



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

KELLY CRISTINA BORGES TACON

Abordagens médica e odontológica da neuralgia trigeminal

**Goiânia
2014**

KELLY CRISTINA BORGES TACON

Abordagens médica e odontológica da neuralgia trigeminal

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás para obtenção do Título Doutor em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rejane Faria Ribeiro-Rotta

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Vânia Cristina Marcelo

**Goiânia
2014**

**Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
da Universidade Federal de Goiás**

BANCA EXAMINADORA DA TESE DE DOUTORADO

Aluna: Kelly Cristina Borges Tacon

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rejane Faria Ribeiro-Rotta

Co-Orientadora: Prof^a. Dr^a. Vânia Cristina Marcelo

Membros:

1. Rejane Faria Ribeiro-Rotta (FO-UFG)

2. Vânia Cristina Marcelo (FO-UFG)

3. Virginia Visconde Brasil (FEN-UFG)

4. Edna Regina Silva Pereira (FM-UFG)

5. Samara Lamounier Santana Parreira (UniEvangélica e UNIP)

SUPLENTES:

6. Paulo Sérgio Sucasas da Costa (FM-UFG)

7. Maria Goretti Queiroz (FO-UFG)

Data: 18/07/2014

Dedico este trabalho...

... a Deus, pelo seu amor incondicional!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por estar sempre presente em minha vida, me ensinando que grandes conquistas são consequências de dedicação e, sobretudo humildade.

Agradeço à minha querida orientadora, professora Rejane Faria Ribeiro-Rotta, pelo crescimento pessoal e profissional. Pelo carinho e dedicação em todas as atividades desenvolvidas durante o doutorado. Por me ensinar que o segredo de um profissional bem sucedido é “vestir a camisa” e se dedicar para alcançar os objetivos, e que muitas vezes o caminho é longo, mas se for trilhado da forma correta e bem planejado, ele se torna menor e mais fácil de prosseguir. Pela confiança depositada, e pelos vários momentos que passamos juntas nesses três anos. Meus sinceros agradecimentos.

Agradeço também à professora Vânia Cristina Marcelo, essa profissional incrível, que tive oportunidade de conhecer, dividir valorosos momentos e me mostrou uma nova vertente que é a pesquisa qualitativa, um universo muito interessante e que com certeza “eu beberia dessa água cem vezes”, só para sentir a mesma sensação de estar tão próxima do pensamento, do conhecimento e da realidade manifesta por cada um dos entrevistados. Sua sabedoria, humildade e forma simples de expressar palavras tão difíceis foram indispensáveis para minha formação enquanto profissional.

Meus sinceros agradecimentos a minha querida Valdecina Quirino, secretária do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde.

Meus agradecimentos em especial a todos os profissionais do Centro Goiano de Doenças da Boca (CGDB) e do Núcleo de Neurociências do Hospital das Clínicas da (HC) da Universidade Federal de Goiás (UFG), pelo carinho, atenção e tempo dispensados para que essa pesquisa pudesse acontecer.

Aos meus pais Estela e Claudiomar Tacon, pelo amor, carinho, orações, pelo incentivo e apoiarem a todas as etapas de minha vida acadêmica. Ao meu irmão Edmo e minha cunhada Fernanda pelo carinho. Obrigada, amo vocês!

Ao meu esposo Tiago da Silva, pela paciência, carinho e amor. Obrigada Amor, pelas orações e por estar sempre ao meu lado!

Aos meus colegas, que me acompanharam durante esses três anos Mosiah, Faraína, Mayara, Danilo, Túlio, Alexandre, Eliane, Solange, Renata.

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de estudos disponibilizada. Tal incentivo permite dedicação ampla à Pesquisa, o que possibilita aprendizado integral e de forma mais centrada.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
1. CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA.....	14
2. OBJETIVOS.....	20
2.1 Objetivo geral	20
2.2 Objetivos específicos	20
3. METODOLOGIA	21
3.1 Local e sujeitos do estudo.....	21
3.2 Critérios de inclusão e exclusão da pesquisa.....	21
3.3 Coleta de dados	21
3.3.1 Instrumento de coleta e análise dos dados	21
3.3.2 Operacionalização	23
3.4. Análise dos dados.....	23
4. RESULTADOS / DISCUSSÃO	25
4.1 Caracterização dos entrevistados	25
4.2 Categorias analíticas emergentes	26
4.2.1 <i>Compreensão dos profissionais sobre a fisiopatologia da neuralgia trigeminal</i>	27
4.2.1.1 Conceito	28
4.2.1.2 Etiologia	28
4.2.1.3 Características clínicas	30
4.2.1.4 Mecanismo da doença	31
4.2.2 <i>Compreensão dos profissionais sobre o diagnóstico da neuralgia trigeminal</i>	33
4.2.2.1 Percepção de capacitação	33
4.2.2.2 Diagnóstico diferencial.....	34
4.2.3 <i>Conhecimento sobre os diferentes tratamentos para a neuralgia trigeminal</i>	41
4.2.4 <i>Utilização de diferentes tratamentos da neuralgia trigeminal</i>	47
4.2.4.1 Critérios de escolha	47
4.2.4.2 Dificuldades no tratamento	49
4.2.4.2.1 Relativas ao profissional	49
4.2.4.2.2 Relativas ao paciente	50
4.2.4.2.3 Relativas ao sistema de saúde	52
4.2.4.2.4 Resposta ao tratamento	52
4.2.5 <i>Percepção dos profissionais sobre os serviços investigados</i>	53
4.2.6 <i>Fluxo de encaminhamento dos pacientes</i>	56
4.2.6.1 Origem dos pacientes	56
4.2.6.2 Causas do encaminhamento	57
4.2.6.3 Profissionais que encaminham	58
4.2.7 <i>Acompanhamento dos pacientes</i>	58
4.2.7.1 Critérios para o acompanhamento	58
4.2.7.2 Periodicidade dos retornos	58
4.2.7.3 Dificuldades no acompanhamento	59
5. CONSIDERAÇÕES.....	60
6. REFERÊNCIAS.....	62
ANEXOS/APÊNDICE	70

TABELAS, FIGURAS E ANEXOS

Quadro 1 – Critério de diagnóstico clínico da neuralgia trigeminal.....	17
Figura 1 – Inserção administrativa dos dois serviços investigados.....	23
Figura 2 – Profissionais inclusos na pesquisa.....	25
Quadro 2 – Categorias e Subcategorias emergentes das falas dos entrevistados	27

SIGLAS E ABREVIATURAS

IASP – Internacional Association the Study of Pain

IHS – Internacional Headache Society

NT – Neuralgia do trigêmeo

EM – Entrevistado Médico

EO – Entrevistado Cirurgião-dentista

SUNCT - Shortlasting Unilateral, Neuralgiform Pain

CPSP - Central Post-Stroke Pain

EVA – Escala Visual Analógica de Dor

HeNe – Hélio Neônio

DTM – Disfunção Temporomandibular

UFG – Universidade Federal de Goiás

NN-HC /UFG - Núcleo de Neurociências do Hospital das Clínicas da UFG

CGDB-FO/UFG - Centro Goiano de Doenças da Boca na Faculdade de Odontologia da UFG

SUS - Sistema Único de Saúde

MS - Ministério da Saúde

PNHAH - Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

PNH - Política Nacional de Humanização

PNPIC - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

CFO - Conselho Federal de Odontologia

IES – Instituição de Ensino Superior

BPI - Questionário Breve para Avaliação da Dor

RESUMO

Introdução: Dentre as dores neuropáticas a neuralgia trigeminal (NT) pertence ao grupo das condições álgicas crônicas da região de cabeça e pescoço, caracterizada por ataques paroxísticos e recorrentes de dor lancinante e súbita, tipo choque. Diversas especialidades podem estar envolvidas no seu processo de diagnóstico diferencial e tratamento, sendo a falta de integração desse processo uma das principais causas da complexidade do diagnóstico e falta de efetividade do tratamento. Poucos são os serviços especializados no tratamento desse tipo de dor crônica e o conhecimento a respeito das abordagens daqueles existentes é de fundamental importância para o estímulo ao processo de integração dos mesmos, a tradução do conhecimento acumulado para outros profissionais e criação de novos centros. **Objetivo:** Investigar as abordagens médica e odontológica frente à neuralgia trigeminal em dois serviços de uma universidade pública. **Metodologia:** Estudo exploratório, transversal, qualitativo. Os sujeitos foram 19 profissionais que atuam em um dos serviços estudados. O instrumento de coleta de dados foi um roteiro de entrevista com 13 perguntas divididas em 4 eixos, fundamentados na literatura: a) fisiopatologia e diagnóstico da NT; b) conhecimento e utilização de diferentes tratamentos; c) percepção dos profissionais sobre os serviços e d) fluxos de encaminhamento e acompanhamento dos pacientes. A entrevista gravada, aberta e semi-estruturada orientou a construção de uma análise descritiva que possibilitou a identificação de categorias analíticas emergentes (BARDIN,1995). **Resultados:** Das falas analisadas emergiram sete categorias. Dentre os principais resultados destacam-se: falta de consenso entre os profissionais sobre a fisiopatologia; o processo de diagnóstico foi considerado como eminentemente clínico, sendo os exames complementares solicitados para diagnóstico diferencial e exclusão de causas secundárias para NT; percepção da falta de capacitação para o diagnóstico, principalmente para os profissionais da área odontológica; a escolha do tratamento está associada à formação profissional, sendo a farmacoterapia relatada como o mais utilizado; as práticas integrativas e complementares são conhecidas como parte do tratamento da NT, sendo relatada sua utilização por alguns; as limitações encontradas no tratamento incluíram a deficiência de integração profissional e do conhecimento para adequação às necessidades individuais dos pacientes e, ainda, aquelas encontradas no Sistema Único de Saúde (SUS); quanto à percepção sobre os serviços, apesar de relatarem uma infraestrutura deficiente, entendem que existem outros problemas mais significantes como aqueles relativos a recursos humanos; a falta de núcleos específicos para tratamento da dor; o ambiente de ensino-aprendizagem como facilitador para o atendimento e acompanhamento multiprofissional e multidisciplinar; a falta de efetividade de tratamentos anteriores e as limitações do sistema de regulação do SUS como geradores de aumento da demanda nos serviços investigados; a falta de entendimento, por parte dos pacientes, de que a cura não ocorre quando atingido o controle da dor pela dose terapêutica, dificulta o acompanhamento. **Considerações:** A investigação das abordagens médicas e odontológicas frente a NT nos dois serviços investigados, identificou aspectos que podem motivar e aproximar aos mesmos e a potencialização dos recursos existentes, gerando resultados mais favoráveis aos indivíduos acometidos, à capacitação profissional, à pesquisa e a resolubilidade das ações do SUS.

Palavras-chave: Neuralgia do Trigêmeo, Serviços de Saúde, Fisiopatologia, Diagnóstico, Tratamento.

ABSTRACT

Introduction: Among the neuropathic pain to trigeminal neuralgia (TN) belongs to the group of chronic painful conditions of the head and neck region, characterized by paroxysmal and recurrent attacks of excruciating and sudden pain, shock-like. Various specialties may be involved in the process of differential diagnosis and treatment, and the lack of integration of this process a major cause of the complexity of diagnosis and lack of treatment effectiveness. There are few specialized services to treat this type of chronic pain and the knowledge about the existing approaches of those is of fundamental importance for stimulating the process of integrating them, the translation of accumulated knowledge to other professionals and creating new ones. **Objective:** To investigate the medical and dental approaches front of trigeminal neuralgia in two at a public university services. **Methodology:** An exploratory study, cross-sectional, qualitative. The subjects were 19 professionals working in one of the services studied. The data collection instrument was an interview guide with 13 questions divided into four axes, based on literature: a) pathophysiology and diagnosis of TN; b) knowledge and use of different treatments; c) professionals' perception of the services and d) routing flows and monitoring of patients. The taped interview, open and semi-structured guided the construction of a descriptive analysis that enabled the identification of emerging analytical categories (Bardin, 1995). **Results:** Of the analyzed statements seven categories. Among the main results are: lack of consensus among professionals about the pathophysiology; the diagnostic process was considered eminently clinical, while further tests are requested for differential diagnosis and exclusion of secondary causes for TN; perceived lack of training for the diagnosis, particularly for dental professionals; the choice of treatment is associated with vocational training, and the reported pharmacotherapy as the most used; integrative and complementary practices are known as part of the TN treatment, reported by some use; the limitations found in the treatment included the professional integration of disabled and knowledge to suit the individual needs of patients and also those found in the Unified Health System (UHS); as the perception of the services, despite reporting poor infrastructure, understand that there are other more significant problems such as those related to human resources; lack of specific nuclei for the treatment of pain; the teaching-learning environment as a facilitator for the care and multiprofessional and multidisciplinary approach; the lack of effectiveness of previous treatment and the limitations of the UHS regulation system as increased demand generators in the investigated services; the lack of understanding on the part of patients, that healing does not occur when pain control achieved by therapeutic dose, makes it difficult to follow. **Considerations:** The investigation of medical and dental approaches against TN in both investigated services identified aspects that can motivate and closer to them and the enhancement of existing resources, creating more favorable results to affected individuals, vocational training, research and the solvability of UHS actions.

Keywords: Trigeminal Neuralgia, Health Services, Pathophysiology, Diagnosis, Treatment.

APRESENTAÇÃO

A fisioterapia é uma profissão que cada vez mais tem se inserido nas equipes multidisciplinares de saúde, em especial no contexto do tratamento de doenças crônicas.

Durante minha trajetória profissional como fisioterapeuta tenho acumulado experiência no tratamento coadjuvante de doenças crônicas como as cardiorespiratórias, escaras em pacientes acamados, dentre outras, utilizando vários métodos fisioterápicos o que inclui a laserterapia. Durante esse processo de formação como especialista, me despertou o interesse pelo efeito cicatrizante do laser, motivo da minha dissertação de mestrado em ciências da saúde na Universidade Federal de Goiás (UFG). Como um desdobramento, minha curiosidade sobre um outro efeito do laser, o analgésico, foi estimulada. Este estímulo foi reforçado durante a oportunidade que tive de conhecer o serviço do Núcleo de Neurociências do Hospital das Clínicas da UFG (NN-HC /UFG).

No meu processo de defesa de mestrado conheci a coordenadora de um núcleo de controle da dor, parte de um centro de referência na detecção precoce de câncer de boca, o Centro Goiano de Doenças da Boca na Faculdade de Odontologia da UFG (CGDB-FO/UFG), o que foi decisivo para minha busca de continuar e ampliar meus investimentos na pesquisa. Ao apresentar minha experiência à referida coordenadora, então membro da minha banca de defesa de mestrado, identificamos que a laserterapia poderia preencher uma lacuna no tratamento do paciente com dores crônicas da região bucomaxilofacial. Iniciou-se então, uma aproximação para a construção de um projeto de doutorado, quando passei a integrar a equipe do núcleo de dor do CGDB-FO/UFG, participando do processo de diagnóstico e tratamento daqueles pacientes. Nessa oportunidade, nos chamou a atenção os resultados positivos da laserterapia em um grupo de pacientes com muitas dificuldades de resolutividade no tratamento, aqueles com diagnóstico de neuralgia trigeminal (NT). Fomos amadurecendo a idéia inicial de um ensaio clínico para avaliação da efetividade da laserterapia no tratamento dessa neuropatia e identificamos que precisaríamos de parceiros para uma amostra significativa.

Reportando minha experiência no NN-HC /UFG e considerando tratar-se de uma mesma instituição, decidimos entrar em contato com a coordenação do mesmo

para verificar a possibilidade de parcerias. Porém, antes do delineamento de um projeto clínico, com duas equipes com formações distintas, seria fundamental identificar se aquele grupo também tinha dificuldades na resolutividade do tratamento dos pacientes com NT, como era conduzido o processo de diagnóstico e tratamento pela equipe médica, como era a atuação multiprofissional, a utilização da laserterapia e outras terapias integrativas como tratamento coadjuvante.

Surge, então, a idéia de uma pesquisa qualitativa para investigação das abordagens médica e odontológica da NT, em dois serviços de referencia da UFG, cuja integração já nos parecia fundamental, entendendo ser esta uma etapa importante para o delineamento de parcerias futuras, especialmente para ensaios clínicos.

1. CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA

A Associação Internacional para Estudo da Dor (IASP - *International Association for the Study of Pain*) define a dor neuropática como “dor iniciada ou causada por uma lesão primária ou disfunção no sistema nervoso” (MERSKEY; BOGDUK, 1994). Dentre as dores neuropáticas a neuralgia do nervo trigêmeo ou trigeminal (NT) pertence ao grupo das condições álgicas crônicas da região de cabeça e pescoço, caracterizada por ataques paroxísticos e recorrentes de dor lancinante e súbita, tipo choque, que geralmente dura de poucos segundos a dois minutos, envolvendo mais frequentemente o ramo mandibular do referido nervo (DEVOR; AMIR, RAPPAPORT, 2002).

O nervo trigêmeo é o quinto par craniano, somático misto sensorial e motor (GÓES; FERNANDES, 2008), que fornece mais de cinquenta por cento da inervação sensitiva da face e cavidade oral. Possui três ramos – oftálmico, maxilar e mandibular que inervam a pele da face, córnea, mucosa oral e nasal, a língua, os dentes, os músculos mastigatórios e o revestimento meníngeo. Assim, diversas especialidades podem estar envolvidas no processo de diagnóstico diferencial e tratamento da NT como a neurologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, odontologia, psicologia, fisioterapia dentre outras.

Estes fatos revelam a complexidade do diagnóstico da referida dor que, na maioria das vezes, conta com a “peregrinação do paciente” por vários profissionais, realização de inúmeros exames complementares e estabelecimento de terapêuticas inadequadas e/ou desnecessárias. A avaliação clínica fundamentada por uma anamnese minuciosa sob a interpretação de profissionais conhecedores do assunto é a base para o diagnóstico correto (QUESADA; BAPTISTA, FLORES, 2005).

A dor trigeminal afeta de maneira crítica a qualidade de vida dos pacientes acometidos, sendo descrita pela literatura como uma das dores mais graves e insuportáveis na medicina, podendo inclusive levar ao suicídio (COSTA; CAPOTE, GASPAR, 2006; BENNETTO; PATEL, FULLER, 2008).

A fisiopatologia da NT não esta totalmente esclarecida, sendo que a principal hipótese etiológica da NT é a compressão vascular ou tumoral sobre a raiz sensitiva da parte proximal do nervo trigêmeo, mas a etiologia e os mecanismos fisiopatológicos continuam não totalmente compreendidos (KITT et al., 2000;

ZAKRZEWSKA, 2002). Em alguns casos, a compressão vascular pelo contato da artéria cerebelar superior com a região de entrada da raiz do nervo provoca uma tensão anormal na estrutura nervosa, resultando na desmielinização das fibras sensitivas e podendo estar associada com manifestações clínicas da NT (FUKUDA et al., 2001; LORENZONI et al., 2008; QIN; CAI, YANG, 2008). Variações anatômicas nos ossos do crânio também têm sido propostas para explicar a NT (KRMPOTIÉ-NEMNIÉ et al., 1999).

Poucos relatos epidemiológicos tem sido publicados sobre a NT, não tendo sido encontradas publicações nacionais de larga abrangência. Colombini e Oliveira (1991), relataram a prevalência de 155 casos para 1 milhão de habitantes nos Estados Unidos, sendo que em Rochester entre o período de 1945 e 1969 observaram a incidência anual de 4,3 casos novos por 100 mil habitantes (YOSHIMASU, KURLAND, ELVELVACK, 1972), sendo uma predominância da neuropatia no sexo feminino (3:2), tendo seu pico de aparecimento entre 60 e 70 anos de idade (QUESADA; BAPTISTA, FLORES, 2005), essa prevalência de sexo e idade também foi encontrada semelhantemente na Itália (MANZONI; TORELLI, 2005; KRAFFT, 2008). Oliveira et al.,(2009) e Obermann (2010) relataram a NT apresentando uma incidência de 4,3/100000, tem um ligeiro predomínio nas mulheres (5,9/100000) relativamente aos homens (3,4/100000), cujo pico de incidência é entre a faixa etária dos 50 e 60 anos. Não se observam diferenças raciais (MACIANSKYTE; JANUŽIS, KUBILIUS, 2011). A esclerose múltipla (EM) e a hipertensão são indicados como fatores de risco para a NT (MANZONI; TORELLI, 2005).

Estudos clínicos têm sugerido que 80 a 90% dos casos de NT são classificados como idiopáticos e outros 10% como secundários a tumores, esclerose múltipla, anormalidade da base craniana ou malformação arteriovenosa (KITZ et al., 2000; BENNETTO; PATEL, FULLER, 2008).

Dentre as lesões/doenças a serem incluídas no diagnóstico diferencial da neuralgia trigeminal estão o herpes zoster, dor de origem dentária, patologia orbitária, arterite temporal e tumores intracranianos (BOTO, 2010).

Uma equipe multidisciplinar capacitada é fundamental para o diagnóstico diferencial da NT. Esse processo requer uma anamnese minuciosa e análise do preenchimento dos critérios estabelecidos pela Sociedade Internacional de Cefaleia (IHS- *International Headache Society*) (Quadro 1) e IASP (MERSKEY; BOGDUK,

1994). A classificação da IHS sugere que no mínimo 4 destes critérios devem estar presentes para se estabelecer o diagnóstico de NT .

Quadro 1 – Critérios de diagnóstico clínico da neuralgia trigeminal

Critérios	Descrição
Caráter	Disparo, choque elétrico, lancinante, superficial.
Intensidade	Moderada a muito intensa
Duração	Cada episódio da dor não dura mais que 2 minutos, episódios numerosos durante o dia.
Periodicidade	Período de semanas, meses sem dor, também períodos sem dor entre os ataques.
Local	Área de distribuição do nervo trigêmeo geralmente unilateral.
Irradiação	Dentro da área do nervo trigêmeo ou além.
Fatores Desencadeantes	Estímulos inócuos como comer, falar e lavar-se.
Fatores de Alívio	Frequentemente o sono, drogas e anticonvulsivantes.
Fatores Associados	Zonas de gatilho, perda de peso, baixa qualidade de vida e depressão.

WALL; MELZACK, 1999 modificado por ALVES; AZEVEDO, CARVALHO, 2004

O tratamento clínico da NT baseia-se em interromper o excesso de impulsos aferentes que são considerados um fator desencadeante do ataque agudo de dor (MATTOS; BUENO, MATTOS, 2005).

A Carbamazepina é a terapia medicamentosa considerada como tratamento de primeira linha para a NT, usada desde a década de 60. A sua eficácia é comprovada em 60% a 80% dos pacientes. Sua ação antiepiléptica, aumenta a inativação dos canais de sódio voltagem-dependentes, reduzindo os disparos repetitivos do potencial de ação, bloqueando, assim, a deflagração do quadro doloroso (GÓES; FERNANDES, 2008).

A orientação ao paciente quanto à correção dos hábitos posturais, redução do estresse, uso de coadjuvantes como a laserterapia e acupuntura fazem parte do tratamento clínico para redução e controle da dor (SUAREZ et al., 2003; SERT et al., 2009) .

O tratamento cirúrgico tem sido considerado quando o paciente não responde à medicação sistêmica ou quando tornar-se refratário a ela (KITZ et al., 2000; KONDZIOLKA; LUNSFORD, FLICKINGER, 2002). Nestas situações, várias

são as modalidades terapêuticas indicadas, incluindo termocoagulação por radiofrequência, compressão isquêmica por balão e gangliólise com glicerol do gânglio de Gasser ou procedimentos periféricos (PETERS; NURMIKKO, 2002).

A complexidade atual do campo da saúde coletiva permeia tanto suas práticas como seus discursos disciplinares e suas formas de expressão acadêmicas, sendo consideradas também as diferenças de formação e inserção na cultura desses agentes institucionais: docentes, pesquisadores, gestores, profissionais do cuidado, emissores de discursos e normas (LUZ, 2009).

A multidisciplinaridade o objeto Saúde Pública é resultante de uma soma de “olhares” e métodos apontados pelos profissionais das diferentes disciplinas ou práticas. A Interdisciplinaridade, caracterizada pela emergência de subdisciplinas densas conceitualmente, especializadas em novos objetos, com novos métodos de investigação e novas perspectivas teóricas, fruto da intersecção de “disciplinas mães”. O modelo mais recente, a trasdisciplinaridade, propõe a produção discursiva que tende a ser cooperativa entre os distintos saberes, que tomam um tema estratégico para a vida humana e social como proposta de investigação, a partir daí, construir um objeto de pesquisa nesse processo de intercomunicação (LUZ, 2009).

Alguns autores salientam a importância do atendimento multidisciplinar (composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, educador físico etc) tanto no diagnóstico quanto na terapêutica da NT (SIQUEIRA; CHING, 2003; ALVES; AZEVEDO, CARVALHO, 2004; GÓES; FERNANDES, 2008). Porém, a capacitação profissional deve ser considerada não apenas nos limites da atuação clínica. É preciso que esta capacitação seja pensada, também, para uma adequada atuação multidisciplinar e multiprofissional, bem como para atuação dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). Este sistema inclui as instituições de ensino superior em saúde, sendo responsável pela orientação da formação profissional como descrito no Artigo 200, inciso III da Constituição Federal, 1988: “Ao sistema único de saúde compete (...) ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (BRASIL, 1988).

Esse papel do SUS está traduzido também por meio da criação e disseminação das grandes políticas nacionais, que orientam as prioridades no atendimento à saúde da população brasileira, melhorando a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários dos hospitais públicos do Brasil, capacitando os profissionais para um novo conceito de assistência a saúde, que valorize a vida

humana e a cidadania, estimulando também parcerias e intercâmbio de conhecimentos e experiências nessa área.

O Ministério da Saúde (MS), em 2001, cria o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) (BRASIL, 2001) e em 2004, a Política Nacional de Humanização (PNH), uma política transversal e inclusiva que objetiva fortalecer o SUS e cuja implementação se dá por adesão dos municípios (BRASIL, 2004).

A crescente legitimação das abordagens integrativas no âmbito da saúde pública, por parte da sociedade, com demanda pela sua efetiva incorporação ao SUS, culminou com a publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) em 2006 (BRASIL, 2006). Dentre os principais aspectos que diferenciam essas abordagens está o estímulo aos mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade, bem como a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado.

Fazem parte da PNPIC, a medicina tradicional chinesa (acupuntura), homeopatia, termalismo, crenoterapia, medicina antroposófica, plantas medicinais e fitoterapia (BRASIL, 2006). Porém, o Conselho Federal de Odontologia (CFO), em 25 de Setembro de 2008, por meio da Portaria nº 082/2008, (EVANGELISTA et al., 2013) regulamentou estas Práticas Integrativas e Complementares para a Saúde Bucal considerando as seguintes técnicas: hipnose, acupuntura, fitoterapia, terapia floral, homeopatia e laserterapia.

As práticas integrativas e complementares podem ser recursos úteis não apenas na promoção e a recuperação da saúde, mas propõem um cuidado continuado, humanizado e integral em saúde, contribuindo com o aumento da resolubilidade do sistema SUS, com qualidade, eficácia, eficiência, segurança, sustentabilidade, controle e participação social no uso. Esses aspectos vão ao encontro da proposta de todos os movimentos de humanização do SUS acima referidos (BRASIL, 2006).

A existência de dores crônicas e complexas, como a neuralgia trigeminal (NT) demanda que a população tenha acesso a tratamento eficaz em centros especializados, com profissionais capacitados e ações planejadas por gestores,

sejam eles públicos ou privados. Processos de diagnóstico e tratamento bem estabelecidos, estrutura física adequada e recursos humanos capacitados são fundamentais para o tratamento efetivo da NT, considerando que este requer abordagem individualizada, de acordo com as necessidades de cada paciente, no âmbito bio-psico-socio-cultural (CHESHIRE, 2007).

A regulação no SUS pressupõe uma ligação direta entre a atenção primária, secundária e terciária. A resolução de problemas depende da existência de núcleos especializados no atendimento de maior complexidade. Esses núcleos são importantes também na capacitação profissional na perspectiva da educação permanente em saúde, constituindo-se não apenas em ambientes de prestação de serviço, mas de ensino-aprendizagem (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A UFG oferece diversos serviços de saúde à população, por meio de suas diferentes unidades, núcleos, centros e órgãos complementares e suplementares. Para o atendimento dos pacientes portadores da NT, destacam-se o CGDB-FO/UFG e o NN-HC/UFG. No núcleo de dor do CGDB-FO/UFG a equipe inclui professores cirurgiões-dentistas, pós-graduandos em odontologia e fisioterapia e a parceria com profissionais de várias áreas da saúde como fonoaudiologia, psicologia, otorrinolaringologia e neurologia. No NN-HC/UFG a equipe de profissionais é composta por professores neurologistas e neurocirurgiões, além de residentes.

Embora pertencentes à mesma instituição, existe uma falta de articulação entre esses dois serviços da UFG, que parece atender um grupo de pacientes com o mesmo perfil de queixa, cuja resolutividade e efetividade do tratamento requerem uma integração multi, inter e transdisciplinar. A identificação de suas abordagens pode subsidiar avanços na aproximação, não apenas desses dois serviços públicos de saúde, pertencentes a uma instituição de ensino superior de referência na região centro-oeste, mas também contribuir para uma melhor compreensão da fisiopatologia, diagnóstico, utilização de diferentes tratamentos da NT, bem como o aprimoramento dos serviços especializados e de seus fluxos de encaminhamento e acompanhamento. Nesse contexto, a identificação das percepções dos profissionais sobre a NT e dos serviços nos quais estão inseridos, pode ser o primeiro passo.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Investigar as abordagens médica e odontológica frente à neuralgia trigeminal em dois serviços de uma universidade pública.

2.2. Objetivos Específicos

- Investigar a percepção dos profissionais sobre a fisiopatologia e o diagnóstico;
- Identificar o conhecimento e utilização de diferentes tratamentos;
- Investigar a percepção dos profissionais sobre os serviços;
- Conhecer os fluxos de encaminhamento e acompanhamento dos pacientes.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, transversal, qualitativo, cujo objeto de estudo foi à percepção dos profissionais sobre a NT e os serviços pesquisados.

Após a construção do projeto de pesquisa, este foi apresentado aos responsáveis pelos setores envolvidos e sua aprovação foi obtida (Anexos A, B, C, D, E, F, G, H, I). Após esta etapa o mesmo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos do Hospital das Clínicas (CEP/HC/UFG) sob o protocolo nº 255.673/2013 (Anexo J). Todos os voluntários assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) e, atendendo à resolução 466/13, somente após obtenção de tais assinaturas o projeto foi iniciado.

3.1. Locais e sujeitos do estudo

O estudo foi realizado em dois serviços vinculados a duas unidades acadêmicas e um órgão suplementar da UFG - as Faculdades de Odontologia e Medicina e o Hospital das Clínicas, respectivamente (Figura 1). Estes serviços são o Núcleo de dor do CGDB-FO/UFG e o NN-HC/UFG e da Faculdade de Medicina da UFG, os quais integram a rede pública de saúde do município de Goiânia e do Estado de Goiás.

Foram investigados profissionais de saúde que compunham ou compuzeram as equipes dos dois serviços.

3.2. Critérios de inclusão e exclusão da pesquisa

Foram incluídos na pesquisa todos os profissionais cirurgiões-dentistas e médicos com atuação em um dos dois serviços, tendo sido excluídos aqueles que estavam de férias, de licença no período das entrevistas ou se recusaram a participar.

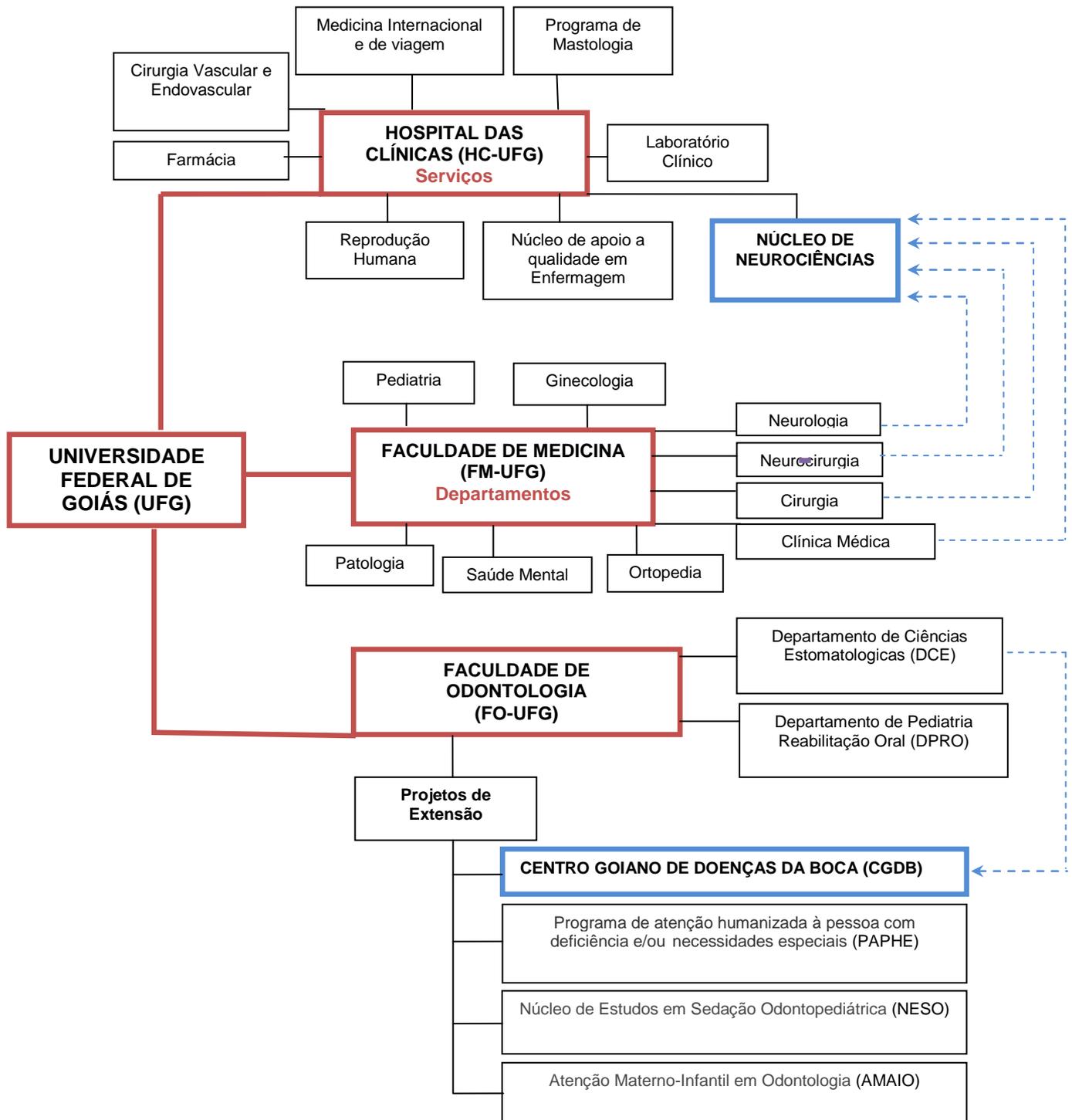
3.3. Coleta de dados

3.3.1. Instrumento de coleta de dados

Um roteiro semi-estruturado com 13 perguntas foi utilizado como instrumento de coleta de dados, tendo sido sua elaboração baseada na literatura e nos objetivos

da pesquisa, sendo que as entrevistas foram realizadas de julho a dezembro de 2013.

Figura 1 – Inserção administrativa dos dois serviços investigados. As setas indicam os Departamentos a que pertencem os profissionais que fazem parte dos mesmos



A entrevista semi-estruturada foi dividida em 4 eixos pré-analíticos: a) fisiopatologia e diagnóstico da NT, b) conhecimento e utilização de diferentes tratamentos, c) percepção dos profissionais sobre os serviços e d) fluxos de encaminhamento e acompanhamento dos pacientes (Apêndice B).

3.3.2. Operacionalização

A fim de se verificar a estrutura e a clareza do roteiro (REA; PARKER, 2000), bem como a adequação do local de realização da entrevista, um pré-teste foi realizado. Para esta finalidade, um profissional de saúde, com experiência no atendimento a pacientes portadores de dores crônicas, foi entrevistado. Um diálogo inicial entre entrevistador e entrevistado permitiu uma aproximação ao tema para que o entrevistado pudesse compreender melhor os objetivos e a dinâmica da entrevista a ser realizada. O transcorrer da entrevista pré-teste contou com a presença de duas juízas, uma com experiência em pesquisa qualitativa e outra em diagnóstico e tratamento da NT (BELEI et al., 2008).

O contato inicial com os participantes foi realizado via telefone/e-mail, momento em que foram informados e esclarecidos sobre o tema da pesquisa, seus objetivos e forma de condução. Um encontro presencial foi agendado para realização da entrevista e possíveis esclarecimentos de dúvidas sobre o estudo.

As entrevistas foram realizadas por uma única pesquisadora, com cada profissional individualmente (BELEI et al., 2008), em uma sala de aula da FO/UFG e na sala de atendimento do NN-HC/UFG. Para o registro das entrevistas (ROJAS, 1999) utilizou-se um gravador digital Sony ICD-PX312.

As entrevistas tiveram duração de 30 a 90 minutos, sendo o esgotamento de informações o fator determinante para o encerramento das mesmas.

3.4. Análise dos dados

As entrevistas foram ouvidas e transcritas pela própria pesquisadora/entrevistadora, atribuindo uma identificação alfa-númerica para cada entrevistado: EM (entrevistado médico) e EO (entrevistado cirurgião-dentista), seguidos de uma numeração crescente EM1 até EM9, e EO1 até EO11, de acordo com a ordem em que cada profissional foi entrevistado (PRETTI; URBANO, 1988).

O processo de análise das falas envolveu três fases (BARDIN, 1995):

Fase I - As entrevistas foram ouvidas em sequência, sem pausa e sem qualquer anotação, a fim de se obter um entendimento amplo de todas elas e buscando identificar, preliminarmente, os pontos em comum, para uma futura categorização;

Fase II - Os aspectos comuns das falas foram identificados e agrupados de acordo com suas similaridades, para o estabelecimento das categorias analíticas emergentes;

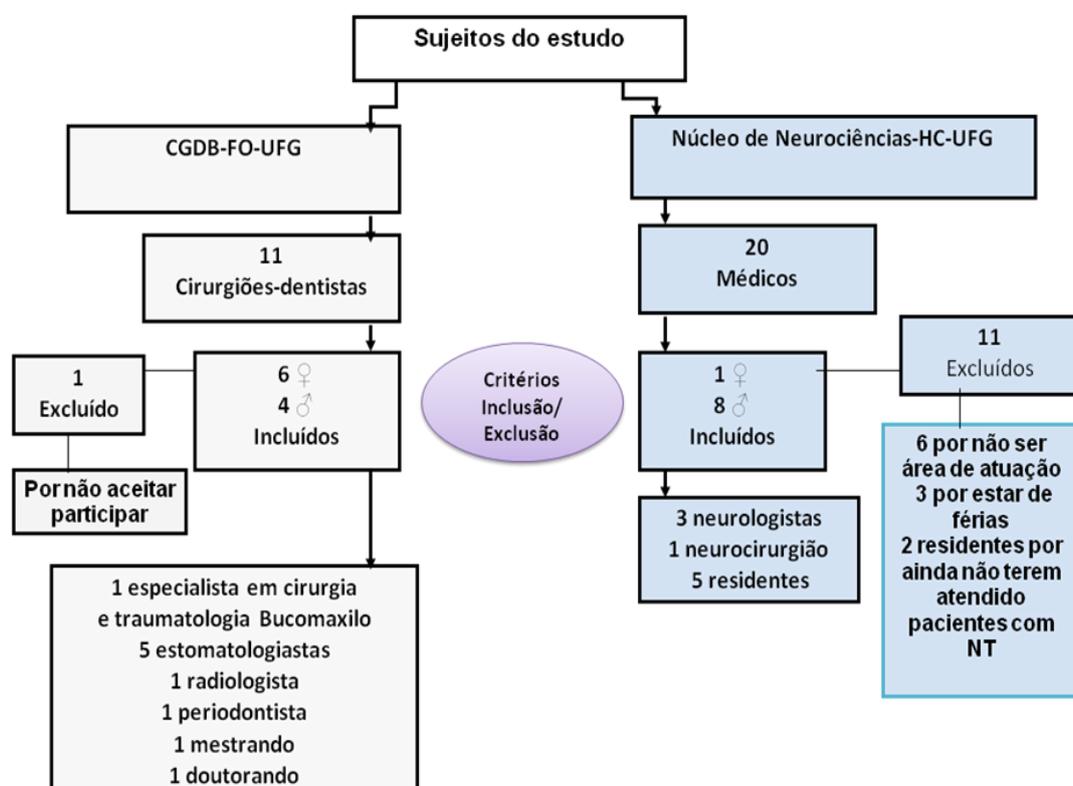
Fase III - As categorias e subcategorias emergentes foram nomeadas e analisadas separadamente.

4. RESULTADOS / DISCUSSÃO

4.1 Caracterização dos entrevistados

Dos onze cirurgiões-dentistas da equipe CGDB-FO-UFG, dez foram incluídos na amostra e dos vinte médicos do NNC-HC-UFG, nove preencheram os critérios de inclusão (Figura 2).

Figura 2 - Profissionais incluídos na pesquisa



A composição das equipes profissionais revelou uma maior diversificação de especialistas da área odontológica, bem como a presença de alunos de pós-graduação *stricto sensu*.

A equipe médica era composta basicamente por neurologistas, neurocirurgiões e residentes, sendo a residência médica reconhecida pelo Ministério da Educação e Cultura como pós-graduação *lato sensu* (especialização) (BRASIL, 1977; CALIL, 2000; RENA, 2012; PESSOA; CONSTANTINO, 2002).

A diferença encontrada na formação profissional de cirurgiões-dentistas, com quatro especialidades bastante diversificadas – estomatologia, radiologia,

periodontia e cirurgia bucomaxilofacial e médicos com duas especialidades menos diversificadas neurologia e neurocirurgia, pode estabelecer formas diferentes de ver o mesmo problema (HAFNER et al., 2010; GOÉS; FERNANDES, 2008). A tendência de uma formação predominantemente tecnicista e curativa na odontologia vem se transformando numa visão mais voltada para as necessidades da população, e mais ampliada da saúde. Porém, esses processos de mudanças estruturais profundas são demorados e os resultados gradativos (PINHEIRO et al., 2009). Assim, hoje ainda predomina a visão limitada do cirurgião-dentista na avaliação da saúde de forma integral, o que pode refletir na sua atuação na condução dos processos de diagnóstico e tomada de decisão clínica frente a NT. Importante ressaltar que, considerando que as estruturas da região bucomaxilofacial são inervadas predominantemente pelo nervo trigêmeo (GÓES; FERNANDES, 2008), o cirurgião-dentista é frequentemente o primeiro profissional a ser procurado pelo indivíduo acometido por esta neuropatia.

Um ponto em comum entre as duas equipes é o fato de ambas pertencerem a uma instituição de ensino superior em saúde (IES), estabelecendo uma prática clínica também voltada para o processo ensino-aprendizagem. A integração da pós-graduação na prática dos serviços prestados pode agregar valores na qualidade dos mesmos. A pós-graduação estrito sensu (mestrado e doutorado) agrega a pesquisa em profundidade e não necessariamente habilidades clínicas aos profissionais e o lato sensu, tem seu o foco no treinamento das habilidades práticas, podendo incluir o desenvolvimento de pesquisas. Isso gera também, apesar dos serviços pertencerem a uma mesma IES, uma diferença na abordagem clínica do paciente (BORBOLATO; AMBIEL, 2009; GÓES; FERNANDES, 2008; STRÖHER; TAGO, 2010; HAFNER et al., 2010). A possibilidade de complementação das características dos diferentes serviços de saúde, um com abordagem predominantemente odontológica e outro predominantemente médica, pode contribuir para minimizar diagnósticos superespecializados, com exames e tratamentos desnecessários.

4.2 Categorias analíticas emergentes

Através de uma vasta leitura em artigos científicos e livros, surgiram as categorias pré-analíticas, e após as entrevistas emergiram das falas dos entrevistados categorias e subcategorias estruturadas de acordo com as fases I,II e

III (BARDIN,1995), descritas na metodologia, apresentadas abaixo (Quadro 2), as quais foram discutidas individualmente.

Quadro 2 – Categorias e Subcategorias emergentes das falas dos entrevistados

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Fisiopatologia	<ul style="list-style-type: none"> • Conceito • Etiologia • Características clínicas • Mecanismo da doença
Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> • Percepção de capacitação • Diagnóstico diferencial
Conhecimento sobre diferentes tratamentos	_____
Utilização de diferentes tipos de tratamento	<ul style="list-style-type: none"> • Critérios de Escolha • Dificuldades no tratamento <ul style="list-style-type: none"> ✓ Relativas ao profissional ✓ Relativas ao paciente ✓ Relativas ao sistema de saúde ✓ Resposta ao tratamento
Percepção dos profissionais sobre os serviços investigados	_____
Fluxos de encaminhamento	<ul style="list-style-type: none"> • Origem dos pacientes • Causas do encaminhamento • Profissionais que encaminham
Acompanhamento dos pacientes	<ul style="list-style-type: none"> • Critérios para o acompanhamento • Periodicidade dos retornos • Dificuldades no acompanhamento

Para uma melhor compreensão sobre as categorias e subcategorias emergentes das falas dos entrevistados, foram inseridas perguntas do roteiro das entrevistas referentes à construção das mesmas.

4.2.1 Qual a sua concepção sobre a fisiopatologia da Neuralgia do trigêmeinal?

Os entrevistados, quando indagados sobre sua compreensão a respeito da fisiopatologia da NT, discorreram sobre o conceito, etiologia, características clínicas e mecanismo da doença.

4.2.1.1 Conceito

As respostas dos entrevistados iniciarem com o que eles entendiam, ou como era definida a NT, o que incluía desde aspectos da natureza da lesão (inflamatória, neuropática) às características clínicas da dor.

“É uma inflamação do nervo trigêmeo” (EM2)

“Na minha concepção a neuralgia do trigêmeo é uma hiperalgesia” (EM7)

“Neuralgia do trigêmeo é uma dor de característica neuropática, ou seja, de acometimento do nervo trigêmeo” (EM8)

“Dor lacinante, rápida, uma descarga que o paciente refere” (EO2)

A NT é caracterizada por intensa dor, paroxística, causado por estímulos absolutamente indolores, confinada a ramos nervosos trigeminais (PETERSON et al., 2000; TEIXEIRA, 2009).

O primeiro caso documentado de nevrálgia do trigêmeo foi publicado em 1773 por John Fothergill em Londres sendo caracterizado por estímulos dolorosos e associado à ansiedade. O termo "*Tic Douloureux*" (Tic doloroso do Francês) foi utilizado então por Nicolaes André como forma de descrever a nova entidade clínica, assim denominada devido aos leves espasmos faciais, ou tic, durante os episódios da dor (NURMIKO; ELDRIDGE, 2005).

4.2.1.2 Etiologia

A descrição dos fatores causais ou etiológicos da doença foram ao encontro das várias vertentes da literatura, que tentam explicar as causas da mesma, já revelando parte da complexidade do processo de diagnóstico da NT.

“[...] Origem inflamatória, infecciosa, pode ser de origem vascular, como por exemplo, a compressão vascular de um vaso ao redor do nervo trigêmeo, [...] como o núcleo do nervo trigêmeo, como por exemplo doenças desmielinizantes como uma esclerose múltipla” (EM2)

A principal hipótese etiológica da neuralgia essencial do trigêmeo é a compressão vascular sobre a raiz sensitiva na parte proximal. Os principais vasos que podem comprimir o nervo trigêmeo são: artéria cerebelar superior, veia petrosa superior e artéria cerebelar ântero-inferior (FORTE et al., 1992). A esclerose múltipla é a doença mais frequentemente associada à NT surgindo em 1 a 5% dos casos (OSTERBERG; BOIVIE, THUOMAS, 2005; KRAFFT, 2008).

“Tem duas correntes: uma estrutural que seria uma compressão neurovascular e outra indefinida, que a gente não sabe especificamente qual é a causa. Basicamente 80%, de acordo com estudos já feitos anteriormente, diz que é uma artéria, uma veia, uma compressão neurovascular desses nervos. Outro grupo de paciente é portador de tumor, principalmente do gânglio de Gasser, outro tumor dessa região, principalmente da base do crânio que comprime nervo [...] basicamente nessas idiopáticas que você não tem uma causa específica, 80% é vascular” (EM6)

A literatura nos traz que a NT pode ser classificada como primária ou idiopática e secundária ou sintomática. De acordo com a literatura cerca de 80 a 90% dos casos classificados como idiopáticos envolvem uma compressão do nervo trigêmeo (5º par craniano), imediatamente na sua saída do tronco encefálico, por uma alça arterial ou venosa, principalmente a artéria cerebelar superior (NURMIKKO; ELDRIDG, 2001; KRAFFT, 2008). Na NT secundária, também existiriam compressões sobre as fibras do nervo trigêmeo, mas consequentes de variações/alterações da normalidade como: anormalidades da base do crânio, neoplasias, malformação arteriovenosa, esclerose múltipla, aneurismas, infecções virais e história familiar (FRIZZO; HASSE, VERONESE, 2004; SCHESTATSKY, 2008; OLIVEIRA et al., 2009; BORBOLATO; AMBIEL, 2009; ZAKRZEWSKA; LINSKEY, 2009).

“Pode ser causado por diferentes fatores químicos, físicos, térmicos, infecciosos e/ou até mesmo idiopáticos” (EO1)

“[...] o difícil é saber a causa de onde vem esse estímulo, se é central ou periférico” (EO5)

“[...] hiperestimulação do nervo, seja ele compressivo, seja ele infeccioso [...]” (EM5)

A causa da NT ainda é pouco conhecida, porém alterações nos mecanismos centrais e periféricos são importantes para explicá-la. Um trauma no sistema nervoso central pode resultar em distúrbios neurológicos, como a dor pós-golpe central (CPSP—*Central Post-Stroke Pain*), a qual é caracterizada por dor neuropática em áreas do corpo que tiveram perda de parte de sua inervação sensitiva pelo trauma. Uma lesão periférica é o primeiro evento de um processo que causa mudanças sinápticas centrais, sendo que a desmielinização e a injúria do axônio podem repercutir sobre os potenciais de ação e gerar picos espontâneos e descargas repetitivas, bem como uma resposta aumentada frente a uma alteração mecânica ou química (MERSKEY; BOGDUK, 1994; LUNA et al., 2010).

Como pode ser observado, a NT é classificada pela maioria dos autores como primária e secundária. A importância do diagnóstico da origem periférica ou central da NT é destacada (EO5), para se traçar uma intervenção terapêutica efetiva. Fatores etiológicos químicos, térmicos e infecciosos também foram citados como provável etiologia da NT (EO1).

Pode-se observar na literatura que mulher acima de 60 anos (MANZONI; TORELLI, 2005) é um fator predisponente para NT, o que não aparece na fala de nenhum dos entrevistados.

4.2.1.3 Características clínicas

Nessa categoria os entrevistados expressaram a sua compreensão a cerca das características clínicas da dor sendo citadas como forma de explicar a fisiopatologia da NT

“[...] se caracteriza por episódios de dores paroxísticas no território de inervação do nervo trigêmeo e existem várias teorias que tentam explicar [...]” (EM4)

“É um tipo de dor lancinante, pulsátil, facada, e episódica, tem vários episódios durante o dia [...]” (EM9)

“[...] quadro de dor aguda, geralmente descrito na forma de choque, com duração geralmente de segundos, com frequência variável de paciente para paciente, alguns pacientes com maior frequência durante o dia, outros com a frequência menor” (EO1)

“[...] dor facial, tem os pontos dolorosos dos ramos do trigêmeo, uma dor lacinante, queimando, que é desencadeada pelo toque, então o quadro clínico da neuralgia do trigêmeo é bastante típico” (EM1)

A neuralgia é uma síndrome de dor facial caracterizada por dor tipo choque-elétrico, lancinante, paroxística, e é sentida dentro da distribuição de uma ou mais divisões do nervo trigêmeo. A dor ainda é descrita como se fosse à sensação de um fio elétrico desencapado encostando-se à face. Cada ataque de dor dura apenas alguns segundos e é frequentemente disparada por estímulos originados na pele, mucosa ou dentes inervados pelo nervo trigêmeo ipsilateral, nas chamadas zonas-gatilho (*Triggers points*) (JACOB; RHOTON, 1996). A dor é desencadeada durante a fala, deglutição, mastigação, o ato de escovar os dentes, barbear-se, toque leve no rosto, até mesmo por uma brisa, podendo ocorrer repetidamente ao longo do dia (MANZONI; TORELLI, 2005; KRAFFT, 2008).

O impacto pessoal da dor neuropática é vivido intensamente por estes pacientes, pois há interferência na qualidade de vida, humor, atividades da vida diária e capacidade de trabalho. Esta condição também acarreta graves consequências econômicas, sendo descrito que estas pessoas utilizam cerca de três vezes mais os serviços de saúde (BARON, 2006; TORRANCE; SMITH, BENNETT, 2007).

Isso gera um prejuízo de tão grande proporção na qualidade de vida dos pacientes que pode levá-lo ao emagrecimento, desidratação, depressão e até mesmo ao suicídio (JACOB; RHOTON, 1996).

4.2.1.4 Mecanismo da doença

Nessa subcategoria percebeu-se uma diferença entre a compreensão dos médicos e cirurgiões-dentistas, sendo que os primeiros citaram a artéria como fator anatômico importante na fisiopatologia da NT, pois a mesma estaria em contato com o nervo, onde estaria provocando uma hipersensibilidade no nervo e os cirurgiões-dentistas representados pela fala dos entrevistados (EO1) e (EO4) consideram desmielinização do nervo fator chave da fisiopatologia da NT. Aspectos anatômicos, alterações no estímulo nervoso foram citados pelos entrevistados (EM7) e (EM3) e vão ao encontro dos achados na literatura sobre a fisiopatologia da NT que são os mecanismos da doença.

“A teoria mais defendida pela neurocirurgia para explicar a fisiopatologia seria um estímulo alterado pela presença de um contato da artéria, da AICA, artéria cerebelar que fica em contato frequente com o nervo, esse contato e pulsação dá essa hipersensibilidade do nervo. Isso é uma vertente da área cirúrgica, agora eu acho que vai, além disso, acho que o nervo também tem que estar propício a esse tipo de sensibilidade” (EM7)

“Neuralgia do trigêmeo é uma entidade clínica que você tem processo de estimulação repetitiva no nervo trigêmeo de etiologias variadas, então você tem na verdade uma sensibilização exacerbada do trigêmeo [...]” (EM3)

Em alguns casos, a compressão vascular tem sido descrita como desencadeadora da NT. Uma artéria pode entrar em contato com a região de entrada da raiz do nervo provocando uma tensão anormal na estrutura nervosa, resultando na desmielinização das fibras sensitivas, sendo a artéria cerebelar superior à causa mais comum de contato com o nervo trigêmeo. A existência de uma

alça arterial causando compressão sobre o nervo também tem sido descrita (JANNETTA, 1967).

“[...] muitos dos mecanismos não estão totalmente esclarecidos [...]” (EO6)

A NT é considerada uma afecção com mecanismos fisiopatológicos não inteiramente esclarecidos, não tendo sido definido um único fator etiológico que possa ser responsável pelo seu surgimento, porém, há indícios fortes que ela é resultante da irritação de um ou mais ramos do quinto par de nervos cranianos (FRIZZO; HASSE, VERONESE, 2004; TEIXEIRA, 2009).

“Uma alteração do estímulo nervoso seja na recepção, na percepção e na condução do estímulo desde o nociceptor até sistema nervoso central” (EO1)

“Ocorre uma desmielinização do nervo na altura do trigêmeo, mais na raiz dele né, normalmente causado pela pulsação do vaso que entra junto com o forame. Essa desmielinização do nervo é considerada um dos fatores que geram essa neuralgia do trigêmeo, favorecendo como se fosse um curto-circuito do nervo, mais ou menos isso” (EO4)

Alguns autores sugerem que a NT poderia estar relacionada à desmielinização do nervo, levando à transmissão efática de impulsos (LOVE; COAKHAM, 2001). Outros apontam que as alterações anatômicas seriam mais frequentes no ramo maxilar e o lado direito o mais comumente afetado em relação ao esquerdo (1,5:1), sendo a causa um possível maior estreitamento dos forames redondo e oval daquele lado (NETO; CAMILLI, MARQUES, 2005; KRAFFT, 2008; OLIVEIRA et al., 2009). O contato crônico de uma artéria sobre o nervo, contato neurovascular, pode provocar desmielinização e hiperexcitabilidade das fibras nociceptivas levando à dor (MERSKEY; BOGDUK, 1994).

“[...] descargas nervosas anormais no ramo, principalmente no ramo sensitivo do nervo trigêmeo [...]” (EM9)

Para a Sociedade Internacional de Cefaléia (IHS Internacional Headache Society), a NT é uma desordem unilateral, caracterizada por dores de curta duração como pequenos choques, que tem início e término de forma abrupta e limita-se a distribuição de uma ou mais divisões do nervo trigêmeo (OBERMANN, 2010).

Segundo a literatura a fisiopatologia pode ser descrita como uma lesão periférica é o primeiro evento de um processo que causa mudanças sinápticas centrais, sendo que a desmielinização e a injúria do axônio podem repercutir sobre os potenciais de ação e gerar picos espontâneos e descargas repetitivas, bem como

uma resposta aumentada frente a uma alteração mecânica ou química (MERSKEY; BOGDUK, 1994; LUNA et al., 2010), o que estaria presente de alguma forma na fala de todos os entrevistados no âmbito de descreve-la.

Talvez a forma como a fisiopatologia é percebida por cada profissional pode acarretar em uma conduta clínica diferente tanto no diagnóstico quanto no tratamento.

4.2.2 *Compreensão dos profissionais sobre o diagnóstico da neuralgia trigeminal* *Como o senhor realiza o diagnóstico da neuralgia trigeminal?*

Ao responderem a cerca do diagnóstico, alguns entrevistados se manifestaram em sua percepção de capacitação e diagnóstico diferencial.

4.2.2.1 Percepção de capacitação

Diz respeito à percepção dos profissionais de estar ou não capacitado para o diagnóstico de NT. Por ser um diagnóstico eminentemente clínico, devido as característica da dor, pode ser confuso e complexo para profissionais não especialistas e induzir ao erro no diagnóstico.

Foi mencionado a troca de idéias com colegas ou ate mesmo encaminhamento associado ao entendimento de limitação de área de atuação para dar continuidade ao processo de diagnóstico, demonstrando também a importância de que diferentes serviços que atuam nessa área possam ter espaço ao diálogo.

“[...] sempre compartilhar isso com o neurologista, é minha conduta” (EO2)

As dores neuropáticas podem ser confusas para o profissional, uma vez que o exame clínico pode não revelar mudança nos tecidos perceptível aos órgãos do sentido, não revelando etiologia para a condição dolorosa. Essa condição, muitas vezes, induz o profissional a concluir tratar-se de dor psicogênica (BORBOLATO; AMBIEL, 2009).

“[...] não é minha área de atuação eu encaminhei [...] eu não me considero muito capacitado para tratar paciente com alterações de neuralgia do trigêmeo” (EO6)

“Quando o caso é simples eu manejo e resolvo de alguma maneira, mas quando é complexo eu encaminho para o núcleo de dor” (EO7)

A limitação de conhecimento a capacitação do diagnóstico foi constatada pelos entrevistados (EO6) e (EO7). A literatura sugere que é importante o cirurgião-dentista estar bem atualizado e informado com estudos desenvolvidos nessa área

para possibilitar o diagnóstico correto e encaminhar o paciente para o profissional competente (FRIZZO; HASSE, VERONESE, 2004), isso levaria a minimizar as intervenções desnecessárias a esses pacientes e um menor tempo de detecção do problema.

A sensibilidade e a experiência do profissional são fatores decisivos, pois a imprecisão no diagnóstico da NT conduz a um tratamento inadequado com prognóstico desfavorável (LUNA et al., 2010).

“O diagnóstico da neuralgia do trigêmeo, primeira coisa, ele é um diagnóstico de perspicácia” (EM1)

“Olha, eu vou ser sincero com você, depende muito da etiologia da neuralgia. Eu acredito que a maioria das pessoas faz o diagnóstico da neuralgia do trigêmeo e ponto. Não, a neuralgia do trigêmeo é uma síndrome, têm sinais e sintomas, dentro da neuralgia você tem etiologias” (EM5)

Observou-se também durante as falas respostas relacionadas ao conceito e etiologia da NT, quando foi perguntado aos profissionais como era realizado o diagnóstico. Esse fato se deve à importância da base conceitual e fisiopatologia da doença.

4.2.2.2 Diagnóstico diferencial

O diagnóstico diferencial foi citado pelos entrevistados, especificamente para se fazer o diagnóstico da NT, como de grande relevância.

Um diagnóstico diferencial minucioso, estabelecendo como primeira hipótese diagnóstica as lesões de maior prevalência como dor odontogênica, e conduzindo a investigação para eliminação dessa hipótese mais comum para a mais complexa (LAW; LILLY, 1995). Siqueira e Ching (2003) salientam que algumas vezes é necessário o atendimento multidisciplinar, tanto para o diagnóstico quanto para a terapêutica da NT.

Entrevistados (EM3) e (EM4) sugerem nas falas que existe uma sequência a ser seguida dentro de uma avaliação, que pode ser determinante para um diagnóstico bem sucedido.

“você deve caracterizar bem a semiologia da dor, saber bem a semiologia neurológica, principalmente do trajeto do trigêmeo, saber examinar as três partes, saber caracterizar bem o exame semiológico, neurológico e fundamental para estabelecer o diagnóstico” (EM3)

“Diagnóstico é eminentemente clínico, através de uma boa anamnese, de um bom exame físico, você reúne características compatíveis com o quadro

de neuralgia do trigêmeo que te direciona para o diagnóstico, que é eminentemente clínico” (EM4)

O diagnóstico da NT é eminentemente clínico, embora estudos de imagem ou testes especializados possam ser necessários em pacientes com manifestações atípicas (KRAFFT, 2008). As afecções mais comumente envolvidas no diagnóstico diferencial são: cefaleia em salvas, dor odontogênica, arterite de células gigantes, neuralgia de nervo glossofaríngeo, tumor intracraniano, migrânea, esclerose múltipla, otite média, hemicrania paroxística, neuralgia pós-herpética, sinusite, cefaleia tipo SUNCT (*Shortlasting, Unilateral, Neuralgiform pain with Conjunctival injection and Tearing*), distúrbios da articulação temporomandibular e neuropatia trigeminal (BARRETT; SCHIFTER, 1993; ZAKRZEWSKA, 2002).

a) Anamnese

Ao serem indagados sobre como os profissionais realizavam o diagnóstico diferencial da NT, os mesmos revelaram a importância de uma anamnese minuciosa para realização da mesma.

“Eu valorizo muito a queixa principal, a história da doença do paciente” (E02)

O diagnóstico da NT é complexo e inclui doenças cuja origem primária não está sediada na face. Uma anamnese minuciosa, acrescida de exames físico, complementares pode auxiliar o cirurgião-dentista ou o médico, no diagnóstico definitivo desse tipo de algia e também a traçar um plano de tratamento correto (QUESADA; BAPTISTA, FLORES, 2005).

Como em muitas áreas da medicina, a anamnese fornece dados importantes, sendo a principal ferramenta diagnóstica. Neuralgia do trigêmeo clássica ou idiopática tem uma das mais consistentes apresentações dentre todos diagnósticos neurológicos (KRMPOTIÉ-NEMNIÉ et al., 1999)

“O principal é a localização, você saber topografar os ramos trigeminais, em segundo lugar, a característica da dor, tipo padrão de instalação, padrão de dor neural, acho que seria uma dor contínua ou uma dor em ataques, surtos, choques, sensação de queimação, sensação de parestesia associada e que ao longo do tempo tem uma tendência de cronificação” (EM5)

“Conversar com o paciente, ver as características da dor e a partir daí você faz uma análise específica pra saber exatamente se essas características batem com a neuralgia típica do trigêmeo, uma dor lacinante, o termo é esse

daí, o paciente ele não esquece. É uma dor igual, eu costumo relacionar essa dor com um raio no céu, uma descarga elétrica. Ela vem e some, daqui a pouco tá tudo bem, daqui a pouco ela vem de novo e que tem vários estímulos que desencadeiam a dor ” (EM6)

“Baseado na história clínica, no tipo da dor (se a dor é pulsátil, tipo choque), frequência, associados a hábitos mastigatórios, alguns hábitos de escovar os dentes [...] após descartar algumas outras doenças como: doenças odontológicas, e algum tipo de infecção, como a herpes zoster e algumas dores na face de características atípicas, pela história clínica” (EM7)

“Fazer uma caracterização semiológica da dor, principalmente o tipo da dor, a intensidade, a frequência, a localização dessa dor [...]” (EM9)

“Para qualquer dor primeiro é a anamnese, é ouvir o paciente desde a queixa principal, você vai [...] a partir da queixa do paciente você vai definindo seu processo de diagnóstico” (EO2)

“O diagnóstico da neuralgia, ele é basicamente por informação clínica, por anamnese, exame físico” (EO6)

Observou-se na fala dos entrevistados que uma anamnese minuciosa pode revelar detalhes que levam a um diagnóstico preciso da NT, já que se trata de uma patologia com características clínicas tão peculiares.

b) Características clínicas da dor

As características clínicas da dor podem ser fundamentais para o diagnóstico da NT, visto que a dor trigeminal é uma dor com características inerentes a patologia.

“Então é um diagnóstico primeiramente clínico: característica da dor, como a dor irradia fatores que precipitam a dor, como frio, quente, comer, não comer, falar [...] e a forma da dor, é uma dor tenebrante, bem típica, paroxística, então o primeiro passo é esse” (EM1)

“[...] que é a dor de curta duração, de intensidade muito forte, muito intensa, desencadeada por um estímulo não doloroso [...] em geral é mais comum em mulher do que em homem, em pessoa mais velha, [...] uma dor que vem tipo paroxística [...] o fator que normalmente desencadeia a crise é um estímulo não doloroso, quando a mulher vai passar um batom, se maquiar, o homem quando vai se barbear, escovar os dentes ou falar, comer, então esses estímulos não dolorosos desencadeiam esse paroxismo de dor muito intensa, de curta duração, usualmente de um lado da face, então esse perfil clínico é muito característico da neuralgia” (EO6).

Observou-se que não houve diferença na fala dos entrevistados em relação às características clínicas da NT citadas na literatura (PETTERSON et al., 2000; TEIXEIRA; SIQUEIRA, 2003).

Que parâmetros o senhor utiliza para mensurar a melhora da dor do paciente?

c) Escala de dor

A escala de dor foi citada pelos profissionais como um parâmetro apesar de subjetivo, que auxilia no diagnóstico e também para evidenciar uma melhora da dor durante o tratamento.

“Geralmente a gente usa escalas numéricas, pedimos para o paciente falar de 0 a 10. Na verdade essas escalas auxiliam, mais são escalas muito subjetivas, geralmente uma dor 7 pra mim pode ser 3 pra você, então a gente tenta quantificar a dor usando escala numérica, tanto no diagnóstico quanto no tratamento onde você caracteriza bem no primeiro encontro para depois fazer a comparação da resposta terapêutica” (EM3)

A sensação de dor não pode ser objetivamente medidos e não há um consenso universal para o diagnóstico de tal condição. Neurologistas têm um papel importante na abordagem de pacientes com dor por causa de sua capacidade de detectar anomalias sutis na avaliação neurológica (SCHESTATSKY; NASCIMENTO, 2009).

“Existe a escala visual da dor. Uma escala genérica na verdade, não é para neuralgia trigeminal, e a gente utiliza normalmente para relacionar a dor com a atividade que o paciente está desenvolvendo durante a dor, se essa dor faz ele paralisar o que ele tá executando naquele momento por conta da dor, aí é uma dor que a gente considera incapacitante, em uma intensidade máxima, se é uma dor que ele consegue conviver e não paralisa a sua atividade naquele momento por conta da dor, é mais leve” (EM9)

A EVA apesar de relatada como uma escala subjetiva foi mencionada pelos entrevistados (EM3) e (EM9) como um instrumento utilizado tanto no diagnóstico quanto no acompanhamento do tratamento para mensurar a dor dos pacientes. A dor é uma experiência pessoal, o que torna difícil defini-la e mensurá-la. Sendo assim, um parâmetro essencial é o grau de alívio associado à determinada droga. A maioria dos estudos em analgesia inclui graduações da intensidade e/ou alívio da dor, e os métodos mais comumente usados são escalas categóricas e de analogia visual (ZAKRZEWSKA, 1999).

“Em geral quando, o paciente chega com qualquer tipo de dor agente usa o padrão da escala visual analógica de 0 a 10, ate para poder acompanhar ele na progressão do tratamento” (EO6)

A escala visual analógica de dor (EVA) é um teste subjetivo bastante útil e utilizado na prática clínica, consistindo em uma escala numérica de 0 à 10, utilizada para medir a intensidade da dor relatada pelo próprio paciente. Nesta escala, 0 indicaria a ausência de dor e 10 a pior dor possível que o paciente possa imaginar (PRICE et al., 1983).

Existem outras escalas e questionários para avaliação da dor como questionário de dor Mc Gill, questionário breve para avaliação da dor (BPI), escala de FACES, porém a EVA é a escala mais utilizada atualmente em pesquisas por ser uma escala de fácil compreensão (CHEN; LEE, 2010).

d) Exame físico

O exame físico foi relatado pelos profissionais como forma de rastreamento de outras patologias que podem levar o profissional a dúvida em relação a NT.

“Você tem que fazer o exame físico geral do paciente, ele pode ter alguma outra síndrome dolorosa associada. Existem síndromes trigeminais, que não são neuralgia do trigêmeo e que devem ser diagnosticados, então o exame neurológico é fundamental, precisa ver a parte motora, não só da face, como do corpo todo, tem a parte cerebelar e checar os outros nervos cranianos, existem síndromes de múltiplos nervos cranianos, existem síndromes em que são de lesões, por exemplo, contínuas, de lesões do tronco cerebral que levam ao comprometimento do trigeminal [...]” (EM5)

“Acho que em primeiro lugar através da anamnese, do exame, da história, da queixa do paciente, da descrição dos sintomas dos pacientes [...] o exame físico é importante de forma geral, mas os testes dos pares cranianos é um dos principais. Estímulo sensorial, na superfície da pele, nas regiões inervadas pelos ramos, do trigêmeo. A maior parte do diagnóstico é clínico, acho que uns 90% é clínico. A gente tem feito o diagnóstico aqui muito mais como clínico, faz poucos exames complementares” (EO1)

“No exame físico intra e extra-oral a gente vai excluindo, então: não é uma dor de origem odontogênica, não é nenhum dente que está causando aquela dor no paciente. Origem odontogênica de modo geral, não é os dentes, os tecidos de suporte, tudo, aí a gente passa para uma dor muscular, de origem muscular, então será que é uma dor de origem muscular, então faz o exame físico de palpação, faz o questionamento todo do paciente, se não for eu já desconfio que seja uma neuralgia, então eu vou por exclusão, eu tento excluir as outras coisas que eu tenho mais intimidade que a neuralgia” (EO3)

Os diagnósticos diferenciais são inúmeros, e incluem condições patológicas envolvendo os seios da face, dentes, articulação temporomandibular, olhos, nariz e pescoço. Muitas destas condições podem ser descartadas após anamnese e exame clínico. Nevralgias envolvendo outros nervos cranianos podem representar uma complicação no diagnóstico (NURMIKO; ELDRIDGE, 2001).

Os entrevistados (EO1) e (EO3) ressaltam a importância de uma boa anamnese, exame físico, considerar a queixa do paciente e solicitar exames complementares quando necessário e o entrevistado (EM5) ressalta o exame físico geral importante para detectar outras síndromes associadas. Essa avaliação inicial

minuciosa e detalhada para o diagnóstico estão de acordo com a literatura (TEIXEIRA; SIQUEIRA, 2003; QUESADA; BAPTISTA, FLORES, 2005).

e) Manobras semiotécnicas

As manobras semiotécnicas citadas pelos profissionais podem ser utilizadas tanto na estimulação do nervo trigeminal quanto também para avaliação dos pares de nervos cranianos.

“Olhar a face e a sensibilidade. Causas secundárias, sensibilidade da face, reflexo córneo palpebral é muito importante e outros nervos associados, se tem algum outro nervo associado como o oitavo par, com o nono par, apesar que ele é distante do nono par, próximo do oitavo par, se não tem paralisia facial associada como causa secundária. Então avaliar a simetria da face junto com a força muscular, a sensibilidade da face, o reflexo córneo palpebral e audição, esses quatro então tem que ser examinados” (EM1)

“E a gente tem algumas outras manobras semiotécnicas que poderiam ser utilizadas, a própria estimulação do nervo ou a anestesia desse nervo para verificar se ouve a remissão da sintomatologia e perguntas específicas para o paciente também, em relação a sintomatologia dele, como que ela acontece, que tipo de dor que o paciente esta sentindo, a evolução, o tempo dessa dor, as características relacionadas a dor do paciente são importantes” (EO8)

f) Testes terapêuticos

Foram citados pelos entrevistados, principalmente com o uso da carbamazepina, sendo fundamental para fechar o diagnóstico.

“Faz se um teste, muitas vezes terapêutico, principalmente com algumas medicações para tratamento para neuralgia trigeminal e se houver uma melhora com essas medicações, como por exemplo a carbamazepina que é uma medicação muito utilizada, então o diagnóstico é fechado” (EM9)

“Provas terapêuticas às vezes eu já chego a estabelecer com carbamazepina para o paciente tirar a dor para gente avaliar” (EO2)

“O diagnóstico que eu faço, necessariamente passa por uma anestesia do ramo nervoso para a gente identificar claramente o ramo envolvido, porque muitas vezes o paciente não sabe determinar exatamente qual é a área que esta sendo afetada [...] você pode levar ao diagnóstico equivocado, principalmente da área que esta envolvida, se é o mentoniano, lingual, glossofaríngeo, ou qualquer outro ramo que possa desencadear alguma neuralgia” (EO4)

A anestesia da zona-de-gatilho é uma manobra útil, para se estabelecer um diagnóstico diferencial que deve ser completado por uma anamnese criteriosa a respeito da evolução dos sintomas e para se conhecer quais os estímulos exatos e os locais que deflagram a dor (BAYER; STENGER, 1979).

g) Exame complementar

“Eu acho o seguinte, você estando diante de uma suspeita de um caso secundário, tem que fazer uma ressonância magnética [...]” (EM1)

A ressonância magnética é método de imagem superior à tomografia computadorizada, pois é mais sensível para demonstrar a anatomia normal do tronco encefálico e do nervo trigêmeo e para detectar lesões de partes moles. A radiografia simples do crânio pode estar alterada quando lesões tumorais atingem grande volume, quando há deformidades congênitas da base do crânio ou lesões ósseas primárias ou secundárias (ONOFRIO, 1975).

“É interessante você pedir muitas vezes uma ressonância magnética, um exame do líquido, pesquisa de bandas oligoclonais” (EM4)

“Eu solicito a angiorressonância a gente vê a presença dessa artéria em contato com o nervo trigêmeo” (EM7)

“Eu faço só pelo exame clínico, solicito sempre exames de imagem quando eu quero descartar problemas centrais, esse solicito sempre” (EO7).

Os entrevistados (EM1), (EM4), (EM7) e (EO7) sugerem exames de imagem para descartar outras patologias. O diagnóstico fundamenta-se na história (modo de apresentação, caráter, localização, padrão, fatores de melhora e piora e os sinais e sintomas associados) e no exame físico minucioso. Resultados de exames complementares, avaliação oftalmológica, otorrinolaringológica e/ou odontológica e o resultado dos bloqueios anestésicos diagnósticos devem ser cuidadosamente analisados antes de uma conclusão de diagnóstico (SHANKLAND, 2001; TEIXEIRA; SIQUEIRA, 2003).

Exames laboratoriais não podem ser utilizados como critérios diagnósticos desses casos. Para o diagnóstico correto, a informação mais importante é aquela referida pelo próprio paciente, sendo de suma importância saber ouvir e fazer perguntas objetivas no momento adequado (SPECIALI, 1997).

De acordo com a literatura apresentada, a maioria dos autores pesquisados concordam que o diagnóstico da NT é eminentemente clínico e baseado na história clínica do paciente que revele crises de dor paroxística de curta duração, precipitada a partir de áreas gatilhos, localizadas em área de inervação de um ou mais ramos do nervo trigêmeo (GÓES; FERNANDES, 2008; STRÖHER; TAGO, 2010). Porém, Ströher e Tago (2010) ressaltam, nem todos os pacientes com NT apresentam os

mesmos sinais e sintomas ditos específicos para sendo necessário à realização de diagnóstico diferencial através da solicitação da realização de exames complementares, avaliação oftalmológica, otorrinolaringológica e/ ou odontológica para se excluir outras enfermidades que nem sempre tem sua origem primária sediada na face, mas que poderiam causar os mesmo sinais e sintomas da NT (QUESADA; BAPTISTA, FLORES, 2005; OLIVEIRA *et al.*, 2009).

Observou-se na fala dos entrevistados que em alguns casos os exames de imagem devem ser solicitados, principalmente para descartar problemas centrais, porém esses exames complementares podem demorar a ser autorizados e liberados pelo SUS, e alguns planos não cobrem alguns destes exames.

4.2.3 *Conhecimento sobre os diferentes tratamentos para a neuralgia trigeminal*

Qual a sua primeira escolha no tratamento da neuralgia trigeminal?

O senhor já teve casos disso não ter funcionado? Qual foi sua próxima escolha?

Observou-se que a carbamazepina foi a droga mais utilizada dentro da farmacoterapia pelos profissionais entrevistados, porém, outras drogas como oxcarbazepina, pregabalina, gabapentina, amitriptilina, topiramato também foram relatados.

a) Farmacoterapia

- Drogas (Carbamazepina, oxcarbamazepina, gabapentina, pregabalina, fenitoína, baclofeno)

“A carbamazepina, às vezes não funciona em alguns casos, mas com a oxcarbazepina, pode funcionar. Às vezes eu associo fenitoína com a carbamazepina pra ajudar, e ajuda. E podemos usar hoje na neuralgia do trigêmeo que tem alguma resposta, a gabapentina e a pregabalina, que pode ajudar” (EM1)

O tratamento clínico da NT baseia-se em interromper o excesso de impulsos aferentes, sendo a sua eficácia em torno de 60%-80% dos casos, podendo diminuir com o passar do tempo (PAGLIOLI; DA COSTA, FALAVIGNA, 1989). Conforme consenso da Academia Americana de Neurologia e da Sociedade de Neurologia da Federação Européia, as drogas de primeira linha são a carbamazepina e a oxcarbamazepina (PIOVESAN, 2010). Outros agentes anticonvulsivantes, passaram a ser empregados com segurança no tratamento da NT, incluindo medicamentos de

segunda linha, baclofen, lamotrigina (GRONSETH et al., 2008), pregabalina (PÉREZ et al., 2009) e gabapentina (LEMOS et al., 2008).

“Uso a oxcarbamazepina” (EM2)

A oxcarbamazepina pode ser usado em pacientes que não respondem a Carbamazepina na NT (CRUCCU et al., 2008).

“Eu acho que a primeira escolha sem dúvida seria o tratamento medicamentoso, e o que vem sendo usado classicamente desde a dec.60 é a carbamazepina, que funciona bem, e tem outras opções terapêuticas: a gabapentina, amitriptilina, antidepressivos tricíclicos, topiramato, essas medicações que tem alguma utilização em dor crônica” (EO6)

- Doses

“Em termos de alívio da dor, a carbamazepina é a melhor indicação. Eu não tenho medo de entrar com doses altas” (EM5)

A Carbamazepina pode ser utilizada na dose de 400-1200 mg/dia, onde produz um efeito satisfatório em cerca de 80% dos casos. Pode ser proposto iniciando com 100 mg de carbamazepina, aumentando-se 100 mg de dois em dois dias até atingir a dose de 600 mg a 800 mg diários. Pode, entretanto, ser necessário dose de até 1600 mg/dia (LAURENT; DEVOIZE, SCHOTT,1980).

“Tem paciente que temos que fazer um tratamento cirúrgico agudo, porque ele ta desesperado [...] se é um surto, se tem uma imagem de surto, primeiro eu faço pulsoterapia, entro com a oxcarbamazepina para o controle da dor mais faço a pulsoterapia” (EM2)

A Carbamazepina é considerada a droga mais eficaz no tratamento da NT, mas pode gerar toxicidade hematológica, representando um limitador na terapia de uso prolongado Os efeitos colaterais mais comuns da carbamazepina são náuseas, tonturas, gagueira, ataxia e sedação (BARRETT; SCHIFTER, 1993; KRAMLINGER; PHILLIPS, POST, 1994). A dosagem dos medicamentos deve ser aumentada gradualmente para minimizar os efeitos adversos que diminuem a colaboração do paciente em seu processo terapêutico (GREEN; SELMAN, 1991).

“O problema é quando você consegue lança mão de doses muito altas de medicamento começa a atrapalhar o dia-a-dia dos pacientes” (EO4)

“O problema aqui no Brasil é que a gente esbarra muito na questão de convênio e SUS, então o paciente do SUS muitas vezes a gente não tem condição de fazer muita coisa, então à gente começa com medicação, protela a cirurgia porque os procedimentos menos invasivos a maioria dos hospitais não cobrem e no paciente convenio se a gente começa a fazer

muita radio frequência também o convenio não paga, porque é um procedimento mais caro” (EM9)

A carbamazepina apesar de ser a droga de primeira escolha desde a dec. 60 pela literatura, não foi considerada em totalidade pelos entrevistados como primeira escolha de tratamento medicamentoso. Os profissionais conhecem os efeitos colaterais, principalmente em altas doses das drogas citadas, porém protelam muitas vezes para métodos mais invasivos, pois alguns dos fármacos citados como a gabapentina e o tramadol (SCRIVANI; MATHEUS, MACIEWICZ, 2006) são caros e não são fornecidos gratuitamente pelo SUS.

b) Cirurgia

Foram mencionados vários procedimentos cirúrgicos pelos entrevistados como: procedimentos percutâneos: neurólise química [glicerol,álcool], neurólise por termocoagulação, compressão percutânea; descompressão vascular, neurotimese como citado nas falas de (EM1), (EM2), (EM6) e (EO4) porém, os entrevistados salientam que sempre deve se começar do tratamento menos invasivo para o mais invasivo como mostra nas falas de (EM4) e (EM9).

“Se caso nada disso funciona, você pode partir pra atitudes mais agressivas, tem a aplicação com glicerol para neutralizar e tem a cirurgia propriamente dita, que é a termo, a termocoagulação do nervo, que é reservado pra aqueles casos que não respondem” (EM1)

“Nesses pacientes refratários a minha experiência clínica, o que eu tenho observado é que dificilmente agente consegue um bom resultado com tratamento medicamentoso, sem associar o tratamento cirúrgico... O problema que eu vejo da neurotimese,é que tem um índice de recidiva grande” (EO4)

A escolha da terapêutica medicamentosa e a necessidade ou não de cirurgia devem ser individualizadas para as particularidades e condições gerais do paciente (CHESHIRE, 2007). Em casos refratários em que o paciente não responde a terapia medicamentosa, são indicados procedimentos minimamente invasivos, como a injeção local de drogas ou álcool (McLEOD; PATTON, 2007; KRAFFT, 2008). Cada técnica cirúrgica apresenta seus méritos e suas limitações (FRIZZO; HASSE; VERONESE, 2004).

“Neurólise é o mais usado, sim tem tido bons resultados, pode ter o retorno da dor, a recidiva, mais tem sido bom” (EM2)

“Hoje a gente faz as infiltrações no gânglio de Gasser, antes era com glicerol, hoje tenho utilizado a álcool, mas o glicerol funciona muito bem e depois fica com uma, ou outra opção que é a termocoagulação, que eu acho

que não é viável, porque é uma técnica destrutiva, apesar de vários centros utilizarem, eu já utilizei, mas eu acho que não é viável porque destrói e você não tem outra opção depois de regenerar nenhum nervo mais” (EM6)

As técnicas percutâneas são compressão por balão, rizotomia por radiofrequência e radiocirurgia estereotáctica com raios gama, são relativamente não invasivas, de carácter ambulatorial e isentas de efeitos colaterais graves, porém promovem alívio menos duradouro que as técnicas mais invasivas e causam perda sensitiva pós-operatória em grande parte dos pacientes (ONG; KENG, 2003; HAI; LI, PAN, 2006). As intervenções cirúrgicas abertas abrangem a rizotomia parcial e a descompressão microvascular, possuem maior risco de complicações graves (ONG; KENG, 2003).

“A primeira escolha nós sempre devemos nos pautar pela melhor opção e menos invasiva para o paciente [...]” (EM4)

“A gente sempre oferece todos os tratamentos possíveis, antes de oferecer a cirurgia [...]” (EM9)

Atualmente as atenções têm-se focado tanto na avaliação dos tratamentos a longo prazo através de estudos de *follow-up* como na melhoria das técnicas cirúrgicas disponíveis, porém, ainda não existem conclusões e permanece a falta de consenso quanto às recomendações destas (OBERMANN, 2010).

O senhor já indicou ou utilizou as chamadas Práticas Integrativas e Complementares?

c) Aplicação subcutânea (Toxina botulínica)

A aplicação de toxina botulínica foi citada pelos entrevistados (EM1) e (EM5) com bons resultados no tratamento da NT, porém a literatura traz um índice significativo de recorrência da dor após o tratamento.

“Eu tenho tido atualmente boa resposta com toxina botulínica [...]” (EM1)

“Principalmente da toxina e da acupuntura, da laser eu realmente desconheço” (EM5)

Conforme Zúñiga et al., (2008) em um estudo com toxina botulínica em 12 pacientes com NT idiopática, onde foram infiltrados 20-50 unidades de toxina botulínica em zonas de gatilho, sendo avaliados semanalmente através da EVA, 10

pacientes relataram um benefício como redução ou mesmo desaparecimento da dor, e permaneceram livres da dor durante 60 dias, que retornou nesse período, mas sem paroxismo. Em 90 dias foi observado ausência de dor e sem paroxismo.

Em um estudo investigando tratamento da NT onde foi administrada neurotoxina botulínica do tipo A por via subcutânea com efeito analgésico através da libertação local de neuropéptidosantinociceptivos (substância P, glutamato), inibindo a sensibilização central e possivelmente periférica. Os resultados demonstraram alívio sintomático significativo, mas com recorrência na maioria dos doentes após 60 dias de *follow up* (OBERMANN, 2010).

Apenas os entrevistados EM relataram conhecer ou utilizar a toxina botulínica como tratamento da NT.

d) Laserterapia

Os entrevistados (EO1), (EO4) e (EO7) relataram conhecer a laserterapia, os entrevistados (EM3) relatou não indicar a laserterapia e o (EM4) relatou desconhecer as praticas integrativas complementares. A experiência pode representar uma construção conjunta ao serviço na escolha do tratamento a ser realizado, o que possivelmente levaria um serviço à indicação da laserterapia e o outro não.

“Aqui na nossa experiência no núcleo de dor a gente trabalha, a gente já teve experiência com a laserterapia e com a acupuntura, atendendo os pacientes com desordem neuropática. Basicamente essas duas” (EO1).

Um estudo realizado por Suárez et al. (2003) com objetivo de determinar a eficácia do laser no tratamento da dor neuropática periférica onde foram tratados 189 pacientes no período de fevereiro de 2000 a agosto de 2001, com o Lasermed MD 102 Hélio Neônio (HeNe), durante 30seg, potência de 2,5 mw por área, sendo a dor foi avaliada pela EVA. Os resultados demonstraram uma melhora em 181 pacientes (96%), onde em 6 meses uma minoria de pacientes estavam sendo tratados com doses minimas de drogas, sendo assim um método útil no tratamento da dor neuropática periférica.

“Um dos tratamentos passa pela laserterapia, agora acupuntura eu sei que tem relatos de como sendo um tratamento eficiente, mas nunca usei para essa finalidade” (EO4)

“Na verdade a primeira opção que eu faço é o uso do laser, eu acho que ele é menos deletério que o medicamentoso” (EO7)

“Acupuntura já indiquei, mais laserterapia não” (EM3).

“Desconheço as praticas integrativas complementares” (EM4)

e) Acupuntura

Dentre as praticas integrativas complementares, a acupuntura foi apontada pelos entrevistados (EO5) (EM3),(EM5) e (EM6) como terapia inicial ou terapia indicada.

“Diagnosticado, eu particularmente prefiro começar com acupuntura e com o laser, eu não sou muito adepto a tratamento medicamentoso” (EO5)

“Acupuntura já indiquei já, mais laserterapia não” (EM3)

“Principalmente da toxina e da acupuntura, da laser eu realmente desconheço” (EM5)

“Acupuntura eu conheço, ela é viável. A laser eu não conheço” (EM6)

O efeito analgésico da acupuntura se deve ao aumento dos níveis de mediadores como endorfina, encefalina e serotonina, no cérebro e no plasma (CABÝOGLU; ERGENE, TAN, 2006). Efeitos adversos relatados são mínimos e incluem hematoma no local da agulha, alergia e infecção local (WHITE et al.,2001). A acupuntura pode ser um método alternativo de tratamento para pacientes com NT resistente (SERT et al., 2009).

Das praticas integrativas e complementares a toxina botulinica foi relatada apenas pelos entrevistados (EM) seu conhecimento e utilização da técnica; a laserterapia é a conhecida e utilizada pelos entrevistados (EO) e pouco conhecida pelos entrevistados (EM) e a acupuntura é conhecida por ambos entrevistados porém, indicada pelos (EM) e utilizada pelos entrevistados (EO).

f) Associação de tratamentos

Os entrevistados (EM1), (EM3) e (EO1), relataram usar terapia combinada com uso de toxina botulínica, drogas, laserterapia e acupuntura.

“Eu faço aplicação de toxina nas terminações nervosas e funciona muito bem também, junto com a medicação” (EM1)

“A gente pode fazer associação com outras drogas que tem uma resposta muito boa para dor neuropática: pregabalina, gabapentina, que a gente pode associar” (EM3)

“A gente tem tido resultado mesmo com a carbamazepina e com a associação de outros tratamentos como a laserterapia e a acupuntura. A gente tem conseguido um bom resultado com a carbamazepina, maior parte

deles associada, quando não consegue ajustar a dose-efeito a gente tem usado as praticas integrativas complementares” (EO1)

Abordagens alternativas podem ser necessárias para melhora do quadro doloroso de alguns pacientes (LEMOS et al., 2008) como bloqueio periférico dos pontos-gatilho com anestésico local ropivacaína, infiltração de toxina botulínica tipo-A (ZUÑIGA et al., 2008; PIOVESAN, 2010), tratamento com acupuntura gerando um efeito analgésico (SERT et al., 2009).

As praticas integrativas complementares ou terapias alternativas têm sido usadas como terapias coadjuvantes ou individuais em alguns casos para o tratamento da NT e estudos comprovam bons resultados.

4.2.4 Utilização de diferentes tratamentos da neuralgia trigeminal

Que fatores o senhor leva em consideração na escolha do tratamento?

4.2.4.1 Critérios de escolha

Nesta categoria, os entrevistados relataram que o critério principal para a escolha do tratamento, deve ser a partir do menos invasivo, que foi considerada a farmacoterapia.

a) Relacionados ao paciente

Fatores como idade, presença e outras comorbidade, alergias, poder aquisitivo do paciente, pois existem drogas que não são oferecidas pela rede pública foram levantados pelos entrevistados na escolha do tratamento, como demonstrado na fala dos entrevistados (EO4) e (EM3).

“A idade é um fator interessante principalmente pela quantidade de medicamentos que o paciente já toma” (EO4)

“Toda escolha medicamentosa o médico é obrigada a levar em consideração alguns fatores, presença de outras comorbidades, idade, se o paciente tem alguma alergia a alguma substância ou derivado dessa substância, é importante também levar em consideração poder aquisitivo do paciente a carbamazepina, por exemplo, é uma droga barata, que tem disponível na rede pública e tudo, mas outras drogas utilizadas para dor neuropática como a pregabalina, não são tão baratas [...]” (EM3)

A amidriptilina e a carbamazepina têm custo mais acessível quando comparados ao tramadol e gabapentina, devendo-se então ser considerados em

pacientes livres de complicações cardiovasculares, hepáticas ou renais (SCRIVANI; MATHEWS, MACIEWICZ, 2006).

O acesso ao medicamento é um fator de grande importância a ser considerado, pois muitos dos pacientes não tinham condições financeiras de arcar com tratamentos de alto custo. A carbamazepina é um medicamento bastante acessível à população, sendo que tal observação foi também relatada por (SCRIVANI; MATHEWS, MACIEWICZ, 2006).

“Vários aspectos, como em qualquer doença você tem que levar em consideração: perfil do paciente, questão de poder aquisitivo, questão de controle da dor, comodidade posológica” (EM8)

b) Relacionados ao profissional

O entrevistado (EM4) relatou que o segundo passo para o tratamento caso houvesse resposta ao tratamento medicamentoso seria a cirurgia.

“Caso haja insucesso no tratamento, a cirurgia seria uma opção, porque eu desconheço técnicas alternativas” (EM4)

A literatura nos traz que a neurocirurgia é indicada em cerca de 75% dos casos em algum momento ao longo da história natural da doença, usualmente devido à ineficácia do tratamento com anticonvulsivantes ou a seus efeitos colaterais (BORBOLATO; AMBIEL, 2009). Porém, cada técnica cirúrgica apresenta seus méritos e suas limitações (TATLI et al., 2008; OLIVEIRA et al., 2009). A decisão de referenciar para procedimentos cirúrgicos baseia-se na experiência do médico, preferências do doente e a sua condição clínica, como idade e estado geral de saúde (CRUCCU et al., 2008; BOTO, 2010; OBERMANN, 2010).

“Um outro medicamento de escolha seria a gabapentina. Mas a eu tenho pouca experiência com ela” (EO1)

“Como prova terapêutica usaria carbamazepina para ver se ajuda o paciente e ameniza o sofrimento dele, mas ele deve procurar um neurologista, especialista em dor” (EO2)

c) Relacionados à terapêutica

Os entrevistados em geral pautam suas escolhas de tratamento em procedimentos menos invasivos, como, por exemplo, a fala do entrevistado (EM4), sendo utilizados procedimentos cirúrgicos em último caso.

“A primeira escolha nos sempre devemos nos pautar pela melhor opção e menos invasiva para o paciente. Inicialmente medicações, como por exemplo, a carbamazepina e a oxcarbamazepina, cirurgia só entra em

último caso quando o paciente não responde ao tratamento clínico inicial” (EM4)

Nos critérios de escolha observou-se pela fala dos entrevistados que o conhecimento dos mesmos pela patologia revela as preferências pelo tratamento utilizado na NT.

4.2.4.2 Dificuldades no tratamento

4.2.4.2.1. Relativas ao profissional

Foram relatadas dificuldades como a falta de integração do conhecimento e deficiência de formação/capacitação, relacionadas ao profissional.

a) Falta de integração do conhecimento

“O fato do diagnóstico não ser feito, este perambula por vários médicos, clínicos, otorrinos e principalmente por odontólogos, às vezes vão, inclusive com perda dentária e tal” (EM1)

“Quando se fala em algumas especialidades, que não são médicas, multidisciplinar é mais difícil, porque você não tem um contato tão direto. Às vezes você tem um acesso tão restrito, precisar de um dentista avaliar é mais difícil, se precisar de um fisioterapeuta é difícil, se precisar de um fono é difícil. Na área médica, por exemplo, endócrino é muito mais fácil, os residentes você acaba se encontrando pelos corredores da enfermaria. Tem essa agilidade” (EM7)

Alguns autores salientam a importância do atendimento multidisciplinar, tanto para o diagnóstico quanto para a terapêutica da NT (SIQUEIRA; CHING, 2003; ALVES; AZEVEDO, CARVALHO, 2004; GÓES; FERNANDES, 2008), porém os dois serviços investigados não possuem essa abordagem multidisciplinar sugeridos pela literatura.

b) Deficiência de formação/capacitação

“Eu partiria para o tratamento medicamento, para o paciente usando esqueci o nome do remédio, em fim aquele lá, você não pode intervir né? Tergetol, alguma coisa assim, é isso mesmo, que em muitos casos percebe-se mudanças nos sintomas” (EO10)

“Eu acho que o dentista talvez devesse ler um pouquinho mais porque às vezes a manifestação da dor é atípica, às vezes ele sente a dor no dente e a dor não é de origem dentária, a dor, por exemplo, por neuralgia” (EO6)

O diagnóstico precoce é extremamente importante para o seu tratamento, o cirurgião-dentista deve enxergar o seu paciente como um todo, levando sempre em consideração o seu estado de saúde geral em qualquer consulta, mesmo que seja para o planejamento de um simples tratamento odontológico (LUNA et al., 2010).

O desafio que se impõe, principalmente a partir da existência do especialista brasileiro em Disfunção Temporomandibular (DTM) e Dor Orofacial, é de que procedimentos operatórios, invasivos, não sejam realizados inicialmente em casos com diagnósticos mal esclarecidos. Sugere-se, em qualquer tipo de dor orofacial, são preconizados procedimentos reversíveis e não invasivos, principalmente à fase do diagnóstico (SIQUEIRA; CHING, 2003).

“Chegar a um diagnóstico muitas vezes não é fácil, pode ser inclusive, um ou mais tipos de alteração relacionadas[...] é uma limitação que muitos de nós temos, por não poder, cada um tem um conhecimento maior em certa área” (EO9)

Gusman et al., (1997), defende o manuseio interdisciplinar da dor, dando como exemplo a clínica de dor, onde especialistas podem tratar em conjunto os problemas específicos da dor através de intervenções farmacológicas, sensoriais e psicológicas.

4.2.4.2.2. Relativas ao paciente

Dificuldades como a variabilidade individual da resposta aos tratamentos e falta de adesão, foram relatados pelos entrevistados como um fator limitante no tratamento.

a) Variabilidade individual da resposta aos tratamentos

“É assim, vamos dizer que 80% dos pacientes respondem a oxcarbamazepina, mas tem de 70 a 80%, de 20 a 30% é necessário mesmo outro tratamento, que no caso eu mais sugeri foi o tratamento cirúrgico a neurolise” (EM2)

“Então às vezes eles já passaram por vários profissionais e já têm outras patologias associadas, outras enfermidades: hipertensão, depressão, às vezes já faz uso de medicamentos, então eu procuro compartilhar com a área médica” (EO2)

b) Falta de adesão

“Mas muitos não vem, então assim, não tem uma adesão, depende muito da adesão do paciente” (EM2)

“Se ele tá bem ele não volta, esse é o grande problema no nosso meio, primeiro ele mora longe, às vezes ele não tem condição de dinheiro especificamente, ah eu to bem o que eu vou fazer lá?” (EM6)

“A gente tem tido um resultado bom com a carbamazepina, só que o problema é que o medicamento ele tem efeitos colaterais muito frequentes” (EO1)

“Isso é variável, porque a gente tem 2 situações: uma em que o paciente se adapta muito bem ao medicamento, outro mais ou menos e outros, tomam o medicamento na crise e daqui a pouco ele não quer mais tomar o remédio, ele quer que tenha uma solução do problema” (EM2)

“Quando ele tá bem, ele não volta, então perde muito o controle desses pacientes”(EM6)

A Carbamazepina é a terapia medicamentosa considerada como tratamento de primeira linha para a NT, sendo sua eficácia é comprovada em 60% a 80% dos pacientes, entretanto, os efeitos colaterais e a eventual perda de eficácia têm estimulado pesquisa de novos fármacos, (FRIZZO; HASSE, VERONESE, 2004; GÓES; FERNANDES, 2008) sendo o tratamento cirúrgico utilizado em casos refratários a medicação (KONDZIOLKA; LUNSFORD, FLICKINGER, 2002). A oxcarbazepina, um subproduto da carbamazepina, é bem tolerada, porém pode ocorrer reação alérgica cruzada entre a carbamazepina e a oxcarbazepina de 25% (OLIVEIRA et al., 2009).

A gabapentina é menos eficaz do que a carbamazepinas e mais caro, porém melhor tolerada, que é uma consideração importante em pacientes idosos (BENNETTO; PATEL, FULLER, 2008), recentemente tem sido amplamente utilizada devido a efeitos colaterais reduzidos (KAUFMANN; MITESH, 2001).

Em relação à adesão do tratameto foi relatado pelos entrevistados (EM2), (EM6) e (EO1), que se o paciente melhora, ou seja, atinge a dose terapêutica e ele permanece sem dor ele não volta, e os efeitos colaterais da medicação também podem levar o paciente ao abandono do tratamento.

4.2.4.2.3. Relativas ao sistema de saúde

Os entrevistados (EM2), (EM3), (EM4) e (EM9) ressaltam inúmeras dificuldades no tratamento inerentes ao sistema de saúde como dificuldade de regulação do paciente, falta de profissionais e medicação, o que tem levado os profissionais muitas vezes a optarem por técnicas mais invasivas de tratamento que são disponibilizadas pelo SUS e também pelos convênios.

“Então o que dificulta um pouco às vezes e a questão do encaminhamento da secretaria de saúde, pois eles tem dificuldade de fazer essa regulação, e às vezes eles querem vir aqui, mas o sistema manda para a Santa Casa, manda para outros lugares, as vezes já estão fazendo tratamento aqui e não conseguem essa regulação” (EM2)

“Haja vista o problema de saúde desse país poderia ter alguma forma mais rápida da gente triar esse paciente, de dar um suporte mais adequado,

dando facilidade a esses doentes no acesso ao problema entendeu? rapidez, disponibilidade de medicação, entre outras coisas” (EM3)

“Eu gostaria de trabalhar com muito mais pessoas, muito mais profissionais que eu acho que realmente ajuda muito” (EM4)

“O problema aqui no Brasil é que a gente esbarra muito na questão de convênio e SUS, então o paciente do SUS muitas vezes a gente não tem condição de fazer muita coisa, então a gente começa com medicação, protela a cirurgia porque os procedimentos menos invasivos a maioria dos hospitais não cobrem e no paciente convênio se a gente começa a fazer muita radio frequência também o convênio não paga, porque é um procedimento mais caro” (EM9)

Qual tem sido a resposta dos seus pacientes aos diferentes tratamentos propostos?

4.2.4.2.4. Resposta ao tratamento

As falas dos entrevistados, neste item, abordaram aspectos relativos ao tempo, duração, frequência, intensidade da resposta e dose-terapêutica, bem como a influência do comportamento do paciente nesta resposta.

“Porque muitas vezes o que o paciente quer é ele ter um período de alívio, pelo menos de uns 6 meses, para ele já tá bom aquilo ali e muitas vezes ele já fica satisfeito, então tem pacientes que fazem infiltração a cada 3 anos, 4 anos, eles preferem fazer isso, do que submeter a cirurgia” (EM9)

“A crioterapia é o tratamento com a substância gelada, existe uma melhora muito grande nos primeiros meses, mas a recidiva é quase certa” (EM9)

“Existe uma parcela considerável de pacientes que tem uma resposta positiva, resposta a essas medicações, só que existe também uma parcela importante de pacientes que não respondem” (EM4)

“Às vezes com 3 comprimidos de 200mg ele fica bem. Tem outros com 1200mg e ele não fica legal, então aumenta a dose e junta com outros analgésicos potentes. Isso é muito variável” (EM6)

“O tratamento com a carbamazepina, por exemplo, tem surtido na maior parte dos pacientes uma boa resposta, então com ajuste de doses continua desses pacientes tem se conseguido bons resultados” (EO8)

Mesmo quando não apresentam dor, os pacientes ficam tensos com medo de que a dor possa voltar isso gera uma série de dificuldades á rotina diária e reduz a qualidade de vida. Cerca de 34% dos pacientes com NT referem haver interferência no emprego devido à sua condição clínica, e também apresentam sintomas depressivos, sendo são muito frequentes e incapacitantes (OBERMANN,2010; MAČIANSKYTĖ; JANUŽIS, KUBILIUS, 2011).

Por se tratar de uma doença crônica, é importante a adesão do paciente ao tratamento, pois a resposta dependerá do acompanhamento. Observou-se na fala dos entrevistados que a dor é o parâmetro que faz o paciente aderir o tratamento e por tanto ter bons resultados. Se o paciente não realiza o acompanhamento, o profissional não consegue ajustar a dose terapêutica e o paciente volta com dor e cada vez pior, onde o profissional se vê em uma situação de realizar técnicas mais invasivas para ajudar o paciente, o que talvez poderia ser alcançado com o acompanhamento medicamentoso.

Quais características positivas e/ou negativas da organização do Núcleo de Neuroanatomia da FM-UFG ou Núcleo de dor do CGDB-FO-UFG que influenciam no atendimento do paciente?

4.2.5 Percepção dos profissionais sobre os serviços investigados

A percepção dos profissionais a respeito dos dois serviços investigados incluiu aspectos relativos a características dos pacientes, serviço público regulado, déficit profissional, isolamento do serviço, multiprofissionalidade e serviço de referência.

“São pacientes que procuram neurologistas, muitos deles já passaram por um outro profissional antes, aí quando eles percebem é indicado para um neurologista, aí eles vem aqui” (EM1)

“a nossa saúde pública é devastada em termos de recursos, muitas vezes nós não temos condições de fazer um atendimento que nós gostaríamos de fazer por falta de infraestrutura, falta de leito, falta de vaga pra internação e isso é uma coisa que acomete todas as especialidades não só a neurocirurgia, mas também as outras especialidades médicas aqui do HC e as outras especialidades também de multiprofissionais” (EM4)

“Eu acho que ali existem pessoas que estudam bastante, tem experiência na área, que gostam dessa área, tem que gostar esta sempre estudando atualizando, então acho que são pessoas capacitadas, e uma equipe multiprofissional” (EO3)

“Em relação ao serviço não tem nada ruim, o ambulatório de dor em geral é específico, não e junto com ambulatório de outras doenças, os consultórios tem privacidade, tem tempo para atender o paciente, não tem pressão para atender, em geral tem um orientador quando tem aluno, orientador que examina e discute junto, eu acho excelente, acompanhamento e muito bem feito, acredito que o núcleo de dor é um local muito bom de ser avaliado, de ser acompanhado” (EO6)

“Eu acho que positivamente, eu acho que a equipe que faz esse atendimento, capacitação dessa equipe, que por ser uma equipe muito voltada ao estudo, a busca de evidência em relação, então tudo é muito

criterioso em relação as indicações terapêuticas a esses pacientes, as etapas de diagnóstico, eu acho que é um tratamento diferenciado para o paciente, tanto é que agente tem uma consulta extensa com esses pacientes, então a consulta inicial com esses pacientes e de 2 a 3 horas a consulta inicial, então eu acho que é um tratamento vip que esses pacientes recebem em relação ao CGDB” (EO8)

“[...] aqui nesse hospital a gente tem um déficit de fisioterapeutas, então tem as residentes ai que elas fazem um acompanhamento muito mais intra-hospitalar que parte ambulatorial [...] o hospital das clínicas da UFG tem um déficit importantíssimo de fisioterapeuta” (EM3)

“Acho também que o fator principal sejam pessoas, eu acho que a estrutura física poderia ser maior mas ela é, agente consegue dar bem com o espaço físico no que a faculdade oferece, mas eu sinto falta de mais pessoas, pessoas interessadas e com foco na questão da dor orofacial, no diagnóstico, que tem o perfil de atender esse tipo de paciente, que são geralmente pacientes crônicos que exigem uma atenção maior , um tempo de atenção maior, acaba se criando vinculo com os pacientes e não são todos os profissionais que tem interesse nessa área, eu sinto falta principalmente de pessoas” (EO1)

“Só que o falta é integração, se houvesse mais integração entre a neurologia e a neurocirurgia, se houve mais integração entre as outras clínicas, a fisio, a odonto de maneira geral conosco, acho que nós poderíamos fazer um trabalho bem melhor” (EM5)

“Positiva eu diria que como nós, estamos em um hospital escola que tem uma riqueza muito grande de outras especialidades nos temos uma acessibilidade muito boa a um atendimento multiprofissional e multidisciplinar desses pacientes, não só na área medica, mas nas áreas multiprofissionais que é igualmente importante no atendimento desses pacientes, odontologia, psicologia, nutrição, enfermagem, a equipe multiprofissional e muito importante” (EM4)

“Aqui tem essa equipe multiprofissional, mas falta às vezes terapias múltiplas” (EM9)

“Por exemplo, se divulga que no CGDB tem isso e passa a ser replicado pelos alunos, quando tiver algum caso, certamente eles vão fazer a referencia do CGDB, o núcleo daqui” (EO2)

“Aqui tem uma visão multiprofissional de tratamento, o ambiente universitário propicia mais esse contexto” (EM1)

“Acho que positivamente o que mais contribui é o material humano, profissionais capacitados e assim, todos são excelentes profissionais, acho que todos têm algum domínio a respeito do assunto” (EM5)

As falas dos entrevistados revelam questões negativas e positivas em relação aos serviços investigados como *déficit* de profissionais, falta de integração, e pessoas interessadas com foco e dor orofacial, problemas em diagnóstico inicial, porém, como positivo a visão multiprofissional por se tratar de um ambiente universitário, por possuir uma equipe voltada para o estudo tudo é criterioso e bem

detalhado, porém o que falta é a integração das equipes. Gusman et al (1997), defende o manuseio interdisciplinar da dor, dando como exemplo a clínica de dor, onde especialistas podem tratar em conjunto os problemas específicos da dor através de intervenções farmacológicas, sensoriais e psicológicas. Tanto a dor dentária, como a dor paroxística trigeminal são de intensidade forte a fortíssima e podem confundir profissionais menos experientes, favorecendo procedimentos iatrogênicos devido à falta de conhecimento do comportamento clínico dessas duas entidades (GÓES; FERNANDES, 2008). Autores ressaltam, que nem todos os pacientes com NT apresentam os mesmos sinais e sintomas sendo, portanto, necessário à realização de diagnóstico diferencial através da solicitação da realização de exames complementares, avaliação oftalmológica, otorrinolaringológica e/ ou odontológica para se excluir outras enfermidades que nem sempre tem sua origem primária sediada na face, mas que poderiam causar os mesmo sinais e sintomas da NT (QUESADA; BAPTISTA, FLORES, 2005; OLIVEIRA et al., 2009; STRÖHER; TAGO, 2010).

A ausência de uma política de regulação efetiva no SUS explicita problemas como presença de leitos e falta de vagas para diversas modalidades de tratamento, necessita regulação do sistema no que se refere à adequação da oferta à demanda e, consequentemente, à questão da resolutividade e racionalidade, distorcendo a prestação da assistência à saúde (FARIAS et al., 2011). A fala dos entrevistados vai de encontro à literatura, onde problemas de infraestrutura são comuns no sistema público de saúde, porém, a falta de adesão do paciente ao tratamento foi de modo geral um limitante para o tratamento e acompanhamento desses pacientes.

Observou-se na fala dos entrevistados que se faz necessário mais estudo por parte dos profissionais envolvidos no diagnóstico e tratamento da NT, por se tratar de uma doença onde os sinais e sintomas são característicos, porém exige detalhamento minucioso por parte do profissional, pois sua origem pode estar desconhecida e pode ser facilmente confundida com outras síndromes, conforme demonstrado na literatura (ZAKRZEWSKA, 2002; FRIZZO; HASSE, VERONESE, 2004; QUESADA; BAPTISTA, FLORES, 2005). Outro ponto fundamental é a interação entre as equipes, onde em um ambiente profissional muitas vezes possui multiprofissionais, mas que não se interagem, não trabalham em conjunto, o que facilitaria muito um diagnóstico rápido, um tratamento adequado e um encaminhamento com maior acessibilidade a uma equipe e não a um único

profissional. Ficou evidenciado na fala dos entrevistados que existe profissionais qualificados, que a estrutura física não impede o atendimento e o que realmente falta é integração.

4.2.6 Fluxo de encaminhamento dos pacientes

Como seus pacientes são encaminhados ou procuram os seus cuidados?

Nessa categoria os entrevistados relatam como os pacientes são referenciados até os serviços em questão: origem dos pacientes, causas do encaminhamento e os profissionais que encaminham.

4.2.6.1 Origem dos pacientes

Os entrevistados relataram que os pacientes em geral são referenciados pela Secretária Municipal de Saúde, para os dois serviços da UFG (CGDB-FO-UFG e NN-HC-UFG)

“Chegam dos encaminhados dos próprios pacientes que já fazem o tratamento, que um acaba comentando com o outro” (EO4)

“Demanda espontânea mesmo, porque normalmente quando eles vêm e falam que é dor, as meninas já agendam para o núcleo de dor” (EO7)

“Geralmente eles vem encaminhado do serviço público, que sabe que existe o núcleo de dor, também vem de origem de alunos que fazem faculdade, sabem que existe e encaminham parentes e colegas” (EO10)

“Geralmente é interconsulta do próprio hospital ou pela Secretaria Municipal de Saúde” (EM2)

“Normalmente o paciente é encaminhado da Secretária Municipal de Saúde” (EM5)

Quando interpelados sobre como os pacientes eram referenciados, os entrevistados relataram a chegada dos pacientes através de outros pacientes que já fazem tratamento no local e replicam a informação, por saberem que existe um núcleo de dor e interconsulta do próprio hospital. Apesar do presente estudo ter sido realizado com (EM) e (EO), existem diversos profissionais que também tratam pacientes com NT, até mesmo dentro do mesmo centro investigado. Por tanto, a chegada desses pacientes é por várias “portas de entrada”, com a interagração dos serviços poderia ter apenas uma entrada direcionada a uma equipe de profissionais, onde haveria um consenso do melhor tratamento a ser realizado.

4.2.6.2 Causas do encaminhamento

As causas mais comuns de encaminhamento dos pacientes são conhecimento e falta de efetividade no tratamento.

“Normalmente quando um neurologista manda pra gente já não conseguiu controlar com medicação” (EM9)

“Primeiro que eu sou estomatologista, dor em boca é o dentista e não o médico, quem entende de boca é o dentista, os 2/3 inferior da face é responsabilidade do dentista, então eu sou estomatologista, sou professor ha 29 anos, oriento sobre nevralgia do trigêmeo, então é natural que eu receba pacientes. Eles vem encaminhados por outros profissionais. Não, o sistema único de saúde não tem conhecimento de nevralgia do trigêmeo não, isso ai, o paciente peregrina muito, passa por médicos, mesmo no sistema único de saúde. Nevralgia do trigêmeo não é prioridade para o sistema único de saúde” (EO2)

Observou-se na fala dos entrevistados que os pacientes chegam advindos de outros profissionais que não obtiveram sucesso no tratamento e encaminharam para um profissional de outra área, como o sugerido pela literatura (JAINKITTIVONG; ANEKSUK, LANGLAIS, 2011).

4.2.6.3 Profissionais que encaminham

O encaminhamento dos pacientes também é feito entre profissionais como foi relatado pelos entrevistados (EO1), (EM1), (EM9) e (EO2).

“Eles tem sido encaminhados por colegas dentistas, alguns pacientes vem do próprio centro de outras áreas, de outras especialidades, são encaminhados para agente, mas tem dentistas de consultórios privados, ou de postos de saúde de CAIS que encaminham pacientes pra cá para fazer o diagnóstico de dor” (EO1)

“São pacientes que procuram neurologistas, muitos deles já passaram por um outro profissional antes, quando eles percebem é indicado para um neurologista, então eles vem aqui” (EM1)

“Chegam da unidade básica de saúde direto ou da neurologia clínica. É aqui no HC normalmente são por uma dessas duas vias” (EM9)

“Eles vem encaminhados por outros profissionais. O Sistema Único de Saúde não tem conhecimento de nevralgia do trigêmeo não, isso ai, o paciente peregrina muito, passa por médicos, nevralgia do trigêmeo não é prioridade para o sistema único de saúde” (EO2)

Podemos observar através das falas que os o SUS distribui os pacientes para os centros de referência, e quando esses pacientes chegam aos centros os

profissionais atendem ou encaminham conforme a necessidade do paciente. Para Luna et al., (2010) é importante o diálogo entre o examinador e o paciente, sendo necessário que o profissional tenha a habilidade em questionar adequadamente o paciente a fim de obter informações pertinentes da doença durante a anamnese. Além do histórico e exame físico, deve-se levar em consideração a interpretação dos exames complementares e a avaliação multidisciplinar para o diagnóstico final.

4.2.6 Acompanhamento dos pacientes

Como o senhor faz o acompanhamento dos seus pacientes com neuralgia trigeminal?

Nessa subcategoria os entrevistados relatam sobre o encaminhamento pós-serviço:

4.2.7.1 Critérios para o acompanhamento

Os entrevistados (EM1) e (EO8) relataram a dor e o ajuste de dose como critérios de acompanhamento dos pacientes.

“Depende muito do critério do próprio paciente, a indicação e retorno está dentro do controle da dor. Depende do critério da dor né” (EM1)

“[...] fazer esse acompanhamento dos efeitos colaterais que podem surgir ou acompanhamento da dose, ajustes de dose constantes desses pacientes, então eles tem um acompanhamento muito próximo” (EO8)

4.2.7.2 Periodicidade dos retornos

Os entrevistados em geral relataram ter um acompanhamento mais próximo no início do tratamento onde ocorre o processo de dose terapêutica, porém após esse controle da dor, o espaçamento entre as consultas passa a ser trimestral semestral e depois anual ou a depender de como o paciente.

“[...] acompanhamento inicialmente semanal, se houvesse melhora, a gente passava para mensal, depois periodicamente aumentando esse período” (EO5)

“[...] logo depois do procedimento, uma vez por mês, nos primeiros 3 meses e depois a cada 6 meses, se ele não tiver dor a cada ano” (EM9)

“Dependendo do tratamento inicial clínico em torno de 3 meses de uma consulta pra outra, porque a gente não tem no sistema a capacidade de gerenciamento mais rápido” (EM7)

4.2.7.3 Dificuldades no acompanhamento

Gerenciamento do número de vagas e o não retorno do paciente foram algumas dificuldades inerentes ao acompanhamento dos mesmos citadas pelos entrevistados (EM6) e (EO6).

“Eu atendi, mediquei carbamazepina e o paciente não retornou, então agente imagina, supõe que o paciente tenha melhorado. Em geral quando o paciente melhora, ele não retorna” (EO6)

“Marca não tem condição. É variável depende da crise que ele tá tendo. Às vezes até no pós-operatório a gente quer ver o paciente, tipo 1 mês depois, mas ele mora daqui 500 km , 400, 300 km ele não vem, eu to bem o que eu vou fazer lá” (EM6)

Na fala dos entrevistados evidenciou-se a dor como critério de acompanhamento desses pacientes. Se a dor esta controlada, esse paciente não retorna. Por outro lado se a dor esta presente, o paciente continua em acompanhamento ate o ajuste atigir a dose terapêutica e o quadro algico estabilizar. A literatura nos traz que a dosagem dos medicamentos deve ser aumentada gradualmente para minimizar os efeitos adversos que diminuem a colaboração do paciente em seu processo terapêutico (GREEN; SELMAN, 1991). A dor é uma experiência pessoal, o que torna difícil defini-la e mensurá-la. Sendo assim, um parâmetro essencial é o grau de alívio associado à determinada droga (ZAKRZEWSKA, 1999).

Muitas vezes o paciente entende que a ausência de dor significa que ele esta curado, por tanto ele não retorna ao serviço. O diálogo e o entendimento da patologia devem ser apresentado de forma clara ao paciente para que ele entenda o plano de tratamento e a importância dele fazer parte desse processo.

5. CONSIDERAÇÕES

A Fisiopatologia da NT foi tratada de forma variada pelos profissionais. Apesar das várias teorias sugeridas para explicá-la, ela ainda não é completamente compreendida, fato este que contribui para a falta de consenso entre os profissionais.

O processo de diagnóstico foi considerado como eminentemente clínico, sendo os exames complementares solicitados para diagnóstico diferencial e exclusão de causas secundárias para NT. A falta de capacitação para o diagnóstico dessa neuropatia foi percebida, principalmente, pelos profissionais da área odontológica.

Em relação ao tratamento utilizado, a farmacoterapia foi relatada como o mais utilizado. A grande maioria dos entrevistados conhecem as práticas integrativas e complementares como parte do tratamento da NT, de forma associada ou isolada. As limitações encontradas foram apresentadas de forma clara, tendo sido pontuada a dificuldade de utilização da associação de outros medicamentos não fornecidos pelo SUS, devido ao custo. Essa barreira diminui a efetividade do tratamento medicamentoso em alguns casos, levando o profissional a opções de tratamento mais invasivas e até de mais alto custo, porém disponíveis no SUS. A deficiência de integração entre os diferentes profissionais, bem como dos conhecimentos relativos às diferentes especialidades envolvidas no processo de diagnóstico e tratamento da NT, dificulta a adequação do atendimento às necessidades individuais dos pacientes. Outro exemplo de destaque é a dificuldade de adesão do paciente ao tratamento, pelos seus efeitos colaterais, interações medicamentosas e falta de conhecimento de que o controle da dor não significa cura.

Quanto ao serviço, apesar de relatarem uma infraestrutura deficiente, entedem que existem outros problemas mais significantes como a falta de profissionais capacitados para o estabelecimento de um processo de diagnóstico mais acurado e a escolha mais apropriada do tratamento. Isto favorece a peregrinação dos pacientes e tratamentos desnecessários ou ineficientes. Os relatos desta categoria destacam ainda, a falta de núcleos específicos para tratamento da dor e a importância dos espaços de ensino-aprendizagem como facilitadores do

atendimento multidisciplinar adequado ao paciente. Apesar das barreiras, um aspecto positivo pontuado foi o fato dos dois serviços investigados pertencerem a uma IES em saúde, com a possibilidade de atendimento multiprofissional e multidisciplinar e encaminhamento ou acompanhamento simultâneo pelos profissionais de diferentes áreas.

O acompanhamento dos pacientes, em geral, foi descrito ocorrer com menores intervalos de tempo na fase inicial e a medida em que se obtém o controle da dor existe um maior espaçamento das consultas de retorno.

Pode-se perceber nas entrevistas que, apesar dos serviços possuírem vários profissionais trabalhando em um mesmo local, falta a inter e a transdisciplinaridade, ou seja, a aproximação das áreas para favorecer com que o diagnóstico e tratamento sejam mais rápidos e adequados às necessidades individuais dos pacientes.

A investigação das abordagens médicas e odontológicas frente a NT nos dois serviços investigados identificou aspectos que podem motivar a aproximação dos mesmos e a potencialização dos recursos existentes, gerando resultados mais favoráveis aos indivíduos acometidos, à capacitação profissional, à pesquisa e a resolubilidade das ações do SUS.

Os resultados dessa pesquisa podem subsidiar avanços na efetividade e eficácia do tratamento da NT, um repensar sobre o custo-benefício dos tratamentos que estão sendo utilizados e também aproximação de áreas afins no tratamento de uma doença que requer tratamento multiprofissional.

Um fator que favoreceu muito foi à abertura dos profissionais para participação e contribuição da pesquisa.

Para que esses dois serviços possam trabalhar de forma complementar, alguns pontos de partida possíveis seriam o desenvolvimento de ensaios clínicos em parceria e o fortalecimento de linhas de pesquisa nessa temática, nos programas de pós-graduação multidisciplinares que envolvam os profissionais de ambos serviços.

Outro ponto importante é saber que além dos dois serviços investigados, o mesmo centro possui profissionais de outras áreas que também recebem pacientes com NT. É importante a integração inicial dos dois serviços para que mais tarde outros serviços venham integrar-se a essas equipes contribuindo ainda mais para essa visão multidisciplinar.

6. REFERÊNCIAS

ALVES TCA; AZEVEDO GS; CARVALHO ES. Tratamento farmacológico da neuralgia do trigêmeo: revisão sistemática e metanálise. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, 54:6,836-839, 2004.

BARDIN L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1995.

BARRETT AP; SCHIFTER M. Trigeminal neuralgia. **Australian Dental Journal**, 38:3, 198-203, 1993.

BARON R. Diagnosis and Treatment of Neuropathic Pain. **Dtsch Arzte bl**, 103(41):2720-30,2006.

BAYER, DB; STENGER, TG. Trigeminal neuralgia: An overview. **Oral Surgery.**, 48(5),393-399, 1979.

BELEI RA; GIMENIZ-PASCHOAL SR; NASCIMENTO EM; MATSUMOTO PHVR. **O uso de entrevista, observação e videogravação em pesquisa qualitativa**. Cadernos de Educação | FaE/PPGE/UFPel | Pelotas [30]: 187 - 199, janeiro/junho 2008.

BENNETTO L; PATEL N; FULLER G. Trigeminal Neuralgia. **Journal Geriatric Medicine**. London, 38:12, 639-642, 2008.

BORBOLATO RM; AMBIEL CR. Neuralgia do Trigêmeo: Aspectos importantes na clínica odontológica. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, 2:2, 201-208, 2009.

BOTO GR. Neuralgia del trigémino. **Neurocirugía**. 21: 361-372,2010.

BRASIL. Ministério da Educação. Decreto Nº 80.281, de 5 de setembro de 1977. **Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e da outras providências**. Diário Oficial da União. Brasília, DF,6 set.1977. Seção 1, pt.1, p.11787,1997.

BRASIL. **Constituição federal de 1988, art.200, inciso III**. [Internet]. [acesso em 2014 Jun 10]. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/topicos/10652869/artigo-200-da-constituicao-federal-de-1988>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Assistência à Saúde Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CABYOGLU MT; EEGENE N; TAN U. The mechanism of acupuncture and clinical applications. **International Journal of Neuroscience**.116:115-25, 2006

CALIL C. Proposta de um modelo pedagógico para programas de residência médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 57:751-8,2000.

CAMARGO AC. **Dor: Diagnóstico e Tratamento**. In: Neuralgia do Trigêmeo. 1a ed. São Paulo: Roca; 125-159,2001.

CECCIM, RB; FEUERWERKER LCM. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(1):41- 65, 2004

CHESHIRE, W. P. Trigeminal neuralgia: for one nerve a multitude of treatments. **Expert Review Neurotherapeutics**. London, 7(11),1565-1579, 2007.

CHEN HI; LEE JYK. The Measurement of Pain in Patients With Trigeminal Neuralgia. **Clinical Neurosurgery**, 57, 2010

COLOMBINI NEP, OLIVEIRA C. **Cirurgia maxilofacial – terço inferior**. São Paulo : Pancast; 1991.

COSTA CC; CAPOTE TSO; GASPARETTO AMM. Neuralgia trigeminal – uma revisão bibliográfica sobre etiologia, sintomas e tratamento. **Revista Faculdade Odontologia**, 8(2), 50-52, 2006.

CRUCCU, G. Advances in Trigeminal Neuralgia. **European Neurologic Disease**, London, 2:35-38, 2007.

CRUCCU G; GRONSETH G; ALKSNE J, et al. AAN-EFNS guidelines on trigeminal neuralgia management. **European Journal of Neurology**.15:1013–1028, 2008

DEVOR M; AMIR R; RAPPAPORT ZH. Pathophysiology of trigeminal neuralgia: the ignition hypothesis. **Clinical Journal of Pain**,18:4-13, 2002.

EVANGELISTA SS; SAMPAIO FC; PARENTE RC; BANDEIRA MFCL. Fitoterápicos na odontologia: Estudo etnobotânico na cidade de Manaus. **Revista Brasileira de Plantas Mediciniais** 15(4), 2013.

FARIAS SF; GURGEL GD; COSTA AM; BRITO RL; BUARQUE RR.A regulação no setor público de saúde no Brasil:os (des) caminhos da assistência médico-hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(1):1043-1053, 2011.

FORTE, M. et al. Considerações anatômicas do conflito neurovascular na nevralgia do trigêmeo. **Neurobiology**, 55(2) 39-44, 1992.

FRIZZO HM; HASSE PN; VERONESE RM. Neuralgia do trigêmeo: revisão bibliográfica e analítica. **Revista de Cirurgia Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**, 4:4, 212-217, 2004.

FUKUDA M; ISHIKAWA M; IWASAKI K; TAKASE T. PURE VL. trigeminal neuralgia caused by a cryptic trigeminal neurinoma. **Acta Neurochirurgica**, Wien, 143: 203-204, 2001.

GOES TMPL; FERNANDES SMF. Neuralgia do Trigêmeo: diagnóstico e tratamento. **International Journal of Dentistry**, Recife, 7:2,104-115, 2008.

GREEN, MW; SELMAN, JE. Review Article: The Medical Management of Trigeminal Neuralgia. **Headache**, Valhalla, (31) 9, 588-592, 1991.

GRONSETH G; CRUCCU G; ALKSNE J, et al. Practice parameter: the diagnostic evaluation and treatment of trigeminal neuralgia (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the European Federation of Neurological Societies. **Neurology**. 71:1183–1190,2008.

GUSMAN AC; DA COSTA GD; BASTOS JC; MAGALHÃES KS; MAIA LR; PENA MGM; XAVIER PF, FARIA TP; THOM V; PIMENTEL SF. A dor e o controle do sofrimento. **Revista de Psicofisiologia**, 1:1, 1997.

HAFNER MLMB; MORAES, MAAM; MARVULO, MML; BRACCIALLI, LAD; CARVALHO, MHR; GOMES,R. A formação médica e a clínica ampliada: resultados de uma experiência brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(1):1715-1724, 2010.

HAI J; LI ST; PAN QG - Treatment of atypical trigeminal neuralgia with microvascular decompression. **Neurology India**, 54:53-57,2006.

JACOB RP, RHOTON JR. AL. Diagnosis and Nonoperative Management of Trigeminal Neuralgia. In: Youmans JR. **Neurological Surgery**. 4ª ed. W. B. Saunders Company;. Vol. V. p. 3376-3385, 1996

JAINKITTIVONG A; ANEKSUK V; IANGLAIS RP. Trigeminal neuralgia: a retrospective study of 188 Thai cases; **British Society of Gerodontology**, 2011.

JANNETTA, PJ. Arterial compression of the trigeminal nerve at the pons in patients with trigeminal neuralgia. **Journal Neurosurgery**, 26:1,159-162, 1967.

KAUFMANN AM; MITESH P. **Your Complete Guide to Trigeminal Neuralgia**. University of Manitoba, Manitoba, 2001. Disponível em:<<www.umanitoba.ca/cranial nerves >>. Acesso em: 20 de fevereiro 2014.

KITT CA; GRUBER K; DAVIS M et al. Trigeminal neuralgia: opportunities for research and treatment. **Pain**, 85:3-7,2000.

KRAFFT RM. Trigeminal Neuralgia. **American Family Physician**, 77:1291-1296, 2008.

KRAMLINGER KG; PHILLIPS KA; POST RM. Rash complicating carbamazepine treatment. **Journal of Clinical Psychopharmacology**, 14(5):408-413, 1994.

KONDZIOLKA D; LUNSFORD LD; FLICKINGER JC. Stereotactic radiosurgery for the treatment of trigeminal neuralgia. **Clinical Journal Pain**, 18:42-47, 2002.

KRMPOTIÉ-NEMNIÉ J; VINTER I; HAT J; JALSOVEC D. Mandibular Neuralgia due to Anatomical Variations. **European Archives Oto-rhino-laryngology**, Heidelberg, 256, 205-208, 1999.

LAURENT B; DEVOIZE JC; SCHOTT B. Étude clinique et traitement medical de la nevralgie faciale essentielle. **Encyclopaedia Med-Chirurgical Paris, Neurologie**,5: 17091, 1980.

LAW AS; LILLY JP. Trigeminal neuralgia mimicking odontogenic pain: report of two cases. **Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiology Endodontics**, 80:1,96-100, 1995.

LEMO S L; FLORES S; OLIVEIRA P, et al. Gabapentin supplemented with ropivacain block of trigger points improves pain control and quality of life in trigeminal neuralgia patients when compared with gabapentina lone. **Clinical Journal Pain**, 24:64–75,2008.

LOVE S; COAKHAM HB. Trigeminal neuralgia: pathology and pathogenesis. **Brain**, 124:2347-2360, 2001.

LORENZONI JG; MASSAGER N; DAVID P; DEVRIENDT D; DESMEDT F; BROTCHE J;LEVIVIER M. Neurovascular compression anatomyand pain outcome in patients with classic trigeminal neuralgia treated by radiosurgery. **Neurosurgery**, Los Angeles, 62(2),368-375, 2008.

LUNA EB; GRAÇA LFA; SILVA DCO; BERZIN F; SILVA Z; SOUZA GC; MITRI FF. Aspectos Anatômicos e Patológicos da Neuralgia do Trigêmeo: Uma revisão da literatura para estudantes e profissionais da saúde. **Journal Bioscience**, Uberlândia, 26:4, 661-674,2010.

LUZ, MT. **Complexidade do Campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática Saúde Social**. São Paulo, v.18, n.2, p.304-311, 2009.

MAČIANSKYTĖ D, JANUŽIS G, KUBILIUS R, **Associations Between Chronic Pain and Depressive Symptoms in Patients With Trigeminal Neuralgia, Medicina (Kaunas)**,47 (7), 386-92,2011.

MCLEOD, N. M.; PATTON, D. W. Peripheral alcohol injections in the management of trigeminal neuralgia. **Oral Surgery. Oral Medicine. Oral Pathology. Oral Radiology. Endodontics.**, St. Louis, (104):1,12-17, 2007.

MANZONI GC; TORELLI P. Epidemiology of typical and atypical craniofacial neuralgias. **Journal of the Neurological Sciences**,26(2):s65-67,2005.

MATTOS JMB; BUENO FV; MATTOS LR. Neuralgia do trigêmeo: Um novo protocolo de tratamento clínico. **Revista Dor**, 6(4): 652-656, 2005.

MERSKEY H; BOGDUK N. **Classification of chronic pain**. Seattle: IASP Press, 1994.

NETO HS; CAMILLI JA; MARQUES MJ. Trigeminal neuralgia is caused by maxillary and mandibular nerve entrapment: greater incidence of right-sided facial symptoms is due to the foramen rotundum and foramen ovale being narrower on the right side of the cranium. **Journal of Medical Hypotheses**, 5;65:1179-1182,2005.

NURMIKKO TJ; ELDRIDGE PR. Trigeminal neuralgia: pathophysiology, diagnosis and current treatment. **British Journal Anaesthesia** 1;87:117-132,2005.

OBERMANN, M. Treatment options in trigeminal neuralgia. **Therapeutic Advances in Neurological Disorders**, London,3:2,107-115, 2010.

OLIVEIRA CMB; BAAKLINI LG; ISSY AM; SAKATA RK. Neuralgia do Trigêmeo Bilateral. Relato de Caso. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Rio de Janeiro, 59:4, 2009.

ONG KS; KENG SB. Evaluation of surgical procedures for trigeminal neuralgia. **Anesthesia Progress**, 50:181-188, 2003.

ONOFRIO, B. M. Radiofrequency percutaneous Gasserian ganglion lesions. Results in 140 patients with trigeminal pain. **Journal Neurosurgery**, (42),132-139, 1975.

OSTERBERG A; BOIVIE J; THUOMAS KA - Central pain in multiple sclerosis: prevalence and clinical characteristics. **European Journal Pain**, 9:531-542, 2005.

PAGLIOLI EB; DA COSTA JC; FALAVIGNA A. **Topodiagnóstico neurológico**. Porto Alegre: Ed. Evangraf; p. 146-153, 1989.

PESSOA, JHL; CONSTANTINO CF. O médico residente como força de trabalho. **Revista da Sociedade de Cardiologia**, Estado de São Paulo, 12(6), 2002.

PETERS G; NURMIKKO TJ. Peripheral and gasserian ganglion-level procedures for the treatment of trigeminal neuralgia. **Clinical Journal Pain**, 18:28-34,2002.

PETTERSON, L.J.; ELLIS, E.; HUPP, J.R.; TUCKER, M.R. **Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea**, 3º edição, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.684-686, 2000.

PÉREZ C; SALDAÑA MT; NAVARRO A, et al. Trigeminal neuralgia treated with pregabalin in family medicine settings: its effect on pain alleviation and cost reduction. **The Journal of Clinical Pharmacology**, 49:582–590,2009.

PIOVESAN, EJ. **Toxina Botulínica do tipo-A sobre um modelo de nocicepção trigeminal**. 2010, p.231, Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências da Saúde. Curitiba, 2010.

PINHEIRO FMC; NÓBREGA-THERRIEN, SM; ALMEIDA MEL; ALMEIDA MI. **A formação do cirurgião-dentista no Brasil: contribuições de estudos para a prática da profissão RGO**, Porto Alegre, v. 57, n.1, p. 99-106, 2009.

PRETTI D; URBANO H. **A linguagem falada culta na cidade de São Paulo**. São Paulo: Queiroz, 1988.

PRICE DD; MCGRATH PA; RAFII A; BUCKINGHAM B. The validation of visual analogue scales as ratio scale measures for chronic and experimental pain. **Pain**, 17:1, p.45-56, 1983.

QUESADA GAT; BAPTISTA CE; FLORES DL. Neuralgia Trigeminal – do diagnóstico ao tratamento. **Revista Dentística on line**, 5:11, p. 46-54, 2005.

QIN H; CAI J; YANG FS. Could calcitonin be a useful therapeutic agent for trigeminal neuralgia? **Medical Hypotheses**, Edinburgh, 71:1, p. 114-116, 2008.

REA LM; PARKER RA. **Desenvolvendo perguntas para pesquisas. In: Metodologia de pesquisa: do planejamento à execução**. São Paulo: Pioneira, p. 57-75,2000.

RENA CL. O papel da residência médica. **Revista Médica de Minas Gerais**, 22(4): 430-432,2012.

ROJAS, JEA. **O indivisível e o divisível na história oral**. In: MARTINELLI, M. L. Pesquisa qualitativa: um instigante desafio. São Paulo: Veras, p. 87-94,1999.

SCRIVANI, SJ; MATHEWS, ES; MACIEWICZ, RJ. Trigeminal neuralgia . **Oral surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology**, 100(5), 2005.

SPECIALI, JG. **Classificação das cefaléias**. Medicina, Ribeirão Preto, v.30, p.421-427,Out./Dez. 1997.

STRÖHER, T. H.; TAGO, A. G. **Sintomatologia atípica em nevrálgia do nervo trigêmeo - erro de diagnóstico e implicações clínicas**. 2010. 33fls. Trabalho de conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Paranaense. Umuarama, PR: UNIPAR, 2010.

SCHESTATSKY, P. Definição, Diagnóstico e Tratamento da dor Neuropática. **Revista Hospital das Clínicas de Porto Alegre**, Porto Alegre, 28:2, p.177-87, 2008.

SCHESTATSKY P; NASCIMENTO OJM. What do general neurologists need to know about neuropathic pain? **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, 67(3-A):741-749, 2009.

SHANKLAND, WE. Causas mais comuns da dor facial de origem não dentária. **The Journal of Clinical Dentistry**, 13, p.52-62, 2001.

SERT H; USTA B; MUSLU B; GOZDEMIR M. Successful Treatment of a Resistance Trigeminal Neuralgia Patient By Acupuncture **Clinics**, 64(12):1225-6, 2009.

SIQUEIRA JTT; CHING LH. Neuralgia idiopática do trigêmeo: diagnóstico diferencial com dor de origem dentária. **Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM e Dor Orofacial**, 3:10, p.131-139, 2003.

SUÀREZ DBG; VALDÉS FB; RABÍ MDC; ARTEAGA MH; SUÁREZ LF. Laser y Dolor Neuropático **Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación**, 2 (3): 37-41, 2003.

TATLI M; SATICI O; KANPOLAT Y; SINDOU M. Various surgical modalities for trigeminal neuralgia: literature study of respective long-term outcomes. **Acta Neurochirurgica.**, Wien, 150:3, p. 243-255, 2008.

TEIXEIRA MJ; SIQUEIRA SRDT. Neuralgias do Segmento Facial. **Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM e Dor Orofacial**, Curitiba, 3:10, p.101-110, 2003.

TEIXEIRA, M. J. Dor orofacial. In: ALVES NETO, O. et al. **Dor: Princípios e prática**. Porto Alegre, RS: Artmed, 712-720,2009.

TORRANCE N, SMITH BH, BENNETT MI. Medication and treatment use in primary care patients with chronic pain of predominantly neuropathic origin. **BMC Family Practice**, 4:481-485,2007.

WALL PD; MELZACK R. **Textbook of Pain**. 4^oed. Londres, Churchill Livingstone, p.739-760,1999.

WHITE A; HAYHOE S; HART A; ERNST E. Adverse events following acupuncture. Prospective survey of 32,000 consultations with doctors and physiotherapists. **British Medical Journal**, 323:485-6,2001.

ZAKRZEWSKA JM - **Trigeminal, Eye and Ear Pain**, em: Wall & Melzack - Textbook of Pain, 4th Ed, Londres, Churchill Livingstone, 739-760,1999.

_____ Diagnosis and differential diagnosis of trigeminal neuralgia. **Clinical Journal of Pain**,18:14-21,2002.

ZAKRZEWSKA JM; LINSKEY ME. Neuralgia Trigeminal. **Clinical Evidence**, London, 3:1207, 2009.

ZÚÑIGA C; DÍAZ S; PIEDIMONTE F; MICHELI F. Beneficial effects of Botulinum toxin type a in trigeminal neuralgia. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, São Paulo, 66:3, 500-503, 2008.

YOSHIMASU F, KURLAND LT, ELVELVACK LR. Tic Doloureux in Rochester, Minnesota, 1945-1969. **Neurology (Minneap)**, 22:952-6, 1972.

ANEXOS

Anexo I – Termos de Autorização para Realização da pesquisa

Anexo II – Artigos e normas para publicação

Anexo A – Termo de Anuência do Diretor da FM/UFG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE MEDICINA

Termo de Anuência

Ao

Comitê de Ética em Pesquisa do HC/UFG

Assunto: Documento com a anuência dos responsáveis pelas instituições onde se desenvolverão a observação e/ou coleta de dados da pesquisa.

A Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás-UFG está ciente do projeto **“Diagnóstico e tratamento da neuralgia trigeminal: análise da abordagem e médica e odontológica em dois serviços de referencia em Goiânia”** coordenado pela doutoranda em Ciências da Saúde da UFG, **Kelly Cristina Borges Tacon**, que contará com a entrevista dos profissionais dos serviços de Neurologia e Neurocirurgia dos Departamentos Clínica Médica e Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás.

Outrossim, a diretoria da Faculdade de Medicina - UFG oferece a anuência para o desenvolvimento do mesmo.

Assim sendo, subscrevo o presente.

Prof. Dr. Vardeli Alves de Moraes
Diretor da Faculdade de
Medicina/UFG

Goiânia, 23 de Janeiro de 2013.

Prof. Dr. Vardeli Alves de Moraes
Diretor da Faculdade de Medicina-UFG

Anexo B – Autorização do Diretor Técnico do HC/UFG



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DIRETORIA TÉCNICA



Memorando N.º 348/13 DT/HC – UFG

Goiânia, 21 de fevereiro de 2013

Ao Senhor Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do HC/UFG

Senhor Coordenador,

Estamos autorizando a pesquisadora Kelly Cristina Borges Tacon a gravar entrevistas com Neurologistas e Neurocirurgiões deste Hospital para o desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado: “**Diagnóstico e tratamento da neuralgia trigeminal: análise da abordagem médica e odontológica em dois serviços de referência em Goiânia**”.

Vale ressaltar a pesquisadora o compromisso de utilizar os dados coletados apenas para esta pesquisa, bem como os sigilos dos nomes dos pacientes.

Atenciosamente,

Prof. Washington Luiz Ferreira Rios
Diretor Técnico do HC/UFG – em exercício

PRIMEIRA AVENIDA S/N – SETOR LESTE UNIVERSITÁRIO
CEP. 74 695-050 - FONE – (062) 3269-8497
GOIÂNIA – GOIÁS

Missão do HC

“Promover assistência humanizada e de excelência à saúde do cidadão integrando-se às políticas públicas de saúde, servindo de campo moderno e dinâmico para ensino, pesquisa e extensão.”

Visão Estratégica

“Ser reconhecido como Hospital de referência no Atendimento Integral à Saúde com Excelência Tecnológica e Humana.”

Anexo C – Certidão de Ata do Departamento de Clínica Médica FM/UFG



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS (UFG)
FACULDADE DE MEDICINA (FM)
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA



CERTIDÃO DE ATA

Certifico que na Reunião Administrativa realizada no Departamento de Clínica Médica, em 30/01/2013, foi aprovada por unanimidade dos presentes a realização do projeto de pesquisa, sob o tema: **“Diagnóstico e tratamento da neuralgia trigeminal: análise da abordagem médica e odontológica em dois serviços de referência em Goiânia”**, sob a orientação da Prof^ª. Dra. Rejane Faria Ribeiro-Rotta.

Secretaria do Departamento de Clínica Médica, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, aos trinta dias do mês de janeiro de 2013.


Prof. Dr. Marcelo Fouad Rabahi
Chefe do Departamento de Clínica Médica
Faculdade de Medicina / UFG

Prof. Dr. Marcelo Fouad Rabahi
Chefe do Departamento de Clínica Médica
FM/UFG

Departamento de Clínica Médica – Faculdade de Medicina – UFG
1ª Avenida s/n - Setor Universitário – Goiânia – Goiás – Cep.: 74605-050 Fone: 269-8248

Anexo D – Declaração do Chefe do serviço de Neurologia do Departamento de Clínica Médica FM/UFG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
HOSPITAL DAS CLÍNICAS
FACULDADE DE MEDICINA

DECLARAÇÃO

Ao

Comitê de Ética em Pesquisa do HC/UFG

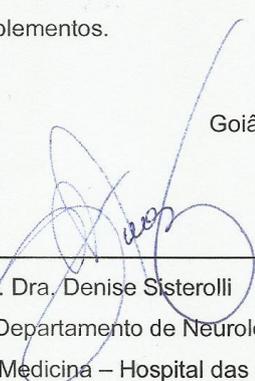
Assunto: Documento com a anuência dos responsáveis pelas instituições onde se desenvolverão a observação e/ou coleta de dados da pesquisa.

Declaro estar ciente e autorizo o desenvolvimento do projeto: ***“Diagnóstico e tratamento da neuralgia trigeminal: análise da abordagem e médica e odontológica em dois serviços de referencia em Goiânia”***, relacionado à tese de doutorado no Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Goiás de responsabilidade de Kelly Cristina Borges Tacon.

O Serviço de Neurologia do Departamento de Clínica Médica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás oferece as condições ideais para a realização e desenvolvimento do projeto. Declaro que conheço, cumprirei e farei cumprir a Resolução CNS 196/96 e seus complementos.

Sem mais para o momento.

Goiânia, 05 de Fevereiro de 2013.



Prof. Dra. Denise Sisterolli
Chefe do Departamento de Neurologia
Faculdade de Medicina – Hospital das Clínicas

Anexo E – Certidão de Ata do Departamento de Cirurgia FM/UFG



Serviço Público Federal
Ministério da Educação
Universidade Federal de Goiás
Faculdade de Medicina
Departamento de Cirurgia

CERTIDÃO DE ATA

Certifico que a Reunião Ordinária do Departamento de Cirurgia/FM/UFG do dia 26/02/2013 aprovou, por maioria, o Projeto de Pesquisa Intitulado: “*Diagnóstico e tratamento da neuralgia trigeminal: análise da abordagem médica e odontológica em dois serviços de referência em Goiânia*”, tendo como autora e pesquisadora responsável, aluna de doutorado em Ciências da Saúde UFG/GO, Kelly Cristina Borges Tacon, sob a orientação da Profa. Dra. Rejane Faria Ribeiro-Rotta (Faculdade de Odontologia/UFG) e co-orientação da Profa. Dra. Vânia Cristina Marcelo (Faculdade de Odontologia/UFG).

Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, em Goiânia, aos vinte e seis dias do mês de fevereiro de 2013.

Prof. Dr. Antônio Fernando Carneiro

- Chefe do Departamento de Cirurgia/FM/UFG –

Prof. Dr. Antônio Fernando Carneiro
Chefe do Departamento de Cirurgia FM/UFG

Anexo F– Declaração do Chefe do serviço de Neurocirurgia do Departamento de Cirurgia FM/UFG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE MEDICINA



DECLARAÇÃO

Ao

Comitê de Ética em Pesquisa do HC/UFG

Assunto: Documento com a anuência dos responsáveis pelas instituições onde se desenvolverão a observação e/ou coleta de dados da pesquisa.

Declaro estar ciente e autorizo o desenvolvimento do projeto: ***“Diagnóstico e tratamento da neuralgia trigeminal: análise da abordagem e médica e odontológica em dois serviços de referência em Goiânia”***, relacionado à tese de doutorado no Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Goiás -UFG de responsabilidade de Kelly Cristina Borges Tacon.

O Serviço de Neurocirurgia do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina – UFG oferece as condições ideais para a realização e desenvolvimento do projeto. Declaro que conheço, cumprirei e farei cumprir a Resolução CNS 196/96 e seus complementos.

Sem mais para o momento.

Goiânia, 23 de Janeiro de 2013.

Prof. Dr. José Edison da S. Cavalcante
Chefe do Serviço de Neurocirurgia do Departamento de Cirurgia
Faculdade de Medicina – UFG

Anexo G – Declaração do Coordenador Técnico do Núcleo de Neurociências FM/UFG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE MEDICINA



DECLARAÇÃO

Ao

Comitê de Ética em Pesquisa do HC/UFG

Assunto: Documento com a anuência dos responsáveis pelas instituições onde se desenvolverão a observação e/ou coleta de dados da pesquisa.

Declaro estar ciente e autorizo o desenvolvimento do projeto: ***“Diagnóstico e tratamento da neuralgia trigeminal: análise da abordagem e médica e odontológica em dois serviços de referencia em Goiânia”***, relacionado à tese de doutorado no Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Goiás - UFG de responsabilidade de Kelly Cristina Borges Tacon.

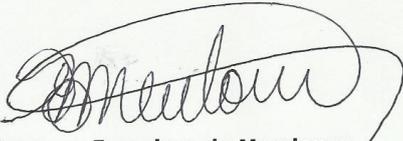
O Serviço de Neurologia do Departamento de Clínica Médica da Faculdade-UFG oferece as condições ideais para a realização e desenvolvimento do projeto. Declaro que conheço, cumprirei e farei cumprir a Resolução CNS 196/96 e seus complementos.

Sem mais para o momento.

Goiânia, 23 de Janeiro de 2013.

Prof. Dr. Delson José da Silva
Coordenador Técnico do Núcleo de Neurociências
Faculdade de Medicina – UFG

Anexo H – Certidão de Ata do Conselho Diretor da FO/UFG

 <p>FACULDADE DE ODONTOLOGIA UFG</p>	 <p>MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS FACULDADE DE ODONTOLOGIA</p>	 <p>UFG UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS</p>
CERTIDÃO		
<p>Certificamos que foi aprovado <i>ad referendum</i> do Conselho Diretor da Faculdade de Odontologia/UFG, o projeto de pesquisa intitulado "Diagnóstico e tratamento da neuralgia trigeminal: análise da abordagem médica e odontológica em dois serviços de referência em Goiânia", sob coordenação da prof^a Rejane Faria Ribeiro-Rotta.</p>		
<p>Diretoria da Faculdade de Odontologia/UFG, aos cinco dias do mês de março de 2013.</p>		
 <p>Prof Elismauro Francisco de Mendonça Diretor em exercício da FO/UFG Diretor em Exercício - FO/UFG</p>		
<p>Praça Universitária esq. C/ 1^a Avenida s/n - Setor Universitário - Goiânia – Goiás CEP: 74.605-220 - Brasil, 55 (062)3209-6325, 55 (062) 3209-6323, Tele fax: 55 (062) 3209-6325.</p>		

Anexo I – Declaração da Coordenadora do CGDB-FO/UFG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
CENTRO GOIANO DE DOENÇAS DA BOCA

DECLARAÇÃO

Ao Comitê de Ética em Pesquisas do Hospital das Clínicas – UFG.

Declaro estar ciente e autorizo o desenvolvimento do projeto: ***“Diagnóstico e tratamento da neuralgia trigeminal: análise da abordagem e médica e odontológica em dois serviços de referencia em Goiânia”***, relacionado à tese de doutorado no Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Goiás de responsabilidade de Kelly Cristina Borges Tacon.

O Centro Goiano de Doenças da Boca – CGDB na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás oferece as condições ideais para a realização e desenvolvimento do projeto. Declaro que conheço, cumprirei e farei cumprir a Resolução CNS 196/96 e seus complementos.

Sem mais para o momento.

Goiânia, 19 de fevereiro de 2013.

Dra. Rejane Faria Ribeiro-Rotta
Coordenadora do Centro Goiano de Doenças da Boca-CGDB
Professora Titular Estomatogia

Anexo J – Parecer do Comitê de Ética

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - GO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Diagnóstico e tratamento da neuralgia trigeminal: análise da abordagem médica e odontológica em dois serviços de referência em Goiânia

Pesquisador: Kelly Cristina Borges Tacon

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 15189213.5.0000.5078

Instituição Proponente: Hospital das Clínicas Universidade Federal de Goiás - GO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 255.673

Data da Relatoria: 11/04/2013

Apresentação do Projeto:

Diagnóstico e tratamento da neuralgia trigeminal: análise da abordagem médica e odontológica em dois serviços de referência em Goiânia.

Objetivo da Pesquisa:

Os Objetivos Específicos são :

- a) Investigar a compreensão dos profissionais dos serviços investigados, sobre o diagnóstico da NT;
- b) Conhecer as formas de tratamento realizadas, dificuldades, fatores positivos e negativos encontrados nos dois serviços;
- c) Identificar o conhecimento dos profissionais sobre diferentes tratamentos da NT;
- d) Conhecer o perfil e o fluxo de encaminhamento dos pacientes com dor neuropática nos dois serviços;
- e) Analisar o fluxo de acompanhamento dos pacientes subsequente ao tratamento realizado;
- f) Subsidiar possíveis melhorias nos serviços em investigação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos indiretos mínimos, inerentes também às atividades cotidianas, como possíveis atrasos nas atividades, interferências de fatores climáticos de

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitário **CEP:** 74.605-020
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 **Fax:** (62)3269-8426 **E-mail:** cephcufig@yahoo.com.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - GO



trânsito e possíveis constrangimentos frente a perguntas ou situações indesejadas.

Benefícios:

Entre os benefícios esperados estão o conhecimento da realidade da assistência prestada aos pacientes com neuralgia trigeminal no âmbito

hospitalar e odontológico, a observação das diferenças e/ou similaridade no diagnóstico e tratamento dos pacientes por médicos e

dentistas, podendo assim servir como parâmetro para uma interação multidisciplinar na busca de novas estratégias para uma abordagem mais efetiva.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Este é um projeto de doutorado. Trata-se de um estudo transversal, quali-quantitativo, amostra de conveniência (15 participantes) constituída por todos os médicos Neurologistas e Neurocirurgiões do Departamento de Clínica Médica e Cirurgia da FM-UFG e dentistas que atuam ou atuaram no núcleo de dor do Centro Goiano de Doenças da Boca-FO-UFG. O instrumento de coleta de dados será uma entrevista gravada, aberta e semi-estruturada dividida em 4 eixos: 1) concepção do profissional frente à Neuralgia do Trigêmeo,

2) formas de diagnóstico, 3) tratamento e, 4) organização dos serviços. As entrevistas serão analisadas de acordo com BARDIN (2011), para a criação de categorias analíticas que orientarão na construção de uma avaliação analítico-descritiva.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória estão adequados e em conformidade com as recomendações da Res. 196/96.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A meu ver este estudo não apresenta nenhum óbice de caráter ético, que possa prejudicar aos sujeitos participantes da pesquisa. Sugiro a aprovação do projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitário CEP: 74.605-020
UF: GO Município: GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 Fax: (62)3269-8426 E-mail: cepcufg@yahoo.com.br

Anexo II - Artigos

Artigo 1 - Revista Sociedade Brasileira de Clínica Médica

ARTIGO ORIGINAL

Percepção de médicos e cirurgiões-dentistas sobre a fisiopatologia da neuralgia trigeminal*

Perception of medicals and dentists about the pathophysiology of trigeminal neuralgia

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: Neuralgia trigeminal (NT) é caracterizada por intensa dor, paroxística, causado por estímulos absolutamente indolores, confinada a ramos nervosos trigeminais. A NT é considerada uma afecção com mecanismos fisiopatológicos não inteiramente esclarecidos, não tendo sido definido um único fator etiológico que possa ser responsável pelo seu surgimento. O objetivo do presente estudo foi investigar a percepção dos médicos e cirurgiões-dentistas sobre a fisiopatologia da NT.

MÉTODO: Estudo exploratório, transversal, qualitativo no qual foram incluídos todos os profissionais cirurgiões-dentistas e médicos com atuação em um dos dois serviços investigados. O instrumento de coleta de dados foi um roteiro de entrevista, com perguntas fundamentados na literatura sobre a fisiopatologia NT. A entrevista gravada, aberta e semi-estruturada orientou a construção de uma análise descritiva que possibilitou a identificação de categorias e subcategorias analíticas emergentes.

RESULTADOS: Dos 31 profissionais, fizeram parte da pesquisa 10 cirurgiões-dentistas e 9 médicos. Da categoria fisiopatologia emergiram 4 subcategorias das falas dos entrevistados – conceito, etiologia, características clínicas e mecanismo da doença. A Fisiopatologia da NT foi tratada de forma variada pelos profissionais. Apesar das várias teorias sugeridas para explicá-la, a NT ainda não é completamente compreendida, fato este que contribui para a falta de consenso entre os profissionais.

CONCLUSÃO: Em razão da sua etiologia multifatorial, a NT exige abordagem terapêutica interdisciplinar por vários especialistas, uma vez que a abordagem transdisciplinar alicerça o tratamento bem sucedido.

Descritores: Neuralgia do trigêmeo, Fisiopatologia, Dor neuropática, Percepção.

SUMARY

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Trigeminal neuralgia (TN) is characterized by very intense pain, paroxysmal caused by absolutely painless stimulus confined to the trigeminal nerve branches. The NT is considered a disease with pathophysiological mechanisms not fully understood, a single etiology has not been defined that can be responsible for their emergence. The aim of this study was to investigate the perceptions of physicians and dentists about the pathophysiology of NT.

METHOD: Exploratory, cross-sectional, qualitative study where they were included in the study all dentists and medical professionals with expertise in one of the two services investigated. The data collection instrument was an interview guide with questions based on literature on NT pathophysiology. Recorded interview, open and semi-structured guided the construction of a descriptive analysis that allowed the identification of categories and subcategories emerging analytical.

RESULTS: Of the 31 professionals took part in the survey 10 dentists and 9 medicals. The pathophysiology category 4 subcategories emerged from the interviewee's statements - concept, etiology, clinical characteristics and mechanism of the disease. The NT Pathophysiology was treated variously by professionals. Despite various theories suggested to explain it, it is still not fully understood, a fact that contributes to the lack of consensus among professionals.

CONCLUSION: The NT Pathophysiology was treated variously by professionals. Despite various theories suggested to explain it, it is still not fully understood, a fact that contributes to the lack of consensus among professionals. Because of its multifactorial etiology, NT requires interdisciplinary therapeutic approach by various experts, since the transdisciplinary approach underpins successful treatment.

Keywords: Trigeminal neuralgia, Pathophysiology, neuropathic pain, Perception.

INTRODUÇÃO

A NT é caracterizada por intensa dor paroxística, causado por estímulos absolutamente indolores, confinada a ramos nervosos trigeminais^{1,2}. Segundo autores a NT pode ser classificada como primária ou idiopática e secundária ou sintomática, 80 a 90% dos casos classificados como idiopáticos envolvem uma compressão do nervo trigêmeo, imediatamente em sua saída do tronco encefálico, por uma alça arterial ou venosa, principalmente a artéria cerebelar superior^{3,4}. Na NT secundária, também existiriam compressões sobre as fibras do nervo trigêmeo, mas

consequentes de variações/alterações da normalidade como: anormalidades da base do crânio, neoplasias, malformação arteriovenosa, esclerose múltipla, aneurismas, infecções virais e história familiar^{5,6,7,8,9}. A dor é desencadeada durante a fala, deglutição, mastigação, o ato de escovar os dentes, barbear-se, toque leve no rosto, até mesmo por uma brisa, podendo ocorrer repetidamente ao longo do dia^{10,4}. Autores relatam uma predominância da neuropatia no sexo feminino (3:2), tendo seu pico de aparecimento entre 60 e 70 anos de idade^{11,7}. Não se observam diferenças raciais¹². Por se tratar de uma síndrome dolorosa, com mecanismos fisiopatológicos pouco conhecidos, o objetivo desse estudo foi de investigar a percepção dos médicos e cirurgiões-dentistas sobre a fisiopatologia da NT.

MÉTODO

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana do Hospital das Clínicas (CEP/HC/UFG) sob o protocolo nº 255.673/2013, todos os voluntários assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) atendendo à resolução 466/13. Realizou-se este estudo exploratório, transversal, qualitativo, cujo objeto de estudo foi à percepção dos profissionais sobre a fisiopatologia da NT.

O estudo foi realizado em dois serviços vinculados a duas unidades acadêmicas e um órgão suplementar da UFG - as Faculdades de Odontologia e Medicina e o Hospital das Clínicas, respectivamente. Estes serviços são o Núcleo de dor do Centro Goiano de Doenças da Boca (CGDB-FO/UFG) e o Núcleo de Neurociências (NN-HC/UFG) e da Faculdade de Medicina da UFG, os quais integram a rede pública de saúde do município de Goiânia e do Estado de Goiás. Foram investigados profissionais de saúde que compunham as equipes dos dois serviços.

Foram incluídos na pesquisa todos os profissionais cirurgiões-dentistas (estomatologia, radiologia, periodontia e cirurgia bucomaxilofacial) e médicos (neurologia e neurocirurgia) com atuação em um dos dois serviços, tendo sido excluídos aqueles que estavam de férias, de licença no período das entrevistas ou se recusaram a participar.

Instrumento de coleta de dados: A técnica utilizada para a coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, guiada por um roteiro, e gravada em meio digital, baseado na seguinte questão norteadora: “*Qual a sua concepção sobre fisiopatologia da neuralgia trigeminal?*”. As entrevistas foram realizadas no período de julho a novembro de 2013.

Operacionalização: O contato inicial com os participantes foi realizado via telefone/e-mail, momento em que foram informados e esclarecidos sobre o tema da pesquisa, seus objetivos e forma de condução. Um encontro presencial foi agendado para realização da entrevista e possíveis esclarecimentos de dúvidas sobre o estudo. As entrevistas foram realizadas por uma única pesquisadora, com cada profissional individualmente, em uma sala de aula da FO/UFG e na sala de atendimento do NN-HC/UFG. Para o registro das entrevistas utilizou-se um gravador digital Sony ICD-PX312. As entrevistas tiveram duração de 30 a 90 minutos, sendo o esgotamento de informações o fator determinante para o encerramento das mesmas.

Análise dos dados: As entrevistas foram ouvidas e transcritas pela própria pesquisadora/entrevistadora, atribuindo uma identificação alfa-númerica para cada entrevistado: EM (entrevistado médico) e EO (entrevistado cirurgião-dentista), seguidos de uma numeração crescente EM1 até EM9, e EO1 até EO11, de acordo com a ordem em que cada profissional foi entrevistado. O processo de análise das falas envolveu três fases: Fase I - As entrevistas foram ouvidas em sequência, sem pausa e sem qualquer anotação, a fim de se obter um entendimento amplo de todas elas e buscando identificar, preliminarmente, os pontos em comum, para uma futura categorização; Fase II - Os aspectos comuns das falas foram identificados e agrupados de acordo com suas similaridades, para o estabelecimento das categorias analíticas emergentes; Fase III - As categorias e subcategorias emergentes foram nomeadas e analisadas separadamente¹³.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os trinta e um profissionais abordados, 19 preencheram os critérios de inclusão, sendo dez cirurgiões-dentistas e nove médicos.

A composição das equipes profissionais revelou uma maior diversificação de especialistas da área odontológica, bem como a presença de alunos de pós-graduação *stricto sensu*. A equipe médica era composta por neurologistas, neurocirurgiões e residentes, sendo a residência médica reconhecida pelo Ministério da Educação e Cultura como pós-graduação *lato sensu* (especialização)^{14,15}. A diferença encontrada na formação profissional de cirurgiões-dentistas, com quatro especialidades bastante diversificadas – estomatologia, radiologia, periodontia e cirurgia bucomaxilofacial e médicos com duas especialidades neurologia e neurocirurgia, pode estabelecer formas diferentes de ver o mesmo problema^{16,17}.

Após leitura exaustiva do conteúdo das respostas fornecidas pelos entrevistados emergiram das falas dos entrevistados 4 subcategorias dentro da categoria Fisiopatologia: “conceito”; “etiologia”; “características clínicas” e “mecanismo da doença”, as quais são detalhadas e discutidas a seguir.

Conceito

As respostas dos entrevistados iniciaram com o que eles entendiam, ou como era definiam a NT, o que pode ser evidenciado nas falas:

“[...] dor facial, tem os pontos dolorosos dos ramos do trigêmeo, uma dor lacinante, queimando, que é desencadeada pelo toque, então o quadro clínico da neuralgia do trigêmeo é bastante típico” (EM1)

“Na minha concepção a neuralgia do trigêmeo é uma hiperalgesia” (EM7)

“É uma dor lacinante, rápida, uma descarga que o paciente refere” (EO2)

A Associação Internacional para Estudo da Dor (IASP - *International Association for the Study of Pain*) define a dor neuropática como “dor iniciada ou causada por uma lesão primária ou disfunção no sistema nervoso”¹⁸. A NT é caracterizada por fortíssima dor paroxística, causada por estímulos indolores como os afazeres habituais, e ainda complementa com manifestações de dor intensa, intermitente e confinada a ramos trigeminais¹.

Observou-se na fala dos entrevistados (EM1), (EM7) e (EO2), a presença das características da dor trigeminal dentro do entendimento de fisiopatologia, descrita por diversos autores como uma dor típica e bem caracterizada.

Etiologia

A descrição dos fatores causais ou etiológicos da doença foram ao encontro das várias vertentes da literatura, que tentam explicar as causas da mesma, já revelando parte da complexidade do processo de diagnóstico da NT.

“Tem duas correntes: uma estrutural que seria uma compressão neurovascular e outra indefinida, que a gente não sabe especificamente qual é a causa. Basicamente 80%, de acordo com estudos já feitos anteriormente, diz que é uma artéria, uma veia, uma compressão neurovascular desses nervos. Outro grupo de paciente é portador de tumor, principalmente do gânglio de Gasser, outro tumor dessa região, principalmente da base do crânio que comprime nervo [...] basicamente nessas idiopáticas que você não tem uma causa específica, 80% é vascular” (EM6)

“Pode ser causado por diferentes fatores químicos, físicos, térmicos, infecciosos e/ou até mesmo idiopáticos” (EO1)

“[...] o difícil é saber a causa de onde vem esse estímulo, se é central ou periférico” (EO5)

“[...] hiperestimulação do nervo, seja ele compressivo, seja ele infeccioso [...]” (EM5)

“[...] Origem inflamatória, infecciosa, pode ser de origem vascular, como por exemplo, a compressão vascular de um vaso ao redor do nervo trigêmeo, [...] como o núcleo do nervo trigêmeo, como por exemplo doenças desmielinizantes como uma esclerose múltipla” (EM2)

A causa da NT ainda é pouco conhecida, porém alterações nos mecanismos centrais e periféricos são importantes para explicá-la. Um trauma no sistema nervoso central pode resultar em distúrbios neurológicos, como a dor pós-golpe central (CPSP – *Central Post-Stroke Pain*), a qual é caracterizada por dor neuropática em áreas do corpo que tiveram perda de parte de sua inervação sensitiva pelo trauma. Uma lesão periférica é o primeiro evento de um processo que causa mudanças sinápticas centrais, sendo que a desmielinização e a injúria do axônio podem repercutir sobre os potenciais de ação e gerar picos espontâneos e descargas repetitivas, bem como uma resposta aumentada frente a uma alteração mecânica ou química^{18,19}.

Estudos clínicos têm sugerido que 80 a 90% dos casos de NT são classificados como idiopáticos e outros 10% como secundários a tumores, esclerose múltipla, anormalidade da base craniana ou malformação arteriovenosa^{20,21}.

A principal hipótese etiológica da neuralgia essencial do trigêmeo é a compressão vascular sobre a raiz sensitiva na parte proximal. Os principais vasos que podem comprimir o nervo trigêmeo são: artéria cerebelar superior, veia petrosa superior e artéria cerebelar ântero-inferior²². A esclerose múltipla é a doença mais frequentemente associada à NT surgindo em 1 a 5% dos casos^{23,4}.

A literatura descreve a fisiopatologia como uma lesão periférica no qual primeiro evento de um processo que causa mudanças sinápticas centrais, sendo que a desmielinização e a injúria do axônio podem repercutir sobre os potenciais de ação e gerar picos espontâneos e descargas repetitivas, bem como uma resposta aumentada frente a uma alteração mecânica ou química^{18,19}, o que estaria presente de alguma forma na fala de todos os entrevistados no âmbito de descreve-la.

A fala dos profissionais do presente estudo contrasta com a visão apresentada pelos autores acima, onde pode se buscar na etiologia fatores que levam a entender a fisiopatologia da NT. A literatura relata que o sexo feminino com idade acima de 60

anos¹⁰ é um fator predisponente para NT, o que não aparece na fala de nenhum dos entrevistados.

Características Clínicas

Nessa subcategoria os entrevistados expressaram a sua compreensão a cerca fisiopatologia através das características clínicas da dor trigeminal.

“[...] quadro de dor aguda, geralmente descrito na forma de choque, com duração geralmente de segundos, com frequência variável de paciente para paciente, alguns pacientes com maior frequência durante o dia, outros com a frequência menor” (EO1)

“[...] dor facial, tem os pontos dolorosos dos ramos do trigêmeo, uma dor lacinante, queimando, que é desencadeada pelo toque, então o quadro clínico da neuralgia do trigêmeo é bastante típico” (EM1)

“É um tipo de dor lacinante, pulsátil, facada, e episódica, tem vários episódios durante o dia[...]” (EM9)

“Caracterizado pelo sofrimento do paciente, com características bem peculiares que facilita você definir que a dor. Dor lacinante, rápida, uma descarga que o paciente refere”. (EO2)

Dentre as dores neuropáticas a neuralgia do nervo trigêmeo ou trigeminal (NT) pertence ao grupo das condições álgicas crônicas da região de cabeça e pescoço, que segundo a Sociedade Internacional de Cefaléia (IHS *Internacional Headache Society*), é uma desordem unilateral, caracterizada por dores de curta duração como pequenos choques, que tem início e término de forma abrupta e limita-se a distribuição de uma ou mais divisões do nervo trigêmeo^{2,24}. A dor ainda é descrita como se fosse à sensação de um fio elétrico desencapado encostando-se à face. Cada ataque de dor dura apenas alguns segundos e é frequentemente disparada por estímulos originados na pele, mucosa ou dentes inervados pelo nervo trigêmeo¹. A dor trigeminal afeta de maneira crítica a qualidade de vida dos pacientes acometidos, sendo descrita pela literatura como uma das dores mais graves e insuportáveis na medicina, podendo inclusive levar ao suicídio^{25,21}.

Observou-se que a dor da NT é uma dor típica, bem caracterizada e que traz sofrimento terrível aos pacientes, por isso faz-se necessário uma compreensão do mecanismo desencadeante a fim de impedir as crises.

Mecanismo de ação

Nessa subcategoria percebeu-se uma diferença entre a compreensão dos médicos e cirurgiões-dentistas, sendo que os primeiros (EM3) e (EM7) citaram a artéria como fator anatômico importante na fisiopatologia da NT, pois a mesma estaria em contato com o nervo, onde estaria provocando uma hipersensibilidade no nervo e os

cirurgiões-dentistas representados pela fala dos entrevistados (EO1) e (EO4) consideram desmielinização do nervo fator chave da fisiopatologia da NT.

“Neuralgia do trigêmeo é uma entidade clínica que você tem processo de estimulação repetitiva no nervo trigêmeo de etiologias variadas, então você tem na verdade uma sensibilização exacerbada do trigêmeo [...]” (EM3)

“A teoria mais defendida pela neurocirurgia para explicar a fisiopatologia seria um estímulo alterado pela presença de um contato da artéria, da AICA, artéria cerebelar que fica em contato frequente com o nervo, esse contato e pulsação dá essa hipersensibilidade do nervo. Isso é uma vertente da área cirúrgica, agora eu acho que vai, além disso, acho que o nervo também tem que estar propício a esse tipo de sensibilidade” (EM7)

“Uma alteração do estímulo nervoso seja na recepção, na percepção e na condução do estímulo desde o nociceptor ate sistema nervoso central” (EO1)

“Ocorre uma desmielinização do nervo na altura do trigêmeo, mais na raiz dele, normalmente causado pela pulsação do vaso que entra junto com o forame. Essa desmielinização do nervo é considerada um dos fatores que geram essa neuralgia do trigêmeo, favorecendo como se fosse um curto-circuito do nervo, mais ou menos isso” (EO4)

“[...] muitos dos mecanismos não estão totalmente esclarecidos [...]” (EO6)

A NT é considerada uma afecção com mecanismos fisiopatológicos não inteiramente esclarecidos, não tendo sido definido um único fator etiológico que possa ser responsável pelo seu surgimento, porém, há indícios fortes que ela é resultante da irritação de um ou mais ramos do quinto par de nervos cranianos^{2,5}.

Alguns autores sugerem que a NT poderia estar relacionada à desmielinização do nervo, levando à transmissão exacerbada de impulsos²⁶. O contato crônico de uma artéria sobre o nervo, contato neurovascular, pode provocar desmielinização e hiperexcitabilidade das fibras nociceptivas levando à dor¹⁸.

A fisiopatologia da NT não esta totalmente esclarecida, sendo que a principal hipótese etiológica da NT é a compressão vascular ou tumoral sobre a raiz sensitiva da parte proximal do nervo trigêmeo, mas a etiologia e os mecanismos fisiopatológicos continuam não totalmente compreendidos^{20,9}. Em alguns casos, a compressão vascular pelo contato da artéria cerebelar superior com a região de entrada da raiz do nervo provoca uma tensão anormal na estrutura nervosa, resultando na desmielinização das fibras sensitivas e podendo estar associada com manifestações clínicas da NT^{27,28}. Variações anatômicas nos ossos do crânio também têm sido propostas para explicar a NT^{4,7}.

CONCLUSÃO

A Fisiopatologia da NT foi tratada de forma variada pelos profissionais. Apesar das várias teorias sugeridas para explicá-la, ela ainda não é totalmente compreendida, fato este que contribui para a falta de consenso entre os profissionais. A diferença encontrada na formação profissional pode estabelecer formas diferentes de ver o mesmo problema. Em razão da sua etiologia multifatorial, a NT exige abordagem terapêutica interdisciplinar por vários especialistas, uma vez que a abordagem transdisciplinar alicerça o tratamento bem sucedido.

REFERENCIAS

1. Petterson LJ, Ellis E, Hupp JR, Tucker MR. Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. p.684-686.
2. Teixeira MJ. Dor orofacial. In: ALVES NETO, O. Dor: Princípios e prática. Porto Alegre: Artmed;2009.p. 712-720.
3. Nurmikko TJ, Eldridge PR. Trigeminal neuralgia: pathophysiology, diagnosis and current treatment. British Journal Anaesthesia.2005; 87(1):117-32.
4. Krafft RM. Trigeminal Neuralgia. American Family Physician. 2008; 77:1291-96.
5. Frizzo HM, Hasse PN, Veronese RM. Neuralgia do trigêmeo: revisão bibliográfica e analítica. Revista de Cirurgia Traumatologia Buco-Maxilo-Facial.2004; 4(4):212-17.
6. Schestatsky P. Definição, Diagnóstico e Tratamento da dor Neuropática. Revista Hospital das Clínicas de Porto Alegre.2008; 28(2):177-87.
7. Oliveira CMB, Baaklini LG, Issy AM, Sakata RK. Neuralgia do Trigêmeo Bilateral. Relato de Caso. Revista Brasileira de Anestesiologia.2009;59(4).
8. Borbolato RM, Ambiel CR. Neuralgia do Trigêmeo: Aspectos importantes na clínica odontológica. Revista Saúde e Pesquisa.2009;2(2): 201-08.
9. Zakrzewska JM, Linskey ME. Neuralgia Trigeminal. Clinical Evidence. 2009; 3:1207.
10. Manzoni GC, Torelli P. Epidemiology of typical and atypical craniofacial neuralgias. Journal of the Neurological Sciences.2005;26(2):65-7.
11. Quesada GAT, Baptista CE, Flores DL. Neuralgia Trigeminal – do diagnóstico ao tratamento. Revista Dentística on line.2005; 5(11):46-54.

12. Mačianskytė D, Janužis G, Kubilius R, Associations Between Chronic Pain and Depressive Symptoms in Patients With Trigeminal Neuralgia, *Medicina (Kaunas)*. 2011;47 (7): 386-92.
13. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1995.
14. Brasil. Ministério da Educação. Decreto Nº 80.281, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e da outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 6 set. 1977. Seção 1, pt.1, p.11787,1997.
15. Rena CL. O papel da residência médica. *Revista Médica de Minas Gerais*. 2012; 22(4): 430-32.
16. Hafner MLMB, Moraes MAAM, Marvulo MML, Braccialli LAD, Carvalho, MHR, Gomes R. A formação médica e a clínica ampliada: resultados de uma experiência brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010;15(1):1715-24.
17. Goes TMPL; Fernandes SMF. Neuralgia do Trigêmeo: diagnóstico e tratamento. *International Journal of Dentistry*. 2008;7(2):104-115.
18. Merskey H, Bogduk N. *Classification of chronic pain*. Seattle: IASP Press, 1994.
19. Luna EB, Graça LFA, Silva DCO, Berzin F, Silva Z, Souza GC, Mitri FF. Aspectos Anatômicos e Patológicos da Neuralgia do Trigêmeo: Uma revisão da literatura para estudantes e profissionais da saúde. *Journal Bioscience*. 2010; 26(4): 661-674.
20. Kitt CA, Gruber K, Davis M, Woolf CJ, Levine JD. Trigeminal neuralgia: opportunities for research and treatment. *Pain*. 2000; 85:3-7.
21. Bennetto L, Patel N, Fuller G. Trigeminal Neuralgia. *Journal Geriatric Medicine*. 2008; 38(12): 639-642.
22. Forte M, Ramos CB, Reis RR, Meneses M. Set al. Considerações anatômicas do conflito neurovascular na nevrálgia do trigêmeo. *Neurobiology*. 1992; 55(2): 39-44.
23. Osterberg A, Boivie J, Thuomas KA. Central pain in multiple sclerosis: prevalence and clinical characteristics. *European Journal Pain*. 2005; 9:531-542.
24. Obermann, M. Treatment options in trigeminal neuralgia. *Therapeutic Advances in Neurological Disorders*. 2010.3(2):107-115.
25. Costa CC, Capote TSO, Gaspar AMM. Neuralgia trigeminal – uma revisão bibliográfica sobre etiologia, sintomas e tratamento. *Revista Faculdade Odontologia*. 2006; 8(2): 50-52.
26. Love S, Coakham HB. Trigeminal neuralgia: pathology and pathogenesis. *Brain*. 2001;124:2347-2360.

27. Lorenzoni JG, Massager N, David P, Devriendt D, Desmedt F, Brotchi J et al. Neurovascular compression anatomy and pain outcome in patients with classic trigeminal neuralgia treated by radiosurgery. *Neurosurgery*.2008; 62(2):368-375.
28. Qin H, Cai J, Yang FS. Could calcitonin be a useful therapeutic agent for trigeminal neuralgia? *Medical Hypotheses*.2008;71(1):114-116.

Normas da Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica

A Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica é órgão oficial da Sociedade Brasileira de Clínica Médica e tem por objetivo publicar artigos que contribuam para o conhecimento médico, sendo de periodicidade trimestral. Não são aceitos artigos já publicados em outros periódicos. Todos os artigos são submetidos a dois (2) a quatro (4) revisores, com prazo de 60 dias para avaliação. Os autores dos artigos aceitos para publicação que necessitem revisões têm três meses de prazo para atenderem a estas. Após, deverão ser reapresentados e submetidos à nova avaliação. A revista publica Editoriais, Artigos Originais, Artigos de Revisão, Relatos de Casos, Correlação Anatomoclínica, Cartas ao Editor, Resenhas de Livros e Notícias, Pontos de Vista e Informes Técnicos. Poderão ser aceitos artigos de autores nacionais publicados no exterior na forma em que ele se encontra. Trabalhos de outra natureza poderão ser aceitos para publicação, dependendo da avaliação do Conselho Editorial. Aos autores são solicitadas garantias que nenhum material infrinja direito autoral existente, ou direito de uma terceira parte.

INFORMAÇÕES GERAIS

Os artigos deverão ser enviados para o e-mail: revista@sbcm.org.br, exceto o documento de Cessão de Direitos Autorais disponível no portal: <http://www.sbcm.org.br>. Este deverá estar assinado pelo(s) autor(es), e encaminhado por correio convencional para o endereço da Sociedade Brasileira de Clínica Médica: Rua Botucatu, 572 - Conj. 112 – Vila Clementino – CEP 04023-061, São Paulo, SP. No texto do e-mail deve constar a exclusividade para publicação na Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica. Os artigos podem ser redigidos em português, inglês e espanhol. Os autores devem declarar conflitos de interesse financeiros e outros, bem como agradecer todo apoio financeiro recebido para realização do estudo. As cessões de direitos autorais vigorarão até que o artigo seja aceito para publicação ou rejeitado. As citações da Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica podem ser abreviadas para Rev Bras Clin Med. Aprovação para publicação: Quando aceitos, os artigos estarão sujeitos a correções ou modificações de padronização editorial, que não alterem o conteúdo do estudo. Modificações na forma, estilo ou interpretação só ocorrerão após prévia consulta aos autores. Quando não aceitos os artigos serão devolvidos no formato original, com a justificativa do Editor.

Correção Final:

O artigo para publicação será encaminhado ao autor em PDF para as correções cabíveis e devolução no prazo concedido. Se houver atraso na devolução da prova, o Editor reserva-se o direito de publicar, independentemente da correção final. Toda correspondência será enviada ao autor, cujo endereço eletrônico foi indicado para este fim, ficando o mesmo responsável pela apreciação final do material, estando os demais de acordo com a sua publicação.

NORMAS AOS AUTORES

Formas de Apresentação dos Artigos:

Título: O título do artigo deve ser curto, claro e conciso para facilitar sua classificação. Quando necessário, pode ser usado um subtítulo. Deve ser enviado em português e inglês.

Autor (es): Deverá ser informado o (s) nome (s) completo (s) do (s) autor (es), a qualificação e afiliação. Para o autor correspondente deverá ser, também informado o endereço postal, eletrônico (*E-mail*) e telefone. Indicar o local onde o estudo foi realizado. Agradecimentos poderão ser contemplados no final, antes das referências.

Resumo: Deverá conter no máximo 250 palavras e elaborado de forma estruturada. Para artigos originais destacar: Justificativa e Objetivos, Métodos, Resultados e Conclusões. Para os relatos de casos: Justificativa e Objetivos, Relato do Caso e Conclusões. Para artigos de revisão destacar: Justificativa e Objetivos, Conteúdo e Conclusões. Para todos os artigos indicar os descritores. Recomenda-se a utilização dos Descritores em Ciência da Saúde da Bireme - DECS, disponível em <http://decs.bvs.br/>.

Summary: Deverá conter no máximo 250 palavras e elaborado de forma estruturada. Para artigos originais destacar: Background and Objectives, Methods, Results e Conclusions. Para os relatos de casos: Background and Objectives, Case Report e Conclusions. Para artigos de revisão destacar: Background and Objectives, Contents e Conclusions. Para todos os artigos, indicar os Keywords.

Recomenda-se a utilização dos –Descritores em Ciência da Saúde da Bireme - DECS, disponível em <http://decs.bvs.br/>.

Texto: Iniciar o texto de acordo com o tipo de artigo. Em artigos originais deve-se informar nos MÉTODOS o número do processo do Comitê ou Comissão de Ética da Instituição.

Referências: A Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica adota as “Normas de Vancouver”, disponível em <http://www.icmje.org>, para citação dos artigos de referência.

As abreviações de revistas deverão seguir aquelas encontradas no Index Medicus/Medline em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals>. Devem ser citados até três autores e, a seguir, *et al.* Observe alguns exemplos:

Revistas:

1. Posma DM, Bill D, Parker RJ, *et al.* Cardiac pace makers: current and future status. *Curr Probl Cardiol.* 1999; 24(2):341-420.

NORMAS AOS AUTORES

2. Maron KJ, Proud I, Krev B. Hypertrophic cardiomyopathy. *Ann Intern Med.* 1996;124(4):980-3.

Livro:

1. Doyle AC, (editor). *Biological mysteries solved* 2nd ed. London: Science Press; 1991. p. 5-9.

Capítulo de livro:

1. Lachmann B, van Daal GJ. Adult respiratory distress syndrome: animal models. In: Robertson B, van Golde LMG, (editors). *Pulmonary surfactant.* 2nd ed. Amsterdam: Elsevier; 1992. p. 635-63.

Artigo de suplemento:

1. Geerts WH, Pineo GF, Heit JA, *et al.* Prevention of venous thromboembolism: the Seventh ACCP Conference. *Chest.* 2004;126(Suppl 3):338S-40.

Artigo com errata publicada:

1. Síndrome compartimental abdominal. *Rev Bras Clin Med.* 2009;7(5):313-21. [errata em: *Rev Bras Clin Med* 2009; 7(6):360.

Ilustração: É obrigatória a citação no texto. Enumerar gráficos, figuras, tabelas e quadros em algarismos arábicos. Deverá conter título e legenda. Indicar no texto o local preferencial de entrada de cada ilustração (Entra figura x, por exemplo). Usar fotos coloridas ou em branco e preto, quando pertinente. O mesmo resultado não deve ser expresso por mais de uma ilustração. Sinais gráficos e siglas utilizadas nas tabelas ou nos gráficos devem ter sua correlação mencionada no rodapé.

Uso de Recursos Digitais: Texto em formato DOC (Word); gráficos em barras ou linhas deverão ser encaminhados em Excel (extensão XLS), fotos ou outras figuras deverão ser digitalizadas com resolução mínima de 300 DPI, em formato JPEG. Não inserir ilustrações no corpo do texto. Cada ilustração deve ter arquivo individual. O nome do arquivo deve expressar o tipo e a numeração da ilustração (Gráfico 1, Figura 1, Tabela 2, por exemplo). Títulos e legendas das ilustrações, devidamente numerados, devem estar no arquivo de texto. Cópias ou reproduções de outras publicações serão permitidas apenas mediante a anexação de autorização expressa da Editora ou do Autor do artigo de origem.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): Os pacientes têm direito à privacidade que não deve ser infringida, sem consentimento livre e esclarecido. A identificação de informação, incluindo iniciais dos nomes dos pacientes, número de registro do hospital, não deve ser publicada através de descrições no texto, fotos ou qualquer outra modalidade, a menos que ela seja essencial para os propósitos científicos e o paciente, ou o responsável, forneça o TCLE por escrito para publicação. Ética:

Ao relatar experimentos com seres humanos indique se os procedimentos seguidos estão de acordo com os padrões éticos do Comitê responsável pela experimentação humana (institucional ou regional) e com a Declaração de Helsinque de 1975, tal como revista em 2000.

Registro de ensaio clínico: A Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica respeita as políticas da Organização Mundial de Saúde e da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE- International Committee of Medical Journal Editors) para registro de estudos clínicos, reconhecendo a importância dessas iniciativas para a divulgação internacional de informações sobre pesquisas clínicas com acesso aberto. Assim, a partir de 2012, terão preferência para publicação os artigos ou estudos registrados previamente em uma Plataforma de Registros de Estudos Clínicos que

atenda aos requisitos da Organização Mundial de Saúde e da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas. A lista de Plataforma de Registros de Estudos Clínicos se encontra no site <http://www.who.int/ictcp/en>.

da *International Clinical Trials Registry Platform* (ICTRP). Entre elas está o Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC), que é uma plataforma virtual de acesso livre para registro de estudos experimentais e não experimentais realizados em seres humanos, em andamento ou finalizados, por pesquisadores brasileiros e estrangeiros, que pode ser acessada no site <http://www.ensaiosclinicos.gov.br>. O número de registro do estudo deve ser publicado ao final do resumo.

Uso de abreviações: O uso de abreviações deve ser mínimo. Quando expressões extensas devem ser repetidas, recomenda-se que suas iniciais maiúsculas as substituam após a sua primeira menção no texto. Esta deve ser seguida das iniciais entre parênteses.

Percepção de médicos e cirurgiões-dentistas sobre o diagnóstico da neuralgia trigeminal

Perception of medicals and dentists about the diagnosis of trigeminal neuralgia

Percepción de los médicos y dentistas sobre el diagnóstico de la neuralgia del trigémino

RESUMO

Este estudo buscou investigar a percepção dos profissionais médicos e cirurgiões-dentistas que integram 2 serviços da Universidade Federal de Goiás, Goiânia,GO. Utilizou-se uma entrevista semiestruturada com 19 profissionais, onde baseado na seguinte questão norteadora “Como o senhor realiza o diagnóstico da *neuralgia trigeminal*?” emergiu da categoria “Diagnóstico” 2 subcategorias das falas dos entrevistados – “percepção de capacitação” e “diagnóstico diferencial”. O processo de diagnóstico foi considerado como eminentemente clínico, sendo os exames complementares solicitados para diagnóstico diferencial e exclusão de causas secundárias para NT. A investigação nos dois serviços investigados identificou aspectos que podem motivar a aproximação dos mesmos e a potencialização dos recursos existentes, gerando resultados mais favoráveis aos indivíduos acometidos, à capacitação profissional, à pesquisa e a resolubilidade das ações do SUS.

Palavras-chave: Neuralgia do trigêmeo, Diagnóstico, Dor neuropática, Percepção.

ABSTRACT

This study aimed to investigate the perception of physicians and dentists that integrate 2 services of the Federal University of Goias, Goiania, GO. We used a semistructured interviews with 19 professionals, which based on the following question "How do you performs the diagnosis of trigeminal neuralgia" emerged from the category "Diagnostics" 2 subcategories of the interviewees' statements - "awareness training" and "differential diagnosis ". The diagnostic process was

considered eminently clinical, while further tests are requested for differential diagnosis and exclusion of secondary causes for NT. The research investigated the two services identified aspects that can motivate the approach the same and the enhancement of existing resources, creating more favorable results to affected individuals, vocational training, research and the solvability of SUS actions.

Keywords: Trigeminal neuralgia, Diagnosis, neuropathic pain, Perception.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo investigar la percepción de los médicos y dentistas que integran 2 servicios de la Universidad Federal de Goiás, Goiânia, GO. Se utilizó una entrevista semiestructurada con 19 profesionales, que basado en la siguiente pregunta "Cómo se lleva a cabo el diagnóstico de la neuralgia del trigémino" surgió de la categoría de "Diagnóstico" 2 subcategorías de las declaraciones de los entrevistados - "La formación de la conciencia" y "diagnóstico diferencial ". El proceso de diagnóstico se consideraba eminentemente clínica, mientras que se pidan ensayos para el diagnóstico diferencial y la exclusión de causas secundarias para NT. La investigación investigó los dos servicios de los aspectos que pueden motivar el enfoque de la misma y la mejora de los recursos existentes identificadas, creando resultados más favorables a las personas afectadas, la formación profesional, la investigación y la solvencia de las acciones del SUS. Palabras-clave: La neuralgia del trigémino, diagnóstico, dolor neuropático, Percepción.

Introdução

A Associação Internacional para Estudo da Dor (IASP - *International Association for the Study of Pain*) define a dor neuropática como “dor iniciada ou causada por uma lesão primária ou disfunção no sistema nervoso”¹. Dentre as dores neuropáticas a neuralgia do trigêmeo ou trigeminal (NT) que envolve o nervo trigêmeo que representa o quinto par craniano, possui três ramos – oftálmico, maxilar e mandibular e fornece mais de cinquenta por cento da inervação sensitiva da face e cavidade oral². Assim, diversas especialidades podem estar envolvidas no processo de diagnóstico diferencial e tratamento da NT como a neurologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, odontologia, psicologia, fisioterapia dentre outras. Estes fatos revelam a complexidade do diagnóstico da referida dor que, na maioria das vezes,

conta com a “peregrinação do paciente” por vários profissionais, realização de inúmeros exames complementares e estabelecimento de terapêuticas inadequadas e/ou desnecessárias. A avaliação clínica fundamentada por uma anamnese minuciosa sob a interpretação de profissionais conhecedores do assunto é a base para o diagnóstico correto³. Autores relatam uma predominância da neuropatia no sexo feminino (3:2), com seu pico de aparecimento entre 60 e 70 anos de idade^{3, 4}. Dentre os fatores de risco da NT destacam-se a esclerose múltipla e a hipertensão⁵. Neste contexto o objetivo do presente estudo foi de investigar a percepção dos profissionais médicos e cirurgiões-dentistas sobre o diagnóstico da NT.

Metodologia

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana do Hospital das Clínicas (CEP/HC/UFG) sob o protocolo nº 255.673/2013, todos os voluntários assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) atendendo à resolução 466/13. Realizou-se este estudo exploratório, transversal, qualitativo, cujo objeto de estudo foi à percepção dos profissionais sobre o diagnóstico da NT.

O estudo foi realizado em dois serviços vinculados a duas unidades acadêmicas e um órgão suplementar da UFG - as Faculdades de Odontologia e Medicina e o Hospital das Clínicas, respectivamente. Estes serviços são o Núcleo de dor do Centro Goiano de Doenças da Boca (CGDB-FO/UFG) e o Núcleo de Neurociências (NN-HC/UFG) e da Faculdade de Medicina da UFG, os quais integram a rede pública de saúde do município de Goiânia e do Estado de Goiás. Foram investigados profissionais de saúde que compunham as equipes dos dois serviços.

Foram incluídos na pesquisa todos os profissionais cirurgiões-dentistas (estomatologia, radiologia, periodontia e cirurgia bucomaxilofacial) e médicos (neurologia e neurocirurgia) com atuação em um dos dois serviços, tendo sido excluídos aqueles que estavam de férias, de licença no período das entrevistas ou se recusaram a participar.

Instrumento de coleta de dados: a técnica utilizada para a coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, guiada por um roteiro, e gravada em meio digital, baseado na seguinte questão norteadora: “Como o senhor realiza o diagnóstico da *neuralgia trigeminal*?”. As entrevistas foram realizadas no período de julho à novembro de 2013.

Operacionalização: o contato inicial com os participantes foi realizado via telefone/e-mail, momento em que foram informados e esclarecidos sobre o tema da pesquisa,

seus objetivos e forma de condução. Um encontro presencial foi agendado para realização da entrevista e possíveis esclarecimentos de dúvidas sobre o estudo. As entrevistas foram realizadas por uma única pesquisadora, com cada profissional individualmente, em uma sala de aula da FO/UFG e na sala de atendimento do NN-HC/UFG. Para o registro das entrevistas utilizou-se um gravador digital Sony ICD-PX312. As entrevistas tiveram duração de 30 a 90 minutos, sendo o esgotamento de informações o fator determinante para o encerramento das mesmas.

Análise dos dados: as entrevistas foram ouvidas e transcritas pela própria pesquisadora/entrevistadora, atribuindo uma identificação alfa-númerica para cada entrevistado: EM (entrevistado médico) e EO (entrevistado cirurgião-dentista), seguidos de uma numeração crescente EM1 até EM9, e EO1 até EO11, de acordo com a ordem em que cada profissional foi entrevistado. O processo de análise das falas envolveu três fases: Fase I - As entrevistas foram ouvidas em sequência, sem pausa e sem qualquer anotação, a fim de se obter um entendimento amplo de todas elas e buscando identificar, preliminarmente, os pontos em comum, para uma futura categorização; Fase II - Os aspectos comuns das falas foram identificados e agrupados de acordo com suas similaridades, para o estabelecimento das categorias analíticas emergentes; Fase III - As categorias e subcategorias emergentes foram nomeadas e analisadas separadamente⁶.

Resultados e Discussão

Dentre os trinta e um profissionais abordados, 19 preencheram os critérios de inclusão, sendo dez cirurgiões-dentistas e nove médicos.

A composição das equipes profissionais revelou maior diversificação de especialistas da área odontológica, bem como a presença de alunos de pós-graduação *stricto sensu*. A equipe médica era composta por neurologistas, neurocirurgiões e residentes, sendo a residência médica reconhecida pelo Ministério da Educação e Cultura como pós-graduação *lato sensu* (especialização)^{7,8}. A diferença encontrada na formação profissional de cirurgiões-dentistas, com quatro especialidades bastante diversificadas – estomatologia, radiologia, periodontia e cirurgia bucomaxilofacial e médicos com duas especialidades neurologia e neurocirurgia, pode estabelecer formas diferentes de ver o mesmo problema^{9,2}.

Após leitura exaustiva do conteúdo das respostas fornecidas pelos entrevistados emergiram das falas dos entrevistados 2 subcategorias de diagnóstico: “percepção

de capacitação” e “diagnóstico diferencial” as quais são detalhadas e discutidas a seguir.

Ao responderem a cerca do diagnóstico, alguns entrevistados se manifestaram em relação a percepção de capacitação e diagnóstico diferencial (anamnese, características clínicas da dor, escala de dor, exame físico, manobras semiotécnicas, testes terapêuticos e exame complementar)

Percepção de capacitação

Diz respeito à percepção dos profissionais de estar ou não capacitado para o diagnóstico de NT. Por ser um diagnóstico eminentemente clínico, devido as características da dor, pode ser confuso e complexo para profissionais não especialistas e induzir ao erro no diagnóstico.

Foi mencionado a troca de idéias com colegas ou ate mesmo encaminhamento associado ao entendimento de limitação de área de atuação para dar continuidade ao processo de diagnóstico, demonstrando também a importância de que diferentes serviços que atuam nessa área possam ter espaço ao diálogo.

“[...] sempre compartilhar isso com o neurologista, é minha conduta” (EO2)

As dores neuropáticas podem ser confusas para o profissional, uma vez que o exame clínico pode não revelar mudança nos tecidos perceptível aos órgãos do sentido, não revelando etiologia para a condição dolorosa. Essa condição, muitas vezes, induz o profissional a concluir tratar-se de dor psicogênica¹⁰.

“[...] não é minha área de atuação eu encaminhei [...] eu não me considero muito capacitado para tratar paciente com alterações de neuralgia do trigêmeo” (EO6)

“Quando o caso é simples eu manejo e resolvo de alguma maneira, mas quando é complexo eu encaminho para o núcleo de dor” (EO7)

A limitação de conhecimento na capacitação do diagnóstico foi constatada pelos entrevistados (EO6) e (EO7). A literatura sugere que é importante o cirurgião-dentista estar atualizado e informado sobre estudos desenvolvidos nessa área para possibilitar o diagnóstico correto e encaminhar o paciente para o profissional competente¹¹, isso minimizaria intervenções desnecessárias a esses pacientes e um menor tempo de detecção do problema. Importante ressaltar que, considerando que as estruturas da região bucomaxilofacial são inervadas predominantemente pelo

nervo trigêmeo², o cirurgião-dentista é frequentemente o primeiro profissional a ser procurado pelo indivíduo acometido por esta neuropatia.

A sensibilidade e a experiência do profissional são fatores decisivos, pois a imprecisão no diagnóstico da NT conduz a um tratamento inadequado com prognóstico desfavorável¹².

“O diagnóstico da neuralgia do trigêmeo, primeira coisa, ele é um diagnóstico de perspicácia” (EM1)

“Olha, eu vou ser sincero com você, depende muito da etiologia da neuralgia. Eu acredito que a maioria das pessoas faz o diagnóstico da neuralgia do trigêmeo e ponto. Não, a neuralgia do trigêmeo é uma síndrome, têm sinais e sintomas, dentro da neuralgia você tem etiologias” (EM5)

Observou-se também durante as falas dos entrevistados as respostas relacionadas ao conceito e etiologia da NT, quando foi perguntado aos profissionais como era realizado o diagnóstico. Esse fato se deve a importância da base conceitual e fisiopatologia da doença.

Diagnóstico diferencial

O diagnóstico diferencial foi citado pelos entrevistados como de grande relevância. Um diagnóstico diferencial minucioso, estabelecendo como primeira hipótese diagnóstica as lesões de maior prevalência como dor odontogênica, e conduzindo a investigação para eliminação dessa hipótese mais comum para a mais complexa¹³. Autores^{13,14} salientam que algumas vezes é necessário o atendimento multidisciplinar, tanto para o diagnóstico quanto para a terapêutica da NT.

Entrevistados (EM3), (EM4) e (EM7) sugerem nas falas que existe uma sequência a ser seguida dentro de uma avaliação, que pode ser determinante para um diagnóstico bem sucedido.

“Você deve caracterizar bem a semiologia da dor, saber bem a semiologia neurológica, principalmente do trajeto do trigêmeo, saber examinar as três partes, saber caracterizar bem o exame semiológico, neurológico e fundamental para estabelecer o diagnóstico” (EM3)

“Diagnóstico é eminentemente clínico, através de uma boa anamnese, de um bom exame físico, você reúne características compatíveis com o quadro de neuralgia do trigêmeo que te direciona para o diagnóstico, que é eminentemente clínico” (EM4)

“Baseado na história clínica, no tipo da dor (se a dor é pulsátil, tipo choque), frequência, associados a hábitos mastigatórios, alguns hábitos de escovar os dentes [...] após descartar algumas outras doenças como: doenças odontológicas, e algum tipo de infecção, como a herpes zoster e algumas dores na face de características atípicas, pela história clínica” (EM7)

O diagnóstico da NT é eminentemente clínico, embora estudos de imagem ou testes especializados possam ser necessários em pacientes com manifestações atípicas¹⁵. As afecções mais comumente envolvidas no diagnóstico diferencial são: cefaleia em salvas, dor odontogênica, arterite de células gigantes, neuralgia de nervo glossofaríngeo, tumor intracraniano, migrânea, esclerose múltipla, otite média, hemicrania paroxística, neuralgia pós-herpética, sinusite, cefaleia tipo *Shortlasting, Unilateral, Neuralgiform pain with Conjunctival injection and Tearing* (SUNCT), distúrbios da articulação temporomandibular e neuropatia trigeminal¹⁶.

Anamnese

O diagnóstico da neuralgia trigeminal é complexo e inclui doenças cuja origem primária não está sediada na face. Uma anamnese minuciosa, acrescida de exames físico, complementares irá, de modo geral, auxiliar o cirurgião-dentista ou o médico, no diagnóstico definitivo desse tipo de algia e também a traçar um plano de tratamento correto³. Como em muitas áreas da medicina, a anamnese fornece dados importantes, sendo a principal ferramenta diagnóstica. Neuralgia do trigêmeo clássica ou idiopática tem uma das mais consistentes apresentações dentre todos diagnósticos neurológicos¹⁷.

“Para qualquer dor primeiro é a anamnese, é ouvir o paciente desde a queixa principal, você vai [...] a partir da queixa do paciente você vai definindo seu processo de diagnóstico” (EO2)

“O diagnóstico da neuralgia, ele é basicamente por informação clínica, por anamnese, exame físico” (EO6)

“O principal é a localização, você saber topografar os ramos trigeminais, em segundo lugar, a característica da dor, tipo padrão de instalação, padrão de dor neural, acho que seria uma dor contínua ou uma dor em ataques, surtos, choques, sensação de queimação, sensação de parestesia associada e que ao longo do tempo tem uma tendência de cronificação” (EM5)

“Conversar com o paciente, ver as características da dor e a partir daí você faz uma análise específica pra saber exatamente se essas características batem com a neuralgia típica do trigêmeo, uma dor lacinante, o termo é esse daí, o paciente ele não esquece. É uma dor igual, eu costumo relacionar essa dor com um raio no céu, uma descarga elétrica. Ela vem e some, daqui a pouco tá tudo bem, daqui a pouco ela vem de novo e que tem vários estímulos que desencadeiam a dor” (EM6)

Observou-se na fala dos entrevistados que a anamnese minuciosa pode revelar detalhes que levam a um diagnóstico preciso da NT, já que se trata de uma patologia com características clínicas tão peculiares.

Características clínicas da dor

As características clínicas da dor podem ser fundamentais para o diagnóstico da NT, visto que a dor trigeminal é uma dor com características inerentes a patologia.

“Então é um diagnóstico primeiramente clínico: característica da dor, como a dor irradia fatores que precipitam a dor, como frio, quente, comer, não comer, falar [...] e a forma da dor, é uma dor tenebrante, bem típica, paroxística, então o primeiro passo é esse” (EM1)

“[...] que é a dor de curta duração, de intensidade muito forte, muito intensa, desencadeada por um estímulo não doloroso [...] em geral é mais comum em mulher do que em homem, em pessoa mais velha, [...] uma dor que vem tipo paroxística [...] o fator que normalmente desencadeia a crise é um estímulo não doloroso, quando a mulher vai passar um batom, se maquiar, o homem quando vai se barbear, escovar os dentes ou falar, comer, então esses estímulos não dolorosos desencadeiam esse paroxismo de dor muito intensa, de curta duração, usualmente de um lado da face, então esse perfil clínico é muito característico da neuralgia” (EO6).

Observou-se na fala dos entrevistados que não houve diferença em relação às características clínicas da NT, onde as falas vão ao encontro da literatura na descrição das mesmas: dor paroxística, intensidade forte, usualmente unilateral e desencadeada por estímulos indolores^{18,19}.

Escala de dor

A escala de dor foi citada pelos profissionais como um parâmetro apesar de subjetivo, que auxilia no diagnóstico e também para evidenciar melhora da dor durante o tratamento.

“Geralmente a gente usa escalas numéricas, pedimos para o paciente falar de 0 a 10. Na verdade essas escalas auxiliam, mais são escalas muito subjetivas, geralmente uma dor 7 pra mim pode ser 3 pra você, então a gente tenta quantificar a dor usando escala numérica, tanto no diagnóstico quanto no tratamento onde você caracteriza bem no primeiro encontro para depois fazer a comparação da resposta terapêutica” (EM3)

A sensação de dor não pode ser objetivamente medida e não há consenso universal para o diagnóstico de tal condição. Neurologistas têm um papel importante na abordagem de pacientes com dor por causa de sua capacidade de detectar anomalias sutis na avaliação neurológica²⁰.

“Existe a escala visual da dor. Uma escala genérica na verdade, não é para neuralgia trigeminal, e a gente utiliza normalmente para relacionar a dor

com a atividade que o paciente está desenvolvendo durante a dor, se essa dor faz ele paralisar o que ele tá executando naquele momento por conta da dor, aí é uma dor que a gente considera incapacitante, em uma intensidade máxima, se é uma dor que ele consegue conviver e não paralisa a sua atividade naquele momento por conta da dor , é mais leve” (EM9)

A dor é uma experiência pessoal, o que torna difícil defini-la e mensurá-la. Sendo assim, um parâmetro essencial é o grau de alívio associado à determinada droga. A maioria dos estudos em analgesia inclui graduações da intensidade e/ou alívio da dor, e os métodos mais comumente usados são escalas categóricas e de analogia visual²¹.

“Em geral quando, o paciente chega com qualquer tipo de dor agente usa o padrão da escala visual analógica de 0 a 10, ate para poder acompanhar ele na progressão do tratamento” (EO6)

A escala visual analógica de dor (EVA) é um teste subjetivo bastante útil e utilizado na prática clínica, consistindo em uma escala numérica de 0 à 10, utilizada para medir a intensidade da dor relatada pelo próprio paciente. Nesta escala, 0 indicaria a ausência de dor e 10 a pior dor possível que o paciente possa imaginar. Existem outras escalas e questionários para avaliação da dor como questionário de dor Mc Gill, questionário breve para avaliação da dor (BPI), escala de FACES, porém a EVA é a escala mais utilizada atualmente em pesquisas por ser uma escala de fácil compreensão²².

Exame Físico

O exame físico foi relatado pelos profissionais como forma de rastreamento de outras patologias que podem levar o profissional a dúvida em relação a NT.

“Você tem que fazer o exame físico geral do paciente, ele pode ter alguma outra síndrome dolorosa associada. Existem síndromes trigeminais, que não são neuralgia do trigêmeo e que devem ser diagnosticados, então o exame neurológico é fundamental, precisa ver a parte motora, não só da face, como do corpo todo, tem a parte cerebelar e checar os outros nervos cranianos, existem síndromes de múltiplos nervos cranianos, existem síndromes em que são de lesões, por exemplo, contínuas, de lesões do tronco cerebral que levam ao comprometimento do trigeminal [...]” (EM5)

“Acho que em primeiro lugar através da anamnese, do exame físico, da história, da queixa do paciente, da descrição dos sintomas dos pacientes [...] o exame físico é importante de forma geral, mas os testes dos pares cranianos é um dos principais. Estímulo sensorial, na superfície da pele, nas regiões inervadas pelos ramos, do trigêmeo. A maior parte do diagnóstico é clínico, acho que uns 90% é clínico. A gente tem feito o diagnóstico aqui muito mais como clínico, faz poucos exames complementares” (EO1)

“No exame físico intra e extra-oral a gente vai excluindo, então: não é uma dor de origem odontogênica, não é nenhum dente que esta causando aquela dor no paciente. Origem odontogênica de modo geral, não é os

dentes, os tecidos de suporte, tudo, ai a gente passa para uma dor muscular, de origem muscular, então será que é uma dor de origem muscular, então faz o exame físico de palpação, faz o questionamento todo do paciente, se não for eu já desconfio que seja uma neuralgia, então eu vou por exclusão, eu tento excluir as outras coisas que eu tenho mais intimidade que a neuralgia” (EO3)

Os diagnósticos diferenciais são inúmeros, e incluem condições patológicas envolvendo os seios da face, dentes, articulação temporomandibular, olhos, nariz e pescoço. Muitas destas condições podem ser descartadas após anamnese e exame clínico. Nevralgias envolvendo outros nervos cranianos podem representar uma complicação no diagnóstico²³.

Manobras semiotécnicas

As manobras semiotécnicas citadas pelos profissionais podem ser utilizadas tanto na estimulação do nervo trigeminal quanto também para avaliação dos pares de nervos cranianos.

“Olhar a face e a sensibilidade. Causas secundárias, sensibilidade da face, reflexo córneo palpebral é muito importante e outros nervos associados, se tem algum outro nervo associado como o oitavo par, com o nono par, apesar de que ele é distante do nono par, próximo do oitavo par, se não tem paralisia facial associada como causa secundária. Então avaliar a simetria da face junto com a força muscular, a sensibilidade da face, o reflexo córneo palpebral e audição, esses quatro então tem que ser examinados” (EM1)

“E a gente tem algumas outras manobras semiotécnicas que poderiam ser utilizadas, a própria estimulação do nervo ou a anestesia desse nervo para verificar se ouve a remissão da sintomatologia e perguntas específicas para o paciente também, em relação a sintomatologia dele, como que ela acontece, que tipo de dor que o paciente esta sentindo, a evolução, o tempo dessa dor, as características relacionadas a dor do paciente são importantes” (EO8)

A anestesia da zona-de-gatilho é uma manobra útil, para se estabelecer um diagnóstico diferencial que deve ser completado por uma anamnese criteriosa a respeito da evolução dos sintomas e para se conhecer quais os estímulos exatos e os locais que deflagram a dor²⁴.

Testes terapêuticos

Como testes terapêuticos foram citados pelos entrevistados, principalmente com o uso da carbamazepina, sendo fundamental para fechar o diagnóstico.

“Faz se um teste, muitas vezes terapêutico, principalmente com algumas medicações para tratamento para neuralgia trigeminal e se houver uma melhora com essas medicações, como por exemplo a carbamazepina que é uma medicação muito utilizada, então o diagnóstico é fechado” (EM9)

“Provas terapêuticas às vezes eu já chego a estabelecer com carbamazepina para o paciente tirar a dor para gente avaliar” (EO2)

Exame complementar

Os exames complementares foram citados pelos entrevistados, quando se tem uma possibilidade de alterações centrais.

“Eu acho o seguinte, você estando diante de uma suspeita de um caso secundário, tem que fazer uma ressonância magnética [...]” (EM1)

“É interessante você pedir muitas vezes uma ressonância magnética, um exame do líquor, pesquisa de bandas oligoclonais” (EM4)

“Eu solicito a angiorressonância a gente vê a presença dessa artéria em contato com o nervo trigêmeo” (EM7)

“Eu faço só pelo exame clínico, solicito sempre exames de imagem quando eu quero descartar problemas centrais, esse solicito sempre” (EO7)

Os entrevistados (EM1), (EM4), (EM7) e (EO7) sugerem exames de imagem para descartar outras patologias. Resultados de exames complementares, avaliação oftalmológica, otorrinolaringológica e/ou odontológica e o resultado dos bloqueios anestésicos diagnósticos devem ser cuidadosamente analisados antes de uma conclusão de diagnóstico^{25,19}.

A ressonância magnética é método de imagem sensível para demonstrar a anatomia normal do tronco encefálico e do nervo trigêmeo e para detectar lesões de partes moles. A radiografia simples do crânio pode estar alterada quando lesões tumorais atingem grande volume, quando há deformidades congênitas da base do crânio ou lesões ósseas primárias ou secundárias²⁶.

Exames laboratoriais não podem ser utilizados como critérios diagnósticos desses casos. Para o diagnóstico correto, a informação mais importante é aquela referida pelo próprio paciente, sendo de suma importância saber ouvir e fazer perguntas objetivas no momento adequado²⁷.

A maioria dos autores pesquisados concordam que o diagnóstico da NT é eminentemente clínico e baseado na história clínica do paciente que revele crises de dor paroxística de curta duração, precipitada a partir de áreas gatilhos, localizadas em área de inervação de um ou mais ramos do nervo trigêmeo 2,28. Porém, nem todos os pacientes com NT apresentam os mesmos sinais e sintomas ditos específicos para sendo necessário à realização de diagnóstico diferencial através da solicitação da realização de exames complementares, avaliação oftalmológica, otorrinolaringológica e/ ou odontológica para se excluir outras enfermidades que

nem sempre tem sua origem primária sediada na face, mas que poderiam causar os mesmos sinais e sintomas da NT^{28,3,4}.

Observou-se na fala dos entrevistados que em alguns casos os exames de imagem devem ser solicitados, principalmente para descartar problemas centrais, porém esses exames complementares podem demorar a ser autorizados e liberados pelo SUS, e alguns planos não cobrem alguns destes exames.

Considerações Finais

O processo de diagnóstico foi considerado como eminentemente clínico, sendo os exames complementares solicitados para diagnóstico diferencial e exclusão de causas secundárias para NT. É necessário uma equipe interdisciplinar composta por vários especialistas, em razão de uma patologia com etiologia multifatorial e que apesar de características peculiares pode equivocar até mesmo os profissionais mais capacitados induzindo-os ao erro de diagnóstico e consequentemente intervenções desnecessárias.

Referências

1. Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain. Seattle: IASP Press, 1994.
2. Goes TMPL; Fernandes SMF. Neuralgia do Trigêmeo: diagnóstico e tratamento. International Journal of Dentistry.2008;7(2):104-115.
3. Quesada GAT, Baptista CE, Flores DL. Neuralgia Trigeminal – do diagnóstico ao tratamento. Revista Dentística on line.2005; 5(11):46-54.
4. Oliveira CMB, Baaklini LG, Issy AM, Sakata RK. Neuralgia do Trigêmeo Bilateral. Relato de Caso. Revista Brasileira de Anestesiologia.2009;59(4).
5. Manzoni GC, Torelli P. Epidemiology of typical and atypical craniofacial neuralgias. Journal of the Neurological Sciences.2005;26(2):65-7.
6. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1995.
7. Brasil. Ministério da Educação. Decreto Nº 80.281, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e das outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF,6 set.1977. Seção 1, pt.1, p.11787,1997.
8. Rena CL. O papel da residência médica. Revista Médica de Minas Gerais.2012; 22(4): 430-32.

9. Hafner MLMB, Moraes MAAM, Marvulo MML, Braccialli LAD, Carvalho, MHR, Gomes R. A formação médica e a clínica ampliada: resultados de uma experiência brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010;15(1):1715-24.
10. Borbolato RM, Ambiel CR. Neuralgia do Trigêmeo: Aspectos importantes na clínica odontológica. *Revista Saúde e Pesquisa*.2009;2(2): 201-08.
11. Frizzo HM, Hasse PN, Veronese RM. Neuralgia do trigêmeo: revisão bibliográfica e analítica. *Revista de Cirurgia Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*.2004; 4(4):212-17.
12. Luna EB, Graça LFA, Silva DCO, Berzin F, Silva Z, Souza GC, Mitri FF. Aspectos Anatômicos e Patológicos da Neuralgia do Trigêmeo: Uma revisão da literatura para estudantes e profissionais da saúde. *Journal Bioscience*. 2010; 26(4): 661-674.
13. Law AS, Lilly JP. Trigeminal neuralgia mimicking odontogenic pain: report of two cases. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiology Endodontics*. 1995; 80(1):96-100.
14. Siqueira JTT, Ching LH. Neuralgia idiopática do trigêmeo: diagnóstico diferencial com dor de origem dentária. *Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM e Dor Orofacial*.2003; 3(10):131-39.
15. Krafft RM. Trigeminal Neuralgia. *American Family Physician*. 2008; 77:1291-96.
16. Zakrzewska JM. Diagnosis and differential diagnosis of trigeminal neuralgia. *Clinical Journal of Pain*.2002;18:14-21.
17. Krmpotić-Nemnić J, Vinter I, Hat J, Jalovec D. Mandibular Neuralgia due to Anatomical Variations. *European Archives Oto-rhino-laryngology*1999; 256: 205-208.
18. Petterson LJ, Ellis E, Hupp JR, Tucker MR. *Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. p.684-686.
19. Teixeira MJ, Siqueira SRDT. Neuralgias do Segmento Facial. *Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM e Dor Orofacial*. 2003;3(10):101-110.
20. Schestatsky P, Nascimento OJM. What do general neurologists need to know about neuropathic pain? *Arquivos de Neuro-psiquiatria*.2009; 67(3-A):741-749.
21. Zakrzewska JM. Trigeminal, Eye and Ear Pain, em: Wall & Melzack - *Textbook of Pain*. 4th Ed, Londres: Churchill Livingstone;1999.p. 739-760.
22. Chen HI, Lee JYK. The Measurement of Pain in Patients With Trigeminal Neuralgia. *Clinical Neurosurgery*.2010; 57.
23. Nurmikko TJ, Eldridge PR. Trigeminal neuralgia: pathophysiology, diagnosis and current treatment. *British Journal Anaesthesia*.2005; 87(1):117-32.

24. Bayer DB, Stenger TG. Trigeminal neuralgia: An overview. *Oral Surgery*.1979; 48(5): 393-399.
25. Shankland, WE. Causas mais comuns da dor facial de origem não dentária. *The Journal of Clinical Dentistry*.2001; 13:52-62.
26. Onofrio BM. Radiofrequency percutaneous Gasserian ganglion lesions. Results in 140 patients with trigeminal pain. *Journal Neurosurgery*.1975; (42):132-139.
27. Speciali JG. Classificação das cefaléias. *Medicina, Ribeirão Preto*, 30: 421-27,Out./Dez. 1997.
28. Ströher TH, Tago AG. Sintomatologia atípica em nevrálgia do nervo trigêmeo - erro de diagnóstico e implicações clínicas. 2010. 33fls. Trabalho de conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Paranaense. Umuarama, PR: UNIPAR.

Normas da Revista INTERFACE

INTERFACE -FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

SEÇÕES

Dossiê — textos ensaísticos ou analíticos temáticos, a convite dos editores, resultantes de estudos e pesquisas originais (até seis mil palavras).

Artigos — textos analíticos ou de revisão resultantes de pesquisas originais teóricas ou de campo referentes a temas de interesse para a revista (até seis mil palavras).

Debates — conjunto de textos sobre temas atuais e/ou polêmicos propostos pelos editores ou por colaboradores e debatidos por especialistas, que expõem seus pontos de vista, cabendo aos editores a edição final dos textos. (Texto de abertura: até seis mil palavras; textos dos debatedores: até mil palavras; réplica: até mil palavras.).

Espaço aberto — notas preliminares de pesquisa, textos que problematizam temas polêmicos e/ou atuais, relatos de experiência ou informações relevantes veiculadas em meio eletrônico (até cinco mil palavras).

Entrevistas — depoimentos de pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para as áreas de abrangência da revista (até seis mil palavras).

Livros — publicações lançadas no Brasil ou exterior, sob a forma de resenhas críticas, comentários, ou colagem organizada com fragmentos do livro (até três mil palavras).

Teses — descrição sucinta de dissertações de mestrado, teses de doutorado e/ou de livre-docência, constando de resumo com até quinhentas palavras. Título e palavras-chave em português, inglês e espanhol. Informar o endereço de acesso ao texto completo, se disponível na internet.

Criação — textos de reflexão sobre temas de interesse para a revista, em interface com os campos das Artes e da Cultura, que utilizem em sua apresentação formal recursos iconográficos, poéticos, literários, musicais, audiovisuais etc., de forma a fortalecer e dar consistência à discussão proposta.

Notas breves — notas sobre eventos, acontecimentos, projetos inovadores (até duas mil palavras).

Cartas — comentários sobre publicações da revista e notas ou opiniões sobre assuntos de interesse dos leitores (até mil palavras).

Nota: na contagem de palavras do texto, **incluem-se quadros** e excluem-se título, resumo e palavras-chave.

SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS

Interface - Comunicação, Saúde, Educação aceita colaborações em português, espanhol e inglês para todas as seções. Apenas trabalhos inéditos serão submetidos à avaliação. Não serão aceitas para submissão traduções de textos publicados em outra língua. A submissão deve ser acompanhada de uma autorização para publicação assinada por todos os autores do manuscrito. O modelo do documento estará disponível no link http://issuu.com/revista.interface/docs/autorizacaoautor_revista_miriam_15.

Nota: para submeter originais é necessário estar cadastrado no sistema. Acesse o link <http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo> e siga as instruções da tela. Uma vez cadastrado e logado, clique em “Author Center” e inicie o processo de submissão.

Os originais devem ser digitados em **Word ou RTF**, fonte Arial 12, respeitando o número máximo de palavras definido por seção da revista. Todos os originais submetidos à publicação devem dispor de resumo e palavras-chave alusivas à temática (com exceção das seções Livros, Notas breves e Cartas).

Da primeira página devem constar (em português, espanhol e inglês): título (até 15 palavras), resumo (até 140 palavras) e no máximo cinco palavras-chave.

Nota: na contagem de palavras do resumo, excluem-se título e palavras-chave.

Notas de rodapé - identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses. Devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.

Citações no texto

As citações devem ser numeradas de forma consecutiva, de acordo com a ordem em que forem sendo apresentadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos.

Exemplo:

Segundo Teixeira^{1,4,10-15}

Nota importante: as notas de rodapé passam a ser identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses. Devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.

Casos específicos de citação:

a) Referência de mais de dois autores: no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al.

b) Citação literal: deve ser inserida no parágrafo entre aspas. No caso da citação vir com aspas no texto original, substituí-las pelo apóstrofo ou aspas simples.

Exemplo:

“Os ‘Requisitos Uniformes’ (estilo Vancouver) baseiam-se, em grande parte, nas normas de estilo da American National Standards Institute (ANSI) adaptado pela NLM.”¹

c) Citação literal de **mais de três linhas**: em parágrafo destacado do texto (um enter antes e um depois), com **4 cm** de recuo à esquerda, em **espaço simples, fonte menor** que a utilizada no texto, **sem** aspas, **sem** itálico, terminando na margem direita do texto. Observação: Para indicar fragmento de citação utilizar colchete: [...] encontramos algumas falhas no sistema [...] quando relemos o manuscrito, mas nada podia ser feito [...]. Exemplo:

Observação: Para indicar fragmento de citação utilizar colchete: [...] encontramos algumas falhas no sistema [...] quando relemos o manuscrito, mas nada podia ser feito [...].

Exemplo:

Esta reunião que se expandiu e evoluiu para Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE), estabelecendo os Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos – *Estilo Vancouver*².

REFERÊNCIAS

Todos os autores citados no texto devem constar das referências listadas ao final do manuscrito, em ordem numérica, seguindo as normas gerais do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) – <http://www.icmje.org>. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

As referências são alinhadas somente à margem esquerda e de forma a se identificar o documento, em espaço simples e separadas entre si por espaço duplo. A pontuação segue os padrões internacionais e deve ser uniforme para todas as referências: Dar um espaço após ponto. Dar um espaço após ponto e vírgula. Dar um espaço após dois pontos. Quando a referência ocupar mais de uma linha, reiniciar na primeira posição.

ILUSTRAÇÕES

Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 200 dpi, tamanho máximo 16 x 20 cm, em tons de cinza, com legenda e fonte arial 9. Tabelas e gráficos torre podem ser produzidos em Word ou Excel. Outros tipos de gráficos (pizza, evolução...) devem ser produzidos em programa de imagem (photoshop ou corel draw).

Nota:

No caso de textos enviados para a Seção de Criação, as imagens devem ser escaneadas em resolução mínima de 200 dpi e enviadas em jpeg ou tiff, tamanho mínimo de 9 x 12 cm e máximo de 18 x 21 cm.

As submissões devem ser realizadas online no endereço: <http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo>

APROVAÇÃO DOS ORIGINAIS

Todo texto enviado para publicação será submetido a uma pré-avaliação inicial, pelo Corpo Editorial. Uma vez aprovado, será encaminhado à revisão por pares (no mínimo dois relatores). O material será devolvido ao (s) autor (es) caso os relatores sugiram mudanças e/ou correções. Em caso de divergência de pareceres, o texto será encaminhado a um terceiro relator, para arbitragem. A decisão final sobre o mérito do trabalho é de responsabilidade do Corpo Editorial (editores e editores associados).

Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista dos editores e do Corpo Editorial da revista.

Todo o conteúdo do trabalho aceito para publicação, exceto quando identificado, está licenciado sobre uma licença Creative Commons, tipo DY-NC. É permitida a reprodução parcial e/ou total do texto apenas para uso não comercial, desde que citada a fonte. Mais detalhes, consultar o link: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>

Medical and dental approaches of trigeminal neuralgia

ABSTRACT

Identify the knowledge and use of different treatments of trigeminal neuralgia (TN) in two services of a public university. Was used a recorded interview, semi-structured with medical professionals and dentists, the thirty-one contacted professionals, nineteen were part of the research. Emerged from the speech of the interviewees two analytical categories knowledge about different treatments and the use of different types of treatments and their subcategories. Pharmacotherapy was reported as the most widely used to treat TN, in refractory cases surgery was reported as second choice; respondents know and/or use the complementary and integrative practices as part of the TN treatment; professionals related factors such as age, comorbidities, allergies, purchasing power of the patient, such as choice of treatment criteria; among the difficulties in treating considers the association of difficulty of other drugs, due to cost and the failure of integration between the different professionals.

Key words: Trigeminal neuralgia, treatment, neuropathic pain, facial pain.

RESUMO

Identificar o conhecimento e utilização de diferentes tratamentos da neuralgia trigeminal (NT) em dois serviços de uma universidade pública. Foi utilizado uma entrevista gravada, semiestruturada com profissionais médicos e cirurgiões-dentistas, dos trinta e um profissionais contactados, dezenove fizeram parte da pesquisa. Emergiram das falas dos entrevistados duas categorias analíticas conhecimento sobre diferentes tratamentos e utilização de diferentes tipos de tratamentos e suas subcategorias. A farmacoterapia foi relatada como o mais utilizada no tratamento da NT, em casos refratários a cirurgia foi relatada como segunda escolha; os entrevistados conhecem e/ou utilizam as práticas integrativas e complementares como parte do tratamento da NT; os profissionais relataram fatores como idade, comorbidades associadas, alergias, poder aquisitivo do paciente, como critérios de escolha do tratamento; dentre as dificuldades no tratamento considera-se a dificuldade de associação de outros medicamentos, devido ao custo e a deficiência de integração entre os diferentes profissionais.

Palavras-chave: Neuralgia do trigêmeo, tratamento, dor neuropática, dor facial

Abordagens médica e odontológica frente à neuralgia trigeminal

INTRODUCTION

Trigeminal neuralgia (TN) belongs to the group of chronic painful conditions, characterized by paroxysmal attacks, and sudden excruciating pain, shock-like, which usually lasts a few seconds to two minutes¹. Critically affects the quality of life of affected patients, and described in the literature as one of the most severe pain and unbearable in medicine and may even lead to suicídio². The Carbamazepine is the drug therapy considered as first-line treatment for TN, used since the 60's, where its effectiveness is proven in 60% to 80% of patients. His antiepileptic action, increases the inactivation of voltage-gated sodium channels, reducing repetitive shots of the action potential, thereby blocking the outbreak of the frame doloroso³. The orientation to the patient and correction of postural habits, stress reduction, use of adjuvants such as laser therapy and acupuncture are part of clinical treatment for reduction and control of pain^{4,5}. Surgical treatment has been considered when the patient does not responsive to systemic medication or when it becomes refractory to TN^{6,7}. In this context, the aim of this study was to identify the knowledge and use of different treatments in two services of a public university.

METHOD

After approval by the Ethics Committee on Human Research of the Clinical Hospital (CEP/HC/UFG) under the Protocol 255 673/2013 all volunteers signed the Informed Consent (IC) in view of the Resolution 466/13. We conducted this exploratory study, cross-sectional, qualitative study whose object was to identify the knowledge and use of TN treatments reported by respondent's professionals. The study was conducted in two services linked to two academic units and an additional body of UFG-the College of Dentistry and Medicine and the Hospital, respectively. These services are the core of pain Mouth Disease Center Goias (CGDB-FO/UFG) and the Neuroscience Center (NN-HC/UFG) and the College of Medicine of the UFG, which are part of the public health system of Goiania and Goias state. Health professionals were investigated that made up the teams of the two services.

The study included all surgeons dental professionals (dental, radiology, periodontics and maxillofacial surgery) and medical (neurology and neurosurgery) with expertise in one of the two services, were excluded those who were on vacation, leave in the period of the interviews or refused to participate.

Data collection instrument: the technique used for data collection was the semi-structured interview guided by a script, and recorded in digital media, based on the following guiding questions, "What is your first choice for treating trigeminal neuralgia?" "You know and/or have indicated or used the so-called Integrative Complementary Practices?"; "What factors do you take into consideration when choosing the treatment?". Interviews were conducted in the period from July to November 2013.

Operation: the initial contact with participants was conducted via phone/email, when they were informed and enlightened on the subject of research, its objectives and the conduction. A face to face meeting was scheduled for the interview and possible clarification of doubts about the study. The interviews were conducted by a single researcher, with each individual professional, in a classroom of FO/UFG and care room NN-HC/UFG. For the record the interviews used a digital recorder Sony ICD-PX312. The interviews lasted 30-90 minutes, and the depletion of information the determining factor for the closure.

Data analysis: the interviews were heard and transcribed by the researcher / interviewer, giving an alpha-numerical identification for each interviewee: MI (medical interviewed) and DSI (dental surgeon interviewed), followed by a growing number MI1 to MI9, and DSI1 to DSI11, according to the order in which each professional was interviewed. The process of analysis of the speeches involved three phases: Phase I - The interviews were heard in sequence without pause and without any notes in order to obtain a broad understanding of all of them and seeking to identify, initially, the common ground for a future categorization; Phase II - Common aspects of the speeches were identified and grouped according to their similarities, for the establishment of emerging analytical categories; Phase III - Categories and subcategories were emerging named and analyzed singly⁸.

RESULT AND DISCUSSION

Among the thirty-one addressed professionals, nineteen met the inclusion criteria, ten dentists and nine medicals.

The composition of professional teams showed greater diversification of specialists for dentistry, as well as the presence of *strictu sensu* graduate students. The medical team was composed of neurologists, neurosurgeons and residents, and medical residency accredited by the Ministry of Education and Culture as post-graduation *lato*

sensu (specialization)^{9,10}. The difference in the training of dentists, with four quite diverse specialties-dental (radiology, periodontics and maxillofacial surgery) and medicals with two specialties (neurology and neurosurgery), may establish different ways of seeing the same problem^{11,3}.

Through a wide reading scientific articles and books came the pre-analytical categories, and after the interviews emerged from the interviewees' statements categories and subcategories structured according to phases I, II and III⁸, described the methodology presented below (Table 1), which were discussed individually.

Table 1. Categories and subcategories emerging from the interviewees' statements

CATEGORIES	SUBCATEGORIES
Knowledge about different treatments	<ul style="list-style-type: none"> • Pharmacotherapy • Surgery • Botulinum toxin • Laser therapy • Acupuncture • Combination therapy
Use of different types of treatment	<ul style="list-style-type: none"> • Choice Criteria • Difficulties in treatment <ul style="list-style-type: none"> ✓ Relating to professional ✓ Relating to patient ✓ Relating to unified health system

Knowledge about different treatments

Pharmacotherapy

Regarding treatment was observed that carbamazepine was the most used drug in the pharmacotherapy interviewed by professionals, however, other drugs such as oxcarbazepine, phenytoin, pregabalin, gabapentin, amitriptyline, topiramate has also been reported.

"Carbamazepine, sometimes does not work in some cases but with oxcarbazepine, might work. Sometimes I associate with carbamazepine phenytoin to help, and help. And we can use today in trigeminal neuralgia that has an answer, gabapentin and pregabalin, which can help" (M11)

The TN medical treatment is based on interrupting the excess afferent impulses, with an efficacy of about 60% to 80% of cases, may diminish over tempo¹². As the

American Academy of Neurology and the consensus of the European Federation of Neurology Society, the first-line drugs are carbamazepine and oxcarbamazepina¹³. Other anticonvulsant agents began to be used safely to treat TN, including second-line drugs, baclofen, lamotrigina¹⁴, pregabalina¹⁵ and gabapentina¹⁶. Oxcarbazepine can be used in patients who don't respond to carbamazepine in TN¹⁷.

"I use the oxcarbamazepina" (MI2)

"I think the first choice would undoubtedly be drug treatment, and which has been used since the classically dec.60 is carbamazepine, which works well, and has other therapeutic options: gabapentin, amitriptyline, tricyclic antidepressants, topiramate, these medications have some use in chronic pain "(DSI6)

"Are you patient we have to do an acute surgical treatment because it ta desperate [...] if an outbreak, you have an outbreak of image, first pulse I do, I go with oxcarbamazepina for pain control more do the pulse therapy "(MI2)

"In terms of pain relief, carbamazepine is the best indication. I'm not afraid to go with high-dose "(MI5)

Carbamazepine can be administered at a dose of 400-1200mg / day, which produces a satisfactory effect in about 80% of cases. May be proposed starting with 100mg of carbamazepine, increasing up to 100mg every other day until a dose of 600mg to 800mg daily. However, you may need dose of up to 1600mg/day The most common side effects of carbamazepine are qualm, dizziness, stuttering, ataxia and sedation The drug dosage should be gradually increased to minimize the adverse effects that reduce the patient's cooperation in the process terapêutico^{18,19}.

"The problem is when you can make use of very high doses of medicine begins to disrupt the day-to-day patient"(DSI4)

"The problem in Brazil is that people coming up a lot in the matter of agreement and UHS, then the UHS patient, we often can't afford to do much, so we start with medication, stalls surgery because the procedures less invasive most hospitals do not cover and the covenant patient if we get to do a lot of radio frequency also the agreement does not pay, because it is a more expensive procedure "(MI9)

It was observed that pharmacotherapy was the treatment most used by respondents, with great emphasis indication of carbamazepine, not only for being the drug of choice in the reported literature, but also to be provided free by the UHS. Professionals know the side effects, especially in high doses of the drugs mentioned, but often postpone the solutions for more invasive, since some of the drugs cited as gabapentin and tramadol are expensive and are not provided free of charge by UHS²⁰.

Surgery

Many surgical procedures were mentioned by respondents as: percutaneous procedures: Chemical neurolysis [glycerol, alcohol], neurolysis by thermal coagulation, percutaneous compression; vascular decompression, neurotome. Professionals also mentioned that you should always start from less invasive treatment for more invasive.

"If if none of this works, you can go to more aggressive actions, has application with glycerol to neutralize and have the surgery itself, which is the date the nerve thermocoagulation, which is reserved for those cases that do not respond" (M11)

"In these patients refractory my clinical experience, I have observed is that hardly agent achieves a good result with drug treatment, with associate the treatment ... The problem I see the neurotome, is that it has a large rate of recurrence "(DS14)

The choice of drug therapy and the necessity of surgery should be individualized to the particular and general conditions of patient²¹. The literature brings that neurosurgery is indicated in about 75% of cases at some point along the natural history of the disease, usually due to ineffective treatment with anticonvulsants or its effects colaterais²². However, each surgical technique has its merits and its limitations^{23,24}. The decision to refer to basing surgical procedures in the physician's experience, preferences of the patient and their clinical condition, such as age and general health^{17,25,26}.

"Neurolysis is the most used, but has had good results, you can have the return of pain, recurrence, more has been good" (M12)

"Today we do infiltration of the ganglion of Gasser, formerly with glycerol, have now used the alcohol, but glycerol works very well and then gets one or the other option is thermal coagulation, which I think is not feasible because it is a destructive technique, although several centers use, I've used, but I think it is not feasible because it destroys and you have no other option then to regenerate nerve no more "(M16)

Percutaneous techniques are compression balloon, radiofrequency rhizotomy and stereotactic radiosurgery gamma rays are relatively noninvasive, outpatient and free character of serious side effects, however, promote less lasting relief that the more invasive techniques and cause loss sensitive post operative in most patients. Open surgeries include partial rhizotomy and microvascular decompression, which are at higher risk of complications serious²⁷.

"The first choice we must always be guided by the best option and less invasive for the patient [...]" (M14)

"We always provide all possible treatments before offering surgery [...]" (M19)

Currently attention has focused both on the assessment of long-term treatments through *follow-up* studies such as the improvement of surgical techniques available, however, there are no conclusions and remains a lack of consensus on the these recommendations²⁶.

Botulinum Toxin

The botulinum toxin was cited by interviewees with good results in the treatment of TN, but it is necessary more studies to scientific evidence of its benefits in the TN. Only respondents (MI) knew or use botulinum toxin as a treatment for TN.

"I have had good response today with botulinum toxin [...]" (MI1)

"Mostly the toxin and acupuncture, laser I really know not" (MI5)

A study of botulinum toxin in twelve patients with idiopathic TN were infiltrated 20-50units botulinum toxin in triggering zones being evaluated weekly by Visual Analog Scale (VAS). Ten patients reported a benefit as a reduction or disappearance of pain, and remained pain free for sixty day, get back in that period, but without paroxysm. In ninety days was observed no pain and no paroxysm²⁸. Another study investigating treatment of TN which was administered botulinum neurotoxin type A subcutaneously with analgesic effect through the local release of neuropeptides antinociceptive (substance P, glutamate), inhibiting the central and peripheral sensitization possibly, the results showed significant symptomatic relief, but with recurrence in most patients after sixty days of follow up²⁶.

Laser therapy

Laser therapy has also been reported as a means of treatment known and/or used by the respondents (DSI), while the respondents (MI) unaware of such treatment. The experience can be a joint construction service in the choice of treatment to be performed, which would possibly lead to a service indication of laser therapy and the other doesn't.

"Here on our experience at the core of pain we work, we had experience with laser therapy and acupuncture, serving patients with neuropathic disorder. Basically these two "(DSI1).

A study to determine the effectiveness of the laser in the treatment of peripheral neuropathic pain, with 189 patients treated with *Lasermed MD 102* HeNe (Ne) for 30sec, power 2,5mw by area, and the pain was assessed by VAS from February

2000 to August 2001, the results showed an improvement in 181 patients (96%), where in six months a minority of patients were being treated with minimal doses of drugs and therefore is a useful method for treating neuropathic pain peripheral⁵.

"One of the treatments involves the laser therapy, acupuncture now I know I have reports as an effective treatment, but never used for this purpose" (DSI4)

"In fact the first option that I do is the use of laser, I think it is less harmful than drug" (DSI7)

"Acupuncture already indicated, more laser therapy not" (MI3).

"I know of complementary integrative practices" (MI4)

"Mostly the toxin and acupuncture, laser therapy I really unaware"(MI5)

Acupuncture

Among the complementary integrative practices, acupuncture is known for both respondents, however, indicated by (MI) and used by respondents (DSI).

"Diagnosed, I particularly prefer to start with acupuncture and with the laser, I'm not very adept at drug treatment" (DSI5)

"Acupuncture already indicated ..." (MI3)

"Acupuncture I know, it is feasible ..." (MI6)

The analgesic effect of acupuncture is due to increased levels of mediators such as endorphin, enkephalin and serotonin in the brain and are reported adverse plasma. Effects include minimum and hematoma at the needle location, allergy and infection site. Acupuncture can be an alternative method of treatment for patients with TN resistente^{4,29}.

Combination therapy

Respondents (MI) and (DSI), reported using combination therapy with botulinum toxin, drugs, laser therapy and acupuncture.

"I do toxin application in nerve endings and works great too, along with the medication" (MI1)

"We can do combination with other drugs that have a very good answer for neuropathic pain: pregabalin, gabapentin, we can associate" (MI3)

"We have had the same result with carbamazepine and with the combination of other treatments such as laser therapy and acupuncture. We have achieved a good result with carbamazepine, most of them associated, when you can't adjust the us-effect dose has used complementary integrative practices "(DSI1)

Alternative approaches may be needed to improve the painful picture of some patients¹⁶ and peripheral blockade of trigger points with local anesthetic ropivacaine, botulinum toxin type-A infiltration^{13.28}, acupuncture treatment generating an analgesic⁴ effect. The Integrative and Complementary Practices (PICs), have been used as adjuvants or in some cases individual therapies for the treatment of TN and studies show good results. Are part of the PICs, traditional Chinese medicine acupuncture, homeopathy, hydrotherapy, crenoterapia, anthroposophic medicine, medicinal plants and fitoterapia³⁰. However, the Federal Council of Dentistry (FCD), on 25 September 2008, by Decree n^o. 082/2008, regulated these Practices Integrative and Complementary for Oral Health considering the following techniques: hypnosis, acupuncture, herbal medicine, flower therapy, homeopathy and laser therapy.

Use of different types of treatment

When asked about the factors who lead respondents to consider in the choice of treatment emerged from the lines two subcategories - selection criteria and difficulties in treatment.

Selection criteria

In relation to the patient, factors such as age, comorbidity, allergies, purchasing power of the patient, as there are drugs that aren't offered by the public were raised by respondents in the choice of treatment, as demonstrated in the speech of respondents (DSI) and (MI).

"Age is an interesting factor mainly by the amount of medications the patient already takes" (DSI4)

"Every choice drug the medical is obliged to take into consideration some factors, comorbidity, age, if the patient has an allergy to any substance or derivative of this substance, it is important to also take into consideration purchasing power of the patient carbamazepine, by example, is an inexpensive drug that has available in public hospitals and all, but other drugs used for neuropathic pain such as pregabalin, are not as cheap [...]" (MI3)

"Several aspects, like any disease you have to consider: patient profile, issue of purchasing power, issue of pain control, convenient dosage schedule" (MI8)

"The first choice we always should be guided by the best option and less invasive for the patient. Initially medications, such as carbamazepine and oxcarbamazepina, only comes into operation when the latter patients don't respond to initial clinical treatment" (MI4)

"So sometimes they have gone through various professional and already

have other associated diseases, other diseases: hypertension, depression, sometimes longer takes drugs, so I try to share with the medical area" (DS12)

Access to medication is a big factor of importance to be considered, since many patients can't afford to pay for costly treatments. Carbamazepine is a very accessible to the population medicine, offered for free by UHS²⁰. Gabapentin is less effective than carbamazepine and more expensive, though better tolerated, which is an important consideration in the elderly, has recently been widely used because of side effects reduzidos².

In the selection criteria was observed by speech of respondents that knowledge thereof by the pathology reveals preferences for treatment used in the TN, and also that due to the age at which affects TN, patients may have other comorbidities and consequently take medications that may have cross reactivity with the drug therapy used in the TN.

Difficulties in treatment

When respondents were questioned about the difficulties in treating emerged subcategories on professional, the patient and the Unified Health System (UHS). *On professional were reported difficulties such as lack of integration of knowledge and disability training / training related to the professional.*

"The fact that the diagnosis not be done, this roams several medicals, clinicians, and otolaryngologists mainly by dentists, sometimes will, including tooth loss and such" (M11)

"When you talk about some specialties that are not medical, multidisciplinary is more difficult because you don't have a contact so direct. Sometimes you have an access so limited need a dentist is more difficult to assess if you need a physical therapist is difficult, if you need a sound is difficult. In the medical field, for example, endocrine is much easier, residents you end up finding the halls of the ward. Has this agility "(M17)

Some authors stress the importance of multidisciplinary care (composed of medicals, nurses, physiotherapists, psychologists, physical education) at diagnosis and in the treatment of TN^{3,31}. However, professional training should be considered not only within the limits of clinical performance, but also to an appropriate multidisciplinary and multi-professional activities and to act within the (UHS).

"I leave for treatment medication to the patient using forgot the name of the drug, in order that there, you can not intervene right? Tergetol, something like that, that's right, that in many cases it is perceived changes in symptoms "(DS110)

"I think the dentist should perhaps read a little bit more because sometimes the manifestation of pain is atypical, sometimes it feels the pain in the tooth and the pain is not of dental origin, pain, for example, neuralgia" (DSI6)

Early diagnosis is extremely important for your treatment; the dentist should see your patient as a whole, taking into account your general state of health, from anywhere, even to the planning of a simple treatment dental³².

"Establishing a diagnosis often is not easy, it can be even one or more types of related changes [...] is a limitation that many of us have, for no power, each has a greater knowledge in a certain area" (EO9)

For the patient, the difficulties of the individual variability of response to treatment and lack of adherence were reported by respondents as a limiting factor in treatment.

"It is so, let's say 80% of patients respond to oxcarbamazepina but has 70-80%, 20-30% is required even another treatment, in which case I suggested was more surgery to neurolysis" (MI2)

"If he's good he does not come back, that's the big problem in our country, it first live far away, sometimes he has no money condition specifically, I well to what I'm going to do there?" (MI6)

"We have had a good result with carbamazepine, the only problem is that the medicine he has very frequent side effects" (DSI1)

Regarding the adhesion of both the treatment was reported by respondents (MI) and (DSI), which improves the patient, in other words, reaches the therapeutic dose without pain and it stays it doesn't turn, and side effects of medication may also cause patients to abandon treatment.

For the health system, respondents point out many difficulties inherent in treating the UHS as: difficulty of the patient regulation, lack of professional and medication, which has led professionals often opt for more invasive treatment techniques that are offered by UHS and also by the covenants.

"So what hinders a bit at times and the issue of forwarding the health department because they have trouble making this adjustment, and sometimes they want to come here, but the system sends to the Santa Casa Hospital, send to other places, the times are already being treated here and can't this regulation "(EM2)

"Let there be sight of the health problem in this country might have some faster people of this patient triage, to give a better support, giving ease to these patients in accessing the problem you see? speed, drug availability, among other things "(EM3)

"I like to work with more people, more professionals I think it really helps a lot" (EM4)

"The problem in Brazil is that people coming up a lot in the matter of agreement and UHS, then the UHS patient often we can't afford to do much, so we start with the medication, stalls surgery because the procedures less invasive most hospitals don't cover and the covenant patient if we get to do a lot of radio frequency also the agreement doesn't pay, because it is a more expensive procedure "(EM9)

The existence of chronic and complex pain such as trigeminal neuralgia (TN) demand that the population has access to effective treatment in specialized centers with trained professionals and planned actions by managers, whether public or private. Diagnostic procedures and treatment well established, adequate physical infrastructure and trained human resources are essential to the effective management of TN, considering that this requires individualized approach, according to the needs of each patient within bio-psycho-socio-cultural²¹. In Conclusion because it is a chronic neuropathic pain and complex, the TN requires an interdisciplinary therapeutic approach treated by several specialists (dentists, medicals, physiotherapists, psychologists), since this approach underpins the successful treatment. Each patient requires different procedures in their treatment, it is necessary to know at what point each specialist should intervene to successful therapy. The results of this research can support advances in the effectiveness and efficiency of the TN treatment, a rethinking on the cost-effectiveness of treatments being used and also approach of related areas in the treatment of a disease that requires multidisciplinary treatment.

REFERENCES

1. Devor M, Amir R, Rappaport ZH. Pathophysiology of trigeminal neuralgia: the ignition hypothesis. *Clinical Journal of Pain* 2002;18:4-13.
2. Bennetto L, Patel N, Fuller G. Trigeminal Neuralgia. *Journal Geriatric Medicine*. 2008; 38(12): 639-642.
3. Goes TMPL, Fernandes SMF. Neuralgia do Trigêmeo: diagnóstico e tratamento. *International Journal of Dentistry* 2008;7(2):104-115.
4. Sert H, Usta B, Muslu B et al. Successful Treatment Of A Resistance Trigeminal Neuralgia Patient By Acupuncture. *Clinics* 2009; 64(12):1225-6.

5. Suárez DBG, Valdés FB, Rabí MDC et al. Laser y Dolor Neuropático. Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación 2003; 2 (3): 37-41.
6. Kitt CA, Gruber K, Davis M et al. Trigeminal neuralgia: opportunities for research and treatment. Pain 2000; 85:3-7.
7. Kondziolka D, Lunsford LD, Flickinger JC. Stereotactic radiosurgery for the treatment of trigeminal neuralgia. Clinical Journal Pain 2002; 18:42-47.
8. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1995.
9. Brasil. Ministério da Educação. Decreto Nº 80.281, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e da outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 6 set. 1977. Seção 1, pt.1, p.11787, 1997.
10. Rena CL. O papel da residência médica. Revista Médica de Minas Gerais 2012; 22(4): 430-32.
11. Hafner MLMB, Moraes MAAM, Marvulo MML et al. A formação médica e a clínica ampliada: resultados de uma experiência brasileira. Ciência & Saúde Coletiva 2010;15(1):1715-24.
12. Paglioli EB, Da Costa JC, Falavigna A. Topodiagnóstico neurológico. Porto Alegre: Ed. Evangraf, 1989.
13. Piovesan, EJ. Toxina Botulínica do tipo-A sobre um modelo de nocicepção trigeminal. Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências da Saúde. Curitiba: 2010, p.231.
14. Gronseth G, Cruccu G, Alksne J, et al. Practice parameter: the diagnostic evaluation and treatment of trigeminal neuralgia (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the European Federation of Neurological Societies. Neurology 2008; 71:1183–1190.
15. Pérez C, Saldaña MT, Navarro A, et al. Trigeminal neuralgia treated with pregabalin in family medicine settings: its effect on pain alleviation and cost reduction. The Journal of Clinical Pharmacology 2009; 49:582–590.
16. Lemos L, Flores S; Oliveira P, et al. Gabapentin supplemented with ropivacain block of trigger points improves pain control and quality of life in trigeminal neuralgia patients when compared with gabapentina lone. Clinical Journal Pain 2008; 24:64–75.
17. Cruccu G, Gronseth G, Alksne J, et al. AAN-EFNS guidelines on trigeminal neuralgia management. European Journal of Neurology 2008;15:1013–1028.

18. Laurent B, Devoize JC, Schott B. Étude clinique et traitement médical de la nevralgie faciale essentielle. Encyclopaedia Med-Chirurgical Paris, Neurologie 1980; 5: 17091.
19. Kramlinger KG, Phillips KA, Post RM. Rash complicating carbamazepine treatment. Journal of Clinical Psychopharmacology 1994; 14(5):408-413.
20. Scrivani SJ, Mathews ES, Maciewicz RJ. Trigeminal neuralgia. Oral surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology 2005;100(5).
21. Cheshire WP. Trigeminal neuralgia: for one nerve a multitude of treatments. Expert Review Neurotherapeutics. London 2007; 7(11),1565-1579.
22. Borbolato RM, Ambiel CR. Neuralgia do Trigêmeo: Aspectos importantes na clínica odontológica. Revista Saúde e Pesquisa 2009;2(2): 201-08.
23. Tatli M, Satici O, Kanpolat Y et al. Various surgical modalities for trigeminal neuralgia: literature study of respective long-term outcomes. Acta Neurochirurgica 2008;150:3, 243-255.
24. Oliveira CMB, Baaklini LG, Issy AM et al. Neuralgia do Trigêmeo Bilateral. Relato de Caso. Revista Brasileira de Anestesiologia 2009; 59 (4).
25. Boto GR. Neuralgia del trigémino. Neurocirugía 2010; 21: 361-372.
26. Obermann, M. Treatment options in trigeminal neuralgia. Therapeutic Advances in Neurological Disorders 2010;3(2):107-115.
27. Ong KS, Keng SB. Evaluation of surgical procedures for trigeminal neuralgia. Anesthesia Progress 2003; 50:181-188.
28. Zúñiga C, Díaz S, Piedimonte F, et al. Beneficial effects of Botulinum toxin type a in trigeminal neuralgia. Arquivos de Neuro-psiquiatria 2008; 66(3): 500-503 2008.
29. Cabyoglu MT, Eegene N, Tan U. The mechanism of acupuncture and clinical applications. International Journal of Neuroscience 2006;116:115-25.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
31. Alves TCA, Azevedo GS, Carvalho ES. Tratamento farmacológico da neuralgia do trigêmeo: revisão sistemática e metanálise. Revista Brasileira de Anestesiologia 2004; 54(6):836-839.

32. Luna EB, Graça LFA, Silva DCO, et al. Aspectos Anatômicos e Patológicos da Neuralgia do Trigêmeo: Uma revisão da literatura para estudantes e profissionais da saúde. *Journal Bioscience* 2010; 26(4): 661-674.

Forma dos artigos

Arquivos de Neuro-Psiquiatria adota as normas editoriais do *International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)* para manuscritos submetidos a revistas das áreas biomédicas - atualização de outubro de 2005 (www.icmje.org).

Os autores devem submeter o original em processador de texto Microsoft Word, fonte 12 (Arial ou Times New-Roman). O texto deve conter, nesta ordem:

1. Apresentação (página de rosto):

a. Título sintético e preciso, com até 100 caracteres. O título deve ser sugestivo, chamando a atenção para o conteúdo e não se restringindo a um aspecto estritamente descritivo. A não ser em manuscritos referentes a aspectos particulares de uma região não passíveis de extrapolação para a população geral, deve ser evitada, no título, a descrição da região de procedência do estudo. O título em português deve ser colocado depois do título em inglês.

b. Autor(es): nome e sobrenome, sendo este último na forma desejada para indexação.

c. Informações complementares: nome original (na língua nativa) da instituição em que foi feito o estudo, cidade e país; grau e cargo do autor; financiadora; endereço postal e eletrônico para correspondência.

2. Abstract e Resumo:

a. artigos, artigos de revisão, "pulo do gato" e notas históricas: até 150 palavras, contendo informação estruturada (opcional em "pulo do gato") quanto a: motivo e propósito do estudo, método, resultados, conclusão;

b. imagens em neurologia e opiniões não têm *Abstract* nem *Resumo*.

3. Key Words, palavras-clave ou Palavras-Chave: (a) artigos, artigos de revisão, notas históricas e "pulo do gato": após o *Abstract*, *Resumen* ou *Resumo*, seguindo os Descritores de Ciências da Saúde (<http://decs.bvs.br>); (b) cartas, imagens em neurologia, opiniões e resumos de teses não têm *Key words*/Palavras-chave.

4. Abstract, key words, Resumo e palavras-chave devem ser colocadas, nessa ordem, depois do nome dos autores, antes do texto.

5. Texto:

a. *Artigos Originais*: até 3.000 palavras, excluindo-se as referências, contendo: introdução e objetivo; método (sujeitos e procedimentos, referência explícita quanto ao cumprimento das normas éticas aplicáveis, incluindo o nome da Comissão de Ética que aprovou o estudo e o Consentimento Informado dos pacientes ou seus familiares); resultados; discussão; agradecimentos; referências. Não repetir no texto dados que constem de tabelas e ilustrações.

b. *Artigos de Revisão*: até 5.000 palavras, sem contar as referências, incluindo análise de dados de outros autores ou metanálise, avaliação crítica dos dados da literatura e

- considerações baseadas em sua experiência pessoal.
- c. *"Pulo do Gato"*: até 1.500 palavras, além das referências. Esta seção inclui opiniões e posicionamentos relevantes para a prática clínica e para a pesquisa.
 - d. *Notas Históricas*: até 1.000 palavras, excluindo-se as referências;
 - e. *Imagens em Neurologia*: até 100 palavras, com resumo dos dados clínicos e comentários sobre as imagens.
 - f. *Opiniões*: até 400 palavras.
 - g. *Teses*: até 200 palavras.

6. Tabelas:

- a. *Artigos Originais* e *Artigos de Revisão*: até 7, apresentadas em páginas separadas, incluindo: número de ordem, título e legenda. Não usar barras para separar linhas ou colunas;
- b. *Notas Históricas*: até 4, com formato semelhante àquele descrito para os artigos.

7. Ilustrações:

- a. *Artigos Originais* e *Artigos de Revisão*: até 10, gráficos ou fotos, de alta resolução (JPEG, pelo menos 500 dpi), com legendas em páginas separadas. Reproduções de ilustrações publicadas: anexar autorização da publicadora;
- b. *Notas Históricas*: até 5, de alta resolução (JPEG, pelo menos 500 dpi), com formato semelhante ao descrito para os artigos;
- c. *Imagens em Neurologia*: até 8, de alta resolução (JPEG, pelo menos 500 dpi), em uma única página.

Obs: Quando forem necessárias ilustrações adicionais, os custos serão repassados ao(s) autor(es).

8. Referências:

- a. *Artigos Originais*: até 30, restritas àquelas essenciais ao conteúdo do artigo;
- b. *Artigos de Revisão*: até 60;
- c. *Notas Históricas*: até 10;
- d. *Opiniões* e *Imagens em Neurologia*: até 5.

As referências devem:

- a. ser numeradas na ordem consecutiva de sua citação ao longo do texto;
- b. seguir o padrão do Index Medicus;
- c. incluir todos os autores quando até 6; quando 7 ou mais, listar os 3 primeiros, seguidos de "et al."

Modo de fazer a citação:

- a. artigos: Autor(es). Título. Periódico; ano; volume: páginas inicial-final (com todos os dígitos);
- b. livros: Autor(es) ou editor(es). Título. Edição, se não for a primeira. Tradutor(es), se for o caso. Cidade em que foi publicado: publicadora, ano: páginas inicial-final;
- c. capítulos de livros: Autor(es). Título. Editor(es) do livro e demais dados sobre este, conforme o item anterior;
- d. resumos: Autor(es). Título, seguido de (Abstr). Periódico ano; volume (Suplemento e seu número, se for o caso): página(s).
- e. quando não publicado em periódico: Título da publicação. Cidade em que foi publicada: publicadora, ano, página(s);
- f. livro ou texto *online*: autor(es). Título. Available at www ... (name of the site). Accessed (month, day, year);
- g. comunicações pessoais só devem ser mencionadas no texto, entre parênteses.

As referências que constam dos artigos publicados neste número servem para orientação.

Submissão e tramitação do artigo

SUBMISSÃO DO MANUSCRITO

- Serão aceitas somente submissões *online*:
mc04.manuscriptcentral.com/anp-scielo

ACEITE DO ARTIGO

Os manuscritos serão aceitos pela ordem cronológica em que atingirem o formato final, após cumprimento de todas as etapas da tramitação. **Todos os manuscritos serão submetidos a um revisor de língua inglesa credenciado pelo Pub Med Central (EUA).** Os custos financeiros dessa revisão correrão por conta dos autores.

APENDICES

Apêndice I – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

Apêndice II – Roteiro das entrevistas

Apêndice I

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, de uma pesquisa. Meu nome é Kelly Cristina Borges Tacon, sou a pesquisadora responsável e minha área de atuação é Fisioterapia (Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, nível Doutorado) e tenho como orientadora a Profa. Dra. Rejane Faria Ribeiro-Rotta, professora associada da UFG lotada na Faculdade de Odontologia (FO-UFG). Após ler com atenção este documento, ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine em todas as folhas e ao final deste documento, que está em duas vias e também será assinado por mim. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com os pesquisadores responsáveis: Kelly Cristina Borges Tacon Fone: (62) 82766424 e Profa. Dra. Rejane Faria Ribeiro-Rotta Fone (62) 99719187. Em caso de dúvidas sobre os seus direitos como participante nesta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, nos telefones: 3269-8338 ou 3269-8426 ou no endereço: 1ªAv. S/Nº Setor Leste Universitário, Unidade de Pesquisa Clínica, 2º andar.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Título: Abordagens médica e odontológica da neuralgia trigeminal

Justificativa: Sabe-se que a Neuralgia Trigeminal é uma doença crônica e devido aos grandes índices de insucesso em seu tratamento conservador, traz enormes transtornos à vida do paciente, levando muitas vezes a desistência do tratamento. A interação e integração multidisciplinar poderão contribuir para um diagnóstico precoce e também para um tratamento mais efetivo, evitando assim o abandono do paciente ao tratamento.

Objetivos da pesquisa: Investigar as abordagens médica e odontológica frente à neuralgia trigeminal em dois serviços de uma universidade pública.

Detalhamento dos procedimentos: Você será submetido a uma entrevista semi-estruturada, que será conduzida e gravada por uma pesquisadora devidamente

treinada, que seguirá um roteiro com perguntas abertas, o qual deverá ser respondido de acordo com sua experiência enquanto profissional na instituição onde atua.

Riscos e Benefícios: Riscos indiretos mínimos, inerentes também às atividades cotidianas, como possíveis atrasos nas atividades, interferências de fatores climáticos ou de trânsito e possíveis constrangimentos frente a perguntas ou situações indesejadas. Entre os benefícios esperados estão o conhecimento da realidade da assistência prestada aos pacientes com neuralgia trigeminal no âmbito hospitalar e odontológico, a observação das diferenças e/ou similaridade no diagnóstico e tratamento dos pacientes por médicos e dentistas, podendo assim servir como parâmetro para uma interação multidisciplinar na busca de novas estratégias para uma abordagem mais efetiva.

Forma de acompanhamento: a participação será apenas durante a entrevista, as informações serão posteriormente analisadas e categorizadas de forma quantitativa para dados contidos na pesquisa.

Critérios de inclusão e exclusão: Foram incluídos na pesquisa todos os profissionais cirurgiões-dentistas e médicos que atuam ou atuaram em um dos serviços, tendo sido excluídos aqueles que estavam de férias ou de licença no período das entrevistas.

Gostaríamos, ainda, de esclarecer que não haverá nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira pela sua participação. Todas as informações obtidas na entrevista serão utilizadas apenas com objetivos didáticos-científicos. Os resultados do estudo serão publicados em revista científica e compartilhado com todos os participantes. A identidade dos entrevistados será mantida em sigilo e também possui garantia expressa de liberdade de não aceitação, bem como de retirar o consentimento, sem qualquer prejuízo.

Nome do pesquisador _____

Assinatura do pesquisador _____

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu, _____,
RG _____ CPF _____ nº de
prontuário/ nº de matrícula, abaixo assinado, concordo em participar do estudo
“Abordagens médica e odontológica da neuralgia trigeminal”, sob a responsabilidade
da Dr^a Rejane Faria Ribeiro-Rotta e Dr^a. Kelly Cristina Borges Tacon como sujeito
voluntário. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Kelly Cristina
Borges Tacon sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os
possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi me garantido
que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à
qualquer penalidade.

Goiânia ____ / ____ / ____

Nome e assinatura do sujeito ou responsável: _____

Nome e assinatura da pesquisadora responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a pesquisa e
aceite do sujeito em participar.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

Apêndice II

Roteiro de Entrevistas

Essa entrevista aberta, semi-estruturada, exploratória se dará através das seguintes perguntas:

1. Qual a sua **concepção** sobre a **fisiopatologia** da **neuralgia trigeminal**?
2. O senhor considera a Neuralgia trigeminal uma **doença incapacitante**?
3. Como o senhor realiza o **diagnóstico** de NT? (No que se refere a historia clínica, exame físico e exames complementares).
4. Que **parametros** o senhor utiliza para **mensurar a melhora da dor** do paciente (então o senhor **utiliza** tanto no **diagnóstico quanto no tratamento** ?)
5. Qual sua **primeira escolha** para o **tratamento**? (O senhor já teve casos disso não ter funcionado? qual foi sua proxima escolha?)
6. O senhor conhece e/ou já indicou ou utilizou as chamadas **Práticas Integrativas Complementares** como: acupuntura, laserterapia, toxina botulinica?
7. Qual tem sido a **resposta** dos seus pacientes aos **diferentes tratamentos** propostos?
8. Essa reação influencia na condução do tratamento proposto? Caso haja uma **reação negativa** isso **influencia** na **condução do tratamento** proposto?
9. Que **fatores** o senhor leva em consideração na **escolha do tratamento**?

10. Como o senhor faz o **acompanhamento** dos seus pacientes com neuralgia trigeminal?

11. Como seus pacientes são **encaminhados** ou procuram os seus cuidados?

12. Quais **características positivas e/ou negativas** da **organização** do Núcleo de Neuroanatomia da FM-UFG ou Núcleo de dor do CGDB-FO-UFG que influenciam no atendimento do paciente?

13. O senhor sente falta da **complementação** de **outros profissionais** para o sucesso do tratamento?