

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*

Prevalência de dor no segmento cefálico e sua associação com qualidade de vida na população geral do município de Piracicaba, São Paulo: um estudo epidemiológico

Marília Araújo Ruivo¹, Marcelo Corrêa Alves², Maria da Graça Rodrigues Bérzin³, Fausto Bérzin¹

*Recebido da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, SP, Brasil.

DOI 10.5935/1806-0013.20150004

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Head, face and neck pain affects a large portion of the world population, however there are few studies reporting this condition in general Brazilian population. This study aimed at investigating the prevalence of head, face and neck pain and its impact on the quality of life of adults of Piracicaba city, São Paulo.

METHODS: The sample was made up of 400 volunteers of both genders, aged between 20 and 50 years, who were randomly approached in six crossing points of the city. Socio-demographic, pain prevalence, location, frequency, duration and severity, and self-perception of quality of life data were collected by means of anonymous self-applied questionnaires: Orofacial Pain Questionnaire and WHOQOL-BREF.

RESULTS: Pain prevalence was 54.75%, of predominantly severe intensity (21.30%), daily recurrence (41.10%) and present for more than six months (91.32%). Most affected region was the head (36%) being the intraoral region the less frequently reported (6%). There has been no significant association between pain and factors such as age, economic level and education ($p>0.05$); however there has been significant prevalence among females. No pain was frequently associated to better quality of life ($p<0.05$). Volunteers reporting pain were more unhappy with quality of sleep ($p<0.05$), however there has been no significant association with the frequency of negative feelings.

CONCLUSION: The study has identified high prevalence of head, face and neck pain, significant morbidity of people affected by this condition and its negative impact on quality of life.

Keywords: Chronic pain, Epidemiology, Prevalence, Quality of life.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: As dores que acometem o segmento cefálico afetam grande parte da população mundial, porém são poucos os trabalhos que retratam essa condição na população geral do Brasil. O objetivo deste estudo foi investigar a prevalência de dor no segmento cefálico e seu impacto sobre a qualidade de vida de adultos do município de Piracicaba, São Paulo.

MÉTODOS: A amostra foi composta por 400 voluntários de ambos os gêneros, com idade entre 20 e 50 anos que foram aleatoriamente abordados em seis pontos de passagem do município. A coleta de dados sócio-demográficos, prevalência, localização, frequência, duração, gravidade da dor e autopercepção da qualidade de vida foi realizada por meio de questionários anônimos auto-aplicados, o Questionário de Dor Orofacial e o WHOQOL-BREF.

RESULTADOS: A prevalência de dor foi de 54,75%, de intensidade predominantemente intensa (21,30%), recorrência diária (41,10%) e presente há mais de seis meses (91,32%). A região mais acometida foi a cabeça (36%) sendo a região intraoral menos frequentemente apontada (6%). Não se observou associação significativa entre a presença de dor e fatores como idade, nível econômico e escolaridade ($p>0,05$), porém houve significativa prevalência de dor entre as mulheres. A ausência de dor foi frequentemente associada à melhor qualidade de vida ($p<0,05$). Voluntários que relataram dor apresentaram maior insatisfação com a qualidade do sono ($p<0,05$), porém não foi observada associação significativa com a frequência de sentimentos negativos.

CONCLUSÃO: O estudo identificou alta prevalência de dor no segmento cefálico, significante morbidade das pessoas acometidas por essa condição e seu impacto negativo sobre a qualidade de vida.

Descritores: Dor crônica, Epidemiologia, Prevalência, Qualidade de vida.

1. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Piracicaba, SP, Brasil.

2. Universidade de São Paulo, Piracicaba, SP, Brasil.

3. Centro Clínico de Piracicaba, Piracicaba, SP, Brasil.

Apresentado em 29 de setembro de 2014.

Aceito para publicação em 19 de fevereiro de 2015.

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

Endereço para correspondência:

Marília Araújo Ruivo

Av. Limeira, 901

13414-903 Piracicaba, SP, Brasil.

E-mail: marília_ruivo@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O termo epidemiologia pode ser definido como “*estudo da distribuição e dos determinantes de estados ou eventos relacionados à saúde em populações específicas e a aplicação desse estudo no controle dos problemas de saúde*”¹. Pesquisas epidemiológicas na área de dor são importantes, pois fornecem informações sobre sua prevalência em diferentes segmentos da população e sobre os fatores associados à sua etiologia e persistência, sendo de grande utilidade para os profissionais de saúde e para o desenvolvimento de programas de combate à dor².

Considerada atualmente um grave problema de saúde pública, a dor, cuja prevalência é crescente, representa o principal motivo de procura por assistência à saúde por parte da população geral³.

Dentre as queixas dolorosas mais frequentes estão aquelas provenientes do segmento cefálico⁴, as chamadas dores orofaciais (DOF), que podem acometer tecidos moles e duros da cabeça, face e pescoço⁵. Estudos populacionais têm mostrado que a prevalência das dores do complexo oral e craniofacial é alta, afetando cerca de um quarto da população pelo menos uma vez na vida⁶.

As DOF podem ser classificadas de várias maneiras. Uma delas diferencia a dor aguda da dor crônica. As dores agudas comumente são associadas às odontogênicas e periodontais. Já as dores persistentes ou crônicas são mais presentes nos quadros de disfunção temporomandibular e dor facial idiopática⁷.

Levantamentos epidemiológicos realizados nos Estados Unidos, Canadá e Reino Unido verificaram que a frequência das DOF na população geral adulta pode variar de 14 a 40%⁸⁻¹¹. Estudos epidemiológicos sobre a população brasileira referem uma variação de 32,2 a 73,1% na frequência de DOF, principalmente crônica, dependendo das condições avaliadas e metodologias utilizadas¹²⁻¹⁵.

Quando a dor persiste, tornando-se crônica, pode produzir impactos negativos sobre a qualidade de vida (QV) do indivíduo. A dor torna-se o foco primário de sua atenção, pode produzir disfunções fisiológicas, alterar o equilíbrio emocional do indivíduo e causar prejuízos de natureza social e profissional como distúrbios do sono, fadiga física e emocional, perda de contato social, dificuldade de se alimentar, limitação das atividades diárias e absenteísmo no trabalho¹⁶. No âmbito odontológico, indivíduos acometidos pela DOF vivenciam grandes mudanças nas atividades diárias, dentre elas, insatisfação com a condição bucal, ingestão de fármacos e modificação da dieta alimentar, podendo comprometer a QV mais do que outras condições sistêmicas como diabetes, hipertensão ou úlcera¹⁷.

A alta prevalência de dores no segmento cefálico e suas repercussões negativas na QV dos indivíduos têm merecido destaque nas investigações em saúde pública, dada a morbidade que essas condições podem causar. No entanto, em que pese a relevância desses sintomas, estudos epidemiológicos brasileiros envolvendo a população geral ainda são escassos e utilizam, em sua maioria, amostras de conveniência como populações vinculadas a clínicas de tratamento ou unidades assistenciais, o que dificulta o estabelecimento de políticas sociais e de saúde que priorizem e viabilizem a prevenção e tratamento adequados, minimizando custos na área da saúde e principalmente o sofrimento daqueles que padecem de dor, especialmente crônica. Nesse contexto, o objetivo deste estudo foi estimar a prevalência e as características da dor no segmento cefálico na população geral adulta do município e correlacioná-la à autopercepção da saúde e QV.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal e observacional da população de adultos do município de Piracicaba, São Paulo. Participaram da pesquisa 400 voluntários de ambos os gêneros (200 homens e 200 mulheres), com idade entre 20 e 50 anos (média de 34,70 anos e desvio padrão de 8,75 anos), oriundos de 68 bairros do município, aleatoriamente abordados em 6 pontos de passagem de grande movimento populacional do município.

O tamanho da amostra foi calculado a partir da população oficial do município, 385.287 habitantes (Fonte do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2013)¹⁸, com nível de confiança de 95% e intervalo de confiança de 5%, calculado por meio do *SampleSize Calculator*¹⁹. A coleta de dados sobre prevalência, características da DOF e a auto-percepção da QV, foi realizada por meio da aplicação de dois questionários estruturados, padronizados e pré-testados, anônimos e autoaplicados, o Questionário de Dor Orofacial e o Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida WHOQOL-BREF.

O presente estudo é parte integrante do projeto de pesquisa “Estudo epidemiológico de dores bucofaciais e correlação com saúde e qualidade de vida na população geral da região sudeste do Brasil”, e foi realizado de acordo com os princípios éticos contidos na declaração de Helsinki e na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Questionário de dor orofacial

Elaborado pelos próprios autores, sem a intenção de ser um instrumento de diagnóstico, o questionário é composto por questões que objetivam a caracterização demográfica da amostra (gênero, idade, escolaridade, condição econômica, bairro em que reside), seis questões que avaliam a existência da DOF e, quando presente, as características da dor (local, frequência, duração, intensidade e localização da dor de acordo com as regiões anatômicas topográficas da cabeça e do pescoço), uma questão relacionada à ocorrência de traumas recentes na cabeça, pescoço ou maxila, consumo de fármacos, tratamentos realizados e a presença de doença sistêmica.

Foi desenvolvido um Índice para Classificação Econômica (ICE) baseado em uma somatória de pontos atribuídos de acordo com respostas dadas a algumas questões. Àqueles que indicaram não receber benefícios do governo foram atribuídos 10 pontos, àqueles com casa própria, 20 pontos, se a casa própria estiver quitada, 20 pontos adicionais ao passo que se a mesma estiver financiada, apenas 10 pontos. Se a casa em que mora tiver piscina, foram atribuídos 40 pontos e se a pessoa tiver acesso, em casa, à internet com banda larga, 10 pontos. De acordo com os cálculos, um voluntário pode auferir um escore que varia de 0 (pessoa com benefício do governo, sem acesso à internet com banda larga, sem casa própria e cuja casa em que reside não tem piscina) até 100 (pessoa que não recebe benefícios do governo, tem casa própria com piscina e quitada e com acesso à internet por meio de banda larga).

Cada voluntário foi classificado de acordo com os critérios descritos e, posteriormente, foi feita a classificação em quartis.

Questionário de avaliação da qualidade de vida (WHOQOL-BREF)

Validado no Brasil, o questionário é composto por 26 questões que quantificam a percepção da QV de acordo com 4 domínios: físico,

psicológico, relações sociais e meio ambiente do indivíduo. Para a análise dos resultados, foi utilizado um escore cuja pontuação varia de 0 a 100 pontos, sendo considerados três níveis da QV: boa – 75 a 100 pontos; indiferente – 50 a 75 pontos e ruim – 25 a 50 pontos²⁰.

Coleta dos dados

Os questionários foram aplicados em seis diferentes pontos de passagem selecionados por permitirem a abordagem de pessoas de diferentes níveis socioeconômicos, idade, gênero e de todas as regiões da cidade: Terminal Central de Integração do Sistema de Ônibus Urbano, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, praças, áreas comerciais tradicionais, *Shopping Center* e Terminal Rodoviário Intermunicipal. Os voluntários abordados na Faculdade de Odontologia de Piracicaba não incluíram pacientes em tratamento na clínica de graduação ou pós-graduação da instituição e sim apenas os funcionários da instituição e acompanhantes de pacientes da clínica odontológica.

Os indivíduos foram abordados aleatoriamente e convidados a participar da pesquisa. Em caso de aceite, os objetivos e métodos do estudo eram apresentados de forma clara e por escrito. Após lerem e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) iniciava-se a aplicação do Questionário de Dor Orofacial, seguido do Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida. Em caso de ausência de dor, os voluntários eram orientados a preencher as questões para avaliação sócio-demográfica e eram posteriormente direcionados a responder o questionário WHOQOL-BREF.

A coleta dos dados foi realizada de forma padronizada e apenas no período da manhã, abordando-se os indivíduos antes de irem ao trabalho, como no Terminal Central de Integração e nas praças. Os funcionários da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Estabelecimentos Comerciais e da Rodoviária Intermunicipal foram abordados antes do início do expediente de trabalho, a fim de se evitar o cansaço acumulado pelo dia de trabalho que poderia influenciar as respostas.

Análise estatística

Os dados foram analisados pelo programa estatístico SAS21. Foram construídas tabelas de contingência univariadas e correlatos testes

de Qui-quadrado para teste da igualdade de proporções. Tabelas de contingência bidimensionais foram construídas para estudo da existência de associação entre variáveis, tendo sido aplicado o teste de Cochran, Mantel e Haenszel para comparação dos escores de respostas nos diferentes níveis das variáveis adotadas como fatores. Adicionalmente, foi calculada a estatística *Odds ratio*. Para testar a existência de associação entre as variáveis usadas na construção das tabelas bidimensionais foi adotado o teste de Qui-quadrado de Mantel e Haenszel para fatores ordinais e de Wald para fatores nominais. Em todos os testes foi adotado o nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o protocolo nº 094/2010 – UNIFAL-MG.

RESULTADOS

De um total de 400 participantes, 200 (50%) eram mulheres e 200 (50%) eram homens, com média de idade de 34,7 anos. Quanto à escolaridade, apenas 2 voluntários (0,50%) declararam não ter escolaridade. Cerca de metade dos voluntários completou o ensino médio (49,75%), enquanto 106 (26,63%) declararam possuir ensino médio incompleto e 92 (23,12%) concluíram o ensino superior. A média do ICE foi de 41,23 com prevalência do quartil 3 composto por 190 voluntários (47,50%), seguido do quartil 2 com 97 pessoas (24,25%), quartil 1 com 83 voluntários (20,75%) e do quartil 4 que correspondeu a 7,50% da amostra, ou seja, 30 voluntários (Tabela 1).

A prevalência de dor no segmento cefálico verificada, 54,75%, não apresentou diferença estatisticamente significativa ($p=0,0574$), com frequência diária (41,10%), predominantemente intensa (21,30%) e com duração de mais de seis meses (91,32%), sendo a cabeça a região do segmento cefálico mais frequentemente apontado (36%), seguida dos ombros (22,25%), face (20,00%), pescoço (19,25%), dentes (9,50%) e região intraoral (6%) (Tabela 2).

Com o objetivo de se verificar a variação dos índices de prevalência da dor de acordo com as variáveis gênero, idade, escolaridade e condição econômica, foi aplicado o teste de Cochran, Mantel e Haenszel para a primeira variável e o teste de Qui-quadrado de Wald para as demais variáveis (Tabela 3). Não se observou diferença esta-

Tabela 1. Frequência e porcentagem de dados sócio-demográficos e valor-p do teste de Qui-quadrado para igualdade de proporções.

Fatores	Categorias	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Valor de p
Gênero	Masculino	200	50,00	1,0000
	Feminino	200	50,00	
Idade (anos)	20 – 30	132	33,00	0,9200
	30 – 40	137	34,25	
	40 – 50	131	32,75	
Escolaridade	Não tem	2	0,50	0,0001
	Médio incompleto	106	26,63	
	Médio completo	198	49,75	
	Superior	92	23,12	
Condição econômica	Quartil 1	83	20,75	0,0001
	Quartil 2	97	24,25	
	Quartil 3	190	47,50	
	Quartil 4	30	7,50	

Tabela 2. Frequência e porcentagem das classificações da dor orofacial relatada pelos voluntários e valor-p do teste de Qui-quadrado para igualdade de proporções

Característica da dor	Categoria	Frequência (n)	Porcentagem (%)		Valor de p
Presença	Sim	219	54,75		0,0574
	Não	181	45,25		
Frequência	Diária	90	41,10	a	0,0001
	Semanal	51	23,29	b	
	Raramente	34	15,53	bc	
	Mensal	30	13,70	c	
	Quinzenal	14	6,39	d	
Cronicidade	Crônica	200	91,32	a	0,0001
	Aguda	6	2,74	b	
	Subaguda	13	5,94	b	
Intensidade	Ausente	181	45,36	a	0,0001
	Intensa	85	21,30	b	
	Moderada	64	16,04	b	
	Insuportável	41	10,28	c	
	Leve	28	7,02	c	
Localização	Cabeça	144	36,00	a	0,0001
	Ombros	90	22,25	b	
	Face	89	20,00	b	
	Pescoço	77	19,25	b	
	Dentes	38	9,50	c	
	Dentro da boca	24	6,00	c	

Porcentagens com letras iguais não diferem entre si numa mesma característica pelo teste de Qui-quadrado ($\alpha=0,05$).

Tabela 3. Distribuição da autopercepção da existência de dor orofacial de acordo com gênero, idade, escolaridade e condição econômica

Fatores		Com dor		Sem dor		Odds ratio (IC-95%)
		n	%	n	%	Valor de p
Idade (anos)	20 a 30	70	53,03	62	46,97	1,18 (0,72 - 1,92)
	30 a 40	74	54,01	63	45,99	1,14 (0,70 - 1,84)
	40 a 50	75	57,25	56	42,75	1,00 (Referência)
						p=0,77
Escolaridade	Não tem	1	50,00	1	50,00	1,78 (0,10 - 29,52)
	Médio Incompleto	58	54,52	48	45,28	1,48 (0,83 - 2,62)
	Médio Completo	100	50,51	98	49,49	1,75 (1,05 - 2,91)
	Superior	59	64,13	33	35,87	1,00 (Referência)
						p=0,20
Condição Econômica	Quartil 1	48	57,83	35	42,17	1,00 (Referência)
	Quartil 2	52	53,61	45	46,39	1,18 (0,65 - 2,14)
	Quartil 3	103	54,21	87	45,79	1,15 (0,68 - 1,95)
	Quartil 4	16	53,23	14	46,67	1,20 (0,51 - 2,77)
						p=0,94
Gênero	Masculino	85	42,50	115	57,50	1,00 (Referência)
	Feminino	134	67	66	33,00	1,57 (1,30 - 1,90)
						p<0,0001

Valor de p calculado a partir do teste de Cochran, Mantel e Haenszel para a variável "gênero" e Qui-quadrado de Wald para as demais e estatística Odds ratio.

tisticamente significativa entre a prevalência de dor e os fatores idade ($p=0,77$), escolaridade ($p=0,30$) e condição econômica ($p=0,94$); no entanto, o estudo verificou maior frequência de relato de dor entre as mulheres ($p<0,0001$). A análise de *Odds ratio* sugere um risco de 1,57 vezes maior de as mulheres apresentarem dor no segmento cefálico em relação aos homens, porém não forneceu indícios de que indivíduos de determinada faixa etária, grau de escolaridade ou condição econômica específica, apresentem maior risco para desenvolver DOF.

O teste de Qui-quadrado de Mantel e Haenszel fornece fortes indícios ($p<0,01$) da existência de associação linear entre a presença de dor e a autopercepção da QV e qualidade do sono, de forma que é menos provável se estar satisfeito com o sono ou relatar uma boa qualidade de vida quando há relato de dor (Tabelas 4 e 5). A intensidade da dor também se mostrou linearmente associada à autopercepção da QV ($p=0,0002$) (Tabela 4). Entretanto, não foi observada associação significativa entre a frequência de sentimentos negativos como depressão, ansiedade, mau humor, desespero e o relato de DOF ($p=0,11$) (Tabela 6).

DISCUSSÃO

O presente estudo descreve um panorama geral acerca das características biopsicossociais da população geral de adultos do município de Piracicaba em relação à dor no segmento cefálico.

Apesar de não apresentar uma frequência estatisticamente significativa, pode-se afirmar que a DOF é uma condição altamente prevalente na amostra estudada (54,75%). Trata-se de um resultado que possui importância clínica biológica, levando-se em conta que mais da metade da população adulta do município é portadora de dor, com intensidade predominantemente intensa (21,30%) e moderada (16,04%), frequentemente diária (41,10%) e presente há mais de seis meses (91,32%), além de se mostrar superior a valores apresentados por estudos realizados em diferentes populações^{11,22,23}.

Observou-se maior frequência de relato de dor pelo gênero feminino (67%), o que se constata na literatura^{11,15,24,25}, porém, sem ênfase numa faixa etária, grau de escolaridade ou nível econômico. Diversos estudos observaram uma variabilidade na prevalência de dor em diferentes grupos etários, porém, vale ressaltar que as amostras in-

Tabela 4. Autopercepção da qualidade de vida de acordo com o WHOQOL-BREF dos grupos com e sem dor orofacial e nível de qualidade de vida em relação à intensidade da dor

Grupos	Boa		Indiferente		Ruim		Valor de p
	n	%	n	%	n	%	
Com dor	48	21,92	147	67,12	24	10,96	0,0001
Sem dor	78	43,09	97	53,59	06	3,31	
Dor leve	8	28,57	18	64,29	2	7,14	0,0002
Dor moderada	17	26,56	43	67,19	4	6,25	
Dor intensa	14	16,47	63	74,12	8	9,41	
Dor Insuportável	9	21,95	22	53,66	10	24,39	

Valor de p calculado a partir do teste de Qui-quadrado de Mantel e Haenszel.

Tabela 5. Prevalência de indicadores da qualidade do sono de voluntários com e sem dor orofacial de acordo com o WHOQOL-BREF

Indicadores da qualidade do sono (16)		Com dor		Sem dor		Valor de p
		n	%	n	%	
	Muito insatisfeito	25	(92,95%)	2	(7,41%)	<0,0001
	Insatisfeito	34	(72,34%)	13	(27,66%)	
	Nem satisfeito, nem insatisfeito	55	(58,51%)	39	(41,49%)	
	Satisfeito	81	(49,39%)	83	(50,61%)	
	Muito satisfeito	24	(35,29%)	44	(64,71%)	

Tabela 6. Prevalência de sentimentos negativos em voluntários com e sem dor orofacial, de acordo com o WHOQOL-BREF (domínio psicológico)

Frequência de sentimentos negativos (26)		Com dor		Sem dor		Valor de p
		n	%	n	%	
	Nunca	25	(11,42%)	38	(21,11%)	0,11
	Algumas vezes	124	(56,62%)	97	(53,89%)	
	Frequentemente	38	(17,35%)	29	(16,11%)	
	Muito frequentemente	17	(7,76%)	9	(5,00%)	
	Sempre	15	(6,85%)	7	(3,89%)	

Valor de p calculado a partir do teste de qui-quadrado de Mantel e Haenszel.

cluíam jovens e idosos^{9,11,14,23}, enquanto a amostra do presente estudo foi constituída apenas por indivíduos adultos. Entretanto, ainda assim, outros autores também não identificaram essa associação^{6,26}. Em relação aos aspectos sociais, é possível observar na literatura resultados discrepantes no que se refere à prevalência da DOF em relação ao grau de escolaridade e nível econômico. Nesse aspecto, convém ressaltar as dificuldades de conceituação e mensuração dos diferentes níveis socioeconômicos em geral, o que sugere que esses fatores tenham importância secundária no desenvolvimento dessa condição dolorosa²⁷.

Em relação à gravidade da dor no segmento cefálico, a prevalência observada de dor intensa e moderada é semelhante à verificada por outros autores^{6,28}. O fato de mais de um quinto da amostra referir dor intensa, sugere que uma proporção considerável de adultos residentes no município apresenta uma morbidade importante associada à DOF. Outro aspecto que reforça tal condição relaciona-se à frequência da experiência da dor. Quase metade dos indivíduos que relata DOF sofre com essa condição diariamente. Os resultados estão de acordo com estudo sobre DOF, conduzido na Espanha²⁹ com pacientes de um centro de saúde de Córdoba, cujas respostas mais recorrentes foram: “com bastante frequência” e “muito frequentemente”. Tal comparação ressalta a importância clínica dos resultados observados entre os moradores do município de Piracicaba, que referiram frequência de dor semelhante a pacientes em tratamento de dor apontada pelo referido estudo.

A dor de maior prevalência foi a de cabeça (36,00%), seguida dos ombros (22,25%), face (20,00%), pescoço (19,25%), dentes (9,50%) e, por último, região intraoral (6,00%). Raros são os estudos que investigaram a frequência de dor no segmento cefálico presente nas DOF^{15,32}. Alguns deles apontam maior prevalência de dor odontogênica em comparação às dores articulares, faciais ou ardência bucal^{6,13,14,26}. Entretanto, este trabalho verificou maior prevalência de dor de cabeça, de natureza crônica, resultado também verificado por outros autores^{15,30}. É possível que a baixa prevalência de dor odontogênica possa estar associada às medidas de prevenção ao desenvolvimento da cárie (principal responsável pelo desenvolvimento das odontalgias de origem pulpar) realizadas no município, como a abrangente flúoretização da água que chega aos domicílios, além do fácil acesso aos serviços públicos de assistência odontológica especializada no tratamento das odontalgias.

O mesmo não se pode afirmar quanto ao acesso da população a tratamentos especializados em dores de cabeça, faciais e articulares. Apesar de o município contar com 241 estabelecimentos de assistência à saúde, a formação acadêmica, em geral, de cirurgiões-dentistas e médicos apresenta indicadores de deficiências teórico-técnicas na área de dor³¹, dificultando assim a prática diagnóstica e terapêutica eficaz na assistência aos indivíduos acometidos pela DOF.

Os resultados do estudo também confirmam a associação entre DOF, especialmente crônica, e o impacto negativo sobre os aspectos funcionais, sociais e psicológicos da QV dos indivíduos^{6,12-15,22,23,29,33}. A dor exerce um importante impacto na QV das pessoas, devido ao sofrimento e às limitações causadas na vida diária, o que gera sérios efeitos para o próprio indivíduo e também para a sociedade como os elevados custos com tratamentos espe-

cializados e horas perdidas no processo produtivo¹¹, assim como o comprometimento da qualidade do sono³⁴. A intensidade da dor também se mostrou associada a uma maior frequência de relatos negativos na avaliação do nível da QV. Indivíduos que referiram ausência ou grau mais leve de DOF apresentaram maiores médias do WHOQOL, em relação àqueles que relataram dor intensa ou insuportável. De acordo com outros autores^{29,35} a intensidade da dor se mostra como um importante determinante dentre todas as outras características da DOF como número de sintomas, frequência e duração, sobre a QV, merecendo grande atenção por parte do profissional no tratamento de pacientes portadores dessa condição dolorosa.

Não se identificou significado estatisticamente relevante na associação entre a frequência de sentimentos negativos como mau humor, desespero, ansiedade e depressão, com a presença ou não da dor, como também verificado em outro estudo²⁶, o que ressalta a subjetividade do significado que o indivíduo concede à dor em relação aos demais aspectos da qualidade de vida avaliados pelo questionário WHOQOL-BREF e ao fato de que, apesar de haver forte evidência de que a dor crônica possa estar associada à incapacidade física, distúrbios emocionais e dificuldades sociais, estes não são fenômenos universais e embora algumas pessoas tornem-se fisicamente incapacitadas, outras parecem se ajustar bem à dor crônica por meio de estratégias eficazes de enfrentamento da dor³⁶. Além disso, não é possível estabelecer, por meio de um estudo transversal, se os mesmos sentimentos são resultado da presença da DOF. No entanto, os resultados apontam para a importância de se reconhecer a eventual presença de tais sentimentos em pessoas que referem dor e possam necessitar de tratamento especializado. Algumas limitações devem ser levadas em conta ao interpretar os resultados deste estudo que foram baseados no autorrelato acerca dos sintomas de dor, sem um exame clínico dos voluntários. No entanto, acredita-se na fidelidade dos relatos dos voluntários, o que não afeta, necessariamente, os resultados. O questionário WHOQOL-BREF, utilizado para avaliar a QV é um instrumento de pesquisa já consagrado no meio clínico por fornecer indicadores importantes obtidos a partir da análise dos diversos domínios. Dessa forma, os resultados indicam uma associação entre a presença de DOF e uma percepção ruim da QV, ainda que não se possa estabelecer uma relação direta de causalidade entre os dois fatores.

CONCLUSÃO

O estudo verificou alta prevalência de dor no segmento cefálico na população geral adulta do município de Piracicaba, predominantemente intensa e moderada, de frequência diária e duração de mais de seis meses. Os resultados apontam para a necessidade do desenvolvimento de políticas de saúde baseadas no esclarecimento, educação, prevenção e controle da dor que afeta significativamente a qualidade de vida da população.

AGRADECIMENTOS

Financiamento da pesquisa: este estudo foi financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

REFERÊNCIAS

1. Last R. A Dictionary of Epidemiology, 4th ed. Oxford: International Epidemiological Association; 2001.
2. Hecke O, Torrance N, Smith BH. Chronic pain epidemiology and its clinical relevance. *Br J Anaesth*. 2013;111(1):13-8.
3. Schappert SM, Burt CW. Ambulatory care visits to physician offices, hospital outpatient departments, and emergency departments: United States, 2001-2. National Center for Health Statistics. *Vital Health Stat*. 2006;13(159):1-66.
4. 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.
5. De Rossi SS. Orofacial pain: a primer. *Dent Clin N Am*. 2013;(57):383-92.
6. McMillan AS, Wong MC, Zheng J, Lam CL. Prevalence of orofacial pain and treatment seeking in Hong Kong Chinese. *J Orofac Pain*. 2006;20(3):218-25.
7. LeResche L. Epidemiology of orofacial pain. In: Lund JP, Lavigne GJ, Dubner R, Sessle BJ, editors. Orofacial pain: from basic science to clinical management. Chicago: Quintessence Publishing Company; 2001.
8. Locker D, Grushka M. Prevalence of oral and facial pain and discomfort: preliminary results of a mail survey. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1987;15(3):169-72.
9. Lipton JA, Ship JA, Larach-Robinson D. Estimated prevalence and distribution of reported orofacial pain in the United States. *J Am Dent Assoc*. 1993;124(10):115-21.
10. Riley JL 3rd, Gilbert GH. Orofacial pain symptoms: an interaction between age and sex. *Pain*. 2001;90(3):245-56.
11. Macfarlane TV, Blinkhorn AS, Davies RM, Kinsey J, Worthington HV. Oro-facial pain in the community: prevalence and associated impact. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2002;30(1):56-60.
12. Michel-Crosato E, Biavenic MG, Nardi A, Crosato E. Relação entre dor orofacial e qualidade de vida: um estudo em trabalhadores. *UFES Rev Odontol*. 2006;8(2):45-52.
13. Lacerda JT, Ribeiro JD, Ribeiro DM, Traeber J. Prevalência de dor orofacial e seu impacto no desempenho diário em trabalhadores das indústrias têxteis do município de Laguna, SC. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(10):4275-82.
14. Silva SR, Leite MC, Ferraz MA, Silva MF, Sousa YT. Dor orofacial e qualidade de vida em adultos. *Odontol Bras Central*. 2012;21(56):401-5.
15. De Siqueira SR, Vilela TT, Florindo AA. Prevalence of headache and orofacial pain in adults and elders in a Brazilian community: an epidemiological study. *Gerodontology*. 2013;1-9. [Epub ahead of print]
16. Teixeira MJ. Dor e depressão. *Rev Neurociência*. 2006;14(2):44-53.
17. Biasevic MG, Araújo ME, Michel-Crosato E. Indicadores de qualidade de vida relacionados com a saúde bucal: revisão sistemática. *Rev Odontol*. 2002;14(1):13-25.
18. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [acesso em 2 de janeiro de 2014]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=353870>
19. Creative Research System. Sample Size Calculator (2012). Creative Research System, Lone Oak:CA:EUA. [acessado em 10 de setembro de 2013]. Disponível em <http://www.surveysystem.com/sscalc.htm>.
20. WHOQOL, World Health Organization. Measuring Quality of Life. The World Health Organization quality of life instruments. Geneva: World Health Organization, 1997.
21. SAS Institute Inc. The SAS System, release 9.3. SAS Institute Inc., Cary:NC; 2012.
22. Nuttal NM, Steele JG, Pine CM, White D, Pitts NB. The impact of oral health on people in the UK in 1998. *Br Dent J*. 2001;190(3):121-6.
23. Kohlmann T. Epidemiology of orofacial pain. *Schmerz*. 2002;16(5):339-45.
24. Riley JL 3rd, Gilbert GH, Heft MW. Orofacial pain symptom prevalence: selective sex differences in the elderly? *Pain*; 1998;76(1-2):97-104.
25. Macfarlane TV, Blinkhorn AS, Davies RM, Kinsey J, Worthington HV. Association between female hormonal factors and oro-facial pain: study in the community. *Pain*. 2002;97(1-2):5-10.
26. Leung WS, McMillan AS, Wong MC. Chronic orofacial pain in southern Chinese people: experience, associated disability, and help-seeking response. *J Orofac Pain* 2008;22(4):323-30.
27. Tickle M, Craven R, Worthington HV. A comparison of the subjective oral health status of older adults from deprived and affluent communities. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1997;25(3):217-22.
28. Wong MC, McMillan AS, Zheng J, Lam CL. The consequences of orofacial pain symptoms: a population-based study in Hong Kong. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2008;36(5):417-24.
29. Blanco-Aguilera A, Blanco-Hungria A, Biedma-Velázquez L, Serrano-Del-Rosa R, González-López L, Blanco-Aguilera E, et al. Application of an oral health-related quality of life questionnaire in primary care patients with orofacial pain and temporomandibular disorders. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2013;19(2):e127-35.
30. Beghi E, Monticelli ML, Amoruso L, Zarrelli MM. Prevalence, characteristics, and patterns of health care use for chronic headache in two areas of Italy. Results of a questionnaire interview in general practice. *Cephalgia*. 2003;23(3):175-82.
31. Bérzin MG, Siqueira JT. Study on the training of Brazilian dentists and physicians who treat patients with chronic pain. *Braz J Oral Sci*. 2009;8(1):44-9.
32. Agerberg G, Bergenholtz A. Craniomandibular disorders in adult populations of West Bothnia, Sweden. *Acta Odontol Scand*. 1989;47(3):129-40.
33. Kuroiwa DN, Marinelli JG, Rampani MS, de Oliveira W, Nicodemo D. Desordens temporomandibulares e dor orofacial: estudo da qualidade de vida medida pelo Medical Study 36 – Item Short Form Health Survey. *Rev Dor*. 2011;12(2):93-8.
34. Riley JL 3rd, Benson MB, Gremillion HA, Myers CD, Robinson ME, Smith CL, et al. Sleep disturbance in orofacial pain patients: pain-related or emotional distress? *Cranio*. 2001;19(2):106-13.
35. Zheng J, Wong MC, Lam CL. Key factors associated with oral health-related quality of life (OHRQOL) in Hong Kong Chinese adults with orofacial pain. *J Dent*. 2011;39(8):564-71.
36. Sardá Júnior JJ, Nicholas M, Pimenta CA. Validação do Questionário de Incapacidade Roland Morris para dor em geral. *Rev Dor*. 2012;11(1):28-35.