - Doença dos maxilares, não especificada
K14.6 - Glossodínia
K14.9 - Doença da língua, sem outra especificação
M19.0 - Artrose primária de outras articulações
M19.91 - Doença articular degenerativa
M25.5 - Dor articular
M26.62 - Dor articular, desordens do complexo cêndilo-disco
M26.61 - Outras desordens de hipomobilidade,
M26.69 - Condilose
M27 - Hiperplasia do processo coronóide.
M60 - Miosite
M79.1 - Mialgia
M67.90 – Transtorno não especificado da sinóvia e do tendão
M06.9 - Artrite reumatoide não especificada
M79.7 – Fibromialgia
Q67.4 - Aplasia
R52.2 - Outra dor crônica
S02.6 - Fratura fechada do processo subcondilar
S03.0 - Subluxação maxilar
S03.4 - Luxação maxilar
T90.5 - Sequela de traumatismo intracraniano
T90.8 - Sequelas de outros traumatismos especificados da cabeça

5- Diagnóstico Clínico ou Situacional

O diagnóstico é realizado pelo CD e é eminentemente clínico, por meio de anamnese e exame físico intra e extrabucal. Quando existe a necessidade de exames de imagem ou outros exames complementares, o CD deve providenciar a solicitação de vaga via sistema de regulação (SisReg). O usuário deve comparecer as unidades após contato telefônico.

- Disfunção Temporomandibular – anormalidades que atingem a ATM e/ou os músculos da mastigação.

Etiologia

A tentativa de isolar uma causa nítida e universal de DTM não tem sido bem-sucedida. Estudos recentes concluem que a DTM tem origem multifatorial¹⁰. Faz parte de uma anamnese completa a identificação de fatores predisponentes (que aumentam o risco de DTM), fatores iniciadores (que causam a instalação das DTMs) e fatores perpetuantes (que interferem no controle da patologia). Dentre esses fatores, citaremos aqueles que supostamente são mais relevantes.

* Trauma

- o Trauma direto ou macrotrauma
- o Trauma indireto: representado por lesões tipo chicote
- o Microtrauma: provocado por traumas de pequena magnitude, realizados de maneira repetitiva, como hábitos parafuncionais (bruxismo do sono e vigília, mascar chicletes, manter posições posturais forçadas por longo período, etc).

*Fatores psicossociais

- o Depressão, ansiedade, estresse pós-trauma, etc.

*Fatores anatômicos

- o Esqueléticos.

*Fatores fisiopatológicos

- o Fatores sistêmicos: doenças degenerativas, endócrinas, infecciosas, metabólicas, neoplásicas, neurológicas, vasculares e reumatológicas.
- o Fatores locais: alteração na viscosidade do líquido sinovial, aumento da pressão intra-articular, estresse oxidativo, etc.

*Fatores Genéticos

- o Presença de haplótipos associados à sensibilidade dolorosa^{1,3,10}.

Sinais e sintomas

Pessoas com disfunções temporomandibulares podem sentir dor forte ou desconforto, que pode ser temporária ou durar muitos anos. A dor e sensibilidade ocorrem mais comumente nesses lugares:

- Dor ou cansaço na cabeça e na face (região massetéica e temporal) e ombros;
- Dor na região de face/cabeça irradiada para pescoço e região cervical ou vice-versa;
- Odontalgia persistente que não acusa sinais clínicos e radiográficos conclusivos;
- Dor ou dificuldade para bocejar ou mastigar alimentos duros;
- Dor na ATM;
- Dor na orelha/ouvido;
- Má oclusão súbita (relato de alteração recente da mordida);
- Sensações de ouvido tampado / plenitude auricular;
- Sons articulares (estalos ou crepitações na ATM);
- Travamentos episódicos de mandíbula;
- Dor e/ou dificuldades para movimentar a mandíbula, limitação de abertura ou de fechamento da boca;
- Aumento volumétrico da face uni ou bilateral que não seja de origem odontogênica.

Outros sintomas que podem ocorrer na DTM incluem tonturas e zumbido nas orelhas.

Diagnóstico

Ainda não há método confortável de diagnóstico e mensuração da presença e gravidade das disfunções temporomandibulares que possa ser usado de maneira irrestrita por pesquisadores e clínicos. Para diagnóstico de casos individuais, a anamnese continua sendo o passo mais importante na formulação da impressão diagnóstica inicial. O exame físico é constituído por palpação muscular e da ATM, mensuração da movimentação mandibular ativa e análise de ruídos articulares. Este, quando executado por profissionais treinados e

calibrados, é instrumento de grande validade no diagnóstico e na formulação de propostas de terapia, assim como de acompanhamento da eficácia dos tratamentos propostos.

O uso de modalidades auxiliares de diagnóstico, como imagens da ATM, por exemplo, é considerado um meio auxiliar em casos individuais. Nem sempre existe associação direta entre os resultados dos testes e a presença de sinais e sintomas de DTM. É importante a inclusão de algumas perguntas ligadas aos sinais e sintomas de DTM na anamnese. A resposta positiva a uma dessas questões pode sinalizar a necessidade de avaliação completa por profissional especializado em DTM e Dor Orofacial.

6- Critérios de Inclusão

- Pacientes com hipótese diagnóstica de disfunção temporomandibular e/ou dor orofacial (DTM/DOF)
- Possuir cartão SUS
- Inclusão do paciente na lista do Sistema de Regulação (SisReg)
- Paciente deverá ter recebido na UBS, minimamente, ações para controle da infecção bucal (adequação do meio bucal com remoção dos fatores retentivos de placa, restos radiculares, selamento de cavidades, instruções de higiene bucal, profilaxia e controle de placa supragengival), exceto em casos agudos de travamento da boca aberta ou fechada.

7- Critérios de Exclusão

Qualquer condição com diagnóstico clínico evidente (por exemplo, odontalgia odontogênica) cujo tratamento e acompanhamento possa ser realizado na Atenção Primária de Saúde e não necessite de tratamento específico na especialidade.

8- Conduta

- Abordagem individual
 - o O diagnóstico para a identificação da DTM deve-se basear na anamnese e exame clínico³.
 - o Identificação dos fatores predisponentes.
- Abordagem e Procedimentos na Atenção Primária
Deverão ser observados sinais e sintomas, e o reconhecimento da disfunção temporomandibular e dores orofaciais³:

- o Observação de dor e dificuldade nos movimentos mandibulares.
- o Orientação de ações preventivas e educativas, tais como: hábitos nocivos, higiene do sono.
 - o Encaminhamento para diagnóstico para os centros de referência tratamento DTM.
 1. Consulta
 2. Consulta de reavaliação
 3. Atividades em grupo na atenção básica
 4. Orientações de ações educativas

- Abordagem e Procedimentos na Atenção Secundária e Terciária (especialista em DTM)

Atenção Secundária e Terciária: Avaliação do paciente para o diagnóstico das disfunções temporomandibulares e dores orofaciais. Realização de anamnese e exame físico e, havendo necessidade, a solicitação de exames complementares (radiografias, tomografias, ressonância magnética, polissonografia, exames laboratoriais). Classificação diagnóstica da DTM e da dor orofacial baseada no Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders¹². Serão realizados procedimentos preferencialmente conservadores e reversíveis para o controle da disfunção temporomandibular e dores orofaciais³.

1. Consulta para avaliação do paciente para o diagnóstico das disfunções temporomandibulares e dores orofaciais
2. Consulta de reavaliação
3. Cinesioterapia
4. Termoterapia
5. Dispositivos intrabucais (DIB)
6. Terapia medicamentosa
7. Terapia cognitivo-comportamental
8. Infiltrações anestésicas
9. Infiltração intra-articular com corticosteroide
10. Agulhamento seco
11. Bloqueio anestésico
12. Viscosuplementação
13. Artrocentrese
14. Laserterapia

Atribuições do Cirurgião Dentista na Unidade Básica de Saúde (UBS) e no PSF³

- Abordagem qualificada e direcionada para identificação e verificação da presença de dor na face e/ou na cabeça, ruídos articulares e alterações funcionais em pacientes, além da captação dos usuários com DTM e dor orofacial;
- Encaminhar e orientar os usuários e pacientes que apresentem DTM e DOF ao CEO, assegurando o seu retorno e acompanhamento, inclusive para fins de complementação do tratamento.

Atribuições do Cirurgião Dentista especialista em DTM e DOF no CEO e em Hospitais e Centros de Alta Complexidade³

- Diagnosticar e tratar as DTM;
- Identificar os fatores predisponentes e responsáveis pela conduta terapêutica em atenção secundária;
- Fornecer os dados sobre os procedimentos de sua competência realizados (informações sobre diagnóstico, fatores de risco, sexo, idade e índice de vulnerabilidade social) para registro;
 - Trabalhar em equipe trans e interdisciplinar e multiprofissional;
 - Identificar comorbidades psiquiátricas, neurológicas, alterações psicossociais e funcionais;
 - Identificar e referenciar para as equipes de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofaciais casos cirúrgicos, como fraturas, anquiloses, pseudoanquiloses, hiperplasias, reabsorções de ATM, luxações recorrentes;

* A literatura científica atual não encontra suporte para a hipótese de que a má oclusão dentária é fator etiológico de DTM. Sendo assim, tratamentos ortodônticos, ajustes oclusais e cirurgias ortognáticas não são tratamentos de eleição para as disfunções temporomandibulares¹³.

- Encaminhar e orientar os usuários para os serviços especializados (Psicologia, Neurologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Otorrinolaringologia, Psiquiatria, Reumatologia, Acupuntura) e assegurar o seu retorno e acompanhamento, inclusive para fins de complementação do tratamento, por meio da referência e contrarreferência.
- Fornecer os dados sobre os procedimentos de sua competência realizados

(informações sobre diagnóstico, fatores de risco, sexo, idade e índice de vulnerabilidade social) para registro.

8.1 Conduta Preventiva

Como a DTM é multifatorial, algumas destas causas não são possíveis de prevenção, por exemplo: fatores genéticos e traumas⁶. Porém, alguns sinais e sintomas de DTM como desgastes oclusais anormais e retração gengival excessiva, associadas a parafunções como o bruxismo, hipertrofia de músculos da mastigação, bem como o risco psicossocial devem ser avaliados em ações de vigilância. Também devem ser realizadas ações de promoção à saúde, principalmente ações educativas associadas aos grupos de cuidado, na tentativa de se identificar fatores de risco³.

8.2 Tratamento Não Farmacológico

- Uso de dispositivos intrabucais (placa estabilizadora, JIG)
- Indicação de exercícios fisioterápicos
- Laserterapia
- Cinesioterapia
- Termoterapia
- Terapia cognitivo-comportamental
- Agulhamento seco

8.3 Tratamento Farmacológico

8.3.1 Fármaco(s)

- 90973 Codeína (fosfato) + paracetamol comprimido 30 mg + 500 mg. Uso hospitalar.
- 33711 Dexametasona – solução injetável 4 mg/ml 2,5 ml frasco/ampola. UBS e uso hospitalar
- 20060 Paracetamol comprimido 500 mg. UBS e uso hospitalar.
- 90314 Paracetamol solução oral 200 mg/ml frasco 15 ml. UBS e uso hospitalar.
- 90062 Dipirona sódica – solução oral 500 mg/ml. UBS e uso hospitalar.
- 90063 Dipirona – solução injetável 500 mg/ml ampola 2 ml. UBS e uso hospitalar.
- 11087 Ibuprofeno comprimido 600 mg. UBS e uso hospitalar.
- 24503 Ibuprofeno suspensão oral 50 mg/ml frasco gotas 30 ml. UBS e uso hospitalar.
- 90191 Diclofenaco solução injetável 25 mg/ml ampola 3 ml. UBS e uso hospitalar.
- 17860 Celecoxibe cápsula 200 mg. UBS.
- 90197 Naproxeno comprimido 250 mg. Uso hospitalar.
- 17785 Naproxeno comprimido 500 mg. Uso hospitalar.

- 90215 Tenoxicam pó liofilizado para solução injetável 20 mg frasco/ampola. UBS e uso hospitalar.
- 18513 Ciclobenzaprina (cloridrato) comprimido revestido 10 mg. UBS e uso hospitalar.
- 5312 Gabapentina cápsula 300 mg. Uso hospitalar.
- 4822 Gabapentina cápsula 400mg. Uso hospitalar
- 90100 Amitriptilina (cloridrato) 25 mg. UBS e uso hospitalar.
- 12899 Nortriptilina cápsula 10 mg. Uso hospitalar.
- 21245 Nortriptilina cápsula 25 mg. UBS e uso hospitalar.
- 90201 Nortriptilina cápsula 50 mg. UBS e uso hospitalar.
- 90071 Carbamazepina comprimido 200 mg. UBS e uso hospitalar.
- 90072 Carbamazepina suspensão oral 100 mg/5ml frasco 100 ml. UBS e uso hospitalar.
- 8764 Oxcarbazepina suspensão oral 60 mg/ml frasco 100 ml. Farmácia de alto custo.
- 90024 Lidocaína (cloridrato) solução injetável 2% frasco – ampola 20ml. UBS e uso hospitalar.

8.3.2 Esquema de Administração

Codeína (fosfato) + paracetamol comprimido 30 mg + 500 mg: A dose usual em pacientes adultos é 1 comprimido a cada 4 horas. Nas dores mais intensas recomendam-se 2 comprimidos a cada 6 horas, não ultrapassando o máximo de 8 comprimidos paracetamol + fosfato de codeína 7,5 mg ou paracetamol + fosfato de codeína 30 mg em um período de 24 horas.

Dexametasona – solução injetável 4 mg/ml 2,5 ml frasco/ampola: a dose usual para injeção em ATM pós artrocentese é de 1ml por ATM.

Paracetamol comprimido 500 mg: A dose usual recomendada é 1 a 2 comprimidos, 3 a 4 vezes ao dia. A dose diária total recomendada de paracetamol é de 4000 mg, não excedendo 1000 mg/dose, em intervalos de 4 a 6 horas, em um período de 24 horas.

Paracetamol solução oral 200 mg/ml frasco 15 ml: A dose usual é de 35 a 55 gotas, 3 a 5 vezes ao dia. A dose diária máxima de paracetamol é de 4000 mg (275 gotas) administrados em doses fracionadas, não excedendo a dose de 1000 mg/dose (55 gotas) com intervalos de 4 a 6 horas, no período de 24 horas

Dipirona sódica solução oral 500 mg/ml: A dose usual em adultos é de 20 a 40 gotas em administração única ou até o máximo de 40 gotas, 4 vezes ao dia.

Dipirona solução injetável 500 mg/ml ampola 2 ml: A dose usual em adultos é de uma ampola (2 ml) a cada 6 horas, respeitando-se o limite máximo de 10 ml ao dia.

Ibuprofeno comprimido 600 mg: A dose recomendada é de 600 mg, via oral, 3 a 4 vezes ao dia, podendo ser ajustada de acordo com o quadro clínico do paciente; contudo, não se deve ultrapassar o limite máximo de 3.200 mg/dia.

Ibuprofeno suspensão oral 50 mg/ml frasco gotas 30 ml: A posologia recomendada para crianças a partir de 6 meses é de 1 a 2 gotas/kg de peso, em intervalos de 6 a 8 horas, ou seja, de 3 a 4 vezes ao dia, não excedendo o máximo de 40 gotas por dose (200 mg) e 160 gotas (800 mg) num período de 24 horas. Em adultos, a posologia habitual do ibuprofeno 50 mg/ml é de 40 gotas (200 mg) a 160 gotas (800 mg), podendo ser repetida por, no máximo, 4 vezes em um período de 24 horas. A dose máxima permitida por dia em adultos é de 640 gotas (3.200 mg).

Diclofenaco solução injetável 25 mg/ml ampola 3 ml: A dose usual é de uma ampola (75 mg) por dia, via intramuscular (região glútea)

Celecoxibe cápsula 200 mg: A dose recomendada é de uma cápsula de 200 mg a cada 12 horas.

Naproxeno comprimido 250 mg: A dose indicada é de 1 comprimido 1 a 2 vezes por dia, não excedendo 500 mg por dia de tratamento.

Naproxeno comprimido 500 mg: A dose indicada é de 1 comprimido ao dia, não excedendo 500 mg por dia de tratamento.

Tenoxicam pó liofilizado para solução injetável 20 mg frasco/ampola: A dose usual é de 20 mg (1 ampola) a cada 12 horas, por via intramuscular ou endovenosa.

Ciclobenzaprina (cloridrato) comprimido revestido 10 mg: A dose usual em DTM é de 10 mg de cloridrato de ciclobenzaprina, em uma a duas administrações ao dia (a cada 24 horas ou a cada 12 horas), por via oral. A dose máxima diária é de 60 mg de cloridrato de ciclobenzaprina.

Gabapentina cápsula 400 mg / 300 mg: No tratamento de dores neuropáticas, a dose inicial é de 300/400 mg/dia via oral a 900/1200mg, administrada em uma a três doses igualmente divididas e aumentada, se necessário, com base na resposta ao tratamento, até uma dose máxima de 3.600 mg/dia.

Amitriptilina (cloridrato) 25 mg: Usada no tratamento de dores bucofaciais crônicas e dores neuropáticas, a dose inicial é de 25 mg por dia, via oral, preferencialmente ao deitar, devendo ser ajustada conforme evolução clínica até 75 mg/dia.

Nortriptilina cápsula 10 mg / 25 mg / 50 mg: Usada no tratamento de dores bucofaciais crônicas e dores neuropáticas, a dose inicial é de 10 mg, 25mg, 50mg uma vez ao dia, por via oral; o tratamento deve ser iniciado com doses baixas, aumentadas de acordo com a necessidade. Como esquema posológico alternativo, a dose diária total pode ser administrada uma vez ao dia. Não são recomendadas doses diárias superiores a 75 mg.

Carbamazepina comprimido 200 mg: Para tratamento da neuralgia do trigêmeo a posologia inicial é de 200 a 400 mg ao dia, via oral, devendo ser elevada lentamente até a obtenção do alívio da dor (normalmente 200 mg, 3 a 4 vezes ao dia). A dosagem deve, então, ser reduzida gradualmente para o menor nível de manutenção possível. A dose máxima recomendada é de 1.200 mg ao dia. Quando o alívio da dor for obtido, devem ser feitas tentativas graduais para interromper o tratamento, até que outra crise ocorra.

Carbamazepina suspensão oral 100 mg/5ml frasco 100 ml: Para tratamento da neuralgia do trigêmeo a posologia inicial é de 200 a 400 mg ao dia (10 a 20 ml), via oral, devendo ser elevada lentamente até a obtenção do alívio da dor (normalmente 200 mg, 3 a 4 vezes ao dia). A dosagem deve, então, ser reduzida gradualmente para o menor nível de manutenção possível. A dose máxima recomendada é de 1.200 mg ao dia. Quando o alívio da dor for obtido, devem ser feitas tentativas graduais para interromper o tratamento, até que outra crise ocorra.

Oxcarbazepina suspensão oral 60 mg/ml frasco 100 ml: Usada no tratamento de dores neuropáticas orofaciais, a dose inicial habitual para adultos (incluindo pacientes idosos) é 600 mg (10 ml de suspensão oral) por dia, dividida em 5 ml (300 mg) duas vezes ao dia. Esta dose pode ser aumentada gradualmente, se necessário, até que os melhores resultados sejam obtidos. As doses de manutenção são geralmente entre 600 e 2.400 mg ao dia (10 ml e 40 ml de suspensão oral). A dose máxima pode atingir, em casos excepcionais, 4.200 mg (70 ml de suspensão oral) por dia.

Lidocaína (cloridrato) solução injetável 2% frasco – ampola 20ml: utilizada para infiltração de pontos gatilho em músculos da mastigação com soro fisiológico na proporção de 1:1.

8.3.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção

Os analgésicos e anti-inflamatórios são utilizados em média 3 a 5 dias ou até a remoção dos sinais e sintomas.

Em casos de alergia, diarreia ou outros sinais e sintomas em reação a medicação prescrita, o paciente deve suspender seu uso e procurar a unidade de referência para consulta com o profissional.

9- Benefícios Esperados

Reabilitar e recuperar o equilíbrio neuromuscular do sistema estomatognático, possibilitando o desempenho, sem dor, e manutenção de suas funções (função mastigatória, fonética, estética), promovendo, assim, o bem-estar físico, mental e social do usuário⁸. Diminuir o número de atendimentos emergenciais e consequentemente internações hospitalares de origem odontológicas.

10- Monitorização

O número de atendimentos para tratamento da DTM é individual e será determinado pelo cirurgião-dentista de acordo com o quadro clínico e gravidade do caso. Em média, o intervalo entre as consultas varia de uma semana.

Alguns efeitos adversos significativos podem orientar uma mudança de conduta ou opção terapêutica como por exemplo: cicatriz/depressão no local da punção (perfuração), equimose e/ou hiperemia (vermelhidão) na região manipulada, dor pós-procedimento, limitação da abertura da boca, dificuldade em mastigar, cefaleia (dor de cabeça), queimaduras pós laserterapia, dentre outras.

11- Acompanhamento Pós-tratamento

- Realizado na UBS de referência seis meses após a conclusão do tratamento.
- O paciente deverá comparecer a UBS para agendar a consulta.
- O acompanhamento deverá ser na unidade de atendimento especializado, caso o paciente faça uso de dispositivo intrabucal.

12- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER

Anexo 1.

13- Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor

A regulação e o controle serão realizados pelo Sistema de Regulação (SisReg). O CD regulador será responsável pela regulação dos pacientes seguindo os critérios aqui elencados, bem como a respectiva Nota Técnica vigente e Caderno de Atenção Básica n.º 17. Deverá ser verificado, ainda, se os procedimentos que estão sendo realizados nos CEOs e nas UBSs correspondem aos estabelecidos por este protocolo, respeitando os critérios de classificação de risco e monitorando se os procedimentos e as condutas listados neste protocolo estão sendo seguidos.

A avaliação será feita pela produtividade registrada no sistema de prontuário eletrônico vigente e por meio do código SIGTAP: Tratamento de Nevralgias Faciais, 030701005-8.

14- Referências Bibliográficas

1. Prefeitura Municipal de São Paulo. Manual de Dor e Disfunção Temporomandibular para Cirurgiões-Dentistas do Município de São Paulo. Janeiro, 2019.
2. Mitirattanakul S, Merrill RL. Headache impact in patients with orofacial pain. J Am Dent Assoc. 2006; 137(9):1267-1274.
3. Sociedade Brasileira de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial. Projeto de implantação do atendimento de pacientes com disfunções temporomandibulares e dores orofaciais pela rede pública de saúde. 2014. Disponível em <https://dtmedor.files.wordpress.com/2014/02/projeto-de-implantac3a7c3a3o-de-dtm-e-dof-na-rede-p3bablica-de-sac3bade-1.pdf> Acesso em 05 out. 2015.
4. Greene CS, Laskin DM. Long term evaluation of treatment for myofascial pain/dysfunction syndrome: a comparative analysis. J Am Dent Assoc. 1983; 107:235-238.
5. Locker D, Slade G. Prevalence of symptoms associated with temporomandibular disorders in a Canadian population. Community Dent Oral Epidemiol. 1988; 16(5):310-313.
6. Dworkin SF, Le Resche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications critique. J Craniomandib Disord. 1992; 6:302-355.
7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: MS; 2004.
8. Yap AUJ. et al. Depression and somatization in patients with temporomandibular disorders. J Prosthet Dent. 2002; 88(5):479-484.
9. Carlsson GE. Symptoms of mandibular dysfunction in complete denture wearers. Int J Dent. 1976; 4(6):265-270.
10. Carrara SV, Conti PCR, Barbosa JS. Termo do 1º Consenso em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial. Dental Press J.Orthod. 2010; 15(3).
11. Organização Mundial de Saúde. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.
12. Schiffman E. Diagnostic criteria for temporomandibular disorders (DC/TMD) for clinical and research applications: recommendations of the international RDC/TMD consortium network and orofacial pain special interest group. Disponível em: http://www.pierocascone.it/wp-content/uploads/2014/ofph_28_1_Schiffman_02.pdf. Acesso em 23 dec. 2015.

13. Manfredini D, Lombardo L, Siciliani G. Temporomandibular Disorders and Dental Occlusion. A systematic review of association studies: end of an era? *Journal of Oral Rehabilitation*. 2017; 44:908-923.
14. Okeson JP. Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão. 2000; 4.ed. 281-282.
15. Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais RENAME 2010, 7a edição, 2010.

ANEXO I

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – DTM/DOF

Eu, RG _____, ou meu responsável legal

RG declaro que fui suficientemente esclarecido(a) pelo cirurgião(ã) dentista (CD) sobre os procedimentos aos quais irei me submeter durante o tratamento de disfunção temporomandibular (DTM), descritos abaixo:

Estou ciente que deverei comparecer às consultas agendadas e que 4 (quatro) faltas, com ou sem justificativas, caracterizam abandono do tratamento.

Fui orientado(a) de que devo informar ao CD sobre possíveis intercorrências (alterações/problemas) que porventura possam surgir durante o tratamento, como por exemplo: cicatriz/depressão no local da punção (perfuração), equimose e/ou hiperemia (vermelhidão) na região manipulada, dor pós-procedimento, limitação da abertura da boca, dificuldade em mastigar, cefaleia (dor de cabeça), queimaduras pós laserterapia dentre outras.

Fui esclarecido(a) pelo(a) CD sobre os cuidados que devo observar e as orientações/conduas que devo seguir para a melhora do meu quadro clínico e para evitar que esse se agrave (piore).

Declaro que as informações por mim prestadas neste prontuário são verdadeiras. Pelo presente também manifesto expressamente minha concordância e meu consentimento para a realização do(s) procedimento(s) acima descrito(s). Declaro que sei ler e escrever em língua portuguesa.

Brasília, de _____ de 20 ____.

Paciente ou responsável

Cirurgião Dentista

FLUXOGRAMA

