

Crenças e preocupações sobre a dor têm associação à dor craniofacial experimentada nas últimas 24 horas: estudo transversal

Beliefs and concerns about pain were associated with craniofacial pain experienced within 24 hours: cross-sectional study

Ana Izabela Sobral de Oliveira-Souza¹, Daniella Araújo de Oliveira¹, Vanessa de Oliveira Moraes¹, Edson José Barros de Medeiros Júnior¹, Alexa Alves de Moraes², Débora Wanderley¹

DOI 10.5935/2595-0118.20230088-pt

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: Embora a dor craniofacial seja associada a aspectos psicológicos negativos, ainda não está totalmente elucidado como a percepção do paciente sobre sua própria doença pode influenciá-la. Portanto, este estudo teve como objetivo identificar os principais fatores e as crenças sobre a doença que podem influenciar a intensidade e a duração da dor em pessoas que sentiram dor craniofacial nas últimas 24 horas.

MÉTODOS: Estudo transversal composto por universitários, com idade entre 18 e 40 anos, que relataram dor craniofacial nas últimas 24 horas. Os voluntários responderam a perguntas sobre funções corporais, atividades e participação e fatores pessoais com base na classificação da Classificação Internacional de Funcionalidades (CIF). Além disso, foram aplicadas questões do Questionário de Percepção de Doenças Versão Breve (Brief IPQ). A análise foi realizada com um modelo de regressão simples e múltiplo.

RESULTADOS: A amostra foi composta por 87 voluntários. A intensidade e a duração da dor sentida nas últimas 24 horas foram influenciadas pela preocupação com a presença de doença e com a necessidade de tratamento. A intensidade da dor foi asso-

ciada à importância do tratamento e à preocupação do paciente com sua dor ($R^2=0,108$). A duração da dor associou-se à preocupação do indivíduo com sua doença ($R^2=0,1459$).

CONCLUSÃO: Tanto a intensidade quanto a duração da dor vivenciadas nas últimas 24 horas são influenciadas pela preocupação com a presença de doença e crenças relacionadas ao seu tratamento, o que reforça a influência dos aspectos psicossociais na percepção da dor.

Descritores: Dor facial, Estudantes, Funcionamento psicossocial, Percepção da dor.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Although craniofacial pain has been associated with negative psychological aspects, how the patient's perception of their own illness could influence craniofacial pain is not elucidated yet. Therefore, this study aims to identify the main factors and beliefs about the illness that could influence pain intensity and pain duration in people who experienced craniofacial pain in the last 24 hours.

METHODS: This cross-sectional study comprised undergraduate students, aged between 18 and 40 years old, who experienced self-reported craniofacial pain in the last 24 hours. Participants answered questions regarding body functions, activities and participation, and personal factors based on the International Classification of Functioning (ICF); In addition, questions from the Brief Illness Perceptual Questionnaire (Brief IPQ) were applied. The analysis was carried out with a single and multiple regression model.

RESULTS: The sample comprised 87 volunteers. Pain intensity and duration experienced in the last 24 hours were associated by concerns about the presence of an illness and the need for treatment. Pain intensity was specifically associated with the importance of treatment and the extent to which the patient is concerned about their pain ($R^2=0.108$). Pain duration was associated with how much the individual is worried about their illness ($R^2=0.1459$).

CONCLUSION: Both pain intensity and duration experienced in the last 24 hours are associated with concerns regarding the presence of an illness and beliefs related to such illness treatment, which reinforces the influence of psychosocial aspects on pain perception.

Keywords: Facial pain, Pain perception, Psychosocial functioning, Students.

Ana Izabela Sobral de Oliveira-Souza – <https://orcid.org/0000-0002-7825-2676>;
Daniella Araújo de Oliveira – <https://orcid.org/0000-0002-6013-978X>;
Vanessa de Oliveira Moraes – <https://orcid.org/0009-0007-7101-7917>;
Edson José Barros de Medeiros Júnior – <https://orcid.org/0009-0001-9418-5071>;
Alexa Alves de Moraes – <https://orcid.org/0000-0001-6882-3773>;
Débora Wanderley – <https://orcid.org/0000-0002-9743-5101>.

1. Universidade Federal de Pernambuco, Departamento de Fisioterapia, Recife, PE, Brasil.
2. Universidade Federal de Viçosa, Setor de Fisioterapia da Divisão em Saúde, Viçosa, MG, Brasil.

Apresentado em 24 de junho de 2023.

Aceito para publicação em 02 de outubro de 2023.

Conflito de interesses: não há – Fontes de fomento: não há.

DESTAQUES

- A duração da dor pode estar associada às crenças do indivíduo sobre a doença.
- As crenças e preocupações sobre a doença podem influenciar a intensidade da dor craniofacial.
- A terapia educativa pode ser uma chave importante para a gestão da dor craniofacial aguda.

Editor associado responsável: José Geraldo Speciali
<https://orcid.org/0000-0001-7244-6464>.

Correspondência para:

Débora Wanderley

E-mail: debora.wanderley@ufpe.br

© Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor

INTRODUÇÃO

As condições de dor craniofacial, incluindo as relacionadas com distúrbios temporomandibulares, dores de dentes, cefaleias e dor neuropática do trigêmeo¹⁻³ são as condições de dor persistente mais comuns relacionadas com as estruturas orais e craniofaciais³. Estas, afetam aproximadamente 25% da população mundial pelo menos uma vez na vida, sendo mais prevalentes na população adulta feminina⁴.

Essas condições craniofaciais dolorosas apresentam etiologias multifatoriais que ainda são desconhecidas ou pouco compreendidas^{1-3,5}. No entanto, é sabido que essas condições apresentam uma correlação importante com outros sintomas associados às estruturas da cabeça e do pescoço (ou seja, dores de cabeça, dor cervical, incapacidade cervical, entre outros)⁵. Essa relação íntima com outras áreas anatômicas, como pele facial, meninges, mucosa oral, dentes, ossos, articulação temporomandibular, músculos, ligamentos e fáscia, entre outros, também pode afetar as funções corporais².

Nesse sentido, a região craniofacial é amplamente representada na área somatossensorial do sistema nervoso central, o que facilita a centralização da percepção da dor². Assim, as alterações no córtex somatossensorial de pacientes com condições de dor craniofacial podem ser interpretadas como consequência da dor, levando a vários sintomas somáticos associados^{2,5}, tais como prejuízos na aparência, na comunicação e na expressão de emoções, além de limitações na mandíbula, mudanças nos hábitos de comer e beber, além de alterações nas funções psicológicas, sensoriais e da fala^{2,6-9}. Além disso, a maioria dos indivíduos que apresentam sintomas de dor craniofacial também experimenta sintomas psicossociais (ou seja, ansiedade, depressão, entre outros), que podem influenciar as crenças relacionadas à dor (ou seja, catastrofização, crenças de evitação do medo, entre outras)^{2,6-9} e afetar negativamente suas atividades e participação nas atividades da vida^{2,6-10}.

A presença de problemas psicossociais está relacionada à cronificação da dor craniofacial^{2,5}, e o grau de dor crônica é influenciado pelas crenças, tornando o manejo dessas condições um desafio^{2,5,10}. Além dos sintomas somáticos, as condições de dor craniofacial estão frequentemente relacionadas à percepção prejudicada da qualidade de vida, estresse, depressão e queixas de ansiedade, que são considerados fatores perpetuadores dos estados de dor crônica craniofacial⁶⁻¹⁴ especialmente na área orofacial¹³. Outro aspecto relevante é que esses impactos psicossociais da dor craniofacial parecem predominar entre as mulheres com idade entre 18 e 44 anos e podem representar um fator de risco para a potencialização do comportamento doloroso¹⁴. Considerando a alta prevalência de condições craniofaciais dolorosas e suas repercussões negativas, existe a necessidade de identificar precocemente os fatores que podem influenciar o comportamento e as características da dor craniofacial. Essa elucidação poderia ajudar os profissionais a entender melhor a dor craniofacial, bem como a melhorar as abordagens terapêuticas, com base em um modelo abrangente de abordagem biopsicossocial^{2,6}, conforme recomendado pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)¹⁵.

Considerando essas recomendações, a dor e seu impacto em diferentes aspectos da vida têm sido profundamente investigados^{4,7,8,14,16}, usando ferramentas de medição como o *36-item Short Form Survey*^{7,8} e o *Oral Health Impact Profile*^{14,16}. Os estudos geralmente in-

vestigam como a dor afetou o funcionamento de um indivíduo e outros aspectos durante as últimas 24 horas ou a última semana, o que é considerado um importante resultado relatado pelo paciente¹⁷⁻¹⁹. Além disso, outros estudos destacaram que a percepção dos pacientes sobre sua própria doença afeta de forma relevante as funções psicológicas, a percepção da dor e o funcionamento físico^{20,21}. No entanto, a literatura ainda carece de evidências sobre como a percepção dos pacientes sobre sua própria doença poderia influenciar a dor craniofacial nas últimas 24 horas. Assim, para oferecer novas perspectivas sobre os fatores que influenciam as condições de dor craniofacial, o objetivo do presente estudo foi identificar os principais fatores e crenças sobre a doença que poderiam estar associados à intensidade e à duração da dor em pessoas que sentiram dor craniofacial nas últimas 24 horas.

MÉTODOS

Este é um estudo transversal que seguiu as recomendações do STROBE²² e foi desenvolvido no Laboratório de Aprendizagem e Controle Motor (LACOM) do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), entre julho de 2019 e junho de 2021. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da UFPE (número de aprovação: 190415058), e todos os voluntários envolvidos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O convite para participar da pesquisa foi divulgado por meio de anúncios nas mídias sociais. Uma amostra de conveniência foi obtida, incluindo voluntários que atendiam aos seguintes critérios: estudantes matriculados em cursos de graduação do Centro de Ciências da Saúde da UFPE, Campus Recife, com idade entre 18 e 40 anos, independentemente do sexo, que apresentavam queixas autorrelatadas de dor na região craniofacial nas últimas 24 horas. Os critérios de exclusão foram a presença de doença infecciosa ou degenerativa do sistema nervoso central, aneurisma cerebral, hipertensão intracraniana, miopatias, mielopatias, fibromialgia, hérnia de disco cervical sintomática, artrite reumatoide, história de tumores cerebrais ou espinhais, história prévia de trauma facial ou cervical, presença de procedimento cirúrgico na coluna cervical e/ou no segmento craniofacial ou presença de déficit cognitivo.

Após a triagem de elegibilidade, os voluntários foram contatados para verificar se haviam apresentado dor craniofacial nas últimas 24 horas e, em caso afirmativo, o questionário de avaliação foi aplicado. Os voluntários elegíveis que não apresentaram dor na região craniofacial nas últimas 24 horas no momento da entrevista foram instruídos a entrar em contato com os pesquisadores quando apresentassem dor nas últimas 24 horas, para que pudessem responder ao questionário de avaliação.

O questionário de avaliação foi elaborado pela equipe de pesquisa e continha perguntas relacionadas à CIF sobre funções corporais, atividades e participação, além de fatores pessoais. A pergunta "O quanto você acha que é responsável por sua saúde?" também foi feita, com opções de resposta que variavam de zero a 10. Além disso, foram incluídas as sete perguntas objetivas do Questionário de Percepção de Doenças Versão Breve (Brief IPQ). Esse é um instrumento válido e adaptado para a população brasileira, que apresenta respostas de zero a 10, com o objetivo de analisar a percepção do

paciente sobre sua própria doença²³. Quanto maior a pontuação total, maior a percepção da doença como uma ameaça. Todas as variáveis incluídas no questionário de avaliação estão descritas nas tabelas 1, 2, 3 e 4.

Análise estatística

As análises foram realizadas por meio do software SPSS, versão 20.0, e do software STATA v.14. O teste de normalidade de Shapiro-Wilk evidenciou que todas as variáveis tinham distribuição normal. Os dados foram apresentados como média e desvio padrão com um intervalo de confiança de 95% (IC 95%) ou número e porcentagem (%).

Tabela 1. Características gerais da amostra.

Variáveis (n=87)	Média (DP) / n (%)
Idade (anos)	23,22 (4,20)
Você possui emprego? (Sim)	18/87 (20,6%)
Intensidade da dor sentida nas últimas 24 horas	
Leve	4/87 (4,59%)
Leve a moderada	24/87 (27,58%)
Moderada	32/87 (36,78%)
Moderada a intensa	24/87 (27,58%)
Intensa	3/87 (3,44%)
Duração da dor sentida nas últimas 24 horas	7,42 (7,63)
Frequência da prática de atividade física (número de dias/semana)	1,77 (2,23)
Duração da atividade física (minutos)	33,16 (45,54)
Atividades e funções corporais	Teve problemas com atividades ou funções devido à dor craniofacial nas últimas 24 horas
Recreação e lazer	17/87 (19,5%)
Caminhada	9/87 (10,3%)
Leitura	50/87 (57,5%)
Cuidados com a aparência	8/87 (9,2%)
Concentrar a atenção em algo	68/87 (78,2%)
Funções do sono	23/87 (26,4%)
Limpeza da casa	25/87 (28,7%)

Os dados são apresentados como média e desvio padrão (DP) ou número (n) e porcentagem (%).

Para determinar os fatores que foram significativamente associados à intensidade e à duração da dor entre os voluntários elegíveis, foi realizada uma análise em duas etapas:

Na primeira etapa, foi realizada uma regressão linear simples para analisar a relação entre as variáveis dependentes (intensidade e duração da dor) com cada uma das variáveis independentes (informações sobre as funções do corpo, atividades e participação, fatores pessoais, as sete perguntas objetivas do *Brief IPQ* e a pergunta “o quanto você acha que é responsável por sua saúde?”) como dispostas nas tabelas 1 a 4. As variáveis significativas na análise univariada com $p \leq 0,20$ foram adicionadas ao modelo multivariado de forma hierárquica, com base no valor de R^2 , e depois analisadas por meio de um teste de regressão linear múltipla²⁴.

Na análise multivariada inicial, todas as variáveis com R^2 significativo ($p \leq 0,20$) foram incluídas. No entanto, a escolha do melhor modelo multivariado que explicou a variação na intensidade e duração da dor foi determinada de acordo com as variáveis que foram significativas com $p < 0,05$.

RESULTADOS

Noventa e dois voluntários foram selecionados para elegibilidade, dos quais cinco foram excluídos devido a: cirurgias craniofaciais prévias ($n = 2$), não matrícula em cursos de graduação no Centro de Ciências da Saúde da UFPE ($n = 1$) e, finalmente, alguns indivíduos não sentiram dor nas últimas 24 horas durante o período do estudo ($n = 2$). Ao final, 87 voluntários foram incluídos no estudo, sendo a maioria mulheres ($n = 72$, 82,75% da amostra total), com idade média de 23,22 (4,20) anos. As características gerais da amostra estão descritas na tabela 1.

O momento em que os indivíduos apresentaram sintomas de dor não foi coletado neste estudo, pois esses dados não pareciam importantes para a análise no início do estudo. Entretanto, como essa é uma medida importante da dor, informações adicionais sobre essa limitação foram apresentadas na sessão de discussão.

As variáveis que foram significativamente associadas à intensidade da dor na análise univariada foram sexo ($R^2=0,011$, $\beta=-0,375$, $p=0,161$), bem como as seguintes perguntas do *Brief IPQ*: “Quanto controle você acha que tem sobre sua doença?” ($R^2=0,013$, $\beta=-0,052$, $p=0,147$); “O quanto você acha que seu tratamento pode ajudar sua doença?” ($R^2=0,024$, $\beta=-0,060$, $p=0,080$) e “O quanto você está preocupado com sua doença?” ($R^2=0,035$, $\beta=0,062$, $p=0,045$), conforme as tabelas 2 e 3.

Tabela 2. Análise univariada e multivariada dos principais fatores que influenciaram a intensidade da dor em pessoas que sentiram dor craniofacial nas últimas 24 horas.

Variável (n=87)	Análise univariada				Análise multivariada						
	Coef, (β)	IC 95%	Valor de p	R^2	Incluída no modelo multivariado	Coef, (β)	IC 95%	Valor de p	Coef, (β)	IC 95%	Valor de p
Você possui emprego?	0,041	-0,45 a 0,53	0,870	-0,011	Não	-	-	-	-	-	-
Frequência da prática de atividade física (número de dias/semana)	-0,008	-0,09 a 0,08	0,861	-0,011	Não	-	-	-	-	-	-

Continua...

Tabela 2. Análise univariada e multivariada dos principais fatores que influenciaram a intensidade da dor em pessoas que sentiram dor craniofacial nas últimas 24 horas – continuação

Variável (n=87)	Análise univariada					Análise multivariada					
	Coef, (β)	IC 95%	Valor de p	R ²	Incluída no modelo multivariado	Coef, (β)	IC 95%	Valor de p	Coef, (β)	IC 95%	Valor de p
Duração da atividade física diária (minutos)	-0,002	-0,00 a 0,00	0,300	0,001	Não	-	-	-	-	-	-
Prática de atividade física (sim/não)	0,007	-0,40 a 0,41	0,973	-0,011	Não	-	-	-	-	-	-
O quanto você acha que é responsável por sua saúde?	-0,034	-0,10 a 0,03	0,304	0,000	Não	-	-	-	-	-	-
Questionário Brief IPQ											
O quanto a doença afeta sua vida?	0,041	-0,03 a 0,11	0,278	0,002	Não	-	-	-	-	-	-
Quanto controle você acha que tem sobre sua doença?	-0,052	-0,12 a 0,01	0,147	0,013	Sim	0,007	-0,07 a 0,08	0,856	-	-	-
O quanto você acha que seu tratamento pode ajudar sua doença?	-0,060	-0,12 a 0,00	0,080	0,024	Sim	-0,112	-0,19 a -0,02	0,009	-0,112	-0,19 a -0,02	0,009
O quanto você sente os sintomas de sua doença?	0,044	-0,03 a 0,11	0,242	0,004	Não	-	-	-	-	-	-
O quanto você está preocupado com sua doença?	0,062	0,00 a 0,12	0,045	0,035	Sim	0,105	0,03 a 0,17	0,003	0,105	0,03 a 0,17	0,003
O quanto você acha que entende sua doença?	-0,006	-0,07 a 0,06	0,843	-0,011	Não	-	-	-	-	-	-
O quanto sua doença o afeta emocionalmente?	0,009	-0,05 a 0,06	0,751	-0,010	Não	-	-	-	-	-	-

Coef. = coeficiente β; IC = intervalo de confiança; Brief IPQ = Questionário de Percepção de Doenças Versão Breve.

Tabela 3. Análise univariada e multivariada dos principais fatores associados à duração da dor em pessoas que sentiram dor craniofacial nas últimas 24 horas.

Variável (n=87)	Análise univariada					Análise multivariada					
	Coef, (β)	IC 95%	Valor de p	R ²	Incluída no modelo multivariado	Coef, (β)	IC 95%	Valor de p	Coef, (β)	IC 95%	Valor de p
Você possui emprego?	-1,493	-5,52 a 2,53	0,463	-0,005	Não	-	-	-	-	-	-
Frequência da prática de atividade física (número de dias/semana)	-0,356	-1,08 a 0,37	0,336	-0,000	Não	-	-	-	-	-	-
Duração da atividade física diária (minutos)	-0,008	-0,04 a 0,02	0,631	-0,009	Não	-	-	-	-	-	-
Prática de atividade física (sim/não)	1,306	-1,99 a 4,60	0,434	-0,004	Não	-	-	-	-	-	-
O quanto você acha que é responsável por sua saúde?	0,437	-0,09 a 0,86	0,106	0,0191	Sim	0,205	-0,39 a 0,80	0,495	-	-	-
Questionário Brief IPQ											
O quanto a doença afeta sua vida?	0,649	0,04 a 1,25	0,036	0,039	Sim	-0,114	-0,92 a 0,69	0,779	-	-	-
Quanto controle você acha que tem sobre sua doença?	-0,345	-0,93 a 0,01	0,246	0,004	Não	-	-	-	-	-	-
O quanto você acha que seu tratamento pode ajudar sua doença?	0,109	-0,45 a 0,67	0,701	-0,010	Não	-	-	-	-	-	-

Continua...

Tabela 3. Análise univariada e multivariada dos principais fatores associados à duração da dor em pessoas que sentiram dor craniofacial nas últimas 24 horas – continuação

Variável (n=87)	Análise univariada					Análise multivariada					
	Coef, (β)	IC 95%	Valor de p	R ²	Incluída no modelo multivariado	Coef, (β)	IC 95%	Valor de p	Coef, (β)	IC 95%	Valor de p
O quanto você sente os sintomas de sua doença?	0,731	0,13 a 1,32	0,017	0,054	Sim	0,219	-0,53 a 0,97	0,565	-	-	-
O quanto você está preocupado com sua doença?	0,860	0,38 a 1,33	0,001	0,120	Sim	0,920	0,18 a 1,65	0,015	0,860	0,38 a 1,33	0,001
O quanto você acha que entende sua doença?	0,309	-0,23 a 0,85	0,259	0,003	Não	-	-	-	-	-	-
O quanto sua doença o afeta emocionalmente?	0,414	-0,06 a 0,89	0,089	0,022	Sim	-0,235	-0,85 a 0,37	0,448	-	-	-

Coef.: coeficiente β; IC = intervalo de confiança; Brief IPQ = Questionário de Percepção de Doenças Versão Breve.

Tabela 4. Análise univariada da associação entre fatores individuais na intensidade e duração da dor em pessoas que tiveram dor craniofacial nas últimas 24 horas.

Variável (n=87)	Análise univariada					Incluída no modelo multivariado
	Coef, (β)	IC 95%	Valor de p	R ²		
Influência da idade na intensidade da dor	0,014	-0,03 to 0,06	0,543	-0,007	Não	
Influência do sexo na intensidade da dor	-0,375	-0,90 to 0,15	0,161	0,011	Sim	
Influência da idade na duração da dor	0,368	-0,01 to 0,75	0,060	0,029	Sim	
Influência do sexo na duração da dor	1,740	-2,57 to 6,06	0,425	-0,004	Não	

Coef.: coeficiente β; IC = intervalo de confiança.

As variáveis que foram significativamente associadas à duração da dor na análise univariada foram a idade ($R^2=0,029$, $\beta=0,368$, $p=0,060$; Tabela 4), a pergunta “O quanto você acha que é responsável por sua saúde?” ($R^2=0,0191$, $\beta=0,437$, $p=0,106$) e as seguintes perguntas do Brief IPQ: “O quanto a doença afeta sua vida?” ($R^2=0,039$, $\beta=0,649$, $p=0,036$); “O quanto você sente os sintomas de sua doença?” ($R^2=0,054$, $\beta=0,731$, $p=0,017$); “O quanto você está preocupado com sua doença?” ($R^2=0,120$, $\beta=0,860$, $p=0,01$) e “O quanto sua doença o afeta emocionalmente?” ($R^2=0,022$, $\beta=0,414$, $p=0,089$). Esses resultados estão descritos nas tabelas 3 e 4.

No modelo multivariado final, duas variáveis apresentaram uma associação significativa ($p<0,05$) com a intensidade da dor, que foram as perguntas do Brief IPQ: “O quanto você acha que seu tratamento pode ajudar sua doença?” ($R^2=0,108$, $\beta=-0,112$, $p=0,009$) e “O quanto você está preocupado com sua doença?” ($R^2=0,108$, $\beta=0,105$, $p=0,003$), descritos na tabela 2. Com relação à duração da dor descrita na tabela 3, apenas uma variável apresentou associação significativa ($p<0,05$), sendo incluída no modelo: a pergunta do Brief IPQ “O quanto você está preocupado com sua doença?” ($R^2=0,1459$, $\beta=0,920$, $p=0,015$).

DISCUSSÃO

As crenças relacionadas ao tratamento e as preocupações com a doença são os fatores que mais influenciam tanto a intensidade quanto a duração da dor sentida nas últimas 24 horas. As preocupações com a dor foram incluídas nos dois modelos que explicam a intensidade e a duração da dor nas últimas 24 horas, portanto,

essa variável parece ser a melhor para explicar o comportamento da dor.

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) define a dor como uma experiência subjetiva, que é influenciada por fatores biológicos, psicológicos e sociais. Assim, a dor e a nocicepção são fenômenos diferentes, e a sensação dolorosa não pode ser explicada apenas pela atividade das vias sensoriais, pois as experiências individuais relacionadas à dor também devem ser consideradas. Com base nisso, o relato de uma pessoa sobre uma experiência dolorosa deve ser aceito e respeitado²⁵. Embora a dor geralmente desempenhe um papel adaptativo, ela também pode desencadear efeitos adversos na função e no bem-estar social e psicológico. Além disso, a descrição verbal é apenas um entre vários comportamentos para expressar a dor, e a incapacidade de se comunicar não invalida a possibilidade de um ser humano ou um animal sentir dor²⁵.

No presente estudo, as características da dor sentida nas últimas 24 horas foram associadas à preocupação com a doença e às crenças relacionadas ao seu tratamento, demonstrando assim a influência dos aspectos psicossociais na percepção da dor. Esse achado corrobora outros estudos em que a ansiedade e a depressão foram associadas à dor orofacial em mulheres, evidenciando que a percepção da doença pode afetar aspectos multidimensionais da vida, incluindo fatores emocionais e qualidade de vida²⁶⁻³⁰.

Além disso, os resultados presentes corroboram os achados de outros autores²⁷, que realizaram uma pesquisa envolvendo pacientes com dor crônica, evidenciando que a dor e a percepção da doença foram os principais preditores da presença de ansiedade e depressão nessa população. Além disso, crenças pessimistas sobre o sucesso

do tratamento, a gravidade dos sintomas, o impacto emocional, a compreensibilidade e as preocupações com a doença, a intensidade e a incapacidade da dor, assim como variáveis relativas às interações orais, cognitivas e sociais também podem levar a sintomas de depressão e ansiedade. No entanto, uma contribuição importante trazida pela presente pesquisa é a identificação específica de fatores de pensamento relacionados ao tratamento e à preocupação com a doença como diretamente associados à intensidade da dor. Com base nisso, os clínicos devem fornecer abordagens mais assertivas no tratamento da dor, com o objetivo de abordar esses fatores, uma vez que as condições psicossociais são muito amplas e a falta de especificação sobre esses fatores pode gerar metas de tratamento não específicas²⁷. Achados semelhantes também foram encontrados em pacientes com distúrbios temporomandibulares, que demonstraram que sua percepção de qualidade de vida era influenciada por aspectos de saúde física e mental²⁸. Além disso, as crenças sobre a dor desempenham um papel importante na experiência e na resposta à dor, e incluem crenças sobre a capacidade de controlar a dor e a catastrofização²⁹. Assim, é importante reconhecer que as crenças disfuncionais relacionadas à dor são preditores relevantes dos resultados do tratamento em condições de dor craniofacial e podem afetar a vida dos pacientes^{30,31}.

Dessa forma, as crenças sobre as consequências da dor devem ser incluídas na avaliação das condições craniofaciais para fornecer informações para o gerenciamento clínico adequado. A avaliação que os pacientes fazem de suas próprias crenças sobre a doença pode fornecer informações básicas sobre esses importantes preditores, e as mudanças nas crenças disfuncionais relacionadas à dor podem ser alvos poderosos para o tratamento da dor crônica^{30,31}.

Uma revisão sistemática constatou que a adesão ao tratamento de pacientes com dor crônica é influenciada por crenças relacionadas à dor¹⁰. Para superar as crenças disfuncionais em pacientes com doenças craniofaciais, a educação sobre a dor deve ser incentivada como uma opção eficaz e pode contribuir para quebrar o ciclo de desinformação e a disseminação das crenças⁹. Relatos anteriores na literatura indicam que mudanças na percepção do paciente sobre a doença, com foco nas metas de tratamento, bem como o desenvolvimento de crenças de controle, podem melhorar a saúde mental, a qualidade de vida e o gerenciamento da doença³².

A principal limitação deste estudo é o tamanho da amostra. No entanto, como se trata de um estudo exploratório, o tamanho da amostra não foi calculado e, dessa maneira, não é possível afirmar que os resultados são poderosos o suficiente para serem extrapolados para a população em geral com dor craniofacial. Outro ponto relevante é que o presente estudo só realizou perguntas relacionadas à presença de dor craniofacial nas últimas 24 horas. O tempo em que a dor afeta cada voluntário e a frequência da dor não foram investigados, o que pode ser uma informação importante que está faltando sobre as características da amostra e pode ser um fator de influência importante nos modelos de dor.

Apesar dessas limitações, a abordagem biopsicossocial da dor é um ponto forte significativo do presente estudo e representa um importante resultado relatado pelo paciente. Este estudo destaca que as crenças psicológicas, especialmente as relacionadas à dor, devem ser investigadas em condições dolorosas craniofaciais, mesmo antes do início do tratamento clínico. A maior compreensão

dos aspectos fisiológicos e multidimensionais relacionados à dor pode contribuir para melhorias na literatura sobre dor craniofacial atualmente disponível.

CONCLUSÃO

O presente estudo identificou que a intensidade e a duração da dor experimentada nas últimas 24 horas estão associadas a crenças relacionadas ao tratamento e a preocupações com a doença. Dessa forma, os profissionais de saúde devem estar cientes da importância de identificar a presença de aspectos multidimensionais relacionados à dor e, assim, conduzir tratamentos clínicos que também devem incluir uma abordagem psicossocial em pessoas com dor craniofacial. Deve-se considerar também a relevância de abordagens que incorporem a educação em saúde, orientando o paciente para o autogerenciamento de sua disfunção e para estratégias eficazes de controle e convivência com a dor.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo aprimoramento do quadro docente do ensino superior.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Ana Izabela Sobral de Oliveira-Souza

Análise Estatística, Conceitualização, Investigação, Metodologia, Redação - Preparação do Original, Redação - Revisão e Edição

Daniella Araújo de Oliveira

Análise Estatística, Conceitualização, Investigação, Metodologia, Redação - Preparação do Original, Redação - Revisão e Edição

Vanessa de Oliveira Moraes

Coleta de Dados, Investigação, Redação - Preparação do Original

Edson José Barros de Medeiros Júnior

Redação - Preparação do Original

Alexa Alves de Moraes

Redação - Preparação do Original, Redação - Revisão e Edição

Débora Wanderley

Análise Estatística, Conceitualização, Investigação, Metodologia, Redação - Preparação do Original, Redação - Revisão e Edição, Supervisão

REFERÊNCIAS

1. Armijo Olivo S, Magee DJ, Parfitt M, Major P, Thie NM. The association between the cervical spine, the stomatognathic system, and craniofacial pain: a critical review. *J Orofac Pain*. 2006;20(4):271-87.
2. Chichorro JG, Porreca F, Sessle B. Mechanisms of craniofacial pain. *Cephalalgia*. 2017;37(7):613-26.
3. Chung MK, Ro JY. Peripheral glutamate receptor and transient receptor potential channel mechanisms of craniofacial muscle pain. *Mol Pain*. 2020;16:1744806920914204.
4. Ruivo MA, Alves MC, Bérzin M da GR, Bérzin F. Prevalence of pain at the head, face and neck and its association with quality of life in general population of Piracicaba city, Sao Paulo: an epidemiological study. *Rev Dor*. 2015;16(1):15-21.
5. Sessle BJ. Acute and chronic craniofacial pain: brainstem mechanisms of nociceptive transmission and neuroplasticity, and their clinical correlates. *Crit Rev Oral Biol Med*. 2000;11(1):57-91.
6. Gatchel RJ, Potter SM, Hinds CW, Ingram M. Early treatment of TMJ may prevent chronic pain and disability. *Oral Maxillofacial Pain*. 2011;11(7).

7. Segù M, Lobbia S, Canale C, Collesano V. Quality of life in patients with temporomandibular disorders. *Minerva Stomatol.* 2003;52(6):279-87.
8. Yap AU, Dworkin SF, Chua EK, List T, Tan KB, Tan HH. Prevalence of temporomandibular disorder subtypes, psychologic distress, and psychosocial dysfunction in Asian patients. *J Orofac Pain.* 2003;17(1):21-8.
9. Cintra DN, de Oliveira SAS, Lorenzo IA, Costa DMF, Bonjardim LR, Costa YM. Detrimental impact of temporomandibular disorders (mis)beliefs and possible strategies to overcome. *J Oral Rehabil.* 2022;49(7):746-53
10. Thompson EL, Broadbent J, Bertino MD, Staiger PK. Do pain-related beliefs influence adherence to multidisciplinary rehabilitation? *Clin J Pain.* 2016;32(2):164-78.
11. Penlington C, Araújo-Soares V, Durham J. Predicting persistent orofacial pain: the role of illness perceptions, anxiety, and depression. *JDR Clin Trans Res.* 2019;5(1):40-9.
12. Sokolovic E, Riederer F, Szucs T, Agosti R, Sándor PS. Self-reported headache among the employees of a Swiss university hospital: prevalence, disability, current treatment, and economic impact. *J Headache Pain.* 2013;14(1):29.
13. Aggarwal VR, Lovell K, Peters S, Javidi H, Joughin A, Goldthorpe J. Psychosocial interventions for the management of chronic orofacial pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;9(11):CD008456.
14. Srivastava KC, Shrivastava D, Khan ZA, Nagarajappa AK, Mousa MA, Hamza MO, Al-Johani K, Alam MK. Evaluation of temporomandibular disorders among dental students of Saudi Arabia using Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD): a cross-sectional study. *BMC Oral Health.* 2021;21(1):211.
15. World Health Organization. International classification of functioning, disability and health: ICF. Geneva: World Health Organization; 2001.
16. Oliveira-Souza AIS, Sales LRDV, Coutinho ADF, Armijo Olivo S, de Oliveira DA. Oral health quality of life is associated to jaw function and depression in patients with myogenous temporomandibular dysfunction. *Cranio.* 2021;1-11.
17. Dworkin RH, Turk DC, Wyrwich KW, Beaton D, Cleeland CS, Farrar JT, Haythornthwaite JA, Jensen MP, Kerns RD, Ader DN, Brandenburg N, Burke LB, Cella D, Chandler J, Cowan P, Dimitrova R, Dionne R, Hertz S, Jadad AR, Katz NP, Kehlet H, Kramer LD, Manning DC, McCormick C, McDermott MP, McQuay HJ, Patel S, Porter L, Quessy S, Rappaport BA, Rauschkolb C, Revicki DA, Rothman M, Schmader KE, Stacey BR, Stauffer JW, von Stein T, White RE, Witter J, Zavisic S. Interpreting the clinical importance of treatment outcomes in chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *J Pain.* 2008;9(2):105-21.
18. Lee JY, Chen HI, Urban C, Hojat A, Church E, Xie SX, Farrar JT. Development of and psychometric testing for the Brief Pain Inventory-Facial in patients with facial pain syndromes. *J Neurosurg.* 2010;113(3):516-23.
19. Atkinson TM, Mendoza TR, Sit L, Passik S, Scher HI, Cleeland C, Basch E. The Brief Pain Inventory and its "pain at its worst in the last 24 hours" item: clinical trial endpoint considerations. *Pain Med.* 2010;11(3):337-46.
20. Sirri L, Pierangeli G, Cevoli S, Cortelli P, Grandi S, Tossani E. Illness perception in patients with migraine: An exploratory study in a tertiary care headache centre. *J Psychosom Res.* 2018;111:52-7.
21. Dempster M, Howell D, McCorry NK. Illness perceptions and coping in physical health conditions: a meta-analysis. *J Psychosom Res.* 2015;79(6):506-13.
22. Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MM, Silva CM. STROBE initiative: guidelines on reporting observational studies. *Rev Saude Publica.* 2010;44(3):559-65.
23. Nogueira GS, Seidl EMF, Troccoli BT. Exploratory factor analysis of the illness perception Questionnaire Brief Version (Brief IPQ). *Psic Teor Pesq.* 2016;32(1):161-9.
24. Lahn BT, Ebenstein L. Let's celebrate human genetic diversity. *Nature.* 2009;461(7265):726-8.
25. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, Keefe FJ, Mogil JS, Ringkamp M, Sluka KA, Song XJ, Stevens B, Sullivan MD, Tutelman PR, Ushida T, Vader K. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain.* 2020;161(9):1976-82.
26. Soares F, Freitas L, Barbosa R. Doenças psicossomáticas nas disfunções temporomandibular e o impacto na qualidade de vida das mulheres. *Revista Cathedral.* 2020;2(4):31-8.
27. Costa ECV, Vale S, Sobral M, Graça Pereira M. Illness perceptions are the main predictors of depression and anxiety symptoms in patients with chronic pain. *Psychol Health Med.* 2015;21(4):483-95.
28. Oliveira-Souza AIS, Sales LRDV, Coutinho ADF, Armijo Olivo S, de Oliveira DA. Oral health quality of life is associated to jaw function and depression in patients with myogenous temporomandibular dysfunction. *Cranio.* 2021;1-11.
29. Jensen MP, Galer PD, Johnson LL, George HR, Mendoza ME, Gertz KJ. The associations between pain-related beliefs, pain intensity, and patient functioning. *Clin J Pain.* 2016;32(6):506-12.
30. Galli U, Ettl DA, Palla S, Ehlert U, Gaab J. Do illness perceptions predict pain-related disability and mood in chronic orofacial pain patients? A 6-month follow-up study. *Eur J Pain.* 2010;14(5):550-8.
31. Penlington C, Araújo-Soares V, Durham J. Predicting Persistent Orofacial Pain: The Role of Illness Perceptions, Anxiety, and Depression. *JDR Clin Trans Res.* 2020;5(1):40-9.
32. Löchting I, Garratt AM, Storheim K, Werner EL, Grotle M. The impact of psychological factors on condition-specific, generic and individualized patient reported outcomes in low back pain. *Health Qual Life Outcomes.* 2017;15(1):40.