



**Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas Integradas  
Área de Concentração: Biociências**

**LORENA FRANGE CALDAS**

**AVALIAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DE 1248 PACIENTES COM DOR OROFACIAL  
DE ORIGEM ODONTOGÊNICA**

Cuiabá, 2015

**LORENA FRANGE CALDAS**

**AVALIAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DE 1248 PACIENTES COM DOR OROFACIAL  
DE ORIGEM ODONTOGÊNICA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências Odontológicas Integradas, da Universidade de Cuiabá – UNIC como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Ciências Odontológicas Integradas. Área de Concentração: Biociências.

Orientador: Prof. Dr. Orlando Aguirre Guedes

Cuiabá, 2015

**FICHA CATALOGRÁFICA**  
**Catálogo na Fonte**

C126A Caldas, Lorena Frange.

A Avaliação epidemiológica de 1248 pacientes com dor orofacial de origem odontogênica / Lorena Frange Caldas – Cuiabá: Universidade de Cuiabá - UNIC, 2014.

140 f. : il.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas Integradas da Universidade de Cuiabá – UNIC, para obtenção do título de Mestre em Ciências Odontológicas.

Orientador: Prof. Dr. Orlando Aguirre Guedes.

1. Odontologia 2. Doença. 3. Dor. 4. Dor Facial. 5. Epidemiologia Clínica. I. Título.

CDU: 616.31

**Normalização e Ficha Catalográfica**

Valéria Oliveira dos Anjos  
Bibliotecária CRB1-1713

**LORENA FRANGE CALDAS**

**AVALIAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DE 1248 PACIENTES COM DOR OROFACIAL  
DE ORIGEM ODONTOGÊNICA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências Odontológicas Integradas, da Universidade de Cuiabá – UNIC como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Ciências Odontológicas Integradas. Área de Concentração: Biociências.

Orientador Prof. Dr. Orlando Aguirre Guedes

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientador: Prof. Dr. Orlando Aguirre Guedes

---

Membro Titular: Prof<sup>a</sup>. Dra. Tereza Aparecida Delle Vedove Semenoff

---

Membro Titular: Prof. Dr. Daniel de Almeida Decurcio

Cuiabá, 24 de março de 2015.

Conceito Final: \_\_\_\_\_

“A DEUS, que tem me dado forças para  
prosseguir em minha jornada diária, na  
busca do crescimento pessoal,  
profissional e espiritual, dentro dos  
princípios básicos da ética”.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Reitor da Universidade de Cuiabá – UNIC, Rui Fava.

Ao Pró Reitor Acadêmico da Universidade de Cuiabá – UNIC, José Cláudio Percin.

À Pró Reitora Administrativa e Diretora de unidade da Universidade de Cuiabá – UNIC, Simone Cristina de Castro Wojcicki.

Ao Diretor de Pós-Graduação Stricto Sensu da Kroton, Prof. Dr. Helio Suguimoto.

À Coordenadora de Pesquisa e Pós-Graduação - Stricto Sensu da Universidade de Cuiabá – UNIC, Lucélia de Oliveira Santos.

Ao Coordenador do Mestrado em Ciências Odontológicas Integradas da Universidade de Cuiabá – UNIC, Prof. Dr. Álvaro Henrique Borges.

Ao Diretor da Faculdade de Odontologia da Universidade de Cuiabá – UNIC, Fábio Luis Miranda Pedro.

Às secretárias do Programa de Mestrado da Universidade de Cuiabá, Josieire Marques Missias e Cátia Balduino Ferreira.

Aos Professores Doutores do Mestrado em Ciências Odontológicas Integradas da Universidade de Cuiabá – UNIC, e em especial ao meu Orientador Prof. Dr. Orlando Aguirre Guedes, pela paciência e incentivo sempre;

Aos meus pais, pelo exemplo e dedicação;

Aos meus irmãos, companheiros queridos que dão sentido a minha vida.

Ao meu noivo, pelo apoio e amor total, compreendendo as minhas ausências, mesmo estando presente;

A todas as pessoas, com as quais tive a oportunidade de conviver e aprender o significado da vida, os meus sinceros agradecimentos e a minha imorredoura gratidão.

“Se planejarmos para um ano, deveremos  
plantar cereais”.

“Se planejarmos para uma década,  
deveremos plantar árvores”.

“Se planejarmos para toda a vida,  
deveremos treinar e educar o homem”.

(KWANTSU, Século III a.C.).



# RESUMO DO CAPÍTULO 1



## RESUMO DO CAPÍTULO 1

CALDAS, L.F. **Avaliação Epidemiológica de 1248 pacientes com dor orofacial de origem odontogênica**. 2014. 140 f. Dissertação (Mestrado) Pós-Graduação em Ciências Odontológicas Integradas, Universidade de Cuiabá-UNIC, Cuiabá, 2014.

Avaliaram-se os aspectos epidemiológicos das urgências odontológicas em uma amostra de 1248 pacientes atendidos pela Disciplina de Urgência da Faculdade de Odontologia da Universidade de Cuiabá (UNIC), entre os anos de 2011 a 2013. As seguintes informações foram coletadas dos registros clínicos de cada paciente: gênero, faixa etária, diagnóstico pulpar, periapical e periodontal, tipo de dente envolvido e localização anatômica do dente. O tratamento estatístico analisou os dados frente à distribuição de frequência, Qui-quadrado e regressão logística múltipla. O nível de significância foi de  $P < 0,05$ . Os resultados mostraram uma maior ocorrência entre os indivíduos do gênero feminino (64,58%), na faixa etária de 21-30 anos (30,21%). Ao todo 1432 dentes receberam atendimento odontológico devido sintomatologia dolorosa e aproximadamente 51% dos dentes localizam-se em mandíbula. Molares inferiores foram os dentes mais frequentemente envolvidos (36,38%). Pulpite sintomática (32,54%), periodontite apical sintomática (31,91%) e pulpalgia hiper-reativa (16,34%) foram as urgências odontológicas mais prevalentes. Verificou-se elevado número de urgências pulpares em indivíduos do gênero feminino, com idade inferior a 40 anos e envolvendo os dentes inferiores.

**Palavras-Chave:** Dor orofacial. Urgências Odontológicas. Pulpite. Epidemiologia clínica.



# ABSTRACT DO CAPÍTULO 1

## ABSTRACT DO CAPÍTULO 1

CALDAS, L. F. **Epidemiological evaluation of 1248 patients with orofacial pain of odontogenic origin.** 2014. 140 f. Dissertation (Master's Program) - Postgraduate Dental Science Integrated, University of Cuiabá – UNIC, Cuiabá, 2014.

Epidemiological aspects of dental emergencies were evaluated in a sample of 1248 patients treated at the Emergency Service at the Dentistry School of the University of Cuiabá (UNIC), from year 2011 to 2013. The following informations were collected from the patient's files: gender, age, pulpal, periapical and periodontal diagnosis, type and anatomical location of the teeth. The statistical treatment analyzed data from frequency distribution and chi-square test. The level of significance was set at 5% for all analyses. The results showed a greater prevalence of dental emergencies among females (64.58%), and patients with 21-30 years old (30.21%). In all, 1432 teeth received dental care due painful symptoms, and approximately 51% of these teeth were in maxilla. Lower molars were the teeth most frequently involved (36.38%). Symptomatic pulpitis (32.54%), symptomatic apical periodontitis of infectious origin (31.91%) and hyperreactive pulpalgia (16.34%) were the most common dental emergencies. There was a high number of pulpal emergencies in females, under 30 years and mainly involving mandibular teeth.

**Keywords:** Orofacial pain. Dental emergencies. Pulpitis. Oral epidemiology.



# LISTA DE TABELAS

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1 -</b>	Aspectos epidemiológicos das urgências odontológicas de origem endodôntica.....	120
<b>Tabela 2 -</b>	Distribuição das urgências odontológicas em função do gênero, faixa etária e grupo dentário.....	121



# LISTA DE FIGURAS

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1 -</b>	Informações coletadas dos prontuários odontológicos e exames por imagem dos pacientes.....	116
-------------------	--	-----



# LISTA DE ABREVIATURAS



## LISTAS DE ABREVIATURAS

<b>%</b>	Porcentagem
<b>AP</b>	Abscesso periodontal
<b>APCF</b>	Abscesso periapical com fístula
<b>APSF</b>	Abscesso periapical sem fístula
<b>APSF I</b>	Abscesso periapical sem fístula fase I
<b>APSF II</b>	Abscesso periapical sem fístula fase II
<b>APSF III</b>	Abscesso periapical sem fístula fase III
<b>AR</b>	Artrite reumatoide
<b>BA</b>	Bahia
<b>CONEP</b>	Conselho de ensino e pesquisa
<b>CPOD</b>	Dentes cariados, perdidos e obturados
<b>DE</b>	Departamento de emergência
<b>DP</b>	Desvio padrão
<b>ECOF</b>	Estudo de Cuidados Odontológicos da Flórida
<b>ES</b>	Espírito Santo
<b>ESB</b>	Equipe de saúde bucal
<b>EUA</b>	Estados Unidos da América
<b>GDC</b>	Escala graduada de dor crônica
<b>GHC</b>	<i>Group Health Cooperative of Puget Sound</i>
<b>H2O2</b>	Peróxido de hidrogênio
<b>HCUI</b>	Índice de utilização de saúde
<b>IBAD</b>	Impactos bucais nas atividades diárias
<b>IBQ</b>	Questionário de comportamento da doença
<b>IC</b>	Intervalo de confiança
<b>ICS-II</b>	Estudo Internacional Colaborativo de Efeitos da Saúde Oral
<b>IDH</b>	Índice de desenvolvimento humano

<b>Kg</b>	Quilograma
<b>Kg/m<sup>2</sup></b>	Quilograma por metro quadrado
<b>LEP</b>	Lesão endo-perio
<b>LPM</b>	Leucócitos polimorfonucleares
<b>LS</b>	Estudo longitudinal ONS
<b>MPQ</b>	Questionário de dor McGill
<b>n</b>	Tamanho da amostra
<b>NaOCl</b>	Hipoclorito de sódio
<b>ng/mL</b>	Nanograma por mililitros
<b>NP</b>	Necrose pulpar
<b>NY</b>	<i>New York</i>
<b>OLQ</b>	Questionário de orientação para a vida
<b>OR</b>	Odds ratio
<b>PA</b>	Pulpite assintomática
<b>PAA</b>	Periodontite apical assintomática
<b>PaPaS</b>	<i>Palliative Care and Supportive</i>
<b>PAs</b>	Periodontites apicais
<b>PASI</b>	Periodontite apical sintomática infecciosa
<b>PAST</b>	Periodontite apical sintomática traumática
<b>PB</b>	Paraíba
<b>PC</b>	Pericoronarite
<b>PEA</b>	Periodontite avançada
<b>PeNSE</b>	Pesquisa nacional de saúde escolar
<b>PH</b>	Pulpalgia hiperreativa
<b>PHACM</b>	Pesquisa hospitalar e ambulatorial sobre cuidados médicos
<b>PMSC</b>	Pesquisa da medida de saúde dos canadenses
<b>PPCP</b>	Provedores de primeiros cuidados pediátricos

<b>PS</b>	Pulpite sintomática
<b>R\$</b>	Reais
<b>RN</b>	Rio Grande do Norte
<b>RS</b>	Rio Grande do Sul
<b>SCL</b>	Checklist de sintomas
<b>SCL-90-R</b>	Escala de sintomas de depressão 90 - revisada
<b>SOC</b>	Senso de coerência
<b>SP</b>	São Paulo
<b>SPID</b>	Intensidade da soma da dor
<b>SPPID</b>	Intensidade na soma da dor à percussão
<b>SUO</b>	Setor de Urgência Odontológica
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>u.f.c</b>	Unidade formadora de colônia
<b>UNC</b>	Programa de dor clínica
<b>UNIC</b>	Universidade de Cuiabá
<b>US\$</b>	Dólar Americano
<b>USP</b>	Universidade de São Paulo
<b>VAS</b>	Escala visual analógica
<b>ZOE</b>	Óxido de zinco e eugenol

# SUMÁRIO



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>22</b>
<b>2</b>	<b>ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DE 1248 PACIENTES COM DOR OROFACIAL DE ORIGEM ODONTOGÊNICA.....</b>	<b>110</b>
2.1	INTRODUÇÃO.....	112
2.2	MATERIAIS E MÉTODOS .....	115
2.3	RESULTADOS.....	118
2.4	DISCUSSÃO.....	123
2.5	CONCLUSÃO .....	128
2.6	REFERÊNCIAS .....	130
<b>3</b>	<b>ANEXOS.....</b>	<b>138</b>



# 1 REVISÃO DE LITERATURA

## 1 REVISÃO DE LITERATURA

Dentre as várias pesquisas realizadas com essa temática, foram empregadas na retrospectiva da literatura aquelas que buscaram discutir o problema proposto.

Smith e Sheiham (1979) avaliaram como as condições dentárias trazem desvantagem aos idosos. A população estudada foi definida como pessoas com idade acima de 65 anos e residentes em domicílios particulares em Nottinghamshire, Inglaterra. Dos 300 idosos da amostra, 254 (85%) foram entrevistados e examinados. A média de idade da população do inquérito foi de 73 anos, com uma variação de 65-98 anos. Mais de um terço (37%) vivia sozinho e as mulheres eram mais solteiras e viúvas do que homens. A maioria (65%) dos indivíduos descreveu sua saúde durante o último mês como “boa” ou “regular”, e 71 (28%) afirmou que sua saúde era “ruim”. A maioria (74%) da amostra não tinha dentes naturais. Não houve relação significativa entre a idade, sexo e edentulismo, mas houve uma diferença marcante na quantidade de edentulismo entre as pessoas em diferentes classes sociais. Muitos (69%) dos indivíduos dentados usavam dentaduras parciais e/ou dentadura completa de maxilar ou mandibular. Uma percentagem elevada (59%) dos indivíduos apresentava alguma lesão da mucosa oral. A lesão mais comum era queilite angular; 29% dos indivíduos apresentavam esta condição. 32% queixaram-se de dor na boca a maioria (93%) tiveram dores intermitentes, 25% tiveram dor ao comer e 5 indivíduos estavam em constante dor. 30% afirmaram ter dificuldade de mastigação, não houve associação estatisticamente significativa entre as dentaduras clinicamente insatisfatórias com a dificuldade de mastigação. 9% dos indivíduos se sentiram desconfortáveis ao comer na frente de outras pessoas e 41% afirmaram levar muito tempo comendo, a que era uma fonte de vergonha para muitos deles. Além disso, 13% dos indivíduos se sentiram envergonhados com a aparência de seus dentes e pelas suas dentaduras caindo durante o contato social. Apenas 9% da amostra afirmou ter dificuldade na limpeza de seus dentes ou próteses. A percepção de desvantagem, no entanto, não esteve fortemente relacionada à condição dentária. Porém, uma dentição satisfatória, é importante para uma pessoa sentir-se aceitável socialmente.

Sundqvist et al. (1979) investigaram a capacidade de

combinação específica de bactérias isoladas de tecido pulpar necrosado para induzir inflamações dérmicas purulentas e infecções transmissíveis em cobaias. 88 cepas bacterianas, das quais 85 eram anaeróbias, foram testadas. As bactérias foram isoladas de canais radiculares de dentes com destruição óssea periapical. As cepas foram utilizadas em sua combinação isolada original, mas também em outras combinações. Sete das combinações foram de dentes com sintomas agudos (combinações D, G, H, P, AB, UJB, BN), e 11 combinações foram de dentes assintomáticos. De sete combinações derivadas de dentes com inflamação apical purulenta, seis induziram a transmissão de infecção nas cobaias; sendo assim, houve correlação entre a habilidade dessas combinações bacterianas em induzir inflamação apical purulenta em humanos, com sua habilidade em produzir a transmissão de infecção quando inoculadas no tecido subcutâneo de cobaias. Todas as combinações bacterianas que produziram a transmissão da infecção continham cepas de *Bacteroides melaninogenicus* ou *B. asaccharolyticus*. Estes resultados sugerem que a inflamação purulenta na região apical, pode, em alguns casos, ser induzida por meio de combinações específicas de bactérias no canal da raiz, e que a presença de *B. melaninogenicus* ou *B. asaccharolyticus* nestas combinações foi essencial. O soro coletado antes da inoculação reagiu não apenas com o as cepas *B. melaninogenicus* ou *B. asaccharolyticus*, mas também com as cepas de *F. nucleatum*, espécies de *Actinomyces*, *Peptostreptococcus anaerobius* e *Lactobacillus catenaforme*. Os resultados sugerem que as cobaias possuem anticorpos naturais contra essas cepas. Um dia após inoculação, todas as combinações bacterianas causaram uma lesão exibindo as características clássicas de uma inflamação, com acúmulo de leucócitos polimorfocitares (LPM), fluídos e perda de fibras de colágeno. O grau de reação dos tecidos variou quando as cepas de *B. melaninogenicus* ou *B. asaccharolyticus* estavam presentes, formando-se um grande abscesso, com uma densa acumulação de LPM degenerados e microrganismo. Parece que houve aumento de microrganismos, LPM degenerados, e edema nos tecidos de conexão conforme a presença de *B. melaninogenicus* ou *B. asaccharolyticus*. Depois de uma exposição de cinco dias para as combinações sem *B. melaninogenicus* ou *B. asaccharolyticus*, foi observado nos animais um pequeno e localizado abscesso. O abscesso mostrou um centro de necrose, o qual foi envolvido por uma camada de LPM. Nos animais infectados sem a combinação com estas cepas houve uma resolução gradual, depois de apenas três semanas poucas



células inflamatórias foram reconhecidas no tecido conectivo do local da infecção.

Harrison, Baumgartner e Svec (1983) determinaram se quaisquer fatores ou condições clínicas estão associados com um aumento na incidência ou no grau de dor que ocorre durante ou após o tratamento endodôntico em pacientes que iniciaram o tratamento com nenhum sintoma. A amostra foi composta por todos os pacientes encaminhados para terapia endodôntica que estavam livres de sintomas e com os sistemas de canais fechados para o ambiente oral. Antes do tratamento, os pacientes foram aleatoriamente colocados em dois grupos, de acordo com os agentes químicos a serem utilizados para a irrigação e medicação intracanal. Os dentes de pacientes do grupo 1 foram irrigados durante o preparo do canal com solução a 3% de peróxido de hidrogênio (H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>) seguido de uma solução de hipoclorito de sódio a 5,25% (NaOCl), e tinha um chumaço de algodão umedecido com formocresol selado na câmara pulpar entre as sessões como um material de enchimento temporário. Os dentes de pacientes do grupo 2 foram irrigados com solução de cloreto de sódio a 0,9%, solução de soro fisiológico normal durante a preparação do canal. Um total de 236 casos foi avaliado neste estudo. Os pacientes tinham idade entre 18 e 82 anos de idade, com idade média de 40,5 anos. 102 eram do sexo feminino e 127 eram do sexo masculino. Os dentes endodônticamente envolvidos incluíram 60 (26,2%) incisivos maxilares, 39 (17%) pré-maxilar molares, 35 (15,3%) molares superiores, 11 (4,8%) incisivos mandibulares, 26 (11,4%) pré-molares inferiores, e 58 (25,3%) molares inferiores. Dos 229 pacientes incluídos no estudo, 127 (55,5%) não tiveram dor entre as sessões, 66 (28,8%) teve ligeira dor e 36 (15,7%) tiveram dor moderada à severa. Não houve diferença significativa na incidência de dor ou grau entre os grupos de pacientes entre as sessões. Outras análises mostraram uma diferença não significativa de dor entre as sessões entre o grupo I e pacientes do grupo II em dentes vitais, dentes não vitais, dentes sem áreas radiolúcidas periapicais, dentes com áreas radiolúcidas apicais, dentes abertos anteriormente, os dentes intactos, dentes unirradiculares, multirradiculares dentes, os dentes anteriores, os dentes posteriores, dentes maxilares, ou dentes mandibulares. Não houve diferença significativa na dor entre as sessões nos dentes vitais e não vitais, dentes sem áreas radiolúcidas periapicais e dentes com áreas radiolúcidas periapicais, os dentes anteriormente abertos e os dentes intactos, dentes enraizados e dentes multirradiculares, dentes anteriores e posteriores, ou

dentes maxilares e os dentes mandibulares. A análise por grupo de dentes não apresentou diferença significativa em dor entre as sessões no maxilar ou mandibular incisivo, pré-molares e molares. As seguintes conclusões foram tiradas: nenhuma relação significativa na dor entre as sessões e qualquer um dos fatores ou condições clínicas analisadas pode ser determinada; em pacientes que começam o tratamento endodôntico sem sintomas, a ocorrência de dor entre as sessões é clinicamente não previsível; o uso clínico de 3% de H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>, NaOCl a 5,25%, e formocresol não está associada a um aumento da incidência ou grau de dor entre as sessões.

Reisine (1984) avaliou a doença dental e a perda do trabalho. Este estudo tem três objetivos: medir o impacto da doença por meio da estimativa de perda de trabalho associado com problemas dentários; determinar os efeitos de características sociodemográficas, condições de saúde bucal e parâmetros de atendimento odontológico na perda de trabalho; e avaliar a utilidade da perda de trabalho como um desfecho. Das 3525 famílias contatadas, 2600 pessoas foram entrevistadas. A maioria dos entrevistados era do sexo masculino (58,7%), com menos de 40 anos de idade (58,1%), brancos (85,4%), casados (62,5%), com 12 anos ou mais de estudo (90,7%), com renda familiar maior que 15 mil dólares (50%), com seguro odontológico (61,6%), com o benefício de licença médica (78,4%), visitavam regularmente um dentista (83,7%), visitou o dentista no último ano (71,1%), e com uma boa (46,7%) ou excelente (32,4%) saúde bucal. Na experiência de Perda de Trabalho, 25% relatou um episódio de perda de trabalho nos últimos 12 meses relacionados a problemas dentários e visitas de tratamento odontológico. A média de horas perdidas foi de 1,7. A maioria (95%) dos episódios de perda de trabalho foi atribuída às visitas preventivas ou para o tratamento dental. Uma análise do qui-quadrado das relações univariadas entre as variáveis independentes e relatórios de perda de trabalho mostra que os homens, jovens, de 31-50 anos, casados, aqueles com 16 ou mais anos de escolaridade, que possuem renda elevada, com um ou mais filhos e aqueles que visitam um dentista regularmente eram mais propensos a relatar perda de trabalho para tratamento odontológico. Os homens com mais de 50 anos, mais de 16 anos de educação, percebendo excelente saúde oral, com renda familiar acima de US\$ 35.000, benefícios de licença médica, visitando a dentista regularmente, tendo uma ou mais crianças, e com que tiveram serviços odontológicos preventivos tiveram significativamente menos horas de perda

de trabalho do que a comparação com grupos. Dois modelos de regressão foram utilizados para determinar os efeitos significativos independentes das variáveis demográficas e de saúde. A regressão revelou que a idade, estado civil, percepção do estado de saúde, renda e tipo de serviço obtiveram um efeito significativo e independente sobre a informação do entrevistado de perda do trabalhar devido a problemas dentários. Aqueles que são jovens, casados, tinham percepção ruim da saúde, de alta renda, e que fizeram serviços curativos na última consulta odontológica tiveram maior probabilidade de ausência de trabalho. Os resultados do modelo de regressão linear múltipla para aqueles que relataram a perda de trabalho encontraram apenas duas variáveis, a fonte regular do atendimento e o tipo de serviço, que obtiveram efeito significativo sobre a perda de horas de trabalho: ir a um dentista regularmente e fazer serviços preventivos foram associados com menos horas da perda de trabalho. R<sup>2</sup> foi significativo a 0,138 ( $p < 0,05$ ). A prevalência e magnitude da perda de trabalho foram sensíveis a vários fatores sócio demográficos, ao acesso e relacionados à saúde. Um argumento mais convincente para a perda de trabalho como uma medida de impacto de doenças dentárias repousa sobre os resultados das análises multivariadas. Os resultados indicam que as pessoas com visitas para tratamento preventivo são menos propensas a experimentar a perda de trabalho e têm menos horas de perda de trabalho do que aqueles com visitas para tratamento curativo.

Reisine e Muller (1985) analisaram os efeitos das condições dentárias no funcionamento social através da medição da incidência de perda de dias de trabalho associados com problemas dentários e tratamentos em um ano. Foi realizado um estudo longitudinal com 1.992 adultos empregados em Hartford, Connecticut. A amostra era predominantemente com idade abaixo de 45 anos (68%), do sexo masculino (60,2%), branco (87,2%), casados (66,1%), educado por 12 anos ou mais (91,5%), tinham uma renda familiar maior que 25 mil dólares (53%), cobertos por seguro dental (63%), com benefício de licença médica (80,3), visitavam um dentista regularmente e relataram boa ou excelente saúde oral (79,3%). Trinta e três por cento relataram se ausentar do trabalho para visitar o dentista no ano anterior da entrevista inicial. Durante o período de acompanhamento, 68% da amostra relataram uma ou mais visitas ao dentista. Os resultados mostraram que 26,4% da amostra relatou um episódio de trabalho relacionado com problemas dentários, com um

significativo de 1,26 horas por pessoa por ano. Os preditores mais importantes para a perda de dias de trabalho foram: elevado número de visitas ao dentista, histórico prévio de ausência de trabalho, ser jovem e pertencer a classe socioeconômica elevada. As variáveis mais importantes que explicam a perda total de horas de trabalho foram a gravidade do tratamento, perda do trabalho anterior, baixa renda e ser não-branco. Quatro variáveis foram significativas na determinação de quem teve um episódio de perda de trabalho e  $R^2 = 0,248$ , número total de visitas teve o maior efeito e explicou a maior variação, como a contribuição da variável para  $R^2$  foi de 0,192. O efeito positivo desta variável indicou que as pessoas com mais visitas tiveram maior probabilidade de ausência de trabalho, enquanto aqueles com poucas visitas foram menos propensos a perder tempo de trabalho. Indicadores de resultados mais sensíveis são necessários para detectar diferenças individuais nos efeitos das condições dentárias sobre o funcionamento social. Os resultados sugerem que a perda de dias de trabalho pode ser uma estatística útil na população para a medição de condições de saúde bucal, devido à alta prevalência de doenças dentárias.

Locker e Grushka (1987) estimaram a prevalência da dor e desconforto orofacial na cidade de Toronto, Canadá. A população estudada foi composta por todas as pessoas com idade entre 18 anos ou mais que vivem em propriedades particulares da cidade. Dos 1.014 indivíduos, os questionários preenchidos obtiveram uma taxa de 71,6% de elegibilidade. Uma minoria, 0,8%, se recusou a preencher o questionário e 27,6% não responderam. A análise foi restrita aos 594 inquiridos que completaram a versão longa do questionário. Mulheres foram sobre-representadas e os homens sub-representados. 53,2% dos entrevistados relataram dor ou desconforto na 4ª semana antes da conclusão do questionário. Foi relatada dor em 26,6%, dor e desconforto em 13,1% e somente desconforto por 13,5% dos indivíduos. A dor nos dentes causada por fluidos quentes, gelados ou doces foi relatada por 28,8% dos entrevistados. Menos que 10% dos indivíduos relataram outros tipos de dor: mandíbula, boca e face. A média de número de dias na última semana 4 em que a dor foi relatada foi de 6,2 dias para os que só sentiam dor ( $DP = 6,7$ ) e 1,9 dias ( $DP = 4,9$ ) para os entrevistados como um todo. Pouco mais de 10% daqueles que relataram dor disseram que era grave ou muito grave, 40% disse que era moderadamente grave e aproximadamente 50% relataram que sua dor foi leve.

Apenas 40% daqueles que relataram dor tinham procurado o conselho de um dentista ou médico. Desconforto por úlceras orais e feridas foram relatados por 13,0% e 11,3%, respectivamente, enquanto que menos de 10% relataram desconforto relacionado às dentaduras. Diferenças entre os sexos na prevalência de dor relatada e desconforto foram pequenas e estatisticamente não significativas. Estatisticamente foram observadas diferenças significativas no que diz respeito à idade. Aqueles nos grupos etários mais jovens eram mais propensos à dor do que os idosos entrevistados ( $P < 0.0001$ ) e mais propensos a relatar desconforto ( $P < 0,05$ ). Os grupos de idade mais jovem relataram mais dor do que desconforto enquanto que os grupos etários mais velhos relataram desconforto mais frequentemente do que dor. A pesquisa revelou uma quantidade substancial de dor oral e facial na comunidade, muitas das quais não é sujeito à atenção profissional.

Von korff et al. (1988) proporcionaram informações mais completas sobre as dimensões da dor crônica em uma amostra da população. Em 1986, foi selecionada uma amostra aleatória estratificada de 1.500 pessoas inscritas na Group Health Cooperative of Puget Sound (GHC), com idade entre 18-75 anos, residentes na maior área de Seattle. Os objetivos do estudo foram: a comparação de dados epidemiológicos em diferentes condições de dor e identificar as pessoas com dor facial que não procuram tratamento em comparação com pacientes encaminhados pelo GHC para o tratamento. Foram obtidos 1016 (80,3%) candidatos elegíveis. A grande maioria dos indivíduos era caucasiano, entre 25 e 44 anos de idade, casados, empregados e tiveram pelo menos alguma educação universitária. A prevalência de dor nos seis meses anteriores foi de 41% para dor nas costas, 26% para dor de cabeça, 17% para dor abdominal, 12% para dor no peito e 12% para dor facial. Dor de cabeça, abdominal e facial foi menos prevalente entre as pessoas mais velhas e mais prevalentes no sexo feminino. As condições de dor eram tipicamente de longa duração, recorrente, de intensidade leve a moderada e geralmente, não limitaram as atividades. No entanto, dependendo da condição de dor, de 9-40% das pessoas relataram um ou mais dias que foram incapazes de realizar suas atividades habituais devido à dor. Em toda a amostra, incluindo pessoas com e sem dor, a dor nas costas contribuiu 1,6 de dias de limitação de atividade per capita, enquanto a dor de cabeça contribuiu 1,0 dia per capita, no período de prevalência de 6 meses. Dor no peito obteve a maior percentagem de

casos que procuram tratamento em 6 meses (35%), enquanto as percentagens do restante das condições de dor variou entre 21-29%. Em média, as pessoas com uma condição de dor tinham níveis mais elevados de ansiedade, depressão e não sintomas somáticos de dor como medida pelas escalas do Checklist de Sintomas (SCL); mais pobre, autoavaliação do estado de saúde e mais estresse familiar em comparação com pessoas sem uma condição de dor. Destas medidas alternativas de socorro, a escala de somatização SCL teve a mais forte associação independente com a dor. Os incrementos nas medidas de ansiedade, depressão e estresse familiar com a presença de dor foram maiores entre as pessoas com níveis mais altos de não sintomas somáticos de dor. As descobertas indicaram que as condições de dor recorrentes são comuns na população adulta.

Lundeen, George e Toomey (1991) investigaram a associação da utilização de cuidados de saúde com a dor, o comportamento da doença e estresse entre os pacientes com dor facial crônica. Em torno de cem pacientes com dor facial crônica foram atendidos no Programa de Dor Clínica (UNC) e selecionados para o estudo. Todos os pacientes receberam um inventário de avaliação do paciente, uma bateria de testes de auto-relato que incluíram: questionário de dor McGill (MPQ); questionário de Comportamento da Doença (IBQ); escalas analógicas visuais e gráficas para a intensidade da dor, sofrimento e da porcentagem de dor presente; e o índice de utilização de Saúde (HCUI). Os pacientes foram divididos em grupos de alta e baixa utilização com base na pontuação HCUI. O escore médio HCUI da população do estudo foi 4,69. A pontuação média do grupo de alta utilização foi 8,1 (DP= 4,0; n= 27) e o escore médio do grupo de baixa utilização foi de 2,5 (DP=1,3; n= 41). Testes de U Mann-Whitney foram utilizados para determinar o significado das diferenças entre os grupos de alta e baixa utilização sobre a dor, comportamento da doença e exames clínicos. No que diz respeito às escalas analógicas visuais e gráficas, o sofrimento da dor foi a variável mais elevada no grupo de alta utilização. No MPQ, as escalas sensoriais e avaliativas foram maiores para o grupo de alta utilização. No IBQ, a convicção de doença e afirmação de doença obtiveram os maiores escores, enquanto a negação foi menor para o grupo de alta utilização. Exames clínicos e classificações clínicas encontraram no grupo de alta utilização, mais sensibilidade à palpação, menos amplitude de movimento e fatores psicológicos. Este estudo indica que os pacientes com dor facial crônica

variam em seu padrão de utilização de cuidados de saúde e que as taxas mais elevadas de utilização são associadas tanto a disfunção psicológica como física.

Horiba et al. (1991) avaliaram a correlação entre o conteúdo de endotoxinas e sintomas clínicos, tais como dor espontânea, dor à percussão, exsudatos ou áreas radiolucidas. O material em estudo consistiu em 30 dentes de 27 pacientes que realizaram o tratamento de canal. Foi detectado endotoxinas em todos os 16 dentes sintomáticos, e de 14 dentes assintomáticos, 4 (28,6%) apresentaram endotoxinas, a diferença na porcentagem foi significativa ( $p < 0,001$ ). O conteúdo de endotoxinas foi maior em dentes sintomáticos do que nos assintomáticos ( $p < 0,005$ ). Endotoxinas foram detectadas em 19 (86,40%) dentes dos 22 que continham áreas radiolucidas. A detecção de endotoxinas foi significativamente maior nos dentes com áreas radiolucidas ( $p < 0,01$ ). Endotoxinas foram detectadas em 19 (95,0%) dos 20 dentes com exsudato (tanto piogênico, quanto seroso). A taxa de detecção de endotoxinas e a média do conteúdo de endotoxinas foram maiores nos dentes com exsudato do que naqueles sem exsudato ( $p < 0,001$  e  $p < 0,005$  respectivamente).

Gift, Reisine e Larach (1992) forneceram os resultados descritivos de análises exploratórias de um conjunto de dados específicos para selecionar as consequências sociais da manutenção da saúde oral e tratamento de problemas bucais e exploraram possíveis associações de fatores socioeconômicos com os dias de trabalho e de estudo perdidos, assim como, com a redução das atividades usuais. O estudo foi baseado em um Inquérito Nacional de Saúde realizado no ano de 1989. As mulheres e pessoas com renda (em dólar) de \$ 20.000 a \$ 35.000 foram mais propensas a terem tempo de trabalho perdido do que os homens ou pessoas nos grupos com renda menor ou maior. Os adultos com idade de 17-24, 25-44 e 45-64, perderam mais horas de trabalho devido a consultas ou problemas odontológicos do que aqueles com idade de 65 anos ou mais ( $p < 0,05$ ). Os indivíduos que apresentaram o maior número de horas de trabalho perdidas foram: as mulheres, negros, aqueles com idade entre 17-24 anos, os que não possuíam planos odontológicos, aqueles com baixo nível de escolaridade e os de menor renda. Mais de 51 milhões de horas de aula foram perdidas anualmente por crianças em idade escolar, devido à consultas ao dentista ou problemas orais; o que corresponde a 117.000 horas de aulas perdidas por 100.000 estudantes. As

meninas perderam significativamente mais horas de aula durante o ano do que os meninos ( $p < 0,05$ ), e as crianças brancas também perderam mais horas de aula do que as negras ( $p < 0,05$ ). A média de horas perdidas aumentou com o aumento da idade. Foi estimado mais de 41 milhões de horas perdidas devido às restrições nas atividades diárias, considerando o tempo perdido na escola e no trabalho, para todas as idades a nível nacional no ano de 1989. O tempo perdido foi estimado em 17.000 dias por 100.00 indivíduos. Mulheres tiveram aproximadamente duas vezes o número de restrição de atividades diárias do que os homens (23.000 versus 11.000 por 100.000) ( $p < 0,05$ ). O grupo econômico com maior desvantagem, ou seja, com maiores restrições nas atividades diárias foram aqueles com renda inferior a \$ 20.000, sem plano odontológico e aqueles com menos de 12 anos de estudo. Os dados sugerem que as visitas ao dentista não são a única causa de tempo perdido: entre 3% e 4% daqueles sem nenhuma visita ao dentista nas últimas duas semanas, cortaram algumas atividades diárias ou perderam tempo de estudo ou trabalho no mesmo período. Os tratamentos odontológicos que necessitam de várias consultas podem implicar em mais restrições nas atividades corriqueiras, incluindo os estudos e trabalho.

Oguntebi et al. (1992) determinaram a incidência de dor pós-operatória em pacientes com pulpíte sintomática, quando submetidos a três tratamentos endodônticos de emergência (pulpotomia, pulpectomia parcial e pulpectomia total). A amostra do estudo foi composta por 1.763 pacientes que realizaram tratamento endodôntico de emergência para pulpíte sintomática, por alunos do setor de emergência odontológica da Faculdade de Odontologia da Universidade de Missouri, durante um período de 24 meses. Os casos estudados incluíram aqueles com diagnóstico de pulpíte irreversível com ou sem periodontite apical. De 1.763 pacientes tratados, 126 (7,14%) relataram níveis elevados de dor não aliviado por analgésicos prescritos. Foi calculada a porcentagem de pacientes com ou sem dor, e os dados obtidos foram analisados pelo procedimento não paramétrico de Friedman. As análises mostram que significativamente poucos pacientes apresentaram dor pós-operatória independente de sexo, faixa etária, dente e procedimento de emergência realizado. A análise segundo o sexo mostrou que uma porcentagem significativamente maior de mulheres (9%), do que de homens (4%) tiveram dor pós-operatória. O grupo de menor faixa etária (10-30 anos) apresentou



maior porcentagem de pacientes com dor pós-operatória (11%), comparado com os outros dois grupos examinados (6 % cada). Dor pós-operatória foi associada com uma maior porcentagem de molares (9%), seguido dos dentes anteriores (6%) e bicúspides (2%). Quanto ao efeito dos diferentes procedimentos de emergência usado para os dentes molares, observou-se que a pulpectomia teve a maior porcentagem de dor pós-operatória (13%), seguido de pulpotomia (8%) e pulpectomia completa (6%).

Von Korff, Leresche e Dworkin (1993) avaliaram se a depressão associava-se com o risco aumentado do início dos sintomas de dor. 1016 adultos inscritos na Organização de manutenção da saúde foram entrevistados em 1986, sobre a história de cada uma das cinco condições de dor (dor nas costas, de cabeça intensa, no peito, abdominal e disfunção temporomandibular), três anos mais tarde, esta amostra foi re-entrevistada (n = 803). Em ambas as entrevistas, foram aplicadas a escala de sintomas de Depressão 90-Revisada (SCL-90-R). A grande maioria dos indivíduos estava entre as idades de 18 e 44 anos, o maior percentual era do sexo feminino e a maioria tinha pelo menos alguma educação universitária. Durante o intervalo de seguimento três anos, as taxas de primeiro aparecimento foram: 17,7% para dor nas costas; 4,2% para a dor de cabeça intensa; 3,0% para a dor no peito; 3,1% para a dor abdominal e 6,5% para a dor temporomandibular. As taxas de aparecimento de dor persistente e de disfunção da dor crônica foram substancialmente mais baixas mais de 1% experimentaram o aparecimento de disfunção da dor crônica para dor nas costas e para dor de cabeça. Não houve diferenças significativas nas taxas de aparecimento de dor nas costas, dor abdominal ou dor temporomandibular, gravidade ou cronicidade dos sintomas depressivos. Em relação aos não-deprimidos, pessoas com sintomas depressivos moderados a grave foram mais propensas a desenvolver dores de cabeça e dores no peito (odds ratio ajustado de 1,7-5,0). Para dor de cabeça e dor no peito, os riscos de início foram maiores entre os cronicamente deprimidos. Após o ajuste para idade, sexo, educação e gravidade da depressão, as pessoas com condição de dor no início do estudo foram mais propensas a relatar o primeiro aparecimento de uma nova condição de dor durante o período de acompanhamento (odds ratio ajustado de 2,1 para dor nas costas; 4,3 para dor de cabeça; 1,4 para a dor no peito; 6,3 para dor abdominal e de 3,7 para a dor temporomandibular). Assim, a presença de uma

condição de dor era o preditor mais consistente de riscos posteriores de desenvolvimento de uma nova condição de dor do que os sintomas, gravidade ou cronicidade da depressão.

Wilson et al. (1994) investigaram a relação entre os sintomas e a dores somáticas e psicológicas relatadas por pacientes com disfunção temporomandibular com crônica dor. Uma amostra consecutiva de 289 adultos inscritos no Grupo de Saúde Cooperativa de Puget Sound, referida Clínica para o tratamento de dor facial foram identificadas para o estudo. A amostra final foi composta por 220 indivíduos que completaram a escala de somatização do SCL-90 -R. A somatização foi avaliada com a escala do SCL-90-R (Derogatis 1983) com uma lista de verificação de sintomas. Esta escala pedia assuntos sobre a angústia decorrente de 12 sintomas físicos no último mês e inclui cinco itens relacionados à dor (dores de cabeça, dor no coração ou no peito, dores na parte inferior das costas) e 7 itens não-dor (tonturas no períodos quentes ou frios, dormência ou formigamento em partes do corpo). Os indivíduos tinham uma média de idade de 39,5 anos (variação: 18-82, DP=13,5). 84% eram do sexo feminino e 67% eram casados. 89% eram da raça branca, 4,19% afro-americanos, 3,2% de origem asiática e os 3,7% restantes eram de outros grupos raciais. Apenas 5,9% estavam desempregados ou incapazes de trabalhar. 32% eram recém-formados. A pontuação média para a somatização (0,77) foi moderadamente elevados. A duração média da dor facial foi de 5,2 anos, no entanto, quase 50% dos pacientes tiveram uma duração de 1 ano ou menos. A somatização mostrou uma relação forte com o sofrimento cognitivo/emocional ( $r = 0,66$ ,  $P < 0,001$ ) e uma relação moderada com a intensidade média de dor ( $r = 0,32$ ,  $P < 0,001$ ). A correlação entre o sofrimento cognitivo/emocional e a intensidade média de dor foi pequena, mas significativa ( $r = 0,16$ ,  $P < 0,05$ ). A Duração da dor facial foi significativamente correlacionada apenas com a idade. Somatização, sofrimento emocional/cognitivo e intensidade média da dor foram significativamente correlacionados com número local, extraoral, intraoral e placebo reportado serem dolorosos durante o exame. Foi encontrada uma correlação pequena, mas significativa entre idade e somatização ( $r = 0,13$ ,  $P < 0,05$ ). A educação foi negativamente correlacionada tanto com a somatização ( $r = -0,24$ ,  $P < 0,001$ ) quanto com o sofrimento emocional/cognitivo ( $r = -0,17$ ,  $P < 0,05$ ). A Somatização sozinha foi responsável por uma proporção significativa da variação observada nas variáveis de

resultado e manteve-se expressiva, após ajustada para a intensidade da dor, sofrimento emocional/cognitivo e variáveis demográficas. No modelo completo, a intensidade média da dor e sexo foram significativamente relacionados aos locais extraorais dolorosos, mas não intraorais. O sofrimento emocional/cognitivo não foi significativamente relacionado com nenhuma variável de exame de dor. Pacientes com alta somatização foram 3 vezes mais propensos a relatar ter um local placebo doloroso do que os indivíduos de baixa somatização. Os resultados ressaltam a utilidade clínica da expansão e exploração do relatório do ambiente dos pacientes e de exame de dor dentro do contexto de seu estado psicológico.

Nadanovsky e Sheiham (1995) avaliaram a contribuição relativa que os serviços odontológicos fizeram para as mudanças nos níveis de cáries dentárias em crianças de 12 anos de idade em alguns países industrializados na década de 1970 e início de 1980. Os dados foram obtidos a partir de trabalhos publicados e publicações oficiais e incluiu três tipos de variáveis: cárie, a presença de serviços odontológicos e grandes fatores socioeconômicos (incluindo cremes dentais fluoretados). Os serviços odontológicos explicaram 3% da variação nas mudanças nos níveis de cárie na década de 1970 e início de 1980 em crianças com 12 anos de idade, enquanto os fatores socioeconômicos gerais (incluindo ou excluindo cremes dentais fluoretados) explicaram 65%. A porcentagem de mulheres no mercado de trabalho em 1970, a expectativa de vida ao nascer e o percentual no ensino secundário em 1960 explicaram 50% da variação entre os países que tinham dados disponíveis para estas variáveis. Quanto maior for a porcentagem de cremes dentais fluoretados maior a taxa de redução da cárie em crianças com 12 anos de idade. No modelo de regressão múltipla creme dental fluoretado não foi estatisticamente significativo. Os resultados do estudo sugerem que os serviços odontológicos foram relativamente sem importância em explicar as diferenças nas mudanças nos níveis de cárie em crianças de 12 anos. A visão de que flúor no creme dental foi a única causa importante dos declínios em dentes cariados, perdidos e total de dentes permanentes em países industrializados foi questionada. O papel da odontologia na melhoria da saúde bucal pode estar principalmente nos serviços de saúde não pessoais.

Mcgregor et al. (1996) apresentaram e avaliaram os dados de distribuição da dor, apresentação dos sintomas, respostas da escala psicológica SCL-90-R e

eventos infecciosos relacionados com pacientes com dor orofacial crônica. Foram encaminhados para avaliação 43 pacientes com dor muscular orofacial crônica e 40 indivíduos do grupo controle. As características de idade e sexo foram semelhantes para os dois grupos, Grupo MP: Idade, desvio padrão [DP]  $39,5 \pm 11,6$  anos, com um intervalo de 16 a 62 anos, 79,1% eram do sexo feminino; Grupo controle: idade e [DP]  $35,5 \pm 15,2$  anos, intervalos de 11 a 72 anos, 70 % eram mulheres. Não houve diferença significativa nas origens étnicas dos participantes. Embora todos os pacientes MP terem relatado uma história de dor muscular orofacial, no dia do exame clínico, eles também relataram dor presente em outras regiões: 38 (88,4 %) tinham dor no pescoço, ombro e na coluna torácica; 35 (81,4 %) dor no rosto e cabeça; 30 (69,8 %) dor de membros inferiores; 29 (67,4 %) dor lombar; 24 (55,8 %) dor de membros superiores; 17 (39,5 %) dor abdominal e 14 (32,6 %) dor na parede torácica e esterno. No exame inicial, 7% foram classificados como tendo somente dor orofacial e 27,9% foram classificados como tendo síndrome de dor miofacial. A maioria dos pacientes relatou dor localizada ou de regional no início, o que progrediu para uma dor generalizada envolvendo todos os quatro quadrantes em 28 (65,1%) pacientes desta coorte. Os pacientes MP nesta coorte, selecionados com base na dor muscular, também tinham maior prevalência sintomas, fadiga e náusea em comparação com indivíduos controle. Quando os pacientes com dor nos quatro quadrantes ( $n = 28$ ) foram comparados com o resto dos pacientes MP ( $n = 15$ ), a análise revelou que a função Q40 (náuseas,  $P < 0,003$ ), Q14 (baixa energia ou/fadiga,  $P < 0,002$ ), Q42 (dor muscular) e prevalência de sintomas também foram fatores importantes na diferenciação entre pacientes com fibromialgia e a parte restante dos pacientes. Um aumento da prevalência dos sintomas nos pacientes MP foi encontrado (correção de multiplicidade  $P < 0,005$ ). 31 (72,1%) dos pacientes MP associaram o aparecimento dos seus sintomas com um ou mais eventos relacionados com o sistema respiratório superior, infecção do trato gastro-intestinal, diarreia de baixo grau, infecção do trato genito-urinário, febre glandular ou trauma. A dor e o início dos sintomas foram relatados como súbitos (13, 30,2%) ou graduais (30,69,8%). Pacientes com MP tiveram maior ocorrência de história de infecção do trato respiratório superior crônica recorrente ( $P < 0,001$ ), história de infecção genito-urinária ( $P < 0,05$ ), e a história de apêndicectomia ( $P < 0,05$ ). As pontuações de somatização SCL-90-R ( $> 62$ ) tiveram uma maior prevalência no grupo de dor crônica. Não houve diferença de prevalência ou associações com indicadores de

dor/sintomas encontrados para depressão ou ansiedade.

McDermid, Rollman e McCain (1996) testaram a hipótese de indivíduos com fibromialgia, uma desordem de dor crônica de origem indeterminada, terem um padrão hipervigilante de resposta e se esta se estendia para além do domínio de dor. 60 indivíduos participaram do estudo, com 20 indivíduos em cada um dos três grupos, sendo 20 pacientes com fibromialgia, 20 com artrite reumatóide (AR) e 20 pacientes controle. Foi usado o dolorímetro Fischer para aplicar pressão em um ponto -2 polegadas acima do pulso; um gerador de ruído (Maico Electronic Company) foi usado para a produção de ruído branco contínuo e uma escala visual analógica com 10 cm (VAS) com palavras nas extremidades opostas (sem dor e pior dor) foi usado para obter medidas de intensidade da dor. Os grupos foram pareados por idade e sexo. Havia 19 mulheres e 1 homem em cada grupo. Os resultados das análises de variância univariada (ANOVAs) indicaram que os grupos não diferiram significativamente em termos de idade ( $f(2,57) = 0,95$ ;  $P > 0,05$ ) ou no período de tempo entre o início da dor referida ( $f(1,38) = 0,012$ ;  $P > 0,05$ ). A análise univariada para intensidade da dor presente foi estatisticamente significativa ( $f(2, 57) = 34,88$ ;  $P < 0,0001$ ). O teste post-hoc indicou que pacientes com fibromialgia classificaram sua dor como sendo significativamente mais intensa (média = 4,30; DP = 2,27) do que os pacientes com AR (média = 1,89; DP = 1,49) e controles (média = 0,14; DP = 0,34). Da mesma forma, a análise univariada para a intensidade média da dor ao longo dos últimos 30 dias foi estatisticamente significativa ( $f(2,57) = 34,90$ ;  $P < 0,0001$ ), com testes post-hoc revelando que os pacientes com fibromialgia (média = 6,72; SD = 1,90) classificaram as suas dores como significativamente mais intensa do que os pacientes com AR (média = 4,37; DP = 2,28) e controles (média = 1,33; DP = 1,95). A análise realizada para limiar médio de dor indicou que houve diferenças significativas do grupo ( $f(2, 57) = 68,17$ ;  $p < 0,0001$ ), os testes post-hoc revelaram que os pacientes com fibromialgia tinham limiares de dor significativamente mais baixos (média = 1,51 kg; D = 0,72) do que o grupo AR (média = 2,89 kg; D = 0,66) e no grupo controle (média = 5,50 kg; DP = 1,63). Resultados semelhantes foram relatados quando foram analisados os valores de tolerância à dor. A análise de variância indicou que havia diferenças entre os grupos estatisticamente significante ( $f(2,57) = 53,83$ ,  $P < 0,001$ ), com testes post-hoc, revelaram que os pacientes com fibromialgia tinham tolerância à dor

significativamente inferior (média= 2,78 kg; DP= 1,28) quando comparado com o grupo AR (média= 4,59 kg; DP= 1,57) e no grupo controle (média= 8,05kg; DP= 1,97). Os indivíduos foram convidados a fornecer três determinantes de tolerância de ruído. Estes foram analisados por meio de uma ANOVA. Os resultados indicaram que os grupos diferiam significativamente ( $f(2,57) = 64,18$ ;  $P < 0,001$ ). Os testes post-hoc mostraram que os pacientes com fibromialgia tinham valores de tolerância de ruído significativamente mais baixo (média= 66,17; DP= 9,15), quando comparado com o grupo AR (média= 75,98; DP= 12,35) e o grupo controle (média = 100,48; DP= 7,47). Os resultados dos questionários psicológicos revelaram que os pacientes com fibromialgia e AR preferiram níveis mais baixos de estimulação externa do que os indivíduos do grupo controle. O resultado deste estudo suporta a hipótese de hipervigilância generalizada, o que sugere que os pacientes com fibromialgia têm um estilo perceptual de amplificação.

Atchison e Gift (1997) aprimoraram o entendimento da relação entre idade, etnia e percepção da saúde oral dentro do contexto de uma ampla bateria de outras características predisponentes, tais como variáveis sócias demográficas crenças de saúde, possibilidades, necessidades e comportamentos. O estudo utiliza dados de três locais de pesquisa dos Estados Unidos coletados no Estudo Internacional Colaborativo de Efeitos da Saúde Oral (ICS-II), um projeto de pesquisa de larga escala que examina o impacto do ambiente, sistema de entrega, e características da população na saúde oral de uma amostra diversificada. Três locais de pesquisa foram escolhidos nos EUA para representar cinco grupos étnicos distintos: brancos (Baltimore e San Antonio), afro-americanos de Baltimore, hispânicos de San Antonio, Navajo do Novo México e Arizona, e Lakota de Dakota do Sul. Os adultos mais velhos classificaram sua saúde oral como menos positiva quando comparados àqueles da faixa etária de 35-44 referentes aos brancos de Baltimore, Navajos e Hispânicos. Foi evidente a diferença étnica na saúde oral percebida em cada localização, com os Baltimores, Brancos, Navajos e Brancos de San Antonio referindo uma saúde oral mais positiva do que os outros grupos étnicos. O modelo de regressão múltipla explica mais de 30% da variação na saúde bucal percebida, com quadrados de R que variam de R 0.324 nos locais de Serviços de Saúde Indígena à 0,391 em San Antonio. Os preditores significativos mais importantes incluem a etnia, a educação, a percepção do estado de saúde geral, ser

edêntulo ou não, ter uma prótese parcial, não ter dor oral, poucos sintomas orais, e ter uma ou mais visitas ao dentista. Os preditores positivos de saúde bucal percebida para os diversos grupos destacaram interessantemente a idade e diferenças étnicas. O único indicador comum para os adultos de meia-idade foi “ter menos sintomas orais”. Para os adultos mais velhos, ser edêntulo ou não ter uma prótese parcial foi o único preditor comum.

Lygidakis et al. (1998) investigaram as características de pacientes atendidos na emergência, os motivos do atendimento e o tratamento oferecido, em um centro odontológico pediátrico comunitário no período diurno durante a semana de trabalho. Os dados foram coletados dos registros da emergência clínica durante o ano de 1992. De 1.271 crianças atendidas na clínica como emergência durante o ano de 1992, 680 eram meninos e 591 eram meninas. A idade das crianças variou de 8 meses a 12 anos. O tipo de queixa mais prevalente apresentado foi edema gengival ou fístula (533 crianças, 42%), seguido de dor de dente devido pulpíte (446, 35%), trauma odontológico (142, 11%), celulite difusa e edema extraoral (86, 7%), recimentação de aparelhos ortodônticos e coroas de aço inoxidável, fixadas em consultas regulares (52, 4%) e patologia oral aguda (estomatite herpética, linfadenomopatia) (12,1%). 1.114 dentes de 1.065 crianças apresentaram problemas resultantes de cárie dental. O dente mais frequentemente afetado pela presença de edema, fístula e celulite foi o primeiro molar; enquanto que para dor de dente grave relacionada com pulpíte, o segundo molar primário foi o mais afetado. O tratamento oferecido nas consultas de emergência para cárie dental incluiu, o endodôntico para 607 crianças (57%), sendo prescrito antibiótico para 128 delas (27%). O tratamento endodôntico envolveu um total de 642 dentes primários e permanentes e incluiu a pulpotomia em 414 (64%) dentes; e pulpectomia em 228 (35%) dentes. Entre as 458 crianças restantes (43%), com problemas resultantes de cárie dental, foram realizadas extração em um total de 502 dentes.

Holland et al. (1998) estudaram, em dentes de cães, o comportamento do tecido periapical após bio-pulpectomia e curativo com hidróxido de cálcio ou associação de corticosteroides – antibióticos antes do enchimento do canal radicular com os tipos diferentes de cimentos. Sessenta raízes de dentes de cães sem raça foram usadas no estudo. O tratamento foi conduzido em duas sessões. Na primeira, foi realizada abertura da coronária, a pulpa foi removida e os canais foram

negociados pela técnica crown-down. Foi realizado curativo em metade dos canais, com a associação de hidrocortisona, neomicina e polymyxin B (Otorporin, Wellcome) e a outra metade com hidróxido de cálcio em água destilada. Sete dias depois, os curativos foram removidos e os canais foram preenchidos usando uma técnica de condensação lateral com os selantes gutta percha points e ZOE (S.S. White) ou Sealapex (Sybron-Kerr). Grupo experimental Ca(OH)<sub>2</sub> – ZOE. Seis casos apresentaram preenchimento biológico completo pela deposição de cimento neoformado. Houve ausência de reação inflamatória no ligamento periodontal, exceto em um caso. Cinco espécimes apresentaram fechamento biológico parcial; havia sempre uma reação inflamatória crônica leve. Quatro casos não apresentaram o fechamento biológico, desses, três apresentaram reação inflamatória crônica leve, e um apresentou reação inflamatória moderada. Doze espécimes apresentaram fechamento biológico completo por cimento neoformado depositado no principal forame apical. Oito casos não apresentaram reação inflamatória no ligamento periodontal. Em três espécimes o fechamento biológico foi parcial e houve formação de quelóide. Três espécimes apresentaram completo fechamento biológico do principal forame apical, com o cimento neoformado em contato com o gutta percha point ou com os tecidos duros. Quatro espécimes apresentaram fechamento biológico parcial; e oito casos tiveram ausência do fechamento biológico. Onze casos apresentam fechamento biológico completo do principal forame apical. O Fechamento biológico foi parcial em 3 casos, e um caso não apresentou fechamento biológico. Em todos os casos que tiveram o preenchimento com o selante Sealapex, tanto neste grupo experimental quanto em outro, a reação inflamatória foi restrita à área do selante. Os macrófagos foram o elemento celular mais observado.

Unellet al.(1999) analisaram quatro possíveis indicadores de cárie: 1.Número relativo de dentes cariados e obturados determinados clinicamente; 2.Número relativo de dentes cariados determinados clinicamente; 3.Dor de dente referida subjetivamente e 4. Dentes sensíveis referidos subjetivamente. A amostra total do estudo foi composta por 6.343 pessoas. O modelo em geral foi significativo. Dentre os fatores sociais, ser nascido fora da Suécia teve 14% menos lesões e/ou obturações. Os homens tiveram taxa 3% menor de CPO-D do que as mulheres. Não houve diferença no status ocupacional, mas houve diferença na educação, onde aqueles com nível superior tiveram 6% menos danos em relação àqueles que tinham



apenas o ensino fundamental. Nenhuma das variáveis de saúde teve relação com a variável dependente. O segundo modelo correspondeu somente aos dentes cariados. Os resultados do segundo modelo foram em alguns pontos diferentes do primeiro modelo. No segundo modelo, aqueles nascidos fora da Suécia tiveram quase 5% mais lesões do que o restante. Quanto ao sexo, os homens tiveram 3% mais lesões do que as mulheres. A variável de status ocupacional teve diferença no segundo modelo, especialmente os empresários com quase 6% a menos de lesões do que os outros trabalhadores. Quanto às variáveis relacionadas à saúde, aqueles com boa saúde tiveram quase 6% menos lesões. Os resultados de todo o questionário serviram de base para testar o terceiro modelo, sendo “ter tido ou não dor de dente no último ano” a variável dependente. Neste modelo, a variável residência mostrou-se significativa, aqueles que viviam em zona rural e/ou nascidos fora da Suécia tendo maior probabilidade de relatarem dor de dente. Não houve associação com status ocupacional ou jornada de trabalho, e a variável educação foi significativa, apenas para aqueles com nível superior. Quanto às variáveis de saúde, o ressecamento da boca com uso de produtos farmacêuticos e tabaco aumentou a probabilidade do relato de dor de dente. Dentre as variáveis relacionadas ao comportamento, aqueles satisfeitos com os cuidados odontológicos mostraram menor probabilidade de relatarem dor de dente, enquanto aqueles que relataram medo e grande utilização dos serviços estiveram associados positivamente. O quarto modelo também foi baseado no questionário, sendo o “relato de dentes sensíveis” a variável dependente. Essa variável foi fortemente associada à variável “relato de dor de dente” (OR = 3.1, IC 95%: 2.6 - 3.6,  $p < 0.0001$ ). Houve uma associação dos gêneros, sendo os homens menos propensos a relatarem “dentes sensíveis”. Quanto à variável de saúde, houve associação clara, principalmente com a variável de saúde geral, onde aqueles que afirmaram boa saúde só tinha metade da probabilidade de relatar dentes sensíveis em comparação para aqueles que não relataram ter uma boa saúde.

Bassols et al. (1999) caracterizaram a prevalência da dor na região da Catalônia na Espanha e distinguiram sua relação com as variáveis sócio demográficas e as incapacidades resultantes pelo sofrimento da dor. O estudo foi desenvolvido na Catalunia, Espanha. Foi obtida informação de 1.964 pessoas, das quais 50,3% eram mulheres. A faixa etária mais numerosa foi a de 31 – 50 anos. A

maioria dos participantes era da área urbana (80,7%), casados (66,9%), possuíam educação básica (42,1%), eram empregados (52,5%) e pertenciam à classe média (31,3%). Prevalência da dor e dados sociodemográficos: Dor em geral: Um total de 78,6% dos entrevistados relatou ter ou ter tido dor em um ou mais locais. Os homens tiveram dor menos frequentemente que as mulheres (OR: 0,4; IC 95%: 0,3 – 0,6). As pessoas que relataram ter dor tinham menor média de idade (42,7 +/- 17 anos) do que aqueles que não relataram dor (49,7 +/- 18 anos,  $p < 0,05$ ). Dor por local: Mais de 50% dos indivíduos relataram que o local mais comum de dor foram as costas (42 %). Apenas a dor de dente não produziu diferença significativa na prevalência da localização da dor segundo o gênero. Houve alta prevalência de dor em todos os locais entre aqueles com menor nível de escolaridade, com exceção da dor de dente e abdominal. As pessoas aposentadas relataram maior nível de dor nas pernas (OR: 1,5; IC 95%: 1,0 – 2,2), pescoço (OR: 1,5; IC 95%: 1,0 – 2,3), peito (OR: 2,0; IC: 1,1 – 3,6) e face (OR: 4,8; IC 95%: 2,0 – 11,7) do que as pessoas empregadas. Características da dor: Dor em geral: a etiologia mais frequente de dor, relatado pelos pacientes, foi a doença osteoarticular (26,2%). A maioria (66,3%) relatou que o primeiro episódio de dor ocorreu a mais de 3 anos. O tempo de duração da dor variou, durando mais comumente por de horas. A intensidade da dor foi variável alcançando taxas de muito severa a insuportável em 23% dos indivíduos. No geral, as mulheres e pessoas mais velhas relataram maior intensidade de dor ( $p < 0,001$ ). Dor por local: os locais mais problemáticos para dor foram as costas, seguido da cabeça, abdome e pernas. Os mais jovens reclamaram de dor na cabeça, abdome e dente, enquanto a dor em extremidades afetou os mais velhos. Dor de dente foi a única dor localizada mais significativamente comum em homens, e encontrada com mais frequência entre os homens jovens. Incapacidades associadas à dor: A atividade onde houve menos limitações devido à dor foi às relações familiares (7,8% seriamente afetado), por outro lado as atividades mais afetadas foram às habilidades para continuar a trabalhar, estudar e desenvolver atividades domésticas (39,8%), atividades laborais (36,2%), estado de bem estar emocional (35,7%) e padrões de sono (34,1%). Um terço daqueles que expressaram dor necessitaram de repouso, e na maioria dos casos por menos de uma semana. A dor foi responsável por 10,2% do afastamento dos indivíduos empregados.

Shepherd, Nadanovsky e Sheiham (1999) avaliaram a prevalência,

gravidade e impacto da dor de dente em escolares de 8 anos de idade. Foi realizado um estudo transversal, nas escolas no bairro londrino de Harrow, na Inglaterra, no verão de 1995. Da amostra 664 de crianças, 589 foram entrevistadas (88,7%). 47% das crianças eram do sexo feminino e 53% do sexo masculino. A composição étnica foi de brancos 51,3%, 36,3% asiáticos, 9,7% negros, 2,4% oriental e 0,3% do oriente médio. A frequência de dor de dente anterior foi de 47,5% (IC 95%, 44-52) e a dor dentária provocou choro em 17,7% (IC 95%, 15-21) das crianças. 7,6% (IC 95%, 5-11) das crianças tiveram dor nas 4 semanas anteriores (45), entre estas 45 crianças, esta dor recente resultou em uma visita ao dentista em 41,9% (19), em parar de brincar em 26,7% (12), parar de comer em 73,3% (33), parar de dormir em 31,1% (14) e em ir para a escola em 11,1% (5). Setenta e sete crianças (27,5%) com dor de dente anterior foram incapazes de dizer ou não se a dor de dente tinha ocorrido nas quatro semanas anteriores. O restante dos resultados relaciona-se com as respostas fornecidas pelas 45 crianças que relataram dor nas 4 semanas anteriores, em relação à dor dental sofreram nas 4 semanas anteriores. 40% classificaram sua dor como muito grave, ou seja, em uma escala 0-5, eles avaliaram sua dor como 5. Bebidas ou alimentos frios e doces foram importantes desencadeantes da dor dental. A ocorrência e impacto da dor de dente em crianças de 8 anos de idade, foi alta em Harrow e teve consequências significativas para as crianças e seus encarregados de educação.

Khabbaz, Anastasiadis e Sykaras (2000) determinaram a presença ou ausência de endotoxinas nas camadas superficiais e profundas de lesões cáries em dentes sintomáticos e assintomáticos com polpas vitais; Dois espécimes de dentina cariada foram tomados em condições assépticas de dentes sintomáticos com pulpite irreversível (n=9) e os dentes assintomáticos com pulpite reversível (n=11). O primeiro espécime foi retirado de uma camada superficial de cárie e o segundo a partir de um mais profundo. A dentina era também coletada de dentes intactos, sem restauração e utilizado como um grupo de controle não cariada (n=4). Todos os dentes dos grupos 1 e 2 tiveram lesões de cárie interproximal profunda na coroa sem exposição da polpa dentária que foi avaliado clinicamente e radiograficamente (pelo menos 0.5 mm de dentina entre espaço pulpar e cárie visto na radiografia). Os resultados indicaram que as endotoxinas estavam presentes nas camadas superficiais e profundas de cárie de todos os dentes sintomáticos com

pulpite irreversível (0,15078 ng mL e DP= 0,12111, respectivamente), com significativamente quantidade maior na camada superficial ( $P < 0,01$ ) em comparação com a camada profunda. Endotoxinas foram encontradas superficiais e camada profunda da cárie de todos os dentes assintomáticos com pulpite reversível (0,12091ng mL e SD= 0,07163, respectivamente), com significativamente quantidade maior na camada superficial ( $P < 0,01$ ) em comparação com a camada profunda. Os resultados também demonstraram que um número significativamente maior nas concentrações ( $P < 0,005$ ) de endotoxinas estava presente na camada superficial da cariada sintomática em comparação com os dentes assintomática (0,15078 ng mL e SD=0,12091, Respectivamente). Do mesmo modo, de forma significativa quantidades maiores ( $P < 0,001$ ) de endotoxinas foram presentes na camada de cárie profunda sintomática em comparação com os dentes assintomática (0,12111 ng mL e SD=0,07163, respectivamente). Em nenhuma dentina foram detectadas endotoxinas. Em conclusão, este estudo mostra que: existem endotoxinas da cárie nos dentes vitais sintomáticos e assintomáticos. A quantidade de endotoxina é significativamente maior na camada superficial em comparação com a profunda da cárie dentina. Mais endotoxinas estão presentes em cárie de dentes dolorosos do que naquelas sem sintomas.

Unfer e Saliba (2000) avaliaram o conhecimento popular e as práticas cotidianas em saúde bucal dos usuários dos serviços públicos municipais de saúde de Santa Maria, RS. Foram entrevistas 389 pessoas, com idades variando de 15 a 79 anos. Verificou-se que as faixas etárias predominantes estavam situadas de 21 até 30 anos (33,4%) e de 31 a 40 anos (25,4%), sendo a maioria do sexo feminino (80,2%). Quanto ao grau de escolaridade, 64,5% não tem o primeiro grau do ensino fundamental completo e apenas 7,7% completaram o segundo grau. Em relação a renda mensal familiar, houve predomínio da faixa salarial entre 1 e 3 salários mínimos (31,9%), enquanto 15,9% situaram-se na faixa salarial de até 1 salário mínimo. Quanto às percepções da própria saúde bucal, os problemas dentários foram mencionados por 64,5% dos entrevistados, os problemas não específicos da área odontológica por 45,7% e os problemas periodontais por 19,7. No que diz respeito à percepção da própria saúde bucal, 45,7% consideraram regular, enquanto 30% consideraram boas. Em relação à cárie dentária, 66% dos indivíduos responderam que tinham cárie, enquanto 29,8% mencionaram não ter a doença.

65,8% dos entrevistados consideraram que a cárie dentária poderia ser evitada por meio de autocuidado, já para 36,5% o dentista tem um papel significativo nesse processo. Quando questionados sobre o uso de flúor, 69,4% responderam que não, enquanto 13,8% declararam fazê-lo através do creme dental e 7,9% em soluções para bochecho e 1% na água de beber. 61,6% afirmaram que o flúor serve para proteger os dentes e 20,5% não souberam responder para que sirva o flúor. A busca pela saúde e o controle das doenças bucais são atribuídos à responsabilidade individual de realizar a higiene bucal e procurar tratamento dentário. A presença e os benefícios do flúor no creme dental e na água de beber não foram reconhecidos pela população estudada.

Vargas, Macek e Marcus (2000) apresentaram a distribuição da prevalência da dor de dente entre adultos dos Estados Unidos segundo o status socioeconômico e caracterizaram aqueles que enfrentaram a dor de dente sem os benefícios de um serviço odontológico profissional. Os dados do estudo foram provenientes do Inquérito Nacional de Saúde de 1989. A amostra do estudo ficou constituída por 33.073 adultos brancos não hispânicos; negros não hispânicos e hispânicos. Os edêntulos foram excluídos da análise, porque se consideraram neste estudo apenas as dores de origem dentária. No geral, 13,6% (IC 95%: 13,1 – 14,0) dos adultos relataram dor de dente nos últimos 6 meses. A porcentagem de pessoas com idade entre 20-64 anos que relataram dor de dente (14,5%; IC 95%: 14,0-15,0) foi duas vezes maior do que entre aqueles com idade maior ou igual a 65 anos (7,0%; IC 95%: 6,1-7,9). Os adultos jovens com baixo nível de escolaridade, aqueles vivendo abaixo do nível da pobreza, e aqueles que não têm seguro odontológico foram mais propensos a relatarem dor de dente dos últimos 6 meses. Em ambas as faixas etárias, aqueles que visitaram o dentista no último ano foram mais propensos a relatarem dor de dente nos últimos 6 meses; o relato de dor de dente também foi maior entre os negros não-hispânicos do que entre os brancos não-hispânicos. Foi observado no modelo multivariado que as pessoas com idade entre 20-64 anos e com baixo nível socioeconômico foram mais propensas a relatarem dor de dente. 29,8% dos adultos da faixa etária entre 20-64 anos (IC 95%: 28,1-31,4) que relataram dor de dente, não realizaram uma visita ao dentista no último ano. Dentre os adultos jovens que relataram dor de dente nos últimos 6 meses, aqueles mais propensos a relatar que não realizaram uma visita ao dentista no último ano foram

os homens (OR 1,4; IC 95%: 1,1 - 1,7), pessoas com menos de 12 anos de escolaridade (OR 2,9; IC 95%: 2,2 - 3,7), pessoas sem seguro odontológico (OR 1,7; IC 95%: 1,4 - 2,1), assim como os negros não-hispânicos (OR 1,4; IC 95%: 1,1 - 1,8). No grupo etário de 65 anos ou mais, 25,6% (IC 95%: 20,2 - 31,0) dos que relataram dor de dente nos últimos 6 meses não realizaram uma visita ao dentista no último ano.

Nagle et al. (2000) determinaram os efeitos da penicilina no combate à dor em tratamento de dentes diagnosticados com pulpíte irreversível. Participaram deste estudo quarenta pacientes que se apresentaram ao setor de emergência para realizar tratamento. Cada paciente incluso no estudo tinha um dente com diagnóstico clínico de pulpíte irreversível e apresentou dor espontânea a moderada associada ao dente. As diferenças entre os grupos quanto à diferença da intensidade da soma da dor (SPID), diferenças de intensidade na soma da dor à percussão (SPPID), e quantidade de medicamentos tomados para a dor, foram avaliadas por meio do teste de Mann-Whitney-Wilcoxon. Não houve diferença estatística do SPID entre o grupo da penicilina e do placebo ( $p = 0,776$ ). 100% dos indivíduos apresentaram dor moderada à severa. Para ambos os grupos, a avaliação da dor diminuiu em 1 dia e depois permaneceu estável durante o período de observação de 7 dias. O SPPID não foi estatisticamente significativo ( $p = 0,290$ ). Para ambos os grupos, a média de dor à percussão diminuiu no primeiro dia e depois permaneceu estável durante o período de observação de 7 dias. Não houve diferença significativa no número médio total de comprimidos de ibuprofeno ( $p = 0,839$ ) e comprimidos de paracetamol com codeína ( $p = 0,325$ ), tomados durante o período de observação de 7 dias entre os grupos de placebo e penicilina. No sétimo dia, para início do tratamento endodôntico, em 75% (15 de 20) dos dentes do grupo da penicilina os acessos eram vitais, enquanto que em 80% (16 de 20) no grupo do placebo eram vitais. Nenhum dos dentes foi exposto clinicamente. Ou seja, em todos os dentes foi necessário realizar a remoção de dentina coronal com uma broca de alta velocidade para atingir a câmara pulpar.

Macfarlane et al. (2001) determinaram se há excesso de mortalidade em grupos de pessoas que reportaram dores generalizadas no corpo, e se existente tentaram estabelecer a natureza e a extensão de qualquer excesso. Dos 6.569 participantes, 1005 (15%) tiveram dor generalizada, 3176 (48%) dor regional, e 2388

(36%) não tiveram dor. Pessoas com dor generalizada (idade média 55 anos, 66% mulheres) eram mais velhas e com maior probabilidade de ser do sexo feminino do que aqueles com dor regional (idade média 49 anos, 59% mulheres) e sem nenhuma dor (idade média 42 anos; 54% de mulheres). A maioria das mortes no estudo de coorte foi devido a doenças cardiovasculares (40%), câncer (31%), ou doenças respiratórias (16%) e 11% devido a outras doenças. Durante o acompanhamento de mortalidade foi maior em pessoas com dor regional (taxa de mortalidade 1,21, 95% intervalo de confiança 1,01-1,44) e dor generalizada (1,31, 1,05-1,65) do que em aqueles que não relataram dor. O excesso de mortalidade entre as pessoas com dor regional e generalizada foi quase inteiramente relacionado com as mortes por câncer 1,55 (1,09-2,19) para dor regional e 2,07 (1,37-3,13) para dor generalizada. Os três tipos de câncer fatal mais comum no estudo, que responderam por mais da metade do total, foram câncer de pulmão, câncer do trato gastrointestinal (superior e inferior), e câncer de mama. A mortalidade por câncer permaneceu após a exclusão de pessoas nas quais o câncer tinha sido diagnosticado antes do inquérito original e após o ajuste para possíveis fatores de confusão. Também houve mais mortes por outras causas de doença (por exemplo, acidentes, suicídio, violência) entre as pessoas com dor generalizada (5,21, 0,94-28,78). Existe uma associação intrigante entre o relato de dor generalizada e posterior morte por câncer em médio e longo prazo. Isto pode ter implicações para o acompanhamento a longo prazo de pacientes com sintomas de dor generalizada "inexplicáveis", como as pessoas com fibromialgia.

Raphael, Widom e Lange (2001) determinaram se a vitimização na infância aumenta o risco de queixas de dor em adultos, usando informações prospectivas de casos documentados de abuso infantil e negligência. Estudo prospectivo de coorte, onde na primeira fase da pesquisa, um grande grupo de crianças que foram abusadas e/ou negligenciadas entre 1967 e 1971 foi acompanhado através de um exame oficial de antecedentes criminais, juvenil e adulto, comparado com um grupo controle pareado das crianças. A segunda fase da pesquisa envolveu o rastreamento, localização e entrevista dos indivíduos e controles (cerca de 20 anos depois). Aproximadamente metade da amostra era do sexo feminino (48,7%) e cerca de dois terços era branco (62,9%). A média de idade da amostra no momento da entrevista foi de 28,7 (DP= 3.84). Não houve diferenças

entre o grupo abusadas e/ou negligenciadas e o grupo controle em termos de gênero, raça ou idade. A maior nota média de escolaridade foi de 11,47 (DP= 2.19), embora o grupo abusado e/ou negligenciada tenha significativamente ( $P < 0.001$ ) menos escolaridade (média= 10.99, SD= 1.99) do que o grupo controle (média= 12.09, SD= 2.29). No acompanhamento, dois terços do grupo controle tinha completado o ensino médio, enquanto que menos da metade (48%) do grupo abusadas e negligenciadas tinham completado o ensino médio. Apenas 34% da amostra experimentaram uma ou mais 'inexplicáveis' sintomas dor. As chances de relatar um ou mais sintomas inexplicáveis de dor não foi significativamente associado a qualquer experiência de vitimização na infância (odds ratio OR 1.20; IC 95%; 0,92-1,57,  $P < 0.10$ ), abuso sexual (OR 1.39; IC 95%; 0,85-2,26,  $P < 0.10$ ), abuso físico (OR 1.23; IC 95%; 0,74-2,05,  $P < 0.10$ ) ou negligência (OR 1.20; IC 95%; 0,89-1,61,  $P < 0.10$ ). Entre aqueles com nenhum abuso infantil ou negligência, a relação esperada entre depressão e sintomas inexplicáveis de dor foi encontrado ( $F(2;494) = 25.85$ ,  $P < 0.001$ ). Entre aqueles que experimentam outras formas de abuso de crianças (ou seja, sexual e/ou negligência, mas não o abuso físico) foi encontrada relação entre uma maior depressão e os sintomas inexplicável de dor ( $F(1,498) = 37.27$ ,  $P < 0.001$ ). Em seguida, para determinar se existiu relação entre sintomas de vitimização na infância e dor no adulto e se diferiu entre indivíduos com diferentes características demográficas, foi testado uma interação entre cada um dos três tipos de vitimização (abuso sexual, abuso físico, e negligência). Esta análise exploratória resultou em 12 testes para cada uma das 5 medidas de dor, que conduziram a um total de 60 testes. Baseado na retrospectiva de auto relato de vitimização na infância, foi encontrado uma relação significativa entre a vitimização na infância e queixas de dor no adulto. Estes resultados persistiram após a correção de Bonferroni para comparações múltiplas. Depois de controlar fatores demográficos (idade, sexo, raça e o estado de bem-estar) as análises de regressão logística também revelaram que o relato de vitimização na infância foi significativamente associado ao relato de um ou mais sintomas inexplicáveis de dor. As chances de um ou mais sintomas inexplicáveis de dor foi significativamente associado a qualquer vitimização autorelatada na infância (OR 1.98; IC 95%; 1,50-2,62,  $P < 0.0001$ ), abuso sexual (OR 2.20; IC 95%; 1,54-3,15,  $P < 0.0001$ ), abuso físico (OR 2.07; IC 95%; 1,55-2,77,  $P < 0.0001$ ) e negligência (OR 2.38; IC 95%; 1.70-3.32,  $P < 0.0001$ ). Em conclusão, os resultados não suportam a hipótese de uma associação entre



vitimização na infância e sintomas de dor na idade adulta, porém os resultados indicam que esta relação é mais complexa do que se pensava anteriormente.

Crimmins e Saito (2001) examinaram a expectativa de vida saudável de acordo com gênero, raça e educação em diferentes subgrupos nos Estados Unidos em três datas: 1970, 1980 e 1990. Olhando para as diferenças de 1979-1989, homens brancos com um ensino fundamental têm taxas de mortalidade que foram de cerca de 125 a 200% mais elevadas do que aqueles com alguma faculdade, dependendo da idade. Para as mulheres brancas as diferenças educacionais foram, geralmente, menores nos adultos mais jovens e maiores nos adultos mais velhos. As diferenças entre os grupos de ensino diminuíram nos sujeitos acima dos 54 anos e aumentaram abaixo dessa idade. Em homens e mulheres afro-americanos com menos de 64 anos de idade, o diferencial entre aqueles com uma educação escolar básica e aqueles com ensino superior foi maior do que qualquer uma observada para os brancos, quase 300%. Os diferenciais de saúde: para todos os grupos sexo-raça da população houve diferenças de deficiência pela educação e essas diferenças foram maiores nos jovens adultos. Em 1990, homens brancos, de 30-35 anos, com educação primária (básico) tiveram níveis de deficiência quase 3 vezes (270) maiores do que de homens com alguma faculdade. Mulheres afro-americanas, de 30-34 anos de idade, que têm apenas uma educação primária básica, foram quatro vezes mais propensas a ter alguma deficiência do que as pessoas com maior nível de educação. Em geral, os diferenciais de deficiência aumentaram entre 1970 e 1990 em todas as idades, entre os brancos de ambos os sexos e os homens afro-americanos. Em idades acima de 50 anos, as taxas relativas nas três datas foram muito semelhantes. Conclui-se que as diferenças socioeconômicas na expectativa de vida saudável nos Estados Unidos são grandes e em crescimento.

Dailey e Martin (2001) investigaram a adequação da prescrição de antibióticos para pacientes que procuram o tratamento odontológico de emergência. Um total de 1.069 pacientes foi atendido nas clínicas odontológicas de emergência durante o período do estudo. Foram 522 homens (52%) e 489 mulheres (48%), dos quais 895 (89%) eram adultos e 116 (11%) eram crianças (idade abaixo de 18 anos). Um total de 91 (9%) pacientes foi classificado pelos dentistas como casos não emergenciais: perda de coroas/pontes e solicitação de novas dentaduras. A maioria

dos pacientes 887 (adultos: 788 / 895, 88%; crianças: 99/116, 85%) apresentaram-se na clínica com queixa de dor. A emissão de uma prescrição foi o único tratamento que 495 (49%) dos adultos e 77 (62%) das crianças receberam. Uma maior proporção de adultos (86/895, 10%), do que de crianças (5/116, 4%) receberam tratamento cirúrgico juntamente com a prescrição de antibióticos. O motivo da dor foi atribuído ao abscesso dentoalveolar e pulpíte em quase todos os pacientes da criança (94/99, 95%), três quartos dessas crianças receberam prescrição de antibiótico (76/99, 76%). O mesmo diagnóstico foi atribuído a mais de metade dos pacientes adultos com dor (464/788, 59%), destes, quase a metade recebeu a prescrição de um antibiótico (355/788, 45%). Tanto para adultos quanto para crianças o antibiótico mais frequentemente prescrito foi a amoxicilina (422/509, 72%). Apenas aos pacientes adultos foi prescrita a combinação de metronidazol e amoxicilina (78 pacientes, 13,3%).

Honkalal et al. (2001) avaliaram a tendência da dor de dente percebida entre os adolescentes finlandeses entre 1977 e 1997. Os dados do estudo foram coletados de um Programa de Pesquisa Nacional, denominado Inquérito de Saúde e Estilo de vida de adolescentes, que iniciou em 1977. Foi aplicado questionário com adolescentes com idade de 12, 14, 16 e 18 anos. As questões referentes à dor de dente foram repetidas nos anos de 1977, 1985, 1991, 1995 e 1997; a pergunta feita foi: “Você teve dor de dente durante os últimos 2 anos?” (sim/não). Os dados incluindo todos os anos foram compostos por 29.043 adolescentes. Um terço dos adolescentes (de 25% a 31%) já teve dor de dente durante os últimos dois anos entre 1977 e 1995. A prevalência de dor de dente foi de 31% (1977), 25% (1985), 28% (1991), e 37% (1997). A prevalência de dor de dente em todos os grupos etários no ano de 1997 foi significativamente maior do que em qualquer outro ano (OR = 1,4; IC 95%: 1,29 – 1,56). Nos dados combinados ao longo dos anos, a experiência de dor de dente aumentou consistentemente de acordo com a idade: 25% (12 anos de idade); 31% (14 anos de idade); 32% (16 anos de idade), e 34% (18 anos de idade). O fator de risco para dor de dente mais significativo de todos os dados foram: ser de 18 anos, escovar os dentes menos de uma vez ao dia, e o ano de coleta de dados de 1997. O local de residência pareceu estar associado com a experiência de dor de dente no ano de 1997, houve mais crianças com experiência de dor nos centros das cidades (45%) do que na área suburbana (36%) ou nos

centros rurais (39%) e nas áreas rurais (35%). O status socioeconômico dos chefes de família foi associado com a experiência da dor de dente. Em 1977, as crianças com alto nível socioeconômico tiveram menos dor de dente (28%) e aqueles com menor nível socioeconômico tiveram muito mais dor de dente (49%) do que os outros grupos. Em todos os anos, aqueles adolescentes do ensino médio (16 – 18 anos) tiveram dor de dente com menos frequência (variância 20-41%) do que aqueles em outra escolaridade (27-43%) e aqueles que não estavam na escola (30-47%). As crianças faltosas (16-18 anos) e aquelas com baixo desempenho escolar (12 – 14 anos) tiveram a experiência de dor de dente significativamente mais vezes do que os outros estudantes. Quando os fatores de fundo foram incluídos na análise multivariada em cada um dos anos separadamente, os fatores mais consistentes no modelo foram: escovar os dentes menos de uma vez ao dia (em todos os anos), aumento da idade (1977, 1991, 1995, 1997), sexo feminino (1991, 1995, 1997) e baixo nível socioeconômico (1985, 1997).

Cunha, Pugliesi e Vieira (2001) estimaram a prevalência de trauma dental em pacientes de 0–3 anos de idade. Foram coletados os dados de 1.654 pacientes atendidos na clínica pediátrica da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, no período de janeiro de 1996 a outubro de 2000. De um total de 654 pacientes, 270 (16,3%) sofreram algum tipo de lesão traumática. Desses, 47 sofreram duas lesões traumáticas e sete sofreram três lesões, totalizando 331 lesões traumáticas. Quanto ao sexo, 169 pacientes (62,6%) eram do sexo masculino e 101 (37,4%) do sexo feminino. Os traumas foram mais frequentes entre as idades de 13 e 18 meses (24,1%). As quedas foram as causas mais comuns de lesões. Quanto ao tempo decorrido entre o momento do trauma e a procura por cuidados, a média foi de 3 – 15 dias em 22,7% dos casos. O grupo de dentes mais afetados foram o incisivo superior (94,8%), sendo o incisivo central o mais frequentemente afetado (86%). Dos 331 traumas registrados, 162 (48,9%) envolveram tecidos moles, associados ou não com o envolvimento do dente; em 49 casos, houve apenas a lesão do tecido mole.

Macfarlane, MacBeth e Silman (2002) determinaram a prevalência de dor orofacial na população e nos subgrupos populacionais do Reino Unido e descreveram as deficiências associadas com sintomas e com o comportamento na procura de tratamentos associados com a dor orofacial. Dos 2.504 que responderam

ao questionário, 646 pessoas, 26% (IC 95%; 24%-28%) relataram algum tipo de dor orofacial. A prevalência foi maior nas mulheres (30%) do que nos homens (21%) e em ambos os sexos a prevalência mais alta (30%) foi encontrada na faixa etária de 18-25 anos e a menor (22%) na faixa etária de 56-65 anos. A maior prevalência de dor foi dentro ou ao redor dos olhos (12%, IC de 95% 11%-13%), seguido do entorno das têmporas (10%, IC 95% 9%-11%). A prevalência mais baixa (1%, IC 95% 0,8%, 2%) foi para sensação de queimação prolongada na língua ou em outras partes da boca. De todos os participantes, 6% relataram dor em frente das orelhas e 6% dor nas articulações da mandíbula. A maioria dos participantes (53%) tinha apenas um sintoma dor, 27% relataram dois sintomas e 12% relataram três sintomas. A maioria (62%) relataram que sua dor começou a mais de 3 meses. Um terço dos participantes sentiam dor no momento da conclusão do questionário e 47% tinham dor mais do que uma vez por semana. Cerca de 37% dos entrevistados afirmaram que geralmente ignoram a dor, enquanto 17% tiveram que se afastar do trabalho ou não foram capazes de realizar as atividades normais por causa da dor. Apenas 6% acharam que um trauma físico foi responsável pela sua dor apesar de 41% acreditarem que um evento foi responsável por sua dor. O estresse ou tensão foi o evento mais comumente citado (26%), seguido pelo frio, infecção ou sinusite (16%) e acidentes de viação (9%). Apenas 46% dos participantes com dor orofacial tinham procurado aconselhamento profissional de um dentista ou médico clínico geral. Quando as características da dor e o comportamento na procura de tratamento foram comparados entre os diferentes níveis da deficiência, houve um aumento significativo no nível de dor e um aumento na duração da dor de 3 meses ou mais. Houve também um aumento na proporção de pessoas que procuram tratamento e tomam medicação. A dor orofacial é um sintoma comum experimentado por um quarto da população adulta, dos quais apenas 46% procuram tratamento. A prevalência é maior em mulheres e nas faixas etárias mais jovens. A carga de sintomas é sentida tanto na comunidade como nos serviços médicos e odontológicos, pois só 46% das pessoas que autorrelatam a dor orofacial procuram tratamento.

Donkin, Goldblatt e Lynch (2002) analisaram as tendências da expectativa de vida por classes sociais, com base no Estudo Longitudinal ONS (LS) de 1972-1999. O LS foi um estudo de uma amostra representativa de cerca de 1% da

população da Inglaterra e do País de Gales, que liga os dados de censos a partir de 1971 com registros de nascimento e de óbito e outros eventos de vida. Cerca de 800.000 pessoas foram incluídas no estudo, cerca de 550.000 foram incluídas em qualquer ponto do tempo. Os resultados indicaram que a proporção de mortes não relacionadas a uma classe social aumentou ainda mais rapidamente quando atribuída a classe social. Entre as mulheres, 54% das mortes em 1972-1976 não foram alocadas em uma classe social quando esta foi atribuída depois de 1971, subiu para 79% por cento em 1992-1996, quando a classe social foi anexada. Entre os homens, 14% das mortes não foram alocados a uma classe social em 1972-1976 com base em informações 1971, subindo para 55 em 1992-1996, quando com base em 1991 informações. Estes aumentos naqueles que não estão alocados em uma classe social são em grande parte devido ao envelhecimento populacional. O impacto da morte é aumentado ao longo do tempo, devido ao aumento da idade da morte. A idade média no momento da morte para as mulheres, em 1971, foi de 72,5 anos. Este número aumentou para 75 em 1981, para 77,1 em 1991 e em 2000 tinha atingido 78,7 com a idade mais comum de morte sendo 86 anos. A média de idade da morte para os homens também aumentou, embora, atualmente é apenas 72,5 anos. O problema na atribuição de classe social e de ocupação é significativamente pior para as mulheres. No Censo de 1991, a questão da ocupação não exigia uma resposta para alguém que não trabalhou nos últimos dez anos o que causou um número mais reduzido. Enquanto que em 1972-1976, 54% das mortes de mulheres foram não classificadas, em 1992-1996 apenas 17% por cento das mortes de mulheres foram categorizadas com base na classe social atribuída. Para os homens, 14% das mortes foram não classificados em 1972-1976, em comparação com apenas 5% em 1992-1996. Isso reflete, principalmente, o fato de que a maioria daqueles que ainda estão vivos após o longo acompanhamento teriam tido suas classes sociais de origem atribuída em idades de trabalho ou na infância. Para ambos os sexos, os cálculos de expectativa de vida, para algumas das classes sociais, tiveram de ser omitidos na faixa etária de 85 e mais anos, devido à falta de mortes atribuída a uma classe social na década de 90. Para homens e mulheres, a estimativa de expectativa de vida para a amostra mostra-se como um conjunto aumentado quanto menor o tamanho do seguimento. Isso quer dizer que as estimativas de expectativa de vida em 1992-1976 e 1997-1999 foram superiores em comparação a amostra identificada em 1991 e menores para a amostra identificada

em 1971. Comparações em 1980 indicam uma relação semelhante entre as amostras de 1981 e 1971. A expectativa de vida imediatamente após a atribuição de classe social no censo parece ser reforçada, especialmente para Classe Social V. Isto foi acompanhado por uma redução ou um aumento muito modesto na expectativa de vida das pessoas não classificadas. Em particular, para o sexo masculino em 1992-1996, a expectativa de vida entre aqueles atribuídos a Classe Social V em ou depois de 1971 foi de 68,2 anos, enquanto entre aqueles atribuídos a esta classe em 1991, foi de 72,1anos. Os valores correspondentes aos não classificados foram de 71,3 e 68,2, respectivamente. Tendo em vista a diminuição do número de mortes para os não classificados com o tempo de acompanhamento para as coortes de 1971, 1981 e 1991 essas tendências podem ser devido a efeitos de seleção. As evidências encontradas mostram que as desigualdades sociais em saúde medidas usando a expectativa de vida por classe social no LS, persistiram desde 1977. Elas são evidentes se a classe social foi atribuída em 1971 ou mais recentemente. A desigualdade, medida através de desvio médio tem aumentado para os homens desde 1977. Houve um padrão menos consistente para as mulheres.

Milsom, Tikle e Blinkhorn (2002) analisaram a relação entre dor de dentes (e as suas sequelas) e a extensão do tratamento restaurativo entre as crianças que frequentam regularmente um dentista geral. Uma análise retrospectiva do caso clínico observou 677 crianças com cárie pacientes de 50 dentistas gerais. Quase metade das crianças no estudo (48%) foi registrada como tendo pelo menos um episódio de dor. Não houve significativa associação entre a proporção de dentes cariados e restaurados em cada uma das três variáveis dependentes. Cada criança teve, em média, 4,6 dentes afetados por cárie (S.D = 2,64). Mais da metade das crianças (55,4%, N = 375) tinha todos seus molares decíduos cariados e restaurados em algum momento, enquanto isso 85,8% (n = 581) teve 50% dos seus molares decíduos cariados e restaurados. Apenas 41 crianças (6,1%) não receberam cuidados restauradores a qualquer momento por seus dentes molares primários. Um pouco mais de metade das crianças (52,1%, N = 353) não tinha registro de dor dental. Uma distribuição semelhante foi encontrada no padrão de extração do dente molar primário por causa de dor ou sepse, com pouco mais de metade das crianças (56,7%, N = 384) não requerendo extração por causa dor ou sépsis. O padrão de

prescrição de antibióticos mostra que dois terços das crianças (66,3%, N = 449) não tinha registro de receber um tratamento com antibióticos. Quando a dor gravada foi considerada como variável dependente, só a experiência total de cárie foi um preditor significativo ( $p < 0,01$ , odds ratio 1.1). Para cada dente afetado pela cárie, as probabilidades de experimentar dor aumentaram 1,1 vezes. O mesmo ocorreu quando um molar primário extraído devido à dor ou sepse foi usado como variável dependente ( $p < 0,01$ , odds ratio 1,16). A análise de regressão mostrou novamente que a experiência total de cárie, ( $p < 0,01$ , odds ratio 1,23) e também de gênero ( $p < 0,05$ , odds ratio 0,69) foram preditores significativos de que crianças têm mais necessidades de antibióticos. Os meninos eram mais propensos a serem prescritos antibióticos após o controle das demais variáveis independentes. Para as crianças que frequentam regularmente seu dentista geral e que têm cárie em seus molares decíduos, a dor dental foi um achado comum. Experiência total de cárie nos molares primários é o principal indicador de dor, extração, devido à dor e a necessidade de antibióticos, enquanto que o nível de cuidado reparador na dentição decídua é menos importante. A fim de reduzir a incidência da dor de dente em crianças pequenas, métodos eficazes de prevenção da cárie nos níveis de saúde individuais e públicas precisam ser expandidos.

Yee e Sheiham (2002) analisaram se os países em desenvolvimento têm dinheiro suficiente na saúde para o tratamento de doenças em geral e em especial, na cárie dentária em sua população infantil. Foi utilizada a avaliação dos custos do tratamento futuro de cárie pela abordagem convencional já existente. Foi realizada a análise de bancos de dados da OMS de dados odontológicos e cálculos de planilha de custos baseados em projeções populacionais, a prevalência e as tendências nos padrões de cárie. A média dos níveis de cárie (CPOD) em crianças de 12 anos de idade, para as 45 nações de baixa renda é 1,9, para países de média e de alta renda o CPOD é de 3,3 e 2,1 respectivamente. Com base na CPOD de crianças de 12 anos, a OMS fornece uma escala para categorizar a gravidade da cárie: um CPOD entre 0,0 e 1,1 é considerado muito baixo, de 2,8 a 4,4 é moderada, e de 6,6 ou mais é considerada alta. Informações e análises epidemiológicas revelam que a gravidade da cárie é baixa para a dentição permanente de crianças de países do Terceiro Mundo (média de 12 anos CPOD = 1,9) e as necessidades normativas de tratamento para a cárie é alta tanto para permanente (percentagem por cárie

dentária não tratada > 87%) e dentição decídua (por cento de cárie dentária não tratada > 94 %). Embora os níveis de cárie sejam baixos e a maior parte da doença ocorre na oclusal e nas superfícies bucais/lingual, mais de 90% de cárie dentária permanece sem tratamento em países do Terceiro Mundo. Cálculos revelaram que para restaurar a dentição permanente da população infantil de nações de baixa renda, utilizando amálgama odontológica restauradora tradicional teria um custo entre U\$1618 e U\$3513 a cada 1.000 crianças com idade entre 6 a 18 anos. Isso excede os recursos disponíveis para o fornecimento de um pacote essencial de saúde pública para os filhos de 15 a 29 países de baixa renda. Milhões de crianças em países de baixa renda morrem anualmente de doenças e condições, que são evitáveis através de medidas como uma melhor nutrição, água potável e imunização. Para prever uma estratégia integrada para oferecer um pacote mínimo de serviços de cuidados de saúde, custaria aos governos dos países em desenvolvimento U\$ 7,00 por criança. Embora o nível de cárie dentária em nações de baixa renda seja classificado como baixa, exigindo principalmente restaurações de superfície única, cerca de 90% da cárie não é tratada, tanto na dentição decídua ou permanente. Tratar a cárie com o método tradicional de odontologia restauradora está além das capacidades financeiras da maioria dos países de baixa renda, como três quartos destes países nem sequer têm recursos suficientes para financiar um elemento essencial: o pacote de serviços de cuidados de saúde para os seus filhos. Isso requer recursos financeiros além das capacidades de baixa nação de renda. Mesmo que a cárie tenha uma prioridade baixa em relação a outras doenças da infância, a cárie não tratada custará mais para ser tratada no futuro.

Mcbeth, Macfarlane e Silman (2002) examinaram a hipótese de que a dor crônica generalizada aumenta o risco de estresse psicológico, após o ajuste para os efeitos de possíveis fatores de confusão. Dos 1.715 indivíduos que participaram 637 (43%) relataram nenhuma dor, com um número quase idêntico relatando “outra dor” dor (n = 631, 43%), enquanto 214 indivíduos (14%) relataram dor crônica generalizada. Indivíduos com dor crônica generalizada no início do estudo eram muito mais propensos a serem angustiados do que pelo acompanhamento (OR  $\frac{1}{4}$  4:0, 95% CI (2.5,6.3)). Dor crônica generalizada foi ainda associada a futura angústia embora a relação foi ligeiramente atenuada (odds ratio, OR  $\frac{1}{4}$  3:0, 95% CI (1.8,5.1)). Para examinar a principal hipótese, a análise final foi realizada ajustando



essa associação para essas características de com-morbidades avaliadas no início do estudo seguinte. A esses ajustes a dor crônica generalizada não foi mais significativamente associada com o sofrimento futuro (OR  $\frac{1}{4}$  1:5, 95% CI (0.8,2.9)). Surpreendentemente, esta análise revelou que ambos os grupos “outra dor” e dor crônica generalizada não foram significativamente associados com futuro sofrimento. Esta análise indicou que a associação entre o estado de dor no início do estudo com futuro sofrimento eram explicadas pelas características co-mórbidas, em vez da dor por si própria. A Dor crônica generalizada foi associada com o aumento dos níveis de estresse psicológico. No entanto, esta associação foi explicada por outras comorbidades, que são conhecidas por ser associadas com tal dor. A Dor crônica generalizada em si não pode prever o futuro sofrimento psíquico. Os achados, podem explicar por que, alguns indivíduos com dor, vão consultar os sintomas, enquanto outros não.

Duncan et al. (2003) descreveram os padrões de mudança na dor de dente auto referida e examinaram o impacto da dor de dente na utilização dos serviços odontológicos e vice-versa. Os dados foram coletados do Estudo de Cuidados Odontológicos da Flórida (ECOF), um estudo longitudinal de saúde bucal e de utilização dos serviços odontológicos conduzido no norte da Flórida. A amostra também se limitou a pessoas com 45 anos ou mais e que tinham pelo menos um dente. Durante os 24 meses do estudo, 764 indivíduos permaneceram na pesquisa. A dor de dente é um problema de saúde bucal comumente encontrado na amostra do estudo. Os indivíduos que visitam o dentista regularmente foram significativamente menos propensos a relatarem dor de dente tanto no início do estudo quanto no decorrer do estudo. Educação e situação financeira foram associadas com a dor de dente, aqueles com condições financeiras inferiores e menor escolaridade tiveram maior prevalência de dor de dente no início do estudo e maior incidência durante os 24 meses, e um maior número de intervalos com dor de dente. Os jovens foram mais propensos a terem dor de dente do que os mais velhos. Os americanos de descendência africana foram mais propensos do que os brancos a relatarem incidência de dor de dente e mais intervalos de dor de dente. A associação bivariada entre as mudanças na dor de dente e a auto avaliação de doenças orais e tecidos lesados, mostrou que os indivíduos que relataram qualquer forma de doença oral ou tecidos lesados foram mais propensos a relatarem co-

ocorrência de dor de dente durante o período. Para avaliar em que medida a dor de dente fornecia motivação para procura de tratamento odontológico, foi examinado o padrão de utilização do serviço entre 529 pessoas-intervalo. Na maioria dos intervalos (56,5%) do que sofreram de dor de dente procuraram cuidados odontológicos. A diferença na proporção de procura por cuidados nos intervalos entre aqueles com e sem dor de dente foi estatisticamente significativa (qui-quadrado: 11,4;  $p < 0,001$ ). O tratamento odontológico apareceu facilitar a recuperação da dor de dente. Isso é significativamente maior (qui-quadrado = 17,4;  $df = 1$ ,  $P < 0,001$ .) do que a probabilidade de recuperação em seis meses (0,39) observado para aqueles que não visitaram um dentista. O tratamento mais comumente recebido pelos indivíduos com dor de dente foi a extração de dente (52%), seguido pelo tratamento de canal (16%), restaurações (8%) e limpeza (6%). A relação bivariada entre as medidas clínicas das doenças orais e lesões de tecidos e a média de intervalos com dor de dente mostrou que aqueles com dentes cariados tiveram uma relação positiva com a dor de dente, e foram mais propensos a terem dor de dente no período de 24 meses de estudo. Quanto ao modelo de risco, três fatores sociais foram preditores significantes da dor de dente: idade, educação e situação de pobreza. Os indivíduos mais velhos, com menor nível de escolaridade, e vivendo abaixo do limiar da pobreza foram mais propensos a terem dor de dente. Além disso, três aspectos de doença bucal e lesão de tecidos aumentaram a probabilidade de desenvolver dor de dente, os quais são: obturações quebradas, cavidade, e feridas nas gengivas.

Plavinski, Plavinski e Klimov (2003) determinaram a associação entre fatores sociais e o aumento da mortalidade na Rússia na década de 1990. No total, 1000 homens com idades entre 40-49 e 1000 com idade 50-59 foram selecionados aleatoriamente para a seleção. Os dois grupos selecionados assemelhavam mutuamente em termos de idade, local de residência, estrutura, fatores de risco comportamentais e indicadores biológicos. O número de pessoas com educação menor que o ensino médio diminuiu porque a segunda coorte incluiu apenas aqueles que nasceram após a revolução bolchevique, quando o ensino médio tornou-se obrigatório. O risco relativo no segundo grupo em comparação com o primeiro foi de 0,92 (95% intervalo de confiança 0,67-1,24). Não houve aumento registrado na mortalidade em homens com diplomas universitários. A mortalidade entre os homens com apenas o ensino médio foi a mesma em ambas as coortes para os

primeiros seis anos de seguimento, mas no final do acompanhamento foi significativamente mais elevada na segunda coorte (1,32; 1,02 a 1,71). As maiores diferenças foram encontradas entre participantes com o menor nível de educação, em que o risco relativo foi de 1,75 (1,44-2,12). O aumento nas taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares e câncer foram maiores entre os homens com a menor educação (1,99; 1,49-2,63 e 1,78; 1,20-2,58, respectivamente). Não houve aumento significativo na taxa de mortes acidentais/violentas. Os participantes foram divididos em dois grupos: aqueles que bebiam mais de 150g de álcool durante a semana antes de triagem e aqueles que beberam menos. Em ambos os grupos a mortalidade aumentou na década de 1990. Este aumento foi mais pronunciado do que o aumento da mortalidade associadas com o aumento do consumo de álcool dentro de cada grupo. Entre os homens com menor educação, a mortalidade aumentou 60-80% em comparação com o aumento de 8-22% associada ao aumento do consumo de álcool. Os homens russos nos menores grupos socioeconômicos foram mais afetados pelo aumento acentuado nas taxas de mortalidade na década de 1990.

Mackenbach et al. (2003) analisaram as tendências recentes de desigualdades socioeconômicas na mortalidade em uma gama de países Europeus. Foram coletados dados sobre a mortalidade por nível de escolaridade e classe ocupacional entre homens e mulheres de estudos longitudinais nacionais na Finlândia, Suécia, Noruega, Dinamarca, Inglaterra/País de Gales e da Itália (Turim). Os dados foram analisados para os homens na faixa etária de 30-59 anos. A mortalidade diminuiu em todos os países e em todos os grupos socioeconômicos, sendo as únicas exceções homens dinamarqueses com baixo nível de educação, nos quais a mortalidade aumentou ligeiramente, e baixo nível educacional das mulheres norueguesas e dinamarquesas, entre as quais a mortalidade manteve-se estável. Na maioria dos países, a mortalidade por doenças cardiovasculares declinou proporcionalmente mais rápido nos grupos socioeconômicos superiores, a exceção é a Itália onde ocorreu o inverso. Em todos os países, com exceção da Itália, as mudanças na mortalidade por doença cardiovascular contribuíram com cerca de metade da diferença relativa na ampliação da mortalidade total. Outras causas também tiveram contribuições importantes para a ampliação na mortalidade total. Em uma análise de mudanças na mortalidade de outros três grandes grupos

de causa de morte (neoplasias, outras doenças, lesões) foi encontrado que o RR por classe ocupacional entre os homens no primeiro semestre dos anos 1980 e na primeira metade da década de 1990 aumentou para neoplasias na Suécia, Inglaterra/País de Gales e a Itália, para todos as outras doenças na Finlândia e na Suécia; e por lesões na Finlândia e Itália. Em vários casos, essas desigualdades ampliadas para outras causas de morte, ocorreram devido ao aumento das taxas de mortalidade em grupos socioeconômicos menores. Foi encontrado aumento das taxas de mortalidade por câncer de pulmão, câncer de mama, doenças respiratórias, doenças gastrointestinais e lesões entre homens e/ou mulheres de menores grupos socioeconômicos em vários países. Para o câncer de pulmão, taxas de mortalidade têm aumentado em todos os quatro Países (Finlândia, Noruega, Dinamarca e Itália) com aumentos mais fortes entre as mulheres com baixos níveis de educação na Finlândia, Noruega, e Dinamarca. As mulheres com baixos níveis de educação, têm também aumento das taxas de mortalidade por câncer de mama (Finlândia), doenças gastrointestinais (Finlândia e Dinamarca), doenças respiratórias (Noruega e Dinamarca) e lesões (Finlândia). A Itália é novamente a exceção, principalmente com a diminuição das taxas de mortalidade entre mulheres com baixos níveis de educação. Em conclusão, a redução das desigualdades socioeconômicas na mortalidade na Europa Ocidental criticamente depende de acelerar as quedas de mortalidade por doenças cardiovasculares em grupos socioeconômicos mais baixos e a neutralização do aumento de mortalidade de vários outras causas em grupos socioeconômicos mais baixos.

Estrela et al. (2004) avaliaram a influência do hipoclorito de sódio a 2,5%, clorexidina a 2% e vinagre, utilizados como medicamentos intracanaís, no potencial antimicrobiano de pasta de hidróxido de sódio em dentes de cães com periodontite apical. Quarenta e oito raízes de dentes pré-molares de cães adultos foram utilizadas neste estudo. Após anestesia geral, os dentes foram submetidos à abertura de cora e pulpectomia. Os canais radiculares permaneceram abertos e expostos ao ambiente oral por 6 meses para induzir lesão periapical. Os dentes foram submetidos a diferentes modalidades de tratamento. Formaram-se grupos experimentais, com 10 raízes cada um; e um grupo controle com 8 raízes os quais não receberem tratamento. Os canais radiculares foram preparados e tratados com diferentes soluções e medicamentos, segundo os seguintes grupos: 1) hipoclorito de

sódio a 2,5% + pasta de hidróxido de cálcio (PHC); 2) clorexidina a 2% + PHC; 3) vinagre + PHC; 4) vinagre + vinagre, os quais eram renovados a cada 7 dias. Cada amostra foi recolhida usando dois pontos de papel, os quais foram transportados e imersos em 7ml de substância Lethen, e em seguida foram colocados em incubação a 37° durante 48h. O crescimento microbiano foi analisado por dois métodos: turvação do meio de cultura e subcultura em substância nutriente específica. Dentro de 21 dias, todos os grupos experimentais tinham crescimento microbiano em diferentes porcentagens, apesar do uso de soluções irrigantes e medicamentos intracanaís. No grupo controle positivo, os microorganismos permaneceram viáveis durante o período experimental. O grupo controle negativo mostrou que o meio de cultura foi esterilizado.

Chung et al. (2004) investigaram a prevalência dos sintomas de dor orofacial em uma amostra estratificada da população idosa coreana e avaliaram o impacto sobre a vida diária e atividade social usando a escala graduada de dor crônica (GDC). Foi utilizada uma amostra de 4.342 idosos de um grupo de pesquisa coreano (Korean National Interview Survey of Oral Health Status) em 2000. Os indivíduos incluídos foram 447 homens (43,3%) e 585 mulheres (56,7%). As idades variaram 55-85 anos, com uma média de idade de 66,2 anos. 433 (42,0%) indivíduos relataram um ou mais dos cinco sintomas de dor orofaciais. A prevalência de dor na população de mais de 55 anos variou de 26,8% para dor de dente a 9,3% para a dor facial. As dores orais dolorosas foram mais prevalentes no sexo feminino ( $P=0.046$ ), mas não foram diferentes entre os grupos etários ( $P=0.613$ ). Sintomas de queimação na boca também foram mais prevalentes no sexo feminino ( $P=0.001$ ), mas não diferiram entre os grupos etários ( $P=0.791$ ). Houve a mesma prevalência (26,8%) para dor de dente no grupo masculino e feminino, mas a prevalência de dor de dente foi menor no grupo de 75 ou mais anos ( $P=0.030$ ). Não houve diferenças significativas na prevalência de dor nas articulações e dor facial com sexo ou idade. O odds ratio de ambas as feridas orais dolorosas ( $OR=1,33$ , 95%  $CI=1.01-1.78$ ) Sintomas de queimação na boca ( $OR=1.88$ , 95%  $CI=1.29-2.74$ ) foram maiores para as mulheres do que para homens. Nenhum outro OR foi estatisticamente significativo. Entre a população com sintomas orofaciais, os indivíduos que vivem na área rural relataram uma intensidade de dor significativamente maior do que os indivíduos que vivem em uma área urbana ( $P=0.022$ ). Para o número de dias de

incapacidade, o grupo de 55-64 anos relatou o menor número de dias de incapacidade, como resultado dos sintomas de dor, mas não foi muito significativa ( $P=0.051$ ). As porcentagens de pacientes que relataram uma deficiência alta (Grau III e IV) foram 45,8% dos pacientes de dor nas articulações, 48,9% dos pacientes com dor facial, 34,8% dos pacientes com dor de dente, 34,1% dos pacientes com dor oral e 47,2% dos pacientes com ardência bucal. Os OR foram estatisticamente significativos para dor nas articulações (OR=2.4, 95% CI=1.44-3.87), sintomas de queimação na boca (OR=2.2, 95% CI=1.36-3.60) e dor de dente (OR=1.9, 95% CI=1.16-3.19), mas não para a dor facial ou ferida bucal. Não houve diferenças entre os grupos de idade na intensidade da dor, mas o grupo etário mais velho relatou um maior número de dias de incapacidade por causa de sua dor.

Hurt, Ronsmans e Saha (2004) examinaram os gradientes socioeconômicos da mortalidade em mulheres adultas e seus maridos em Bangladesh, com especial atenção para os efeitos independentes da situação educacional de cada cônjuge. Havia 14 803 mulheres na amostra, com uma idade média de 46,5 anos. Os 14 803 homens eram, em média, 11 anos mais velhos do que suas esposas (idade média de 57,3 anos). A maioria das mulheres não tinha recebido nenhuma educação (19%), participaram de Escolaridade corânica (59%) e apenas 22% tinham recebido educação formal. A mortalidade foi menor em mulheres com educação formal ou do Corão em comparação com aquelas com nenhuma educação (proporção ajustada para a educação formal = 0,68, IC 95%; 0,53-0,86, proporção ajustada taxa para corânica escolaridade = 0,82, IC 95%, 0,66-1,00). Após o ajuste para a sua própria educação, o nível de educação ou ocupação do marido não teve um efeito independente sobre a sobrevivência de uma mulher. A mortalidade foi maior em mulheres que ficaram viúvas durante o período de estudo, e menor em mulheres que tiveram uma alta porcentagem de seus filhos sobreviventes quando eles entraram no grupo. Os homens que tinham educação formal tiveram menor mortalidade do que aqueles sem qualquer tipo de educação (taxa ajustada ratio = 0,84, IC 95%; 0,75-0,93), mas os homens cujas esposas tinham sido educadas tiveram uma sobrevida adicional, vantagem independente de sua própria educação e ocupação (proporção ajustada = 0,76, IC 95%; 0,67-0,87). Homens com deficiência, embora poucos tiveram taxas de mortalidade extremamente elevadas. A mortalidade em ambos os sexos também foi associada

significativamente com o estado civil e o percentual de sobrevivência dos filhos e nos homens foi associada com a ocupação, a religião e a área de residência. Este estudo destaca as dificuldades em compreender os caminhos para a sobrevivência e da necessidade de mais investigações sobre a natureza dos gradientes sociais e econômicos na mortalidade adulta nos países pobres. Os resultados mostram, no entanto, que a educação é um importante preditor de mortalidade.

Lacerda et al. (2004) avaliaram a prevalência de dor de origem dental como motivo principal da última consulta odontológica entre trabalhadores e verificaram a existência de associação com condições socioeconômicas, características laborais e de acesso aos serviços odontológicos. Realizou-se um estudo transversal com 860 funcionários de uma cooperativa localizada em Maravilha, no Estado de Santa Catarina, Brasil. Dentre os funcionários da empresa, foram examinados e entrevistados 754 (87,7%) trabalhadores. Do total de entrevistados, 458 (60,7%) eram do sexo masculino e 296 (39,7%) do sexo feminino. A idade dos trabalhadores variou entre 18 e 58 anos com 201 (26,7%) indivíduos na faixa etária de 18 a 24 anos, 179 (23,7%) entre 25 a 29 anos, 166 (22,0%) entre 30 e 34 anos e 208 (27,6%) trabalhadores entre 35 e 58 anos de idade. A prevalência de dor de origem dental foi de 18,7% (IC 95%[15,9-20,1]), O índice CPO-D médio foi igual 20,2 dentes (IC 95%[19,7-20,7]), com 54% representados pelo componente perdido por cárie, 42% representados pelo componente restaurado por cárie e o valor médio encontrado foi igual a 8,5 (IC 95%[8,09-8,91]) dentes restaurados. O componente cariado foi responsável por 3,9% do índice COP-D e seu valor médio igual a 0,7 dentes atacados por cárie. Foram associados independentes para a presença de dor de origem dental a escolaridade menor ou igual a oito anos de estudo (OR=1,9[1,1-3,1], a perda por cárie de 4 a 15 dentes (OR=2,6[1,4-4,9]) e de 16 a 32 dentes (OR=2,5[1,1-5,8]) e não ter frequentado o serviço odontológico da empresa (OR=2,8[1,6-5,1]). A dor de origem dental reflete a gravidade da cárie dentária, expressa pelo componente perdido do CPO-D e o não uso de serviços odontológicos da empresa. Esses fatores são determinados pelas condições sociais, representadas pela escolaridade. E indicam que a dor, além de interferir na qualidade de vida das pessoas, é influenciada pelas condições sociais e de acesso a serviços odontológicos.

Jacinto et al. (2005) quantificaram a concentração de endotoxinas em

canais radiculares necrosados e investigaram a possível relação entre a concentração de endotoxinas e sinais e sintomas endodônticos. Cinquenta pacientes que procuraram a escola de odontologia de Piracicaba, São Paulo, necessitando de tratamento endodôntico foram incluídos nesta pesquisa, contando que eles apresentassem necrose de tecido pulpar e apresentassem evidência radiográfica de periodontite apical. Houve um número maior de u.f.c nos casos sintomáticos quando comparados aos assintomáticos. Houve uma maior gama de concentração de endotoxina para os casos assintomáticos, no entanto, nos casos sintomáticos houve um aumento significativo na concentração de endotoxina. Os box-plots mostraram uma associação negativa entre a concentração de endotoxina e a ocorrência de casos assintomáticos. Houve associação positiva entre concentração de endotoxinas e os seguintes sinais e sintomas: dor espontânea, sensibilidade à percussão, dor à palpação, edema e exsudato purulento. Este estudo demonstrou que a endotoxina está presente em altas concentrações em canais radiculares de dentes infectados com sintomas endodônticos, e que há uma correlação positiva entre a concentração de endotoxina no canal radicular com a presença de sinais e sintomas endodônticos.

Sakai et al. (2005) avaliaram o perfil do tratamento de urgência de crianças de 0 a 15 anos, atendidas no Setor de Urgência Odontológica (SUO) da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo e determinaram a prevalência e necessidades dessa população, assim como o tratamento realizado no período de 2 anos. A população do estudo foi composta por 1.166 crianças, representando 19,37% de todos os pacientes atendidos no SUO no período estudado. Quanto ao sexo, 586 (50,25%) eram meninos e 580 (49,74%) eram meninas. A maioria das crianças era da faixa etária de 7-12 anos (42,97%). O sintoma mais frequentemente relatado foi dor (57,29%). Os traumas foram responsáveis por 17,06% dos registros das visitas de urgência, ocorrendo com maior frequência nas crianças de 0-3 anos (34,42%) e do sexo masculino (57,62%). Os incisivos, central e lateral tanto da dentição permanente quanto da primária foram os dentes com maior prevalência de eventos traumáticos. Fratura coronal e luxação foram os traumas diagnosticados em maior frequência (56,34% e 23,68%, respectivamente). Os dentes mais frequentemente implicados em fratura coronal foram os incisivos centrais superiores direito e esquerdo (38,28% e 36,72%,



respectivamente), a luxação ocorreu nos dentes permanentes direito e esquerdo (24,66% e 20,55%) respectivamente e incisivos centrais superiores primários (17,81% e 19,18%, respectivamente). Os principais tratamentos realizados foram restauração temporária (33,33%) para fratura coronal, e orientação (24,44%) para luxação. Os eventos não traumáticos foram responsáveis por 82,92% dos atendimentos de urgência. O diagnóstico de cárie foi o evento não traumático mais comum (61,75%). O tratamento mais frequente da cárie sem abscesso foi abertura coronal e curativo (40,95%). Os exames mais realizados foram os clínicos (99,23%), e radiográficos (53,60%). Encaminhamentos foram dados para 35,51% dos pacientes, sendo 39,62% encaminhados para Odontologia Pediátrica.

Ratnayake e Ekanayake (2005) determinaram a prevalência e o impacto de dor oral em crianças de 8 anos de idade no Sri Lanka e seus pais. A análise foi limitada aos dados de 576 crianças e seus pais. O questionário foi composto de duas partes: Parte A para a criança, e parte B, para seus pais. 52% (n=300) da amostra consistiram em meninos. A maioria das crianças eram cingalêses (73%), enquanto 15% (n=84) e 12% (n=72) foram Tâmeis e Mouros, respectivamente. 14% (n=79) dos pais tinham recebido a educação primária, enquanto 47% (n=261) tinham passado no Certificado Geral de Educação (nível avançado) ou em um exame maior. A renda familiar de 60% (n=304) das crianças foi inferior a 6000 rúpias. A prevalência de dor oral, conforme relatado pelas crianças e pais, foram 49% (n=278) e 53% (n=301), respectivamente. Quase 25% (n=139) das crianças informaram que tinham experimentado dor na boca durante os últimos 2 meses, enquanto que 31% (n =178) dos pais relataram que seu filho tinha experimentado dor oral, durante o mesmo período. A maioria das crianças tinha experimentado três ou mais episódios de dor (41%). Cerca de 45% (n = 61) afirmou que a dor era intensa. Em 48% (n = 66) das crianças, a dor tinha sido acionada ao morder e 39% (n = 54) afirmou que a dor se desenvolveu espontaneamente. Quando as causas da dor a 'cavidade / cárie dentária "foi citada como a principal causa em 67% (n=91) das crianças. No entanto, apenas 21% (n=27) foram levadas para tratamento odontológico por seus pais, enquanto 12% tinham tomado analgésicos. Uma percentagem elevada (44%) afirmou que seus pais não fizeram nada para diminuir sua dor. Das 139 crianças que tiveram dor oral nos últimos 2 meses, 74% (n=103) tiveram um ou mais impactos como resultado da dor. "Dificuldade em comer" foi o mais comumente relatado

(58%). 40% (n=55), disse que a dor impediu-os de brincar e 22% (n = 30) não puderam comparecer escola. Dos 178 pais que relataram que suas criança tinha experimentado dor oral nos últimos dois meses, 66% (n = 118) relataram que tinha um impacto sobre eles. O impacto mais citados era 'sofrimento mental e foi relatada em 52% (n=92) do pais. Os padrões de sono foram perturbados para 39% (n=69) dos pais e 31% tiveram que usar o tempo do trabalho para (n=56). A origem étnica da criança foi significativamente associada com a experiência da dor oral, em que 38% (n=32) das crianças Tamil tinha experimentado dor em comparação com 21% (n=85) das crianças cingaleses. Tanto o nível de escolaridade e renda dos pais foram significativamente associados com o relato de dor pelas crianças. Os filhos de pais com níveis mais elevados de escolaridade e renda eram menos propensos a sentir dor oral. Houve um aumento concomitante na percentagem de crianças que tinham experimentado dor oral nos últimos dois meses, com o aumento da experiência de cárie ( $P < 0,001$ ). Os resultados do presente estudo indicam que a prevalência de dor oral foi elevada entre as crianças, e teve um impacto considerável na qualidade de vida dos filhos e de seus pais.

Keenan et al. (2005) forneceram evidências confiáveis, através de uma revisão da literatura, sobre a eficácia da prescrição de antibióticos sistêmicos para pulpite irreversível, comparando resultados clínicos expressos como alívio da dor. Foram selecionados apenas os ensaios clínicos randomizados e os estudos que recrutaram pacientes acima de 18 anos de idade que apresentavam um único dente com diagnóstico clínico de pulpite irreversível. O desfecho primário foram os pacientes que relataram dor (intensidade / duração), e as medidas de alívio da dor em uma escala categórica. O desfecho secundário foi o tipo, dose e frequência das medicações necessárias para o alívio da dor. As seguintes bases de dados foram pesquisadas: Oral Health Group's Trials Register em 6 de setembro de 2004; Pain, Palliative Care and Supportive (PaPaS) Care Group's Trials Register em 6 de setembro de 2004; The Cochrane Central Register of Controlled Trials, Issue 3, 2004; MEDLINE 1966, 6 de setembro de 2004; and EMBASE 1980, Week 36, 2004 (pesquisados em 6 de setembro de 2004). Os resumos dos estudos identificados pelas buscas foram avaliados de forma independente por dois revisores. Os estudos que não corresponderam ao critério de inclusão foram eliminados de revisões futuras. Apenas um estudo (NAGLE et al., 2000), correspondeu aos critérios de

inclusão. O estudo de Nagle et al. (2000), foi um estudo randomizado duplo cego, com 40 pacientes que se apresentaram no serviço de emergência para tratamento odontológico. Desfecho primário: Houve uma distribuição paralela da dor no grupo de intervenção e no grupo do placebo, durante os 7 dias de estudo. Desfecho secundário: Quanto ao uso do ibuprofeno e acetaminofeno, não houve diferença significativa não houve diferença na ingestão de comprimidos entre os grupos. A administração de penicilina no lugar do placebo não reduziu significativamente a quantidade de medicamento analgésico consumido ( $P > 0,05$ ) para pulpite irreversível.

Alexandre et al. (2006) estimaram a prevalência da dor de dente que impedisse a realização de tarefas habituais e testaram sua associação com fatores socioeconômicos, transtornos mentais comuns, número de dentes perdidos e padrão de visita ao dentista. Realizou-se um estudo transversal com os dados obtidos da Fase I (1999) do Estudo Pró-Saúde. A população final do estudo foi composta por 4.030 indivíduos adultos, 56% eram mulheres e 44% homens, com média de idade de 40 anos, sendo que 60% dos participantes pertenciam ao grupo etário de 35 a 50 anos. 58% eram casados, 20% solteiros e 18% separados, divorciados ou viúvos. 22% concluíram o 1º grau, 35% o 2º, 40% possuíam o 3º grau completo e/ou pós-graduação. 52% da população se auto classificaram como brancos, 15% como pretos e 29% como pardos. A renda familiar per capita média foi de R\$751,00, variando de R\$77,00 a R\$6.500,00. A prevalência da dor de dente que impediu a realização de tarefas habituais, nas duas semanas que antecederam o preenchimento do questionário, foi de 2,9% (IC95%: 2,5-3,6). A prevalência nos diversos estratos da população variou de 0,4% nas pessoas com renda acima de seis salários mínimos a 13,3% naquelas que relataram nunca ter ido ao dentista. Na análise multivariada, somente a idade não influenciou a chance de ter dor de dente. Menor renda, não visitar o dentista para uma revisão de rotina (OR = 2,5; IC95%: 1,8-17,3), ter perdido muitos dentes (OR = 3,4; IC95%: 1,5-7,8), sofrer transtornos mentais comuns (OR = 1,7; IC95%: 1,2-2,6) e ser do sexo masculino (OR = 1,6; IC95%: 1,1-2,4) aumentaram a chance de ter tido dor de dente. Neste estudo, observou-se associação entre dor de dente e transtornos mentais comuns, indivíduos mais deprimidos e ansiosos podem tolerar menos uma dor de dente ou apresentar uma maior sensibilidade à dor de uma forma geral. As análises

mostraram que a chance de relatar dor de dente foi maior entre os homens, pois a maior parte dos homens só procura atendimento odontológico quando já possui algum tipo de problema. Os indivíduos que possuem escolaridade alta e maior renda procuram os serviços preventivos de saúde com mais frequência, possuem melhor alimentação, mais autocuidado preventivo de uma forma geral e menos doença bucal em relação aos que possuem baixa escolaridade e menor renda.

Ferreira et al. (2006) investigaram a dor e a perda dentária e as representações sociais do cuidado à saúde bucal. O estudo foi realizado na cidade de Natal (RN), no bairro de Cidade da Esperança, sendo considerada uma das regiões mais pobres da cidade. Participaram 30 indivíduos de ambos os sexos, com idade entre 18 e 72 anos. O cuidado com a saúde bucal foi realizado com indivíduos que apresentaram uma ampla variação na idade (18 a 72 anos), 26,7% eram do sexo masculino e 73,3% do sexo feminino. Os sujeitos estudados apresentaram uma condição social e econômica preocupante, pois, quanto à ocupação, a maior parte dos homens (37,5%) estavam desempregados e 54,5% das mulheres são donas de casa. Se por um lado a experiência de dor indica o acesso restrito aos serviços odontológicos, por outro a Perda Dentária denuncia a existência de uma prática mutiladora imposta pelos serviços de saúde pública para solucionar a dor. Nesta categoria está presente ainda a prótese dentária, cujo desejo tem a sua possibilidade limitada pelas condições econômicas do sujeito. O estudo aponta para a necessidade de estudos de natureza qualitativa com levantamentos epidemiológicos, uma vez que aproxima a odontologia dos problemas vivenciados pela comunidade, para definição de metas que atendam à população em relação ao cuidado com a boca em vez da habitual intervenção normativa do profissional que determina a necessidade de tratamento baseado somente nos parâmetros da doença.

Al-Omiri, Al-Wahadni e Saeed (2006) buscaram conhecer as atitudes, conhecimento e comportamento na saúde bucal, entre crianças estudantes do Norte da Jordânia. A amostra incluiu 295 meninas (53%) e 262 meninos (47%). A população de estudo apresentou maior consciência em relação à cárie do que sobre as condições periodontais. Aproximadamente 70% da amostra apresentou consciência de que o sangramento gengival reflete gengivite, cerca de 40% da amostra sabiam que a escovação e o uso de fio dental ajudam na prevenção de

gingivite. Cerca de 75% dos indivíduos relataram ter dois ou menos dentes cariados. Aproximadamente 77% estavam cientes de que dentes cariados afetam a estética dental. A consciência da importância da escovação para a prevenção da cárie foi elevada (81%) entre a população de estudo. 33% da amostra realizavam visitas regulares ao dentista. 47% da amostra relatou que a dor de dente foi o principal fator de condução para visitas ao dentista. Crianças tiveram atitudes positivas em direção a seus dentistas; no entanto, eles indicaram que temiam tratamento odontológico. 54% das crianças do presente estudo reconheceram a importância de saúde oral para o bem-estar do resto do corpo. O papel dos pais nos cuidados oral diário foi mais relacionado a conselhos sobre a importância de escovar os dentes (59%). Apenas 26% dos entrevistados relataram terem sido aconselhados e assistidos pelos seus pais durante a escovação. Os pais não eram proativos no sentido de assegurar que os seus filhos recebessem atendimento odontológico regular. Conhecimentos e atitudes dos pais sobre a importância da saúde bucal e seus medos do tratamento dentário influenciaram o atendimento odontológico de seus filhos. A causa mais comum de não visitar o dentista regularmente ou razão para não gostar de visitar o dentista foi o medo (49%). A maior parte da população do estudo relatou que seu dentista prestou cuidados adequados (72%), explicou os procedimentos odontológicos (69%) e as instruções de prevenção (65%). Os resultados deste estudo indicam que as atitudes dos pais de crianças e em relação a saúde bucal e atendimento odontológico precisa ser melhorado.

Varoli e Pedrazzi (2006) apresentaram uma versão traduzida do McGill Pain Questionnaire para a língua Portuguesa falada no Brasil, adaptando os descritores de dor originais de acordo com a cultura brasileira, visando sua validação científica. Este estudo utilizou uma metodologia baseada na tradução com adaptação transcultural. Inicialmente o questionário original foi traduzido por três tradutores juramentados, fluentes em Inglês e Português falado no Brasil. Na fase de adaptação do questionário, as palavras foram ajustadas para o vocabulário Português habitual do Brasil e os valores de intensidade dos descritores da dor foram adaptados para a cultura brasileira. A graduação da intensidade da dor de cada descritor foi dada por uma escala numérica de 5 pontos (variando de 1-5). O questionário resultante foi então aplicado a 80 sujeitos (20 professores, 20 graduandos, 20 funcionários e 20 pacientes, todos ligados à Faculdade de

Odontologia de Ribeirão Preto - USP). Após adaptações visando um melhor entendimento dos descritores de dor, uma adaptação dos valores de intensidade de cada descritor de dor foi feita por 20 pós-graduandos e 20 graduandos em Odontologia, os quais foram solicitados a registrar a intensidade da dor para cada um dos descritores, com base em sua opinião. Dos 78 descritores de dor, 69 foi selecionada e posteriormente, inclusa na versão Portuguesa. A tradução dos 9 descritores restantes foram selecionadas consensualmente, levando em consideração as características do grupo a que pertencia. Dos 78 descritores de dor traduzidos, 65 eram coincidentes ou sinônimos do descritor original, os outros 13 foram adaptados. As palavras “pulsing” e “beating” possuem a mesma tradução para o português, portanto o número de descritores de dor foi reduzido para 77, ou seja, 1 a menos do original McGill Pain Questionnaire (MPQ). Alguns dos indivíduos que responderam ao questionário relataram não entender o significado de algumas palavras, as quais são: 1) “em pontada”, 2) “maçante”, 3) “pressão”, 4) “arrebataadora”, 5) “cauterizante”, 6) “boba”, 7) “raspante”, 8) “de rachar”, 9) “pavorosa”, 10) “extenuante”, 11) “de matar”, 12) “desprezível”, 13) “em agulhada”, 14) “tremenda”, 15) “agonizante” e 16) “terrível”. Essas palavras foram trocadas por sinônimos, mantendo as características do MPQ. A versão final foi respondida por 40 indivíduos, os quais não apresentaram dificuldade em preencher o questionário, assim como em entender o significado dos descritores de dor.

Pau, Croucher e Marcenes (2007) relataram a distribuição demográfica e sócio econômica da dor de dente através da análise de dados coletados na Pesquisa de Saúde Bucal dos adultos do Reino Unido em 1998 e caracterizaram entre aqueles que relataram dor de dente, os que responderam não utilizar serviços odontológicos prestados por um profissional e que percebiam a necessidade de um tratamento odontológico. Dos 4.942 indivíduos, 46,1% eram homens, a maior proporção de idade encontrada foram os de 25-34 anos (22,6%), os trabalhadores braçais corresponderam a 42,6% da amostra. 28% da amostra relataram ter tido dor na boca nos últimos 12 meses, sendo as mulheres significativamente mais propensas do que os homens a relatarem dor na boca (OR = 1,20. IC 95% = 1.06-1.36). Aqueles de faixa etária mais jovem foram mais propensos a relatarem dor de dente quando comparados ao grupo daqueles com 65 anos ou mais. A ocorrência de dor de dente também foi maior no grupo social dos trabalhadores braçais (OR =

1.17; IC 95% = 1.03-1.32). Entre os que relataram dor de dente, homens comparados às mulheres; o grupo etário de 16-24 anos e de 25-34 comparados aos de 65 anos e mais anos, e aqueles no grupo social dos trabalhadores braçais, foram significativamente mais propensos a relatarem que não tinham ido ao dentista nos últimos 12 meses. No que se refere à percepção de necessidade de tratamento, dentre os que sentiram dor de dente, os homens comparados às mulheres, os mais jovens comparados àqueles com 65 anos ou mais, e os de classe social dos trabalhadores braçais foram significativamente mais propensos a relatarem a necessidade de tratamento odontológico.

Bastos et al.(2007) realizaram um levantamento bibliográfico sobre os determinantes da odontalgia, colocando em debate teorias subjacentes e propor um modelo conceitual para estudo deste fenômeno. O levantamento foi conduzido nas bases de dados PUBMED e em seguida nas bases de dados LILACS e BIOMED CENTRAL, considerando-se o período de janeiro de 1966 a setembro de 2005. Nos 24 estudos encontrados, o delineamento adotado foi o transversal e a ocorrência de odontalgia foi estimada a partir das medidas de prevalência pontual (no momento de realização da entrevista) e prevalências para períodos, tais como para a vida inteira (no caso de pesquisas com crianças em idade escolar ou pré-escolar), para os últimos 24, 12 e 6 meses e para as últimas quatro semanas. As prevalências apresentaram uma grande variação, observando-se o menor valor de 5,0% no Reino Unido e o maior de 62,3% na Finlândia. Se aplicada a classificação de Miettinen aos trabalhos revisados, todos se enquadram na categoria de estudos descritivos. Tratando-se de interpretações causais, estes trabalhos carecem de um componente teórico evidente. Em sua maioria, procuram verificar o efeito controlado de variáveis sobre a ocorrência de dor dentária em nível individual, não explorando inter-relações e efeitos combinados de fatores de ordem macro e micro sobre o desfecho investigado. Atestam que a principal causa biológica da odontalgia é a cárie dentária, aferida através do número de dentes cariados não-tratados ou perdidos por cárie. Além desta, citam outros fenômenos produtores de dor, quais sejam as doenças periodontais e o trauma dentário. Adicionalmente, especulam maneiras pelas quais alguns fatores modificariam a ocorrência de odontalgia, dentre eles as condições socioeconômicas idade, fumo, acesso aos serviços odontológicos, frequência de escovações dentais diárias e sexo e/ou gênero. Os termos da busca

bibliográfica (estratégia 5) estiveram relacionados com cárie dentária, e continham discussões/elaboraões teóricas acerca da determinação deste desfecho (tido como a principal causa da dor dentária). De maneira geral, estes artigos também constataam a inexistência de formulações e debate acerca de teorias causais complexas para a determinação de morbidades bucais, em especial a cárie dentária.

Gomes e Abegg (2007) investigaram a prevalência do impacto bucal no desempenho diário em adultos brasileiros e avaliaram a associação do impacto odontológico no desempenho diário com as variáveis sócio demográficas e clínicas. Dos 276 indivíduos da amostra, 72,8% eram do sexo masculino. 54,3% declarou ter ensino fundamental incompleto, e a média de anos estudados foi de 7,34 (DP = 4,77). Em relação à renda pessoal, do total da amostra, 4,7% declararam receber até dois salários mínimos; 51,1%, até quatro salários mínimos; 39,9%, entre quatro e dez salários mínimos, e os demais recebem valor superior a dez salários mínimos. 73,6% dos examinados relataram pelo menos um desempenho, ou atividade diária, afetado por problemas odontológicos nos últimos seis meses. O desempenho diário mais afetado foi o físico comer e apreciar a comida (48,6%). Verificou-se que a maioria dos impactos odontológicos apresentava alta frequência (moda = 5) e alta severidade (moda = 5). Houve associação significativa entre os desempenhos diários afetados e as variáveis sócio demográficas, sendo sexo a variável que mais apresentou associação com os desempenhos físicos, psicológicos e sociais. Em relação às condições de saúde bucal, a amostra examinada apresentou CPOD médio de 16,45 (DP = 6,70), distribuídos em cariados (média = 1,61; DP = 2,43), perdidos (média = 7,85; DP = 6,20) e obturados (média = 6,99; DP = 6,10). Observou-se associação significativa entre o CPOD com desempenhos nas dimensões físicas, psicológicas e sociais.

Barbato et al. (2007) estimaram a prevalência de perdas dentárias em adultos de 35 a 44 anos de idade, investigando associações deste agravo com condições demográficas, socioeconômicas e com utilização de serviços odontológicos. Foram analisados os dados de 13.431 participantes do estudo epidemiológico nacional de saúde bucal (Projeto SB Brasil) realizado em 2002-2003. Observou-se que o maior número de participantes tem entre 4 e 8 dentes perdidos, representando aproximadamente 24% da amostra e o menor número de participantes tem entre 16 e 20 dentes perdidos (aproximadamente 10%). A



prevalência de edentulismo (perda dos 32 dentes) na faixa etária 35-44 anos atingiu 9%, resultado encontrado em 1.158 participantes do estudo. A média de dentes perdidos foi de 13,5. Moradores de zona rural apresentaram uma prevalência de perdas dentárias 15% maior que os moradores de regiões urbanas, enquanto os pretos e pardos apresentaram uma prevalência 14% maior que os brancos. As mulheres tiveram uma prevalência de perdas dentárias 1,4 vez maior que os homens. Indivíduos com 5 a 8 anos de estudo e aqueles com até 4 anos de estudo apresentaram maiores prevalências de perdas dentárias quando comparados àqueles com escolaridade igual ou superior a 9 anos (razão de prevalência – RP de 1,54 e 1,84 respectivamente). Os mais pobres, os usuários do serviço público e aqueles que consultaram dentista há mais tempo também apresentaram maior prevalência do agravo mesmo após o ajuste por variáveis socioeconômicas e demográficas. (RP de 1,65, 1,28 e 1,53 respectivamente). Após as análises multivariadas, apenas a diferença entre brancos, pretos e pardos perdeu a significância após o ajuste. Este estudo demonstra a necessidade de uma reorientação do serviço público odontológico, visando à prevenção de novas perdas dentárias na população adulta através de políticas públicas de saúde e prevenção voltadas especificamente para esta população.

Bastos, Gigante e Peres (2008) estimaram a prevalência e fatores associados a dor de dente entre adultos residentes em Pelotas, sul do Brasil. Um estudo de base populacional de corte transversal foi realizado em Pelotas, entre Outubro a Dezembro de 2005. De um total de 3.353 adultos elegíveis, 93,5% foram entrevistados. Entre os adultos entrevistados, 378 relataram perda de todos os dentes naturais a mais de seis meses antes da entrevista, seis perderam todos os dentes naturais a menos de 6 meses antes da entrevista e outros seis não souberam informar quando o edentulismo ocorreu. A idade média das pessoas da amostra foi 41,3 anos (IC 95% 40,5-42,1) e quase 13% estavam na faixa etária de  $\geq 60$  anos. Os homens foram responsáveis por 46% da amostra. Nenhum indivíduo foi classificado como Asiático e os participantes indígenas foram numericamente insignificantes (n=8); isso resultou em três grupos raciais: 84% brancos, 4% pardos e 12% negros. A renda mensal média da amostra foi de R \$ 1.692,04 (IC 95% 1.427,16-1.956,91) e 47% dos entrevistados relataram uma renda familiar  $<3$  salários mínimos. O número médio de anos de educação formal foi de 7,7 anos (IC 95% 7,2-

8,3) para a amostra como um todo e de 7,4 anos (95% CI 6,6-8,2) e 8,0 anos (95% CI 7,4-8,5) para homens e mulheres, respectivamente. Um quarto da amostra (27%) era composto por fumantes, 21% foram classificados como ex-fumantes e 15% foram classificados como alcoólatras. A prevalência dor de dente nos últimos seis meses foi de 17,7% (IC 95% 16,0-19,3). A menor prevalência foi observada entre indivíduos  $\geq 60$  anos de idade e a maior prevalência foi encontrada entre os fumantes. A prevalência foi maior em indivíduos mais jovens e que mulheres foram sistematicamente mais propensas a relatar dor de dente em todos os grupos etários, quando comparados com os homens. A análise bruta, revelou que a prevalência de dor de dente foi estatisticamente e inversamente associada com renda familiar, nível de escolaridade e idade. Prevalência de dor de dente significativamente maior foi observada entre as mulheres e pessoas negras. Problemas de tabagismo e álcool também foram associados a uma maior ocorrência do resultado. A análise multivariada confirmou todos os resultados da análise bivariada. Nenhuma das interações testadas (idade e sexo; cor e gênero; tabagismo e sexo) não foi estatisticamente significativa. A prevalência de dor de dente relatado no presente estudo não foi desprezível e deve-se iniciar a formulação de políticas preventivas e subsidiar o planejamento de serviços de saúde bucal locais.

Kramer et al. (2008) verificaram a prevalência de crianças em idade pré-escolar que já consultaram o cirurgião-dentista e a idade em que a primeira consulta odontológica foi realizada, em uma amostra representativa de pré-escolares do Município de Canela, Rio Grande do Sul, Brasil. Um total de 1.092 crianças participaram do estudo, sendo 551 (50,5%) meninos e 541 (49,5%) meninas. 13,3% (IC95%: 11,3-15,3) da amostra, já haviam realizado algum tipo de consulta odontológica. Observou-se que, à medida que aumentava a idade, aumentava a frequência de crianças que tinham consultado o cirurgião-dentista ( $\chi^2$  para tendência linear;  $p < 0,001$ ). Crianças entre 2 e 3 anos apresentaram quase três vezes mais chance de terem ido ao consultório odontológico do que as de 0 e 1 ano de idade (OR = 2,79; IC95%: 1,47-5,27). As de 4 e 5 anos apresentaram aproximadamente oito vezes mais chance do que as crianças menores de 2 anos (OR = 7,96; IC95%: 4,21-15,05). Crianças do sexo feminino apresentavam maior chance de terem ido ao cirurgião-dentista quando comparadas àquelas do sexo masculino (OR = 1,46; IC95%: 1,01-2,1).

Lahti et al. (2008) estudaram a prevalência da dor oral e fatores associados entre adolescentes do norte da Finlândia. Os dados do estudo foram coletados a partir do Estudo de Coorte dos nascidos em 1986 no Norte da Finlândia (ECNNF 1986). O número da amostra foi de 7.344 (taxa de resposta de 80%) entre os adolescentes, e de 6.985 (taxa de resposta 76%) entre os pais. A amostra foi constituída por 52% de meninas e 48% de meninos. 7,4% das meninas e 5,4% dos meninos relataram já terem tido dor oral, e a diferença foi significativa ( $p < 0,001$ ). A frequência de fumantes, consumidores de bebidas alcólicas e com hábitos alimentares não saudáveis foi de 19,8%, 2,4% e 22,6% respectivamente. Os adolescentes com hábitos alimentares não saudáveis, que consumiam bebidas alcólicas com frequência, vinham de uma família de baixa renda e tinham pouca atenção dos pais, relataram ter tido dores orais com mais frequência. A percepção de cavidades foi o melhor preditor de dor oral, mas não teve forte associação. As meninas e os usuários frequentes de bebidas alcólicas foram mais propensos a relatarem dor oral. A atenção dos pais modificou o efeito do fumo na dor oral, entre os fumantes, aqueles que relataram ter pouca atenção dos pais foram menos propensos a dor oral (OR 0,44; CI 95% 0,25-0,78).

Goes et al. (2008) avaliaram a prevalência e severidade dos impactos relacionados à dor de dente nas atividades diárias de adolescentes e suas famílias e se existiu diferenças na prevalência dos impactos, segundo o status socioeconômico. Um total de 1.052 adolescentes completaram as duas fases da coleta de dados e quanto ao questionário familiar de impacto odontológico autorreferido, 710 famílias (68%) retornaram o questionário preenchido. Registrou-se a prevalência e severidade da dor nos últimos 6 meses; para cada dor de dente é avaliado a intensidade, efeito da dor e local. Para avaliar a prevalência do impacto, foi desenvolvido por McGrath's um questionário sobre como a dor de dente afeta as funções da vida diária de adolescentes. Os pais dos adolescentes responderam um questionário onde 11 dimensões da vida diária foram avaliadas. Os impactos individuais mais frequentes em adolescentes foram: concentração na escola, atividades domésticas, de lazer e esportivas, leitura, realizar tarefa de casa e frequência escolar. As meninas tiveram maior impacto que os meninos ( $p < 0,02$ ), e houve significativamente maior nível de impacto na classe social baixa ( $p < 0,0001$ ). Os adolescentes com dor de dente severa relataram maior nível de impactos

comparados àqueles com dor de dente menos severa (OR: 6.5, 3.8-11.4, IC: 95%). Os adolescentes com dor de dente por mais de 2 dias tiveram maiores impactos comparados aos que tiveram dor de dente de menor duração (OR: 3.2, 1.9-5.3, IC: 95%). As dimensões mais afetadas na família foram atividade física e social. Estabilidade emocional foi a dimensão de atividade psicológica mais frequentemente afetada. Os pais relataram impactos em faltar ao trabalho por causa da dor dental de seus filhos. Além disso, a dor de dente afetou o orçamento familiar. O dinheiro gasto em aliviar a dor de dente dos filhos teve um considerável efeito sobre o orçamento da família. As famílias com baixo nível socioeconômico tiveram 1,6 (IC: 1,0-2,6;  $p < 0,038$ ) vezes mais chance de relatarem impacto da dor de dente do que as famílias de alto nível socioeconômico.

Estrela et al. (2008) estimaram um novo índice periapical baseado na tomografia computadorizada de feixe cônico para identificação de periodontite apical. Os tamanhos das imagens radiolúcidas sugestivas de lesões periapicais foram delimitadas e mensuradas usando as ferramentas de trabalho do software Planimp, em exames tomográficos em 3 dimensões: bucopalatal, mesiodistais, e diagonal. O índice periapical baseado na tomografia computadorizada de feixe cônico (IPTCFC) foi determinado pela maior extensão da lesão. Foi utilizado um sistema de pontuação de 6 pontos (0 -5). As imagens foram obtidas do Instituto Dental e Radiológico de Brasília, totalizando quatorze mil imagens (14.000) de 596 pacientes (241 homens e 355 mulheres). Todos os pacientes tinham um ou mais dentes com história de tratamento endodôntico. Alguns dos dentes apresentaram na radiografia periodontite apical. Os dentes envolvidos foram: molares inferiores (n=126); molares superiores (n=203), pré-molares inferiores (n=183), pré-molares superiores (n= 226), caninos inferiores (n= 11), caninos superiores (n= 99), incisivos inferiores (n=13) e maxilares incisivos (n=153). As radiografias periapicais foram tiradas com equipamento de raios- x Max S-1 (J. Morita Mfg Corp, Kyoto, Japão). Todos os filmes foram processados em um processador automático e desenvolvidos usando método padronizado. As imagens de TFCFC foram obtidas com o tomógrafo 3D Accuitomo XYZ Slice View. Três pesquisadores avaliaram as imagens utilizando os critérios do índice periapical baseado na tomografia computadorizada de feixe cônico. Os dados foram analisados estatisticamente pelo teste qui-quadrado para determinar as diferenças significantes entre os métodos de imagem para detecção

de periodontite apical (PA). Foi detectado periodontite apical em 39,5% da amostra. 60,9% dos casos foram identificados por radiografia periapical e TCFC, respectivamente ( $p < 0,01$ ). O índice periapical baseado na tomografia computadorizada de feixe cônico oferece método diagnóstico preciso para uso com alta resolução de imagens, o que pode reduzir a incidência de diagnóstico falso negativo, minimizarem a interferência do observador, e aumentar a confiabilidade dos estudos epidemiológicos, especialmente os que se referem à prevalência e severidade de periodontite apical.

Bastos, Gigante e Peres (2008) estimaram a prevalência de dor de dente nos últimos 6 meses e testaram sua associação com variáveis sociodemográficas e hábitos de saúde auto referidos em adultos de Pelotas, região Sul do Brasil. A população de estudo abrangeu indivíduos com idade maior ou igual a 20 anos de ambos os sexos, residentes na zona urbana da cidade. De 3.353 adultos elegíveis, 93,50% foram entrevistados. Dentre os 3.136 adultos entrevistados, 378 referiram perda de todos os dentes naturais em um período maior a 6 meses antecedentes à entrevista; 6 perderam todos os dentes naturais em um período inferior aos 6 meses antecedentes à pesquisa; outros 6 não souberam informar quando ocorreu o edentulismo. A média de idade da amostra foi de 41,3 anos (IC 95%: 40,5 – 42,1). O sexo masculino correspondeu a 46% da amostra. No que se refere à raça, 84% eram brancos, 4% pardos e 12% negros. A média da renda familiar foi de R\$ 1.692,04, e 47% dos entrevistados relataram renda familiar menor que 3 salários mínimos. A média de anos de estudo foi de 7,7 anos (IC 95%: 7,2 – 8,3). 27% da amostra era composta por fumantes, 21% eram ex-fumantes e 15% tinham problemas com bebidas. A prevalência de dor de dente foi de 17,7% nos último 6 meses (IC95%: 16,0–19,3). A menor prevalência foi encontrada nos indivíduos com idade maior ou igual a 60 anos, e a maior prevalência entre os fumantes que consomem de 11 – 20 cigarros por dia. A prevalência também foi maior em pessoas mais jovens, e as mulheres foram sistematicamente mais propensas a relatarem dor de dente em todas as faixas etárias, quando comparadas aos homens. A análise bruta revelou maior prevalência de dor de dente entre mulheres, negros, fumantes e pessoas com problemas alcoólicos. Em análise multivariada, com relação às variáveis incluídas no primeiro nível, renda familiar, escolaridade e raça/cor permaneceram associadas após ajustamento pelas variáveis de confundimento.

Especificamente, a associação entre prevalência de dor de dente e raça foi estatisticamente significativa após ajustamento. A medida de efeito relacionada à maior prevalência de dor de dente entre as mulheres apresentou um ligeiro aumento após o controle dos fatores de confundimento. Hábito tabagista e problemas alcóolicos tiveram seus efeitos atenuados quando controlados pelas variáveis dos dois níveis. Entre os ex-fumantes não foi encontrada associação significativa com prevalência de dor de dente, número de cigarros fumados por dia e o tempo decorrido desde que pararam de fumar.

Tulip e Palmer (2008) investigaram o manejo clínico de pacientes atendidos nos plantões noturnos de clínicas odontológicas cadastradas no novo contrato de Serviço Nacional de Saúde bucal, através da avaliação de sua apresentação clínica, gestão e adequação do tratamento oferecido. Durante o período alocado para estudo, 1,718 pacientes receberam atendimento, destes registros, foram analisados para o presente estudo 1.472 fichas. Dos dados disponíveis, 801 eram homens (52,4%), e 728 mulheres (47,6%); sendo 79% de adultos e 21% de crianças (idade abaixo de 19 anos). 84% dos pacientes usaram o serviço no período noturno apenas uma vez durante os três anos, e 16,7% usaram o serviço mais de uma vez. A análise dos resultados do histórico médico mostrou que 43 pacientes já tinham problemas de saúde, o que pode ter influenciado no tratamento que eles receberam; destes pacientes, apenas 19 receberam o tratamento definitivo, o restante foi tratado apenas com antibioticoterapia. 959 (82,2%) dos adultos, e 242 (79,3%) das crianças se apresentaram na clínica referindo dor, o que incluía dor e edema. 112 (9,6%) adultos, e 31 crianças (10,2%) apresentaram apenas edema, o que incluía tanto o localizado quanto o difuso. A proporção de pacientes que com registro de cavidades ou perda da restauração foi maior nos adultos; por outro lado as crianças tiveram um maior registro de trauma dentário. Os diagnósticos clínicos mais comuns foram cáries (23,9%), seguido de cavidades devido a queda dos dentes ou perda da restauração (17,6%), periodontite apical aguda (12,1%) e dentes fraturados (8,0%). Essas proporções foram maiores nas crianças do que nos adultos. A prescrição de apenas antibioticoterapia foi o tratamento mais frequente tanto em adultos, 438 (37,6%), quanto em crianças com 119 (39,0%). A proporção de pacientes que realizaram extração e receberam drenagem cirúrgica dos edemas foi maior nos adultos do que nas crianças.

Aproximadamente 25% dos pacientes receberam curativos para os dentes que foram perdidos e para as restaurações. De 790 pacientes que receberam prescrição, 96,8% foi de antibióticos ou de antibióticos com analgésicos ou lavagens bucais. O antibiótico mais prescrito tanto para crianças quanto para adultos foi a amoxicilina e o metronidazol. Em 57,4% dos casos, os antibióticos foram prescritos sem um diagnóstico fechado. Apesar da falta de diagnóstico pode-se especular que as principais causas de dor nas crianças foram as cáries, os enchimentos perdidos e os abscessos dento-alveolar; nos adultos, a principal causa de dor foram as infecções apicais aguda. A análise do manejo dos pacientes segundo as melhores práticas ou evidências baseadas nas diretrizes mostrou que 67,7% (n=957) dos pacientes receberam tratamento adequado.

Costa et al. (2009) analisaram a percepção dos usuários atendidos na Atenção Básica de Saúde no município de Campina Grande-PB, quanto à dor de dente. Dos 46 usuários entrevistados, 78% eram do sexo feminino e a faixa etária variou de 08 aos 57 anos. Cinquenta e seis por cento apresentavam renda de um salário e dedicação mais em atividades domésticas (46%) e certa equiparidade de nível escolar (básico, médio e fundamental). Os indivíduos demoram em média 60 dias para consultarem-se após dor de dente e mostraram-se em sua maioria ansiosos (27%). A maioria dos usuários (50%) só procurou atendimento odontológico ao sentirem dor de dente e 59% optam pela extração dentária. A dor de dente levou o usuário a um grau de sofrimento que o obriga a utilizar terapias por vezes não recomendadas; interferindo no seu cotidiano. Embora não procure atendimento odontológico regularmente, quando o faz tem a finalidade pré-estabelecida de extração dentária. O rudimentar nível social contribuiu para esta mentalidade.

Mashoto et al. (2009) avaliaram a prevalência da dor de dente e os impactos bucais nas atividades diárias (IBAD), descreveram a distribuição dos IBAD segundo características sócio-demográficas, cáries dentais, dor de dente e problemas bucais relatados e em seguida investigaram a relação entre necessidades percebidas e os impactos bucais nas atividades diárias. A população de estudo foi composta por jovens com idade entre 10 – 19 anos, que frequentavam escolas públicas primárias no distrito de Kilwa. Um total de 1.780 estudantes, com média de idade de 13,8 anos consentiu em participar do estudo. 837 estudantes da

zona rural (52,3% meninas), e 908 da zona rural (48,5% meninas) responderam o questionário e realizaram o exame clínico bucal. Os CPO-Ds médios foram de 0,37 (dp 0,85) e 0,32 (dp 0,79) em alunos de áreas urbanas e rurais, respectivamente. As estimativas brutas e padronizadas por idade (entre parênteses) de CPO-D > 0 foram de 17,4% (19,1%), dor dentária de 36,4% (36,7%), outros problemas bucais 54,1% (54,1%) e necessidade de tratamento autopercebida de 46,8% (46,8%) em alunos de áreas urbanas. Quanto aos alunos da zona rural, a estimativa de CPO-D foi > 0; 51,3% e 54,0% confirmaram dor de dente e outros problemas bucais. Um total de 36,2% da amostra relatou pelo menos um IBAD. O maior e menor impacto bucal nas atividades diárias mais frequentemente relatado pelos estudantes da zona urbana foram comer (22,8%) e sorrir (12,5%); para os estudantes da zona rural, o maior impacto foi para higienização (16,4%), realizar atividades escolares, sorrir, demonstrar emoções e relatar problemas (10,2 – 10,5%). Os estudantes que não tinham cárie, dor e problemas bucais, tiveram menos impacto bucal. Os alunos menos pobres, segundo o índice de riqueza da família, relataram dor de dente e outros problemas bucais mais frequentemente que aqueles mais pobres. As razões de chances ajustadas para experiência de impactos bucais caso tivesse cáries foi de: 1,5 (IC 95% 1,1–2,0) em relação à problemas para comer; 2,2 (IC 95%: 1,5 – 2,9) quanto aos problemas com sono; 1,5 (IC 95%: 1,0 – 2,0) em relação aos problemas em frequentar a escola. Aqueles que relataram perceber necessidade de tratamento odontológico eram mais propensos a ter problemas alimentares (OR = 1,9, IC 95%: 1,4-2,7) e com higienização (OR = 1,6; IC 95% 1,2 - 2,5), em comparação com aqueles que não percebiam a necessidade de tratamento odontológico. Meninas eram menos propensas a relatar a percepção de necessidade que os meninos (OR = 0,8; IC 95% 0,6-0,9). Em análises estratificadas com os participantes das zonas urbanas e rurais, observou-se que, os problemas com alimentação e higienização dos dentes foram os preditores mais importantes das necessidades percebidas por escolares urbanos, enquanto os problemas com alimentação e sono foram os preditores mais importantes para os escolares da zona rural. Para explorar a dependência social das necessidades percebidas com os indicadores do IBAD e percepção da necessidade de tratamento, foi realizada a tabulação cruzada. Entre os escolares da zona urbana, 49,7% tiveram percepção da necessidade de tratamento, apesar de não apresentarem nenhum impacto bucal; na zona rural essa porcentagem foi de 52,3%.



Kuhnen et al. (2009) estimaram a prevalência de dor de dente e fatores associados em adultos da cidade de Lages, Estado de Santa Catarina, região Sul do Brasil. Foi conduzido um estudo transversal de base populacional na cidade de Lages, Estado de Santa Catarina. A população do estudo foi composta por todos os adultos com idade entre 20 a 59 anos, de ambos os sexos, residentes na área urbana do município. A amostra final correspondeu a 1.805 indivíduos. A média de anos de estudo foi de 9,2 anos, a média da renda familiar de R\$ 1.672,40. Houve o predomínio do sexo feminino (59,60%); 62% se autorreferiram como brancos, a média de idade foi de 38 anos. A prevalência de dor de dente foi de 18% (IC 95%: 16,00 – 20,10). A maior prevalência foi observada no sexo feminino (21,40%), entre negros (25,00%) e entre aqueles que se referiram de descendência ameríndia (27,30%). Quanto menor a idade, renda familiar e anos de escolaridade, maior a prevalência de dor de dente. Os fumantes tiveram maior prevalência de dor de dente (24,80%) comparado aos ex-fumantes (18,50%), e aqueles que nunca fumaram (14,50%). A prevalência de dor de dente entre aqueles que utilizaram o Sistema Único de Saúde (SUS) na última consulta odontológica, foi aproximadamente o dobro (28,70%), comparados àqueles que frequentaram clínicas privadas (14,90%). Na regressão de Poisson, em análise ajustada segundo o modelo hierárquico, as variáveis correspondentes ao bloco 1, todas apresentaram associação. Indivíduos do sexo feminino apresentaram prevalência de dor de dente 60% maior do que os de sexo masculino, a raça/cor preta apresentou prevalência 50% maior que os brancos. Quanto maior a idade, menor a prevalência de dor de dente. A renda familiar per capita permaneceu estatisticamente e inversamente associada à dor de dente após ajustamento pelas variáveis do bloco 1 e 2. Os indivíduos que apresentaram problemas com álcool (RP = 1,4; IC 95%: 1,1 - 1,9) e que fumavam (RP = 1,5; IC 95%: 1,2 - 1,9) apresentaram associação com o desfecho após ajustamento pelos blocos 1, 2 e 3. O uso de serviços odontológicos no ano anterior à pesquisa foi fator de proteção para a ocorrência de dor de dente (RP = 0,5; IC 95%: 0,4 - 0,6), mesmo após ajuste pelas variáveis do bloco mais distal.

Cavalcanti et al. (2009) determinaram a prevalência e os fatores de risco associados à lesões traumáticas na parte anterior da dentição permanente, em crianças de 7 a 12 anos de idade, de Campina Grande, Paraíba, Brasil. Um total de 448 escolares representaram 14.686 crianças com idade entre 7 a 12 anos; 50,9%

eram meninos e 49,1% meninas. 21% da amostra tinham pelo menos um dente com score positivo para trauma dentário, incluindo rachaduras no esmalte. A prevalência foi maior nos meninos, porém sem significância estatística. A prevalência de lesões aumentou significativamente com o aumento da idade, de 5,3% aos 7 anos para 36,1% aos 12 anos ( $p < 0,001$ ). A causa mais frequentemente relatada de lesões permanentes aos dentes foram as quedas (63,8%). As lesões mais comuns foram: fraturas no esmalte (57,4%); concussão (17%); e fraturas no esmalte e na dentina (11,7%). A maioria das crianças que tiveram lesões dentárias traumáticas apresentou dano em apenas um dente (71,3%). O incisivo central superior esquerdo foi o mais comumente envolvido, representando 42,8% das lesões; seguido do incisivo central superior direito (42%). Crianças que apresentaram um Índice Periodontal maior a 3mm e o fechamento inadequado dos lábios, tiveram mais lesões dentárias, com diferença significativa ( $p < 0,001$ ). Crianças com Índice Periodontal maior a 3mm tiveram 0,38 vezes mais chance de apresentarem lesão (IC 95%: 0,22 – 0,63). Aquelas com fechamento inadequado dos lábios tiveram 17,89 vezes mais chance de apresentarem lesões traumáticas.

Quiñonez et al. (2009) exploraram a natureza das visitas ao departamento de emergência para problemas odontológicos de origem não traumáticas na maior província do Canadá, Ontário. Durante os anos de 2003 /04 à 2005/06 houve um total de 141.365 visitas ao setor de emergência devido à problemas odontológicos de origem não traumática em Ontário. Este volume representa uma estimativa de 35.466 (2003/04) a 40.889 (2005/06) pessoas, resultando em aproximadamente 1,2 visitas por ano por pessoa. As mulheres realizaram 67.125 visitas devido a problemas odontológicos de origem não traumática, enquanto os homens realizaram 74.232 visitas. Para ambos os sexos, a maioria das visitas foram feitas por aqueles na faixa etária de 20 – 44 anos (52,8% e 55,7%, respectivamente). A maioria dos casos foi triada como “menos urgente” a “não urgente” (78%), e a maioria (92,7%) foi encaminhados para casa. Entre as idades apresentadas, a maioria das visitas foi associada com abscesso periapical e dor de dente. Entre os problemas odontológicos mais comuns, os abscessos periapicais, dor de dente e cáries, foram os que menos receberam intervenções, ou as intervenções não foram registradas, enquanto outros receberam farmacoterapia ou selecionaram outros serviços. Dentre os registros que incluíram intervenções (ex. 19.111 ou 13,5% no total das visitas), os

principais registros foram: “intervenções terapêuticas sistêmicas” (22,2%); “intervenção diagnóstica sistêmica” (22,0%); “terapia intravenosa” (7,8%), “intervenção diagnóstica na orofaringe” (6,3%). A maioria das visitas ao setor de emergência ocorreu no final de semana.

Peres et al. (2010) avaliaram a associação entre dor de dente e o índice de desenvolvimento humano (IDH, contextual), assim como características individuais sociodemográficas e odontológicas em adolescentes brasileiros de São Paulo. Todos os estudantes na idade de 12 anos (179.674) e 15 anos (184.537) foram elegíveis para participar do estudo. Um total de 4.249 crianças escolares de 12 e 15 anos foi examinado, e seus pais ou responsáveis responderam um questionário das condições socioeconômicas e demográficas. Os maiores níveis de prevalência de dor de dente estiveram concentrados em áreas com os menores valores de IDH. A dor de dente afetou aproximadamente ¼ dos adolescentes da pesquisa; a dor de dente foi 33% menos prevalente entre adolescentes que moravam em áreas mais desenvolvidas da cidade. As meninas, os de cor escura, os negros de pele mais clara, aqueles cujos pais ganhavam pouco e com baixa escolaridade, assim como aqueles que estudavam em escolas públicas apresentaram maior prevalência de dor de dente. Dentes cariados não tratados e aqueles que necessitavam de tratamento endodôntico estiveram mais fortemente associados à dor de dente. A maior prevalência de dor de dente foi encontrada entre adolescentes com necessidade de tratamento odontológico. Após ajuste, IDH, sexo, cor/raça, renda per capita, cáries não tratadas, e necessidade de tratamento endodôntico permaneceram significativamente associada à dor de dente. O nível de escolaridade dos pais perdeu significância estatística ( $p=0,0796$ ); a interação entre IDH e renda per capita era estatisticamente significativa com a dor de dente na análise não ajustada ( $p<0,01$ ), mas perdeu a associação quando ajustada pelas variáveis no modelo multivariado ( $p=0,90$ ).

Díaz et al. (2010) avaliaram traumatismos dentários em crianças e adolescentes com idade entre 1-15 anos atendidos em um hospital público de Temuco, Chile. Identificou a etiologia, tipos de lesões dentárias na dentição primária permanente, as distribuições de sexo e idade, local da lesão e horas decorridas antes do tratamento de emergência. Estudo transversal realizado com base nos dados clínicos de 359 pacientes. Houve predomínio do sexo masculino em todas as

faixas etárias, com uma distribuição de 242 homens (67,4%) e 117 do sexo feminino (32,6%). A média de idade foi de 8,4 anos  $\pm$  3,49. A maior parte da amostra (57,1%) sofreu acidente na escola (205/359). A média de idade das crianças com trauma dental na escola foi de 8,8 anos  $\pm$  2,7. Pacientes menores de 6 anos de idade, com dentição decídua apresentaram maior frequência de trauma dental ( $P < 0,000$ ). Dos 359 pacientes com trauma dental, foram estabelecidos 725 diagnósticos específicos; destes 145 tinham dentição primária e 580 estavam em dentição permanente. Em ambas as dentições, os incisivos centrais superiores foram dentes os mais afetados comuns por trauma. Em vários casos, dentes permanentes apresentaram mais de um diagnóstico. Na dentição decídua, os diagnósticos mais frequentes foram luxação e lesões dentárias. Dos ferimentos, 56 dentes apresentaram sub-luxação, 32 dentes com luxações (extrusiva e luxação lateral) e 24 dentes com avulsão. Para dentição permanente, a maioria dos diagnósticos frequentes foram fraturas descomplicadas da coroa e sub-luxação. Em 34 casos de fraturas na coroa na dentição permanente, as crianças afetadas geralmente trouxeram o fragmento de coroa em um copo de leite (22,8%). As lesões dos tecidos moles, na região da cavidade oral e perioral foram variáveis em termos de gravidade e extensão. Havia mais de um tipo de lesões dos tecidos moles orais e peri-orais associadas ao trauma dental. Gengival, superior e feridas lábio inferior, erosões da pele peri-oral e nasal foram as lesões dos tecidos moles mais comuns. Além disso, esses pacientes apresentavam contusões, lacerações, feridas hemorrágicas e hematomas da mucosa oral. As quedas foram a causa mais frequente de trauma dentoalveolar entre todos os diferentes grupos etários, especialmente em pacientes com menos de seis anos de idade e no grupo 7-9 anos. Em geral, as causas mais frequentes de lesão dental foram as quedas inespecíficas (51,8%), golpes com um objeto (15,6%) e acidentes de bicicleta (13,9%). Uma alta porcentagem de pacientes recebeu o seu atendimento de emergência inicial no prazo de 2-24 h (45,7%), enquanto o restante da amostra recebeu a atenção de emergência após 24 h (32,6%). Apenas 3% dos pacientes afetados foram tratados na sala de emergência dentro 30 min após o trauma. 44 dentes permanentes (7,6%) apresentaram avulsão. Destes dentes, só 30 foram replantados em 21 pacientes (68,1%). A distribuição foi a seguinte: 15 pacientes com um dente avulsionado, 4 pacientes com dois dentes avulsionados, 1 paciente com três dentes avulsionados e 1 paciente com quatro dentes avulsionados. O trauma dental é comum em crianças, uma vez que uma alta

frequência (37,9%) dos pacientes procuraram atendimento de emergência por trauma dental em um hospital público. As características do trauma dental observadas neste grupo de crianças e adolescentes foram muito semelhantes aos resultados de outros estudos.

Traebert, Marcon e Lacerda (2010) buscaram conhecer a prevalência de traumatismo na dentição permanente e fatores associados em escolares de doze anos de idade do município de Palhoça, Santa Catarina, Brasil. Envolveu uma amostra representativa dos escolares (n=405). Do total de participantes, 52,1% eram do sexo masculino. No que se refere ao grau de escolaridade, 62,9% dos pais e 67,6% das mães tinham até oito anos completos de estudo. A prevalência do traumatismo dentário encontrada foi de 22,5% (IC95% 18,5; 26,8). A prevalência de overjet incisal superior a 5 mm foi de 15,1% (IC95% 11,7; 18,9) e de cobertura labial inadequada foi de 23,5% (IC95% 19,4; 27,9). Fraturas envolvendo somente o esmalte (21,4%) e fraturas de esmalte e dentina (1,8%) foram os tipos de danos mais prevalentes e representaram a quase totalidade dos casos. Dentre os 91 casos de escolares com traumatismos identificados, 67,5% necessitavam de tratamento. Para fins de melhor identificar a dimensão do traumatismo, dimensionou-se a frequência relativa do traumatismo tomando como universo de análise os elementos dentais. Um total de 129 incisivos apresentou danos traumáticos, o que configura uma média de 0,3 dentes afetados por indivíduo. O tipo de intervenção necessária na maioria dos casos foi restauração. As crianças do sexo masculino apresentaram uma prevalência de traumatismo dentário estatisticamente maior que as crianças do sexo feminino ( $p=0,012$ ). Os indicadores sociais e os indicadores clínicos não apresentaram diferença estatisticamente significativa.

Lewis e Stout (2010) descreveram a prevalência e os fatores de risco da dor de dente recente entre crianças norte-americanas e estimaram a frequência do contato entre crianças com dor de dente com seus provedores de primeiros cuidados pediátricos (PPCP). Estudo transversal com base de dados nacional, de crianças de 0 a 17 anos, cedidas pelo Centro Nacional de Estatísticas da Saúde e pelo Centro de Controle de Doenças. 10,7% das crianças do estudo tiveram dor de dente nos últimos 6 meses. Em análise bivariada, a dor de dente foi mais comum em crianças na faixa etária de 6 – 12 anos, e afetou principalmente as de raça/cor preta, hispânico/latinos e os multirraciais. A prevalência de dor de dente foi maior nas

crianças mais pobres, naquelas com o seguro “Medicaid”, assim como naqueles com necessidades especiais. Na análise multivariada as associações foram mantidas, com exceção para o tipo de seguro, e ter ido ao dentista no último ano, ou seja, estas variáveis perderam a significância. Houve variação da dor de dente segundo os Estados Unidos, a maior prevalência da dor de dente foi encontrada no estado do Mississippi (16,2%), e a menor prevalência em Massachusetts (6,9%).

Gibilini et al. (2010) descreveram as condições clínicas de saúde bucal (experiência de cárie), o acesso a serviços odontológicos e a auto percepção da saúde bucal e em seguida verificaram a associação das condições clínicas com a auto percepção em adolescentes, adultos e idosos do Estado de São Paulo. Foram examinados 1824 adolescentes (15-19 anos), 1612 adultos (35-44 anos) e 781 idosos (65- 74 anos). Para todas as idades, o maior percentual foi de mulheres (acima de 59%), com um elevado percentual de indivíduos brancos (acima de 70%). Com relação ao acesso a serviços odontológicos, verificou-se para todas as faixas etárias que a maioria já foi ao dentista ao menos uma vez. Com relação ao tempo da última visita ao dentista, 60,1% dos adolescentes e 47,9% dos adultos foram ao dentista há menos de 1 ano. Mais da metade (58,5%) dos idosos foi ao dentista há 3 anos ou mais. Com relação à cárie dentária, o CPOD foi de 6,5 (dp=4,7) para os adolescentes, 20,9 (dp=7,5) para os adultos e 28,6 (dp=5,9) para os idosos. O componente perdido correspondeu a 11,5 (dp=10,1) e 26,3 (dp=8,5) dentes para os adultos e idosos, respectivamente. Os adolescentes apresentaram em média, 28,2 (dp=1,8) dentes presentes; dentre os adultos, a média foi de 19,9 (dp=9,9) e os idosos tinham somente 5,3 (dp=8,2) dentes. Quanto às cáries, 9,5% dos adolescentes estavam livres de cárie. Quanto ao edentulismo, 59,9% de idosos eram edêntulos, e este percentual foi de 10,8% entre os adultos. 68,0% dos adolescentes, 72,3% dos adultos e 53,5% dos idosos relataram necessitar de tratamento odontológico. A autopercepção da saúde bucal no geral foi favorável, sendo que mais da metade avaliou a mastigação e a fala de forma positiva (boa/ótima), além de achar que a saúde bucal não afetou o relacionamento com outras pessoas e não sentiram dor nos dentes e gengivas. Os adolescentes com CPOD abaixo da média representou 54,8%. Aqueles que relataram não necessitar de tratamento odontológico, que classificaram de forma positiva a saúde bucal, a mastigação, a fala, responderam que a saúde bucal não afetava seus relacionamentos e não

tiveram dor, foram os que apresentaram menor experiência de cárie ( $p < 0,05$ ). 64,3% de adultos apresentavam 20 ou mais dentes sendo mais prevalente dentre os adultos que classificaram de forma positiva a saúde bucal, a mastigação e a fala ( $p < 0,05$ ). 59,9% dos idosos eram edêntulos ( $p < 0,05$ ), tal proporção foi mais elevada dentre os idosos que relataram de forma positiva todas as variáveis relacionadas à autopercepção da saúde bucal, com exceção da fala.

Bruno et al. (2010) buscaram compreender a patogênese e as características microscópicas da pulpíte dentária humana, investigando a presença de várias células inflamatórias. Foram selecionados aleatoriamente 38 dentes (19 incisivos superiores e 19 molares superiores) com diagnóstico clínico de pulpíte, os pacientes foram tratados no Serviço de Emergência Odontológica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás. O diagnóstico clínico de pulpíte foi baseado nos critérios: sintomatologia espontânea; resposta positiva ao teste de sensibilidade pulpar; ausência de exposição da pulpa dentária associada com cárie. As características microscópicas das amostras analisadas mostraram dois tipos distintos de pulpíte: Grupo 1: pulpíte dental com intenso infiltrado inflamatório e pequeno depósito de colágeno ( $n=15$ ) e Grupo 2: pulpa dentária com escasso infiltrado inflamatório e deposição de colágeno intenso ( $n=23$ ). Nenhuma das amostras apresentou áreas necróticas, 90% tinham áreas com calcificação, e todos apresentavam os vasos sanguíneos preservados. As células inflamatórias avaliadas estavam distribuídas difusamente nos tecidos das polpas dentárias em todas as amostras ( $n=38$ ). Triptase e mastócitos foram encontradas em baixa densidade em 24% das amostras. De maneira similar as células foxp3 e os linfócitos T reguladores foram encontrados em baixa densidade em 34% das amostras. O número de células CD68+ e macrófago por  $\text{mm}^2$  foi significativamente maior no grupo 1 (Mann-Whitney,  $p=0,004$ ). Quantidade similar de CD4+, CD45RO+ e linfócitos T foi encontrado em ambos os grupos (Mann-Whitney,  $P > 0,05$ ). O grupo controle apresentou números significativamente mais baixos CD68+ macrófagos, CD20+ linfócitos B, CD4+ linfócitos T helper, e CD45RO+ linfócitos T de memória, quando comparados com os grupos G1 e G2. O número de CD31 + vasos sanguíneos foi significativamente maior no grupo 1 do que no grupo 2 (Mann-Whitney,  $P = 0,002$ ); não houve diferença significativa entre pulpíte com o grupo controle.

Quiñonez, Figueiredo e Locker (2011) exploraram os dias com

incapacidade, ou dias de cama (dias em que se ficou de repouso) e dias em que as atividades normais foram restritas (cut-down days) que estavam associados com problemas odontológicos no Canadá. Os dados foram coletados em 2008 de uma amostra nacional, estratificada regionalmente, com adultos Canadenses, através de inquérito telefônico utilizando discagem de dígitos aleatórios e tecnologia de entrevista por telefone assistida por computador. A maior parte da amostra foi composta por mulheres (52%). A maioria da amostra relatou sua saúde oral como boa à excelente (87%) e a maioria visitou o dentista no último ano (71%). Poucos relataram dor de dente (5%). Em relação aos dias com incapacidade, nas últimas duas semanas, 33 pessoas (3,3%) relataram ter ficado um dia de repouso devido à problemas odontológicos; dessas pessoas, 15 relataram ter ficado um dia de repouso, outras 13 ficaram entre 2 – 7 dias de repouso. Além dos dias em repouso, nas últimas duas semanas, 22 pessoas relataram ter ficado sem realizar atividades rotineiras durante o dia todo ou quase o dia todo devido à problemas odontológicos; dessas pessoas, 11 relataram ter ficado sem realizar suas atividades rotineiras durante 4 dias. Das 33 pessoas que relataram dias com incapacidade devido problemas odontológicos, 28 estavam empregadas, 2 aposentadas, 1 estava desempregada e 2 não responderam o status. Parece que grupos etários mais jovens são mais propensos a relatar dias com incapacidade devido a problemas odontológicos, assim como os que têm os rendimentos mais baixos, nível superior, pagam por atendimento odontológico, aqueles com dor na boca e aqueles que visitaram um serviço de emergência devido um problema dentário.

Jung et al. (2011) avaliaram as desigualdades socioeconômicas em sintomas orais auto referidos em adolescentes coreanos e avaliaram também a associação dos comportamentos de saúde, fatores psicossociais e fatores materiais nas desigualdades socioeconômicas. Um total de 78.834 estudantes foi convidado para participarem da pesquisa online. Os estudantes responderam a um questionário eletrônico com 129 itens. Todos os sintomas orais foram maiores entre os estudantes do ensino médio do que nos estudantes do ensino fundamental. A prevalência de dor de dente e dentes fraturados aumentou com o aumento da renda, no entanto a prevalência de mau hálito diminuiu, conforme o aumento da renda. A prevalência de dor de dente foi de 43% no grupo com situação socioeconômica baixa, enquanto os que se consideravam em uma situação socioeconômica alta



tiveram prevalência de 25%. A prevalência de mau hálito foi de 40% para aqueles que se considerou em situação socioeconômica baixa, comparado a 22% daqueles em situação socioeconômica alta. Quanto aos dentes fraturados a prevalência foi respectivamente de 28% e 18%. Quanto aos fatores psicossociais, a dor de dente, mau hálito e dentes fraturados nos adolescentes que relataram alto nível de estresse foram de 45%, 38% e 25% respectivamente. Entre aqueles que nunca se estressaram a prevalência foi de 17%, 17% e 18% respectivamente. A prevalência de dor de dente entre aqueles que relataram serem infelizes foi de 46% comparado a 26% entre aqueles que relataram serem felizes. Os adolescentes que escovavam seus dentes três ou mais vezes ao dia tinham menor prevalência de todos os três sintomas orais do que aqueles que escovavam os dentes menos de duas vezes ao dia. Adolescentes com comportamentos comprometedores à saúde, tais como consumo de refrigerantes e doces, tabagismo e uso de álcool tendem a ter uma maior prevalência de todos os três sintomas orais. Quanto aos resultados do modelo de regressão logística, para cada um dos três sintomas orais houve um significativo gradiente social para cada um dos três sintomas orais. O padrão persistiu após o ajuste para cada grupo de variável. A razão de chances (OR) para a variável agregada sobre os sintomas orais do grupo de menor situação sócio econômica foi de 2,25 (IC 95% 2,04, 2,49), e os respectivos valores, após o ajuste para os fatores comportamentais, psicossociais e materiais foram 2,17 (IC 95% 1,96, 2,39), 1,90 (IC 95% 1,73, 2,10) e de 2,26 (IC de 95% 2,04, 2,50). O ajuste para fatores psicossociais diminuiu a OR na variável agregada sobre os sintomas orais no grupo baixa situação socioeconômica, enquanto o ajuste para os comportamentos de saúde e fatores materiais praticamente não mudou o OR.

Piovesan et al. (2011) avaliaram como as condições socioeconômicas e clínicas podem afetar a percepção dos pais sobre a saúde oral dos seus filhos. Estudo transversal realizado com uma amostra de 455 crianças de 1 – 5 anos de idade residentes na cidade de Santa Maria, RS, região Sul do Brasil. Foi realizado exame clínico para identificar cárie dental (DMFT), trauma dental e padrão de oclusão. Do total de crianças incluídas, 53,8% eram meninos e 46,2% eram meninas. As crianças eram predominantemente brancas, e seus cuidadores tinham alto nível de educação. Mais da metade das mães eram desempregadas, com renda familiar  $\geq$  3 salário mínimos brasileiro. A prevalência de cárie e trauma dental foi de

23,5% e 31,5% respectivamente. A maioria das crianças tinha vedação dos lábios adequada, e só 34% da amostra apresentaram mordida anterior aberta. A prevalência dos pais que consideravam a saúde oral de seus filhos como “pobre” foi associado com idade, renda familiar, nível educacional das mães, presença de mordida anterior aberta e cárie. Na análise de regressão múltipla, apenas as variáveis clínicas e renda familiar permaneceram associadas com o desfecho. Os pais estavam mais propensos a relatarem a saúde bucal de seus filhos como "pobre" quando aqueles tinham uma baixa renda familiar e estes, mordida anterior aberta e cárie dentária. No modelo final da regressão múltipla, os pais de crianças negras com mordida aberta e cáries foram mais propensos a considerarem a saúde oral de seus filhos como “Pior que das outras crianças”.

Cohen et al. (2011) reconheceram e entenderam as barreiras do atendimento odontológico, através do estudo de fatores comportamentais e socioeconômicos específico de populações de baixa renda e minorias, que contribuem para padrões profissionais de cuidados de saúde. Foi selecionada uma amostra aleatória de 27.002 domicílios de Maryland (EUA). Um total de 401 indivíduos foi elegível para participarem do estudo, correspondente a 94,8% da amostra (401 de 423). As características da população de estudo foram resumidas em fatores predisponentes, capacitantes e baseados na necessidade. Os fatores predisponentes incluíram: idade, sexo, raça ou etnia e nível de escolaridade. Fatores capacitantes incluíram: renda, ter uma fonte usual de assistência médica ou odontológica, ter planos de saúde ou odontológico ou ser elegível para o “Medicad”, realizar consultas médicas ou odontológicas preventivas anuais. Os fatores baseados nas necessidades foram: tipo de problema odontológico, nível de dor, nível de incapacidade ou frequência de problemas odontológicos. Na análise multivariada, os homens tiveram a chance de ter mais de 5 problemas odontológicos nos últimos 10 anos, sendo 87% mais propensos que as mulheres. Ser da raça ou etnia classificada como “outros” diminuiu em 80% a chance de ter tido mais de 5 problemas odontológicos nos últimos dez anos, quando comparado aos brancos. A intensidade da dor de dente foi associada à raça ou etnia, assim como à renda. Os “negros” foram mais propensos a experimentar intensidades mais elevadas de dor (36,1%), seguidos dos “hispanicos (14,1%) e dos brancos (11,9%). Quanto à renda, aqueles com renda familiar de 25.000 dólares anuais, experimentaram maiores

intensidades de dor (48,2%). No que se refere ao tipo de problema odontológico, 32,5% da amostra relataram ter tido dor de dente, em seguida estão os problemas com dentes ou restaurações quebrados ou rachados (21,6%); e por último as infecções, inchaços e abscessos (16,5%), tais problemas estiveram relacionados à idade e baixo nível de escolaridade. A interferência dos problemas odontológicos na realização das atividades diárias foi classificada em “muito”; “um pouco”; “nem um pouco”. O maior impacto ocorreu para a alimentação, sendo que 40,3% classificaram a interferência em “muito”. As características sociodemográficas foram associadas com vários impactos comportamentais, sendo mais frequente com irritabilidade, relacionada à interferência na capacidade de socialização. Raça ou etnia e renda foram frequentemente associadas com interferências nas atividades diárias; os de raça “negra” e de baixa renda foram os que apresentaram o maior impacto comportamental. Os maiores impactos foram relatados pelos mais jovens (34,2%); “negros” (43,2%) e aqueles com renda familiar anual de 25.000 dólares (59,1%). O uso de serviços de emergência foi significativamente associado à renda ( $p = 0,04$ ); 36,1% da amostra com renda anual menor à 25.000 dólares relataram utilizar o serviço de emergência. 78,9% da amostra com escolaridade baixo do ensino fundamental procuraram tratamento com dentista, em comparação 96,7% daqueles com escolaridade acima do ensino médio procuraram o dentista. A primeira escolha para o tratamento esteve associada com a renda familiar, 93,5% daqueles com renda acima de 50.000 dólares anuais escolheram primeiramente um dentista; tal escolha também esteve associada com a intensidade da dor ( $p = 0,017$ ) e a quantidade de problemas odontológicos vivenciados nos últimos 10 anos ( $p=0,05$ ).

Hong et al. (2011) determinaram a tendência, fatores de risco, e o custo das visitas ao departamento de emergência (DE) devido à complicações dentárias durante um período de seis anos na cidade de Kansas, Missouri. Os dados foram coletados a partir das informações anuais de alta hospitalar dos serviços prestados à Secretaria Municipal de Saúde do Kansas. Durante o período de 2001 – 2006 as visitas ao DE devido a motivos dentários, corresponderam a 1,7% de todas as visitas ao departamento de emergência. Houve aumento significativo de visitas por motivos dentários durante o período de seis anos, com uma proporção de aumento de 13,1% para 19,0% ( $p<0,01$ ). A maioria das visitas foi realizada por mulheres, tanto para

motivos odontológicos quanto não odontológicos. Metade das visitas por motivos odontológicos foi realizada por adultos jovens (19 – 35 anos), esta mesma faixa etária foi responsável por 32,2% das visitas por motivos não odontológicos. Os negros foram responsáveis por 43,8% dos atendimentos por motivos odontológicos e foram significativamente mais propensos a utilizar o DE por motivos odontológicos em comparação a outros motivos. As causas das queixas dentárias incluíram cárie dental (20,4%), pulpite ou abscesso periapical (14,8%), lesão dental (8,7%), distúrbios temporomandibular (1,5%), e todas as outras doenças dentárias não especificadas corresponderam a 54,6%. Os homens visitaram mais o serviço de emergência que as mulheres por motivo de cárie dentária e lesões dentárias. As crianças eram mais propensas a visitar o DE devido à lesões dentárias. Os adultos jovens eram mais propensos a visitar o DE devido à cárie dentária. O custo médio das visitas foi de aproximadamente 360 dólares por visita e foi maior para os distúrbios temporomandibular (747 dólares) e menor para outras doenças dentárias não especificadas (277 dólares). Os resultados da regressão logística multivariada indicou em análise ajustada que as visitas ao DE por motivos odontológicos foi significativamente maior para as consultas particulares, os não-brancos, adultos com idade entre 19-50 anos, pessoas com menor renda familiar, e aqueles que visitaram o serviço nos finais de semana. Em análise ajustada por idade, raça / etnia, renda familiar, e dia da semana, os que fizeram consultas particulares foram 2,32 vezes mais propensos a visitar o serviço de emergência hospitalar para atendimento odontológico do que aqueles com plano de saúde privado, enquanto que aqueles que utilizaram o serviço público foram 1,71 vezes mais propensos a visitar o serviço de emergência para atendimento odontológico do que aqueles com plano de saúde privado.

Assunção et al. (2011) analisaram a luxação em dentes decíduos de crianças com idade entre 0 – 5 anos, tratadas no Centro de Emergências da Clínica para Crianças da Universidade Estadual de Londrina. Dos 1.703 prontuários analisados, 409 (24%) corresponderam ao critério de inclusão do estudo. Os prontuários foram analisados para obter informações sobre o trauma dentário e para determinar os seguintes fatores: gênero, idade da criança no momento do trauma, tipo de lesão, fatores etiológicos, dente lesionado, tratamento e o intervalo de tempo entre a lesão e o tratamento. Das 409 crianças inclusas no estudo, 235 (57%) eram

meninos, e 174 (43%) eram meninas. A prevalência de traumas foi maior no grupo com idade de até 2 anos (40,3%). A correlação entre idade e gênero foi significativa (qui-quadrado = 14,12;  $p = 0,0069$ ). Ambos os sexos mostraram maior prevalência para o grupo com até 2 anos. O fator etiológico mais observado foram as quedas durante o andar ou correr (37,7%), seguido das quedas contra objetos (18,8%). A maior frequência, entre o tempo decorrido até o tratamento foi para o período de até 1 dia (43,5%), seguido por 2-15 dias (34%). As 432 ocorrências de traumas, envolveram 679 lesões de dentes decíduos. Os dentes mais afetados foram aqueles da arcada maxilar (95%). Os incisivos centrais superiores foram os mais afetados (563/679). O tipo mais comum de lesão foram as subluxações com 221 casos (32,6%). Quanto ao tratamento à lesão de dentes decíduos, o mais comum foi “apenas monitoramento” (74%), seguido por talas (9%). Em relação ao tempo decorrido antes do tratamento e o tipo de trauma dental, houve significância de lesões com o intervalo de tempo de 1-15 dias (qui-quadrado = 17,17;  $p = 0,041$ ).

Schrimshaw et al. (2011) buscaram compreender melhor a variedade e complexidade das dificuldades relatadas na obtenção de cuidados odontológicos, assim como os motivos dos seguros odontológicos nem sempre facilitarem o acesso ao cuidado entre a população adulta americana de descendência Africana. Foi entrevistado um total de 629 indivíduos, sendo elegíveis para o estudo 118 participantes Americanos de descendência Africana de ambos os sexos. A dificuldade mais comumente relatada foi: Dificuldades de acesso aos cuidados odontológicos relacionados ao seguro. 75% dos adultos do “Central Harlem” relataram pelo menos um tipo de cobertura por seguro; 50% correspondiam ao “Medicaid”; 21% correspondiam ao serviço privado e às organizações de manutenção bucal. Os 25% que relataram não possuir seguro, apresentaram como barreiras para obtenção de um tratamento de qualidade, o custo dos cuidados odontológicos assim como as falhas na cobertura do seguro. Não ter um seguro foi uma barreira significativa na procura dos cuidados odontológicos. Os indivíduos que não possuíam seguros de saúde relataram procurar apenas os serviços emergenciais de cuidados odontológicos, baseados na severidade da dor e nos sintomas. A minoria dos participantes não possuía seguro (25%). A maioria dos participantes que relataram barreiras financeiras tinha algum tipo de seguro, apesar da cobertura do seguro ser limitada e em alguns casos os serviços precisarem ser

pagos a parte. Até mesmo aqueles que pagavam um seguro privado relataram que a cobertura do serviço era inadequada. Vários participantes relataram ter dificuldades em encontrar um dentista que atendessem pelo seguro e tinham que viajar a longas distâncias para receber tal atendimento. Apesar de serem assegurados eles continuavam a vivenciar barreiras financeiras para conseguir cuidados odontológicos. Alguns entrevistados relataram ter que esperar o seguro ser ativado antes de consultar um dentista, permanecendo com dor ou problemas odontológicos durante este período de carência. Participantes relataram que quando eles conseguiam ser atendidos por um dentista, com os seguros limitados ou sem o seguro, acreditavam que devido à falta de um seguro privado eles recebiam um atendimento de baixa qualidade. Estes participantes descreveram que faltava compaixão aos dentistas e parecia que os profissionais só se importavam com o dinheiro. Tais participantes culpavam os dentistas por não oferecerem um atendimento, percebidos por eles, de mesmo qualidade oferecido à outros pacientes com maiores recursos ou melhor cobertura.

Estrela et al. (2011) determinaram a frequência e fatores clínicos associados à dor pulpar e periapical vivenciada antes do tratamento dentário. Pesquisa retrospectiva que avaliou pacientes que solicitaram tratamento no Serviço de Urgência Dental da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás, Brasil, no ano de 2005 e 2006, devido ao desconforto odontogênico ou dor associada à inflamação, infecção ou ambos. A população da amostra foi constituída por 1.765 pacientes de classe econômica baixa com média de idade de 32 anos e histórico de intensa dor odontogênica ou inflamação. De todas as urgências odontogênicas, as maiores frequências foram 28,3% para pulpíte sintomática e 26,4% para periodontite apical de origem infecciosa. A menor frequência foi para periodontite apical sintomática de origem traumática com 0,6%. A análise de regressão logística revelou que o fator clínico mais importante para dor pulpar foi a câmara pulpar fechada (OR=114.08, CI=36.29-358.66) cáries (OR=3.51, CI=2.72-4.53) e para dor periapical, câmara pulpar aberta (OR= 7.34, CI=5.52- 9.75).

Miotto, Silotti e Barcellos (2012) analisaram a prevalência da dor dentária nos últimos seis meses, a ocorrência de absenteísmo que provocou e possíveis associações com as características sociodemográficas nos funcionários da Prefeitura Municipal de Venda Nova do Imigrante (ES). Foi extraída a partir de um

universo de 545 funcionários públicos municipais, uma amostra aleatória de 192 funcionários da Prefeitura de Venda Nova do Imigrante (ES). Houve um predomínio do sexo feminino (73,5%) entre os funcionários públicos municipais, com idade até 40 anos (61,2%). Foi verificada uma alta prevalência de dor dentária (42,4%). Destes, 45 (62,5%) visitaram o CD, originando 23,6% de falta ao trabalho com 52,9% perdendo meio turno de trabalho. Trabalhadores com até ensino médio incompleto apresentaram maior prevalência de dor ( $p = 0,013$ ). Trabalhadores com menor escolaridade relataram duas vezes mais chance de sentir dor de dente nos últimos seis meses ( $OR = 2,144$  [IC 95% 1,141; 4,30]). Trabalhadores do sexo masculino relataram uma chance quase seis vezes maior de faltar ao trabalho por dor de dente (IC95% = 1,773; 18,416), assim como os trabalhadores com menor escolaridade ( $OR = 4,875$  [IC95% = 1,405;16,909]). Em relação à renda, a chance de um trabalhador faltar ao trabalho por dor de dente foi 3,6 vezes maior (IC95% = 0,931;14,021) para os que recebem até dois salários mínimos.

Pinto,Matos e Filho (2012) investigaram os fatores associados ao uso de serviços odontológicos públicos pela população adulta brasileira. O estudo utilizou o banco de dados do Projeto SB Brasil 2003 – Condições de Saúde Bucal da População Brasileira, um inquérito epidemiológico que investigou os aspectos tais como os principais agravos de saúde e a utilização de serviços odontológicos. Foram analisados os dados relativos a 12.425 adultos com idade entre 35-44 anos. 68,2% eram do sexo feminino; 40,6% apresentaram escolaridade de no máximo 4 anos; 56,0% tinham renda familiar per capita de no máximo R\$120,00 (equivalente a meio salário mínimo vigente à época do inquérito) e aproximadamente 9 em 10 residiam na zona urbana. A prevalência do uso de serviços públicos foi de 51,8%, enquanto 37,1% relataram uso de serviço privado liberal e 11,2% fizeram uso de planos de saúde ou convênios. Quanto às características predisponentes, verifica-se que a prevalência do uso de serviço odontológico público foi maior entre as mulheres (53,3%) e menor na faixa etária de 40-44 anos (50,5%). Em relação à escolaridade, o uso de serviço público aumentou à medida que a escolaridade diminuía. Na análise dos fatores capacitantes, a prevalência de utilização dos serviços públicos foi de 72,2% entre os adultos de menor faixa de renda, caindo para 26,3% entre aqueles de maior renda; ela foi de 59,9% entre os adultos residentes em municípios de pequeno porte, decrescendo para 42,2% entre os residentes em

municípios de grande. Entre os moradores da zona rural, o uso de serviço público foi 20% superior ao verificado entre os residentes em zona urbana. Com relação às regiões geográficas, os indivíduos das regiões Norte, Nordeste e Sul utilizaram mais o serviço público. Os resultados relativos às condições de saúde e necessidades de tratamento mostram que os adultos em piores condições de saúde utilizaram com maior frequência os serviços públicos. O uso do serviço público foi mais frequente entre os adultos que se percebiam com necessidade de tratamento (53,6%), que avaliaram sua própria saúde como ruim/péssima (58,0%) e que se queixaram de dor de dentes e/ou gengiva (57,4%). Da mesma forma, os adultos que tiveram detectado, ao exame profissional, necessidades de tratamento odontológico, utilizaram mais os serviços odontológicos públicos do que aqueles que não sofriam dessas condições. Na análise multivariada do primeiro nível hierárquico, todas as variáveis predisponentes permaneceram significativamente associadas ao uso de serviços odontológicos públicos. Na análise do nível 2, relativo aos fatores capacitantes, apenas o local de residência (urbano/rural) deixou de ser estatisticamente significativo ( $p=0,739$ ). Quanto aos resultados das análises relativas ao bloco de variáveis que traduzem as necessidades de tratamento e condições de saúde, ajustadas entre si e pelas variáveis dos níveis hierárquicos superiores (predisponentes e capacitantes), verifica-se que, apenas a queixa de dor de dente/gengival (RP=1,07; IC95% 1,03-1,11) – entre as necessidades auto-referidas –, a necessidade de prótese parcial (RP=1,20; IC95% 1,12-1,29) e de prótese total (RP=1,35; IC95% 1,24-1,48), e a presença de quatro ou mais dentes com necessidade de tratamento (RP=1,12; IC95% 1,04-1,21) – entre as necessidades definidas pelo profissional –, permaneceram associadas ao evento. No modelo final, as variáveis que caracterizaram a utilização dos serviços odontológicos foram ajustadas entre si e pelas variáveis dos níveis hierárquicos anteriores, observou-se que o uso de serviço odontológico público foi significativamente maior entre os adultos que procuraram o serviço motivado por algum problema de saúde bucal (RP=1,17; IC95% 1,09-1,25) e que avaliaram como regular o atendimento recebido (RP=1,17; IC95% 1,11-1,24). O uso de serviços odontológicos públicos esteve significativa e independentemente associado ao sexo feminino e à menor escolaridade, à menor renda, à residência nas regiões Nordeste e Sul e em municípios de menor porte, à queixa de dor de dente ou gengival e à necessidade de tratamento diagnosticada profissionalmente, no caso, próteses parcial e total e



uma maior quantidade de dentes permanentes. As associações mais fortes foram detectadas para as variáveis escolaridade e renda familiar per capita, em ambos os casos.

Freire et al. (2009) estimaram a prevalência de dor de dente em adolescentes brasileiros e analisaram os fatores sociodemográficos e comportamentais associados, utilizando os dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) de 2009. A população de estudo foi composta por alunos cursando, no ano de 2009, o nono ano do ensino fundamental de escolas públicas e privadas das 26 capitais e o Distrito Federal, com idade entre 11 - 17 anos e mais. A amostra da PeNSE totalizou 60.973 estudantes de 1.453 escolas públicas e privadas nas 27 capitais, totalizando taxa de resposta de 88,7%. A maioria tinha de 13 a 15 anos (89%). Para o presente estudo, foram selecionados apenas os estudantes que responderam “sim” ou “não” à questão sobre dor de dente, sendo excluídos os que responderam “Não sei” ou que não responderam esta questão, sendo assim 54.985 estudantes foi incluído na presente investigação. A idade variou de 11 a 19 anos ou mais e 53,6% eram do sexo feminino. A prevalência de dor de dente foi de 17,8% (IC95%: 17,5-18,1) para a amostra como um todo. Os valores mais elevados foram encontrados em capitais situadas nas regiões Norte e Centro-oeste, com exceção de uma da Região Sul. A prevalência de dor dentária foi significativamente maior em escolares do sexo feminino (19,7%), nas faixas etárias de 14 a 16 anos (17,9%) e maior que 17 anos (22,9%), e nos adolescentes que se classificaram como pardos (18,3%), pretos (20%) e indígenas (20,6%). A maior prevalência foi encontrada em estudantes de escola pública (18,7%) e que não moram com a mãe (20,3%). Dentre todas as variáveis incluídas no modelo final, a maior associação com a ocorrência de dor de dente foi observada em escolares com baixa frequência de escovação diária (RP = 1,82; IC95%: 1,60-2,06), sendo a prevalência 80% maior em relação àqueles que relataram frequência de escovação de 3 vezes ou mais ao dia. A prevalência de dor de dente foi 34% maior no sexo feminino, 33% maior em estudantes de escolas públicas e 29% maior entre aqueles que relataram ter experimentado cigarro alguma vez na vida. Em relação aos grupos raciais, pretos e indígenas apresentaram prevalência de dor de dente 29% e 32% maior, respectivamente, em relação aos brancos.

Pinho et al. (2012) estimaram a prevalência da dor de dente entre adultos

residentes em uma região industrial do sudeste do Brasil e correlacionaram estas com informações a respeito do acesso aos serviços de saúde, intensidade da dor, limitações funcionais e sociais na vida diária. A população de estudo foi constituída por homens e mulheres com idade entre 35 a 44 anos, residentes no perímetro urbano, totalizando uma amostra com 744 indivíduos. A prevalência de dor de dente foi de 24,3%. Quanto às variáveis correspondentes à dor de dente, 68% dos indivíduos tiveram baixo acesso aos serviços odontológicos de emergência, seja público, privado ou através de planos de saúde. Quanto à intensidade da dor, 39,7% dos entrevistados relataram ter vivenciado dor intensa e vários dias com dor de dente; e 47,3% relataram que a dor de dente teve alto impacto em suas habilidades sociais/funcionais. Foram identificados quatro grupos com perfis diferentes para dor de dente e fatores associados. Os dois grupos, em que a dor de dente apresentou maiores efeitos na vida diária era formado por indivíduos que tinham menos acesso aos serviços de saúde bucal (mulheres e indivíduos multirraciais ou não-branco, casado, com ensino médio, e rendimentos mais baixos), o outro grupo era composto por indivíduos que relataram uma alta intensidade de dor de dente e um grande impacto sobre as limitações sociais / funcionais (pessoas que estavam de 40 a 44 anos de idade, casado ou viúvo, preto ou multirracial, e que completaram o ensino médio). Os outros dois grupos em que a dor de dente tinha menos impacto na vida diária eram compostos por indivíduos que tinham um melhor acesso aos serviços de saúde bucal (homens e indivíduos que estavam divorciados, analfabetos ou com nível superior, e renda maior que R\$ 300,01), o outro grupo era composto por indivíduos que tinham baixa gravidade e baixa limitação social e funcional (indivíduos com idade 35 a 39 anos, brancos, solteiro, e escolaridade até o ensino médio).

Peres et al. (2012) estimaram a prevalência de dor dentária e fatores contextuais e individuais associados em adultos e idosos residentes nas capitais do Brasil, identificando as desigualdades na distribuição desses fatores. Avaliaram-se os dados provenientes do módulo de saúde bucal incluído no VIGITEL, no ano de 2009. O universo amostral foi por 54.367 indivíduos. A prevalência de dor dentária foi maior nas capitais das regiões Norte e Nordeste, nas mulheres, nos mais jovens, nos de cor de pele preta, nos fumantes, nos que não possuem planos de saúde, assim como nos que apresentam maior consumo semanal de refrigerantes e nos

fumantes. A prevalência de dor dentária foi de 15,2% e apresentou variação nas capitais. Prevalências maiores do que 20% foram identificadas em Macapá e São Luís, enquanto prevalências menores do que 15% foram encontradas em todas as capitais do Sul e Sudeste, em Cuiabá e Campo Grande no Centro-oeste e em Maceió, Recife e Natal na Região Nordeste. A variável contextual (macrorregião) permaneceu associada à dor dentária, mesmo após ajustamento, independentemente das características individuais. A prevalência de dor dentária foi 38% maior nos homens quando comparados às mulheres, 73% maior entre os pretos e 30% maior entre os pardos comparados aos brancos. Dentre os que possuíam plano de saúde observou-se prevalência de dor dentária 39% menor do que os que não tinham plano de saúde. Aqueles que apresentaram maior consumo semanal de refrigerantes e eram fumantes as prevalências de dor dentária foram, respectivamente, 31% e 41% maiores do que os consumiam menos refrigerante e não fumantes respectivamente.

Lee et al. (2012) testaram a hipótese de que entre 2001 a 2008, os americanos utilizaram o departamento de emergência para atendimento odontológico. Para testar a hipótese, compararam-se as taxas de visitas ao departamento de emergência no período de 2001 – 2008, devido a problemas odontológicos em comparação com as visitas por asma. Foram utilizados os dados da Pesquisa hospitalar e ambulatorial sobre cuidados médicos (PHACM) realizado pelo Centro Nacional de Estatísticas de Saúde. As visitas ao departamento de emergência por motivos odontológicos foram identificadas através da variável “motivo da visita”, coletada pela PHACM, e incluíram: sintomas na gengiva e no dente; dor de dente; dor na gengiva e sangramento gengival. As taxas de visitas ao departamento de emergência por motivos odontológicos foram estimadas segundo, idade, sexo, raça, etnia (não latino – branco; não latino – preto; e latino), região geográfica e utilização de planos de saúde (privado; plano de saúde para crianças, “Medicare” e sem plano de saúde). O número de visitas ao departamento de emergência por motivos odontológicos cresceu 41% no período de 2001 – 2008. O aumento nas taxas de visitas por motivos odontológicos aumentou principalmente entre aqueles com idade de 18 a 44 anos, negros, e pessoas sem planos de saúde.

Ababneh, Hwaj e Khader (2012) estimaram a prevalência e os indicadores de risco de gengivite, periodontite agressiva e periodontite crônica. O estudo incluiu

uma amostra aleatória de 595 pacientes ambulatoriais acompanhados por um Centro Médico de Saúde, um Hospital Odontológico Universitário, e duas clínicas privadas. 75,8% da amostra tinha gengivite, 5,5% tinham periodontite crônica e 2,2% tinham periodontite agressiva. Apenas 16% da amostra estavam com a cavidade periodontal saudável. A maioria dos participantes tinha de 20-29 anos. Periodontite foi mais prevalente em homens do que em mulheres, com uma razão de 1,6:1, e a prevalência aumentou conforme o aumento da idade. Maior prevalência de periodontite foi observada entre pacientes com renda familiar < 400 JODS (9,9%). Houve diferença significativa na prevalência de periodontite segundo renda familiar. A maioria das pessoas com nível de escolaridade menor ou igual a 12 anos tiveram gengivite seguida de periodontite, sendo sua maior prevalência na amostra da zona rural. Aqueles que relataram visitas odontológicas por motivos emergenciais tiveram uma maior prevalência de gengivite (80,7%) e periodontite (8,3%) do que aqueles que se consultavam com frequência. A menor prevalência de gengivite (71%) e periodontite (8,3%) foram observadas entre aqueles que escovam os dentes com regularidade. Fumantes (84,2%) e ex-fumantes (17,6%), tiveram maior prevalência de gengivite e periodontite respectivamente. Maior prevalência de periodontite foi observada entre aqueles com massa corporal > 30 kg/m<sup>2</sup>. O índice de placas foi dividido em três grupos (IP < 1; IP = 1-2; IP > 2), aqueles com periodontite agressiva, 69,2% tiveram IP = 1-2, e 30% tiveram IP > 2. Quanto à extensão e severidade das doenças periodontais, o grupo com periodontite agressiva foi o mais afetado. Em análise multivariada, aqueles com nível de escolaridade menor ou igual a 12 anos tiveram 5,5 vezes mais chance de ter periodontite comparados aqueles com nível de escolaridade maior de 12 anos. A chance de ter periodontite foi 25 vezes mais elevada em pessoas que não escovavam os dentes em comparação com aquelas que escovavam com regularidade. Aqueles com história familiar de periodontite tiveram 5 vezes mais chance de ter periodontite em comparação com aqueles sem histórico familiar de periodontite.

Harford e Chrisopoulos (2012) estimaram o custo da produtividade perdida associado à problemas odontológicos e examinaram se características de saúde oral ou visitas odontológicas estão associadas com a perda de produtividade. O estudo artigo apresentou achados de 6.284 adultos com idade de 18 anos ou mais que foram diretamente entrevistados. Um total de 9% das pessoas na idade de 18

anos e mais que estavam empregadas ou estudando, relataram que já perderam um ou mais de meio período do trabalho ou estudo devido à problemas odontológico. Não houve diferença estatisticamente significativa entre as características sociodemográficas relatadas. No geral, houve uma média de 0,23 ocasiões de falta ao trabalho entre todos os trabalhadores; e entre aqueles que faltaram ao trabalho ou estudo, o fizeram por uma média de 2,49 vezes. A média de redução das atividades diárias foi de 0,15 ocasiões, entre todos os trabalhadores, e aqueles que tiveram suas atividades reduzidas, fizeram por uma média de 3,32 vezes. As pessoas que se afastaram do trabalho devido a problemas odontológicos também foram mais propensas a relatarem que tiveram pelo menos uma ocasião em que reduziram suas atividades (25,2%), comparadas àquelas que não se afastaram do trabalho (2,6%). Quanto ao custo gerado devido à perda da produtividade, houve aproximadamente 2,4 milhões de ocasiões em que as pessoas perderam meio período ou mais dos estudos ou emprego. Supondo-se que a quantidade média de tempo para essas ocasiões é de 75% (referência) de um dia inteiro, o custo médio para a economia em perda de produtividade é estimado em aproximadamente \$ 453 milhões anualmente. Em 50% (custo mínimo) de um dia inteiro, a estimativa é de aproximadamente \$ 302 milhões; e o custo máximo em um dia inteiro é de aproximadamente \$ 604 milhões. Quanto à redução das atividades usuais, houve aproximadamente 1,6 milhões de ocasiões. Supondo-se que a média de tempo para essas ocasiões seja de 25% (referência) de um dia inteiro, o custo médio para a economia em perda de produtividade é estimada em \$ 103 milhões anualmente. Em 10% de um dia inteiro (custo mínimo) a estimativa é de aproximadamente \$ 41 milhões, e em meio período (custo máximo) seria de aproximadamente \$ 206 milhões.

Costa et al. (2012) avaliaram a associação entre a gravidade das cáries em adultos com 35 a 44 anos e as características dessa população no que diz respeito aos diferentes níveis em que os fatores determinantes da cárie operam (individual, estrutura social e níveis de contexto social). A população de estudo foi composta por adultos com idade entre 35 – 44 anos, residentes na área urbana dos municípios vizinhos à Belo Horizonte, capital de Minas Gerais, Brasil. O índice de CPO-D foi utilizado para avaliar as cáries dentais. Para definir a severidade das cáries, CPO-D  $\geq$  14 foi considerado de alta severidade e CPO-D  $<$  14 foi

considerado de baixa severidade. Um total de 1.150 adultos de 35 – 44 anos participaram do presente estudo, destes 1.138 foram submetidos ao exame da cavidade oral. A maioria dos entrevistados era do sexo feminino (65,5%), tinham algum grau de escolaridade (98,0%) e ou eram casados ou estavam em união estável (67,5%). A renda mensal familiar variou entre 0.000 a 5.882,35 dólares, e a renda per capita variou entre 0.000 a 5.176,47 dólares. A maioria dos participantes tinha cárie de alta severidade (68,5%). Em análise bivariada a severidade das cáries foi associada significativamente com o sexo ( $p = 0,049$ ); idade ( $p = 0,005$ ), consultas regulares ao dentista ( $p = 0,004$ ); a comunidades que se organizaram para eleger líderes comunitários ( $p = 0,004$ ) e empoderamento (capacidade de decisão) ( $p = 0,028$ ). Em análise multivariada a severidade das cáries permaneceu associada significativamente com idade, consultas regulares ao dentista, comunidades que se organizaram para eleger líderes comunitários, renda familiar mensal e sentimento de empoderamento. A prevalência de cáries entre aqueles com 40 – 44 anos foi 1,15 vezes maior (IC 95% = 1,04 – 1,26) do que naqueles com 35 – 39 anos. A prevalência de cáries de alta severidade foi maior entre aqueles que visitaram o dentista com frequência (RP = 1,18; IC 95%: 1,07 – 1,30); entre aqueles com baixa renda (RP = 1,11; IC 95% = 1,01 – 1,23); entre aqueles que não participaram das eleições para eleger líderes comunitários (RP = 1,16; IC 95% = 1,05 – 1,28); e aqueles que se sentiram incapazes para tomar decisão (sem empoderamento) (RP = 1,12; IC 95% = 1,101 – 1,24).

Shgair et al. (2012) descreveram o perfil das crianças que procuraram tratamento odontológico de emergência em uma faculdade odontológica em Pelotas, RS, Brasil, assim como os motivos pelo o que procuraram o serviço e o tratamento fornecido. Foram revisados os prontuários de 270 pacientes atendidos no setor de emergência da faculdade de odontologia de Pelotas, durante o ano de 2010. Dos 270 prontuários analisados, foram incluídos 253 na análise. As idades das crianças variaram de 1 – 16 anos; 51,79% eram do sexo masculino, e 48,21% do sexo feminino; 78,80% estavam acompanhadas pela mãe; a maioria (67,59%) era proveniente das periferias da cidade. O relato de dor foi a principal queixa que levou à procura do serviço de emergência, correspondendo a 82,03% de todas as queixas. Aproximadamente 79% dos atendimentos clínicos foram devido à cárie, e o tratamento mais frequentemente oferecido foi a intervenção endodôntica. Ao

comparar os grupos dentários, os dentes posteriores foram significativamente mais afetados por cáries ( $p < 0,001$ ), enquanto os anteriores foram afetados por traumas ( $p < 0,001$ ). Em relação à atitude adotada pelos pais antes de levar os filhos ao serviço de emergência odontológica, 48,61% administraram medicação sem prescrição; em 64% dos casos foi administrado com analgésicos e anti-inflamatório. Quanto ao tempo de duração das queixas, 33,65% responderam que “por mais de 30 dias”, enquanto 14,42% responderam que duraram de “um a três dias”.

Lima et al. (2013) verificaram a condição de urgência e fatores sócio demográficos em trabalhadores da construção civil do Estado da Bahia de empresas atendidas pelo SESI, no ano de 2008. Estudo transversal, retrospectivo, que se utilizou de dados secundários registrados de trabalhadores do ramo da construção civil, de quatro empresas do município de Salvador, BA e região metropolitana, durante o ano de 2008. Foram incluídos todos os trabalhadores deste ramo atendidos pelo programa atenção odontológica denominado Programa de Saúde Bucal na Empresa, o critério de exclusão foi a falta de registro da condição de urgência. A população de estudo totalizou 1057 trabalhadores. A condição de cárie foi avaliada pelo índice CPO-D, que representa a média de dentes cariados, perdidos por cárie e obturados. O CPO-D correspondeu a 17,55 (DP = 9,64) com mediana de 17,00. Em relação à composição percentual do índice, predominou o componente cariado (53,05%), seguido do perdido (27,41%) e do obturado (19,54%) Quanto à condição de saúde bucal, 14,00% foi de condição de urgência e 61,87% de alta atividade de carie. Aqueles com menor grau de escolaridade apresentaram maior proporção de urgência. Comportamento similar foi observado para a maior atividade de cárie ( $p = 0,00$ ). No modelo final de Regressão de Poisson, observaram-se as variáveis altas atividade de cárie (RP=1,98; 1,32-2,64 95%IC) e baixa escolaridade (RP = 1,48; 1,01-1,95 95%IC) como importantes na associação com a maior proporção de urgência no grupo em estudo.

Nanaiah, Nagarathna e Manjunath (2013) avaliaram a prevalência de periodontite em adolescente com idade entre 15 – 18 anos, na cidade de Mangalore, e determinaram as possíveis associações entre doença periodontal e fatores como hábito de higiene oral, gênero, status sócio econômico dos pais, e histórico educacional. Foram selecionados 1.100 estudantes para participar do estudo. As condições gengivais e periodontais foram avaliadas usando o Índice Periodontal

Comunitário da Organização Mundial de Saúde. A presença de gengivite foi maior no grupo com idade de 16 anos. Tais estudantes escovavam os dentes apenas uma vez por dia, comparados aos alunos das outras idades. 42,7% dos estudantes pertenciam ao grupo de baixo nível sócio econômico, tais estudantes escovavam os dentes apenas uma vez ao dia, comparados ao outro grupo de maior nível sócio econômico. O índice periodontal foi significativamente associado ao baixo status socioeconômico ( $p < 0,001$ ). Periodontite crônica foi diagnosticada em 1,5% dos estudantes, e foi significativamente maior entre aqueles com baixo nível sócio econômico. Aqueles com periodontite tiveram significativamente maior percentagem de placas, sangramento gengival, cálculo supragengival, comparados àqueles sem periodontite. A presença de sacos periodontais de 4-5 mm foi observada significativamente em maior número nas idades de 17, 18, 15 e 16 anos respectivamente. Não houve diferença estatística entre os sexos.

Hayes et al. (2013) quantificaram o tempo perdido devido a problemas dentários e tratamento na população canadense, assim como identificaram fatores associados com o tempo despendido, e fornecer informações sobre os impactos econômicos dessas questões. Este estudo trata-se de uma análise secundária dos dados da Pesquisa Canadense de Medidas de Saúde período 2007/2009, tal projeto é um inquérito nacional, com o objetivo de coletar informações diretas de canadenses com idade entre 6 – 79 anos, residentes em domicílios próprios. A amostra apresentou uma proporção igual entre os sexos masculino (49,9%) e feminino (50,1%). Quanto à faixa etária 60% tinham idade entre 20 – 59 anos; 84,7% dos participantes residiam em casas com 1 – 4 membros. 74,4% relataram nível de escolaridade além do ensino médio. 62% possuíam plano de saúde e 32% não tinham. Quanto à renda, quase 80% possuíam renda média à alta, enquanto 5,5% possuíam baixa renda. Quase 85% da amostra tinha autopercepção boa de sua saúde oral, e 88% relataram raramente ou nunca ter dor orofacial. Quase  $\frac{3}{4}$  da amostra consultaram um profissional da área odontológica mais de uma vez ao ano, e apenas 16% visitam em situações emergenciais. Entre os entrevistados, 35,1% relataram perder tempo de trabalho, estudo e atividades diárias devido à problemas dentários e tratamento, correspondendo a aproximadamente três horas e meia perdidas por pessoa. As pessoas que tiveram dor de dente frequentemente perderam duas vezes mais tempo com problemas dentários e tratamento, do que



aqueles que raramente tiveram dor de dente (7,5h X 3,2h). Aqueles que se consultaram apenas em situações de emergência também perderam mais tempo em comparação aos que se consultam com frequência (5,1h X 3,5h). As mulheres perderam mais tempo que os homens, assim como aqueles com alta renda. A dor orofacial foi o fator preditor mais fortemente associado à perda de tempo por problemas dentários e tratamento.

Hafner et al. (2013) descreveram e compararam os relatos de dor e aspectos relacionados à dor em adultos (35 a 44 anos) que vivem nas capitais e cidades do interior localizadas nas 5 regiões geográficas (Norte, Nordeste, Sudeste, Centro oeste e Sul) do Brasil. Foram incluídos nas amostras 9.779 adultos com idade de 35 a 44 anos de ambos os sexos, sendo 7.333 indivíduos residentes nas capitais e o restante da amostra residentes das cidades do interior. O estudo centrou-se na dor e sua intensidade nos últimos 6 meses. A prevalência da dor dentária no Brasil foi de 21%, alcançando uma intensidade de 3,2 (escala: 0 a 5). A maior prevalência da dor (acima de 30% da população) foi encontrada não apenas nas cidades do Sudeste, mas também nas capitais: Boa Vista, Recife e São Paulo. Tais capitais também tiveram a maior prevalência de elevada intensidade da dor. No que se refere às regiões, a maior prevalência da dor foi encontrada na região Sudeste com diferença estatística das outras regiões ( $p < 0,01$ ). Quanto à intensidade da dor, as capitais: Rio Branco (Norte), Aracaju e Natal (Nordeste) tiveram as menores médias (menos de 3,0). As regiões brasileiras apresentaram diferenças estatisticamente significantes ( $p < 0,01$ ) quanto à intensidade dor, a região Nordeste apresentou uma menor intensidade de dor relatada (3,25) comparado às regiões Sudeste (3,5) e Centro-oeste (3,58). Também houve diferença na intensidade da dor na análise entre as capitais e cidades do interior da região Nordeste ( $p < 0,01$ ). A intensidade da dor foi significativamente maior nas capitais Teresina (3,09), Natal (2,97) e Aracajú (2,81). Quanto a “consulta ao dentista”, as capitais da região Sudeste tiveram as maiores porcentagens comparada às capitais da região Norte, Nordeste e Sul. As menores demandas de “consulta ao dentista” foram registradas nas capitais das regiões Norte e Sul. No que se refere ao “uso do serviço odontológico público”, em 13 capitais a demanda foi acima de 50%, sendo a maioria correspondente às regiões Norte e Nordeste. Quanto “consulta odontológica devido à dor”, as regiões Norte, Sul e Centro-oeste apresentaram as maiores porcentagens

(acima de 30%). Dentre as variáveis relacionadas à dor dentária que impactaram as atividades diárias, a dificuldade para comer apresentou a maior percentagem variando de 29,8% em Natal a 72,7% em São Paulo. Quanto aos fatores socioeconômicos e a presença de dor, todas as regiões apresentaram associação entre dor, renda e tipo de serviço. Aqueles com baixa renda e os que usam o serviço público tiveram maior prevalência da dor.

Rosa (2013) investigou a associação entre o senso de coerência (SOC) e a prevalência de dor de dente numa amostra de adolescentes de 15 a 19 anos residentes em municípios de até 50 mil habitantes do Estado do Rio Grande do Sul. Estudo transversal, analítico, de base escolar, desenvolvido em 36 municípios do Rio Grande do Sul, selecionados a partir de 86 municípios que participaram do estudo “Condições de Saúde Bucal na população do Rio Grande do Sul”, realizado pela Secretaria de Saúde do Estado e pelo Ministério da Saúde em 2003. O plano amostral foi realizado em três etapas: amostragem dos municípios, das escolas e dos indivíduos. A população de estudo foi constituída por adolescentes escolares de 15 – 19 anos, residentes na área urbana ou rural dos municípios selecionados. Os dados foram coletados a partir de três instrumentos: ficha de exame epidemiológico, questionário de caracterização sócio demográfica, dor, uso de serviços de saúde bucal autorreferida; questionário de orientação para a vida (OLQ). A prevalência de dor de dente foi de 29,8% nos seis meses antecedentes a pesquisa. O SOC médio da amostra foi de 45, mínimo de 27 e máximo de 60, e o desvio padrão de 5. SOC permaneceu significante ao explicar a dor de dente como um fator de proteção  $RP = 0,65$  (95%; IC = 1,15 – 1,68). Os adolescentes tiveram menor ocorrência de dor de dente quanto mais forte o Senso de Coerência. Aqueles que foram ao dentista, de forma esporádica tiveram prevalência de dor de dente de 85%, em relação aos que se consultavam para realizar *check up* (IC 95% = 1,47 – 2,34). As meninas apresentaram 39% mais dor de dente do que os meninos (IC 95% = 1,15 – 1,68). Adolescentes com dentes cariados apresentaram até duas vezes mais dor de dente do que os que não tinham cárie.

Bonfim et al. (2013) descreveram a carga de doença periodontal entre adultos brasileiros e identificaram possíveis associações com determinantes sociais de saúde. Estudo descritivo, transversal, realizado no período de setembro a dezembro de 2010, utilizando dados primários da população de uma cidade da

região sudeste do Brasil. A seleção da amostra foi baseada no critério adotado pelo Projeto sobre Condições de Saúde Oral da População Brasileira. A amostra final foi constituída de 743 indivíduos, foram incluídos adultos de ambos os sexos, com idade entre 35 e 44 anos que estavam em casa no momento da entrevista e que aceitaram participar do estudo, foi excluída a zona rural. Foram analisadas as seguintes características socioeconômicas e demográficas: idade (35–39 anos e 40–44 anos), raça/cor auto referida (branco, pardo, preto e outros), sexo (masculino e feminino), estado civil (solteiro, casado, viúvo e divorciado), renda familiar per capita dicotomizada em ( $\leq$  R\$ 300.00 e  $>$  R\$ 300.00 por mês) e nível de escolaridade (analfabeto, 8 anos de estudo, 9 – 12 anos, e  $>$  12 anos). Foi realizada análise descritiva das variáveis, e utilizou-se análise de correspondência múltipla para analisar a associação entre doença periodontal com as características socioeconômicas e demográficas. A maior parte da população de estudo foi constituída por mulheres (69,2%), a idade foi de 35 – 39 anos (52,0%), pardos (49,7%), casados ou em união estável (71,7%), tinham menos de 8 anos de estudo (55,6%) e possuíam renda per capita menor ou igual a R\$ 300,00 (51,7%). Os exames periodontais mostrou que 36,5% dos indivíduos tinham um periodonto saudável, 2,0% tinham sangramento gengival, 47,1% tinham cálculo e 9,5% tinham bolsa periodontal de 4-5 mm. A pior condição periodontal, foram bolsas periodontais de 6 mm ou mais, encontrado em 2,1% dos participantes. Os fatores de risco para doenças periodontais foram analisados segundo grupos de maior risco. O primeiro grupo (G1) foi distinguido pela presença de sangramento (gengivite) ou um periodonto saudável. Os membros deste grupo tinham idade entre 35 a 39 anos e nível de escolaridade de 9-12 anos ou mais de 12 anos. Os membros do segundo grupo apresentaram cálculo ou bolsas periodontais de 4-5 mm. Este grupo era composto por homens brancos, com idade entre 40-44 anos, com rendimentos superiores a R\$ 300,00. O terceiro grupo foi distinguido pela presença da doença periodontal com bolsas de 6 mm ou mais. Este grupo era composto por adulto do sexo feminino, indivíduos pretos e pardos que tinham 8 anos ou menos de escolaridade, com rendimentos  $\leq$  R\$ 300,00, assim como viúvos.

Santiago, Valença e Vettore (2013) testaram a relação da vizinhança e do capital social individual com a dor dentária em adolescentes, adultos e idosos. Os dados foram obtidos de um estudo multinível de base populacional conduzido entre

2010 e 2011 em três cidades do estado da Paraíba, nordeste do Brasil. A população do estudo foi selecionada aleatoriamente através de 30 setores censitários, envolvendo 624 indivíduos, dentre eles, adolescentes, adultos e idosos, classificados na seguinte faixa etária: 15 – 19 anos (adolescentes); 35 – 44 anos (adultos) e 65 – 74 anos (idosos). A prevalência média de dor dentária foi de 26,8% na população estudada. A amostra foi composta predominantemente por adolescentes (60,1%) e mulheres (62,8%). Todas as variáveis relacionadas ao serviço odontológico e as medidas de saúde bucal se associaram significativamente com a dor dentária. Os resultados da análise logística multinível, não ajustada, mostram que a chance de dor dentária é menor em vizinhanças com alto nível de capital social. A análise ajustada (modelo 2) apresenta a associação do capital social na vizinhança e o capital social individual com a dor dentária. Indivíduos com alta ligação no capital social e aqueles que vivem em áreas cuja vizinhança possui alto capital social, apresentaram menos dor dentária. Outras variáveis de ajuste foram incluídas, tais como características sócio demográficas individuais (modelo 3), uso de serviços odontológico (modelo 4), assim como saúde bucal e comportamentos relatados (modelo 5). Em todos os modelos, a ligação do capital social e vizinhanças com alto capital social permaneceram inversamente associadas com a dor dentária. De acordo com o modelo final (modelo 5), os indivíduos que moram em vizinhanças com alto capital social foram 52% menos propensos a apresentarem dor dentária (OR = 0,48; IC = 0,27 – 0,85); além disso, a chance de apresentar dor dentária foi 12% mais baixa entre aqueles com ligação de social capital (interação social positiva) (OR = 0,88; IC = 0,88 – 0,91). Os fatores individuais relacionados à dor dentária foram: a última visita ao dentista, a autopercepção de saúde oral, assim como o número de dentes cariados. Baixa autopercepção de saúde oral e dentes cariados aumentaram a chance de dor.

Ravaghi, Quinonez e Alisson (2013) descreveram a prevalência da dor oral no Canadá e identificar suas covariáveis. Os dados foram obtidos através da Pesquisa da Medida de Saúde dos Canadenses (PMSC), que corresponde à uma pesquisa probabilística e estratificada em domicílios. No período de 2007 – 2009 foi coletado dados de 5.604 canadenses de idade entre 6 – 79 anos. Foram excluídos da análise os adultos sem dentição na arcada superior e inferior (n = 302), assim como aqueles que não compareceram ao exame odontológico (n = 18). Dor oral foi

relatada por 11,7% da população do estudo. Em análise bivariada os fatores sócios demográficos significativamente relacionados à dor foram: idade ( $p < 0,001$ ), renda ( $p = 0,02$ ) e pose de habitação ( $p = 0,01$ ). Dor oral foi mais prevalente entre indivíduos que evitaram um profissional da área odontológica devido ao custo ( $p < 0,001$ ) e entre aqueles que nunca visitaram um profissional da área odontológica ou visitavam apenas para cuidados de emergência. Indivíduos que relataram escovar os dentes com mais frequência tiveram menos dor oral. Dor oral foi significativamente associada à presença de dentes cariados não tratados ( $p < 0,001$ ). No modelo final, as covariáveis que apresentaram significância com a dor oral foram: idade, renda, evitar um profissional da área odontológica devido ao custo e presença de dentes cariados não tratados. Adolescentes, adultos jovens e adultos tiveram significativamente maiores risco de dor oral comparado às crianças. A prevalência da dor oral foi significativamente maior entre aqueles com 2 quintis mais baixo de renda do que entre aqueles com os maiores quintis. Os que evitaram o profissional da área odontológica devido ao custo tiveram 2,68 vezes mais chance de relatarem dor oral (IC: 2,06 – 3,49); aqueles com dentes cariados não tratados tiveram 1.58 vezes mais chance de relatar dor oral (IC: 1,07 - 2,32) comparados àqueles sem dentes cariados.

Noro et al. (2014) relacionaram a dor de dente com a condição socioeconômica, acesso aos serviços de saúde bucal e estilo de vida em adolescentes do município de Sobral, Ceará, Brasil. A amostra foi constituída por 352 adolescentes do sexo masculino e 336 do sexo feminino, com idades entre 11 – 15 anos, residentes na zona urbana de Sobral. Quanto às variáveis relacionadas as condições sócio econômicas, 89,1% da amostra eram estudantes de escola pública; 84,9% residiam em casa própria; no que se refere ao “acesso aos serviços de saúde”, 87,1% classificaram o serviço de saúde bucal como bom ou excelente e 92% estavam com as vacinações em dia. Dentre os que tiveram má nutrição na infância, 16,1% participaram de programas contra desnutrição, e 6% tiveram acompanhamento do serviço privado. Quanto ao “estilo de vida”, 82,8 % avaliam seu padrão mastigatório como bom ou excelente. 98,4% relataram o uso de escova de dente e pasta de dente, por outro lado, o fio dental era usado apenas por 8,1% da amostra. 98,7% eram abastecidos com água tratada com flúor. A prevalência de dor de dente foi de 31,8% na população de estudo (IC95%= 28.3% – 35.3%). As

variáveis relacionadas à condição socioeconômica, acesso aos serviços de saúde e estilo de vida não tiveram significância estatística para explicar a dor de dente. Os fatores que demonstraram maior correlação com a dor de dente foi o CPO-D total, indicando a gravidade das cáries na determinação da dor de dente, assim como os casos de tratamento associados aos cuidados emergenciais. Outro fator com correlação substancial com a dor de dente foi a consulta ao dentista, indicando que aqueles que consultaram o dentista pelo menos uma vez por ano tiveram mais dor de dente do que aqueles que não tinham se consultado em um período maior de um ano. O recebimento de escova de dente, em ambiente escolar, onde a escovação coletiva é incentivada, foi fator significante para a não ocorrência de dor de dente.

Fonseca et al. (2014) avaliaram, a partir de dados secundários de registro na unidade, a influência da organização da atenção básica e das características sociodemográficas da população na procura pelo serviço de pronto atendimento odontológico, na cidade de Piracicaba (SP), entre os anos de 2007 a 2009. Foram analisados 57.231 registros odontológicos, após as exclusões. Verificou-se ao longo dos 3 anos avaliados que, na média, 5,24% da população estimada do município procurou pelo serviço. Foram computados, no período, um total de 55.168 procedimentos agrupados em cirúrgicos (54,90%), restauradores (24,60%), endodônticos (17,10%) e periodontais, protéticos e outros (3,30%). Houve um equilíbrio entre a procura pelos serviços do pronto atendimento odontológico entre os sexos masculino (50,80%) e feminino (49,20%) nas diferentes faixas etárias. Quanto à faixa etária, a maior procura concentrou-se entre as idades de 20-49 anos, com 63,85% do total. Observou-se uma procura maior pelo serviço nos períodos da tarde, durante os dias úteis e, no período da manhã, nos finais de semana e feriados. Verificou-se que os usuários atendidos no Pronto Atendimento Odontológico provenientes dos bairros classificados com piores índices de exclusão social (C, D e E) apresentaram 4,15 (IC95%:1,28-13,43) vezes mais chance de procurar pelo serviço de pronto atendimento que os usuários provenientes de bairros apresentando melhores condições sociais (A e B) ( $p = 0,0014$ ). A existência de equipe de saúde bucal (ESB) não apresentou significância estatística na procura pelo serviço ( $p = 0,0984$ ), o mesmo acontecendo em relação à procura quanto ao sexo ( $p = 0,2517$ ), considerando significância estatística de  $p < 0,05$ .



## **2 ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DE 1248 PACIENTES COM DOR OROFACIAL DE ORIGEM ODONTOGÊNICA**



## 2.1 INTRODUÇÃO



## 2.1 INTRODUÇÃO

Embora as prevalências das doenças cárie e periodontal tenham diminuído nos últimos anos, as dores orofaciais de origem odontogênica continuam a ser um problema de saúde pública significativa em todo mundo (BARBATO et al., 2007). Lipton et al. (1993) apresentaram uma estimativa de prevalência e distribuição dos tipos de dores relacionadas ao meio bucal e a face. Aproximadamente 39 milhões de americanos (22%) já haviam experimentado algum tipo de dor orofacial. No Brasil, a dor de dente está presente em 35,7% dos adolescentes, 34,8% dos adultos e 22,2% dos idosos (Alexandre et al., 2006). Segundo Gibbons e West (1996), cerca de 50% dos pacientes que procuram o Serviço de Urgência apresentam como queixa principal a dor de origem dentária.

A maioria dos problemas de ordem odontológica precisam da intervenção de um profissional para serem resolvidos. Infelizmente muitos indivíduos não tem o hábito de procurar o seu dentista regularmente, de forma preventiva, deixando para fazê-lo somente quando já apresentam dor instalada (REISINE, 1998; ALEXANDRE et al., 2006; COSTA et al., 2009; LEE et al., 2012).

Apesar de existirem inúmeros trabalhos sobre o atendimento de urgência em odontologia, existem limitadas informações com relação aos dados epidemiológico de pacientes queixando-se de dor cuja origem seja pulpar, periapical e periodontal (BASSOLS et al., 1999; BASTOS; GIGANTE; PERES, 2008), mesmo estes o motivo mais frequente da necessidade de atendimento de urgência (MUNERATO et al., 2005). Estudos sobre dor orofacial estão relacionados principalmente às disfunções têmporo-mandibulares (LACERDA et al., 2004). Além disso, a maioria dos trabalhos refere-se à queixa principal, demanda de serviço, tipo de procedimento realizado, duração e fator causal da dor, custos, e complicações pós-tratamento (ALEXANDRE et al., 2006).

Dores orofaciais de origem dentária devem ser consideradas um problema importante devido a sua elevada prevalência (LACERDA et al., 2004; ALEXANDRE et al., 2006), principalmente em áreas de privação social (FERREIRA et al., 2006; BASTOS et al., 2007; PERES et al., 2012; NORO et al., 2012; LIMA et al., 2013; BONFIM et al., 2013). Destaca-se, o impacto das dores orofaciais na

qualidade de vida das crianças e adolescentes, em função do desconforto físico, além do alto potencial de interferência negativa nas relações sociais (ALEXANDRE et al., 2006; GOMES; ABEGG, 2007; FREIRE et al., 2012).

Um programa de prevenção efetivo sobre as urgências de origem dentária deve ser, preferencialmente, precedido por um estudo sobre a sua distribuição em uma determinada população e sobre os seus fatores determinantes. A partir de evidências do reduzido número de estudos epidemiológicos na população Brasileira e, por considerar as especificidades e diferenças demográficas, culturais e socioeconômicas, se torna justificável analisar o perfil epidemiológico de pacientes com dor orofacial de origem odontogênica tratados em Cuiabá-MT.



## **2.2 MATERIAIS E MÉTODOS**

## 2.2 MATERIAIS E MÉTODOS

Este foi um estudo transversal descritivo retrospectivo, realizado por meio da revisão de prontuários de pacientes atendidos na Disciplina de Urgência da Faculdade de Odontologia da Universidade de Cuiabá (UNIC), Cuiabá, Mato Grosso, Brasil (latitude 15°35'46"S, longitude 56°05'48"O), que apresentaram histórico de dor orofacial de origem odontogênica, no período compreendido entre março de 2011 a dezembro de 2012.

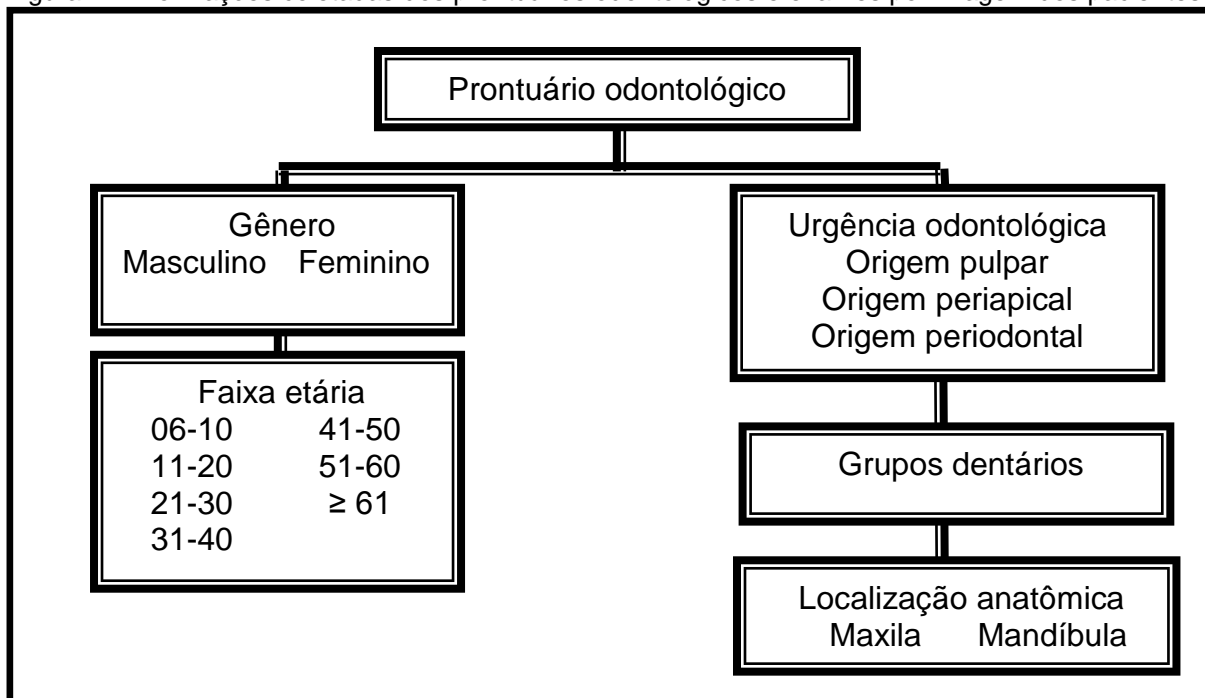
Informações relacionadas ao aspecto epidemiológico das urgências odontológicas (figura 1) foram obtidas dos registros odontológicos e exames por imagem dos pacientes com auxílio das planilhas digitais, por dois estudantes de pós-graduação. Previamente à coleta dos dados, um estudo piloto, envolvendo 10% da amostra final, foi realizado para testar a viabilidade do estudo e treinar e calibrar os examinadores com relação aos critérios utilizados.

Os critérios de inclusão deste estudo foram prontuários de pacientes acometidos por dor orofacial e devidamente preenchidos. Foram excluídos da pesquisa casos envolvendo dentição decídua e prontuários que apresentavam campos em branco e/ou dados não especificados. As urgências odontológicas de origem pulpar e periapical foram classificadas de acordo com os critérios propostos por Estrela et al. (2004). Já as urgências de origem periodontal foram classificadas de acordo com Lindhe et al. (2010).

A pesquisa foi devidamente registrada na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade de Cuiabá (UNIC) (Protocolo nº 867.102/2014).

A análise estatística dos dados foi realizada com o programa IBM SPSS for Windows 21.0 (IBM Corporation, Somers, NY, EUA) e incluiu distribuição de frequência e teste de associação. A significância estatística para a associação entre as variáveis foi determinada pela utilização do teste qui-quadrado. O nível de significância estabelecido foi de  $p < 0,05$ .

Figura 1 - Informações coletadas dos prontuários odontológicos e exames por imagem dos pacientes.



UNIVERSIDADE DE CUIABÁ



## 2.3 RESULTADOS

## 2.3 RESULTADOS

A análise envolveu 1248 pacientes com histórico de dor orofacial de origem odontogênica, com idade variando entre 6 e 85 anos (média 31,88 anos e desvio padrão de 13,33). Do total de registros analisados, 806 (64,58%) eram do gênero feminino e 442 (35,42%) do gênero masculino, sendo observada uma proporção entre mulheres e homens de 1,82:1. As maiores frequências foram registradas nos participantes de 21-30 anos (n=377; 30,21%), seguidos dos participantes de 31-40 anos (n=278; 22,28%) (Tabela 1). Pulpite sintomática (n=466; 32,54%), periodontite apical sintomática infecciosa (n=457; 31,91%) e pulpálgia hiperreativa (n=234; 16,34%) foram as urgências odontológicas mais comumente observadas (Tabela 1). Os pacientes apresentaram um total de 1432 dentes com sintomatologia dolorosa, representando cerca 1,14 dentes por paciente. Setecentos e vinte e oito dentes (50,84%) localizavam-se na mandíbula e 704 (49,16%) na maxila. Os dentes mais comumente afetados foram os molares inferiores (n=521; 36,38%) seguidos pelos molares superiores (n=346; 24,16%) (Tabela 1).

Correlações envolvendo o gênero do paciente, o tipo de urgência odontológica, idade e grupo dentário foram analisados, levando-se em consideração estudos prévios.

### 2.3.1 Relação do tipo de urgência odontológica com o gênero

Indivíduos do gênero feminino apresentaram elevado número de urgências odontológicas. De um total de 466 casos de pulpite sintomática, 300 (64,37%) foram observadas entre os participantes do gênero feminino, assim como as 290 periodontites apicais sintomáticas infecciosas (63,45%) de um total de 466 e 29 pericoronarites (78,37%) de um total de 37 ocorreram entre esses pacientes. Lesões endo-perio (11/16) (68,75%) foram predominantes diagnosticadas em pacientes do gênero masculino (Tabela 2).

### **2.3.2 Relação do tipo de urgência odontológica com a faixa etária**

A maioria das urgências de origem pulpar foi observada no grupo de pacientes com idade entre 11-20 anos e 21-30 anos, 174 (12,15%) e 209 (14,59%), respectivamente. No entanto, com o aumento da idade, as urgências periapicais constituíram-se no principal motivo de procura por atendimento odontológico, sendo responsável por 21,94% dos atendimentos (Tabela 2).

### **2.3.3 Relação do tipo de urgência odontológica com o grupo dentário**

A prevalência das urgências odontológica mostrou-se maior para o grupo dentário molar inferior, seguido do grupo molar superior e pré-molares, com exceção da urgência odontológica (periodontal) APC que foi identificada exclusivamente nos molares inferiores (Tabela 2).



**Tabela 1** - Aspectos epidemiológicos das urgências odontológicas de origem endodôntica

<b>Variáveis</b>	<b>n (%)</b>
<b>Gênero</b> (n= 1248)	
Masculino	442 (35,42%)
Feminino	806 (64,58%)
<b>Idade</b> (n= 1248)	
06 a 10 anos	17 (1,36%)
11 a 20 anos	254 (20,35%)
21 a 30 anos	377 (30,21%)
31 a 40 anos	278 (22,28%)
41 a 50 anos	200 (16,03%)
51 a 60 anos	88 (7,05%)
≥ 61 anos	34 (2,72%)
<b>Grupo dentário</b> (n= 1432)	
Incisivo superior	112 (7,82%)
Canino superior	49 (3,42%)
Pré-molar superior	197 (13,76%)
Molar superior	346 (24,16%)
Incisivo inferior	35 (2,44%)
Canino inferior	30 (2,09%)
Pré-molar inferior	142 (9,92%)
Molar inferior	521 (36,38%)
<b>Urgência odontológica</b> (n=1432)	
<i>Pulpar</i>	
Pulpalgia hiperreativa	234 (16,34%)
Pulpite sintomática	466 (32,54%)
Pulpite assintomática	20 (1,40%)
<i>Periapical</i>	
Periodontite apical sintomática traumática	12 (0,84%)
Periodontite apical sintomática infecciosa	457 (31,91%)
Abscesso periapical sem fístula fase I	54 (3,77%)
Abscesso periapical sem fístula fase II	75 (5,24%)
Abscesso periapical sem fístula fase III	23 (1,61%)
<i>Periodontal</i>	
Pericoronarite	37 (2,58%)
Abscesso periodontal	38 (2,65%)
Lesão endo-perio	16 (1,12%)

**Tabela 2 - Distribuição das urgências odontológicas em função do gênero, faixa etária e grupo dentário.**

	Urgências Odontológicas											TOTAL
	Pulpaes n (%)				Periapicais n (%)				Periodontais n (%)			
	PH	PS	PA	PAST	PASI	APSF I	APSF II	APSF III	APC	AP	LEP	
<b>Gênero</b>												
Masculino	93 (6,49%)	166 (11,59%)	14 (0,98%)	05 (0,35%)	167 (11,66%)	17 (1,19%)	17 (1,19%)	12 (0,84%)	08 (0,56%)	14 (0,98%)	11 (0,77%)	524 (36,60%)
Feminino	141 (9,85%)	300 (20,95%)	6 (0,42%)	07 (0,49%)	290 (20,25%)	37 (2,58%)	58 (4,05%)	11 (0,77%)	29 (2,03%)	24 (1,68%)	05 (0,35%)	908 (63,42%)
<b>Faixa etária</b>												
06 a 10 anos	06 (0,42%)	8 (0,56%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	02 (0,14%)	00 (0,00%)	01 (0,07%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	17 (1,19%)
11 a 20 anos	53 (3,70%)	113 (7,89%)	08 (0,56%)	02 (0,14%)	66 (4,61%)	10 (0,70%)	15 (1,05%)	03 (0,21%)	09 (0,63%)	01 (0,07%)	01 (0,07%)	281 (19,63%)
21 a 30 anos	55 (3,84%)	152 (10,61%)	02 (0,14%)	05 (0,35%)	153 (10,68%)	14 (0,98%)	17 (1,19%)	06 (0,42%)	23 (1,61%)	03 (0,21%)	01 (0,07%)	431 (30,10%)
31 a 40 anos	40 (2,79%)	107 (7,47%)	04 (0,28%)	03 (0,21%)	109 (7,61%)	17 (1,19%)	17 (1,19%)	05 (0,35%)	03 (0,21%)	13 (0,91%)	02 (0,14%)	320 (22,35%)
41 a 50 anos	46 (3,21%)	53 (3,70%)	02 (0,14%)	02 (0,14%)	81 (5,66%)	07 (0,49%)	17 (1,19%)	05 (0,35%)	01 (0,07%)	13 (0,91%)	05 (0,35%)	232 (16,21%)
51 a 60 anos	25 (1,75%)	24 (1,68%)	02 (0,14%)	00 (0,00%)	38 (2,65%)	06 (0,42%)	04 (0,28%)	02 (0,14%)	00 (0,00%)	07 (0,49%)	05 (0,35%)	113 (7,90%)
≥ 61 anos	09 (0,63%)	09 (0,63%)	02 (0,14%)	00 (0,00%)	10 (0,70%)	00 (0,00%)	03 (0,21%)	02 (0,14%)	00 (0,00%)	01 (0,07%)	02 (0,14%)	38 (2,66%)
<b>Grupo dentário</b>												
Incisivo superior	13 (0,91%)	11 (0,77%)	01 (0,07%)	02 (0,14%)	43 (3,00%)	16 (1,12%)	14 (0,98%)	09 (0,63%)	00 (0,00%)	01 (0,07%)	02 (0,14%)	112 (7,83%)
Canino Superior	08 (0,56%)	09 (0,63%)	02 (0,14%)	00 (0,00%)	23 (1,61%)	01 (0,07%)	04 (0,28%)	01 (0,07%)	00 (0,00%)	01 (0,07%)	00 (0,00%)	49 (3,43%)
Pré-molar superior	35 (2,44%)	68 (4,75%)	02 (0,14%)	03 (0,21%)	73 (5,10%)	04 (0,28%)	08 (0,56%)	01 (0,07%)	00 (0,00%)	03 (0,21%)	00 (0,00%)	197 (13,76%)
Molar superior	59 (4,12%)	131 (9,15%)	05 (0,35%)	02 (0,14%)	103 (7,19%)	10 (0,70%)	11 (0,77%)	01 (0,07%)	10 (0,70%)	10 (0,70%)	04 (0,28%)	346 (24,17%)
Incisivo inferior	05 (0,35%)	04 (0,28%)	00 (0,00%)	01 (0,07%)	09 (0,63%)	01 (0,07%)	02 (0,14%)	01 (0,07%)	00 (0,00%)	07 (0,49%)	05 (0,35%)	35 (2,45%)
Canino inferior	08 (0,56%)	04 (0,28%)	00 (0,00%)	00 (0,00%)	10 (0,70%)	02 (0,14%)	01 (0,07%)	01 (0,07%)	00 (0,00%)	04 (0,28%)	00 (0,00%)	30 (2,10%)
Pré-molar inferior	34 (2,37%)	35 (2,44%)	01 (0,07%)	01 (0,07%)	48 (3,35%)	07 (0,49%)	11 (0,77%)	01 (0,07%)	00 (0,00%)	03 (0,21%)	01 (0,07%)	142 (9,91%)
Molar inferior	72 (5,03%)	204 (14,25%)	09 (0,63%)	03 (0,21%)	148 (10,34%)	13 (0,91%)	24 (1,68%)	08 (0,56%)	27 (1,89%)	09 (0,63%)	04 (0,28%)	521 (26,41%)

PH: pulpalgia hiperreativa; PS: pulpite sintomática; PA: pulpite assintomática; PAST: periodontite apical sintomática traumática; PASI: periodontite apical sintomática infecciosa; APSF I: abscesso periapical sem fístula fase I; APSF II: abscesso periapical sem fístula fase II; APSF III: abscesso periapical sem fístula fase III; APC: pericoronarite; AP: abscesso periodontal; LEP: lesão endo-perio.



## 2.4 DISCUSSÃO

## 2.4 DISCUSSÃO

O conhecimento epidemiológico contribui com valiosas informações em saúde pública, as quais associadas às observações clínicas e às pesquisas laboratoriais permitem um conjunto de observações essenciais a todos os segmentos da ciência. A análise da prevalência das doenças em diferentes populações é importante nas comparações, e permite monitorar o estado de saúde, observar as tendências em diferentes populações/indivíduos, além de estabelecer planejamento dos serviços de saúde, programas de prevenção, controle das doenças e base para pesquisas futuras (ALMEIDA-FILHO; ROUQUAYROL, 2002; CÔRTEZ; BASTOS, 2004; FREIRE; PATTUSI, 2005; ANTUNES; PERES, 2006).

A análise epidemiológica desenvolvida no presente estudo foi retrospectiva, baseada na verificação de prontuários clínicos de pacientes com dor orofacial de origem odontogênica e atendidos na Disciplina de Urgência da Faculdade de Odontologia da Universidade de Cuiabá (UNIC), na cidade de Cuiabá, no período entre março de 2011 a dezembro de 2012. Estudos retrospectivos são relativamente fáceis e econômicos de serem conduzidos, constituindo-se em uma fonte viável para o estabelecimento de hipóteses (ALMEIDA-FILHO; ROUQUAYROL, 2002). No entanto, apresentam como principal restrição à impossibilidade de se estabelecer os nexos temporais necessários para a comprovação de causa e efeito, uma vez que ambos são coletados ao mesmo tempo (FREIRE; PATTUSI, 2005; ANTUNES; PERES, 2006). Além disso, a qualidade da informação depende da exatidão com que o exame inicial é realizado e do correto preenchimento do prontuário clínico. Assim, quando algum exame ou informação deixa de ser levantada durante a anamnese ou não é registrada no prontuário, o resultado final do estudo é comprometido e/ou limitado (ALMEIDA-FILHO; ROUQUAYROL, 2002; FREIRE; PATTUSI, 2005; ANTUNES; PERES, 2006). Pacientes apresentando documentação incompleta foram excluídos deste estudo.

A classificação das urgências de origem pulpar e periapical adotada foi baseada nos critérios propostos por Estrela et al. (2004), os quais incluem a anamnese e os exames clínico, radiográfico e de vitalidade pulpar. Esta apoia-se

unicamente na análise de sinais e sintomas clínicos do paciente, sem uma correlação com possíveis eventos histopatológicos (ESTRELA et al., 2004; ESTRELA et al., 2011). A adoção desta classificação favorece o desenvolvimento do raciocínio lógico que deve permear o processo de diagnóstico.

Os indivíduos do gênero feminino receberam significativamente mais atendimento do que os do gênero masculino, na proporção de 1,82:1. Este achado associa-se a maioria dos estudos publicados na literatura nacional e internacional, em que a razão entre mulheres e homens com dor orofacial de origem dentária variou de 1,87-3,6:1 (MUNERATO et al., 2005; COSTA et al., 2009; SANCHEZ et al. 2011; MIOTTO et al., 2012). No entanto, Alexandre et al. (2006) ao estudar os fatores associados à ocorrência da dor de dente em uma população de funcionários públicos no Rio de Janeiro, identificaram elevada procura por atendimento odontológico de urgência por parte dos homens. Miotto et al. (2012) avaliaram a prevalência de dor dentária e ocorrência de absenteísmo em Venda Nova do Imigrante (ES) e observaram que os participantes do sexo masculino relataram maior prevalência de absenteísmo por dor dentária. A maior prevalência de urgências odontogênicas entre as mulheres, observada na presente análise pode estar associada a um maior afluxo dessas ao serviço e não uma predileção verdadeira (UNFER; SALIBA, 2000; HOLLANDA et al., 2008; COSTA et al., 2009). Vários são os fatores com influência sobre a relação entre o gênero e a dor orofacial, como por exemplo, as características socioeconômicas e culturais da amostra estudada (BASTOS et al., 2007; LEE et al., 2012).

Várias pesquisas apontam a faixa etária de 20 a 40 anos como à que concentra maior proporção de indivíduos com dor orofacial de origem dentária (LACERDA et al., 2004; MUNERATO et al., 2005; MIOTTO et al., 2012; SANCHEZ et al. 2011). No presente estudo, a idade dos pacientes com histórico de dor variou de 6 a 85 anos. Elevada prevalência foi observada nos participantes com idade variando entre 21 e 30 anos (30,21%) e 31-40 anos (22,28%). De fato, significativo número de atendimentos (n=729) ocorreu em indivíduos com idade inferior a 30 anos, o que está de acordo com os resultados obtidos em outros estudos (LACERDA et al. 2004; MUNERATO et al., 2005). BASTOS et al. (2007) atribuíram as diferenças na prevalência de dor dentária segundo grupos etários às menores expectativas em relação à saúde bucal entre os indivíduos mais velhos. Para os

autores certa quantidade de dor seria “esperada” com a velhice e, assim, menos relatada. Entretanto, deve-se ter cautela ao se comparar prevalências entre estudos que empregaram metodologias diferentes, visto a ausência de um padrão para definição da faixa etária (MIOTTO et al., 2012).

A urgência odontológica mais frequentemente identificada neste estudo foi a pulpíte sintomática (32,54%) acompanhada pela periodontite apical sintomática infecciosa (31,91%) (Tabela 1). Estes resultados foram semelhantes aos observados em outros estudos (MUNERATO et al. 2005;), em que se evidenciaram maior número de alterações associadas aos tecidos pulpar e periapical. O abscesso periodontal foi o diagnóstico mais frequente dentro do grupo de alterações envolvendo o periodonto (2,65%). É prudente que seja realçado que o estudo foi desenvolvido em nível de atendimento público ambulatorial na Faculdade de Odontologia da Universidade de Cuiabá em indivíduos de baixo nível socioeconômico. O tipo de urgência observado está diretamente relacionado com o local onde o estudo foi desenvolvido (QUIÑONEZ et al., 2009). Sendo assim, urgências de origem odontogênica mais complexas são verificadas com maior frequência em indivíduos atendidos em hospitais, pacientes que sofreram alterações pulpares geralmente buscam atendimento em clínicas dentárias, enquanto que outras alterações, sem sintomatologia ou complicações visíveis, tendem a permanecer sem tratamento (BARBATO et al., 2007; BASTOS et al., 2008; COSTA et al., 2009).

Apesar da reconhecida importância da saúde bucal, uma parcela considerável da população brasileira não tem acesso aos serviços de saúde. Esta situação é responsável não só pelos números desanimadores vistos no último levantamento epidemiológico, mas por demonstrar que as dores de dente e a perda dentária estão presentes no cotidiano dos brasileiros (FERREIRA et al., 2006). A importância do presente estudo ocorreu em função da ausência de análise epidemiológica de pacientes com dor orofacial de origem odontogênica na população de Cuiabá-MT. Certamente este fato poderá auxiliar no desenvolvimento de políticas de prevenção e adoção de tomadas de decisões clínicas com protocolos terapêuticos melhores definidos.

Futuros estudos prospectivos baseados no acompanhamento destes pacientes atendidos, com vistas à avaliação dos protocolos terapêuticos e suas

implicações necessitam ser desenvolvidos. No momento o melhor prognóstico geral sinaliza para as campanhas preventivas sobre a complexidade do processo saúde-doença bucal, como alternativa viável, funcional e operacional, indiferente ao gênero, idade, classe social, etc.



## 2.5 CONCLUSÃO



## 2.5 CONCLUSÃO

Baseado na metodologia em apreço é prudente concluir que:

Os aspectos epidemiológicos da dor orofacial de origem odontogênica em Cuiabá são semelhantes aos observados em estudos realizados em outras populações. Em que se verifica:

1. Elevado número de atendimentos em indivíduos do sexofeminino, com idade entre 20 a 40 anos, decorrentes de alterações nos tecidos pulpaes e periapicais e envolvendo principalmente os dentes superiores.



## 2.6 REFERÊNCIAS

## 2.6 REFERÊNCIAS

ABABNEH, K. T.; HWAIJ, Z. M. F. A.; KHADER, Y. S. Prevalence and risk indicators of gingivitis and periodontitis in a Multi-Centre study in North Jordan: a cross sectional study. **BMC Oral Health**, v. 12, n. 1, 2012.

ALEXANDRE, G. C. et al. Prevalência e fatores associados à ocorrência da dor de dente que impediu a realização de tarefas habituais em uma população de funcionários públicos no Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p. 1073-8, 2006.

AL-OMIRI, M. K.; AL-WAHADNI, A. M.; SAEED, K. N. Oral health attitudes, knowledge, and behavior among school children in North Jordan. **Journal of dental education**, v. 70, n. 2, p 179-87, 2006.

ASSUNÇÃO, L. R. et al. Luxation injuries in primary teeth: a retrospective study in children assisted at an emergency service. **Brazilian Oral Research**, v. 25, n. 2, p. 150-6, 2011.

ATCHISON, K. A.; GIFT, H. C. Perceived oral health in a diverse sample. **Advances in Dental Research**, v. 11, n. 2, p. 272-80, 1997.

BARBATO, P. R. et al. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 8, p. 1803-14, 2007.

BASSOLS, A. et al. An epidemiological comparison of pain complaints in the general population of Catalonia (Spain). **International Association for the study of pain**, v. 83, p. 9-16, 1999.

BASTOS, J. L. D. et al. Determinação social da odontalgia em estudos epidemiológicos: revisão teórica e proposta de um modelo conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 6, p. 1611-21, 2007.

BASTOS, J. L.; GIGANTE, D. P.; PERES, K. G. Toothache prevalence and associated factors: a population based study in southern Brazil. **Oral Diseases**, v. 14, p. 320-6, 2008.

BONFIM, M. L. C. et al. Social determinants of health and periodontal disease in Brazilian adults: a cross- sectional study. **BMC Oral Health**, v. 13, n. 22, 2013.

BRUNO, K. F. et al. Characterization of inflammatory cell infiltrate in human dental pulpitis. **International Endodontic Journal**, v. 43, p. 1013-21, 2010.

CAVALCANTI, A. L. et al. Traumatic anterior dental injuries in 7- to 12-year-old Brazilian children. **Dental Traumatology**, v. 25, n. 2, p. 198-202, 2009.

CHUNG, J. W. et al. Chronic orofacial pain among Korean elders: Prevalence and impact using the graded chronic pain scale. **Pain**, v. 112, p. 164-70, 2004.

COHEN, L. A. et al. Behavioral and socioeconomic correlates of dental problem experience and patterns of health care-seeking. **Journal of the American Dental Association**, v. 142, n. 2, p. 137-49, 2011.

COSTA, E. B. et al. Dor de dente: percepção dos usuários da atenção básica de saúde. **Odontologia Clínica-Científica**, v. 8, n. 1, p. 53-58, 2009.

COSTA, S. M. et al. The severity of dental caries in adults aged 35 to 44 years residing in the metropolitan area of a large city in Brazil: a cross-sectional study. **BMC Oral Health**, v. 12, n. 25, 2012.

CRIMMINS, E. M.; SAITO, Y. Trends in healthy life expectancy in the United States, 1970–1990: gender, racial, and educational differences. **Social Science & Medicine**, v. 52, p. 1629-41, 2001.

CUNHA, R. F.; PUGLIESI, D. M. C.; VIEIRA, A. E. M. Oral trauma in Brazilian patients aged 0–3 years. **Dental Traumatology**, v. 17, p. 210-2, 2001.

DAILEY, Y. M.; MARTIN, M. V. Are antibiotics being used appropriately for emergency dental treatment? **British Dental Journal**, v. 191, n. 7, p. 391-3, 2001.

DÍAZ, J. A. et al. Dental injuries among children and adolescents aged 1-15 years attending to public hospital in Temuco, Chile. **Dental Traumatology**, v. 26, n. 3, p. 254-61, 2010.

DONKIN, A.; GOLDBLATT, P.; LYNCH, K. Inequalities in life expectancy by social class 1972–1999. **Health statistics quarterly**, v. 15, p. 5-15, 2002.

DUNCAN, R. P. et al. The Dynamics of Toothache Pain and Dental Services Utilization: 24-Month Incidence. **Journal of Public Health Dentistry**, v. 63, n. 4, 2003.

ESTRELA, C. et al. A new periodical index based on cone beam computed tomography. **Journal of Endodontics**, v. 34, p. 1325-31, 2008.

ESTRELA, C. et al. Antimicrobial potential of medicaments used in healing process in dogs' teeth with apical periodontitis. **Brazilian Dental Journal**, v. 15, p. 181-5, 2004.

ESTRELA, C. et al. Diagnostic and Clinical Factors Associated with Pulpal and Periapical Pain. **Brazilian Dental Journal**, v. 22, n. 4, p. 306-11, 2011.

FERREIRA, A. A. A. et al. A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. **Ciência e saúde coletiva**, v. 11, n. 1, p. 211-8, 2006.

FONSECA, D. A. V. et al. Influência da organização da atenção básica e das características sócio demográficas da população na demanda pelo pronto atendimento odontológico municipal. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 1, p. 269-77, 2014.

FREIRE, M. C. M. et al. Dor dentária e fatores associados em adolescentes brasileiros: a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), Brasil, 2009. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 133-45, 2012.

GIBBONS, D. E.; WEST, B. J. Dentaline: an out of hours emergency dental service in Kent. **Br Dent J.**, v. 180, n. 2, p. 63-6, Jan. 1996.

GIBILINI, C. et al. Acesso a serviços odontológicos e auto-percepção da saúde bucal em adolescentes, adultos e idosos. **Arquivos em Odontologia**, v. 45, n. 4, p. 213-23, 2010.

GIFT, H.; REISINE, S.; LARACH, D: The social impact of dental problems and visits. **American Journal of Public Health**, v. 83, n. 6, p. 1663-8, 1992.

GOES, P.S.A. et al. Impacts of dental pain on daily activities of adolescents aged 14-15 years and their families. **Acta Odontologica Scandinavica**, v. 66; p. 7-12, 2008.

GOMES, A. S.; ABEGG, C. O impacto odontológico no desempenho diário dos trabalhadores do Departamento Municipal de Limpeza Urbana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 7, p.1707-14, 2007.

HAFNER, M. B. et al. Perception of toothache in adults from state capitals and interior cities within the Brazilian geographic regions. **BMC Oral Health**, v. 13, n. 35, 2013.

HARFORD, J.; CHRISOPOULOS, S. Productivity losses from dental problems. **Australian Dental Journal**, v. 57, p. 393–7, 2012.

HARRISON, J. W.; BAUMGARTNER, J. C.; SVEC, T. A. Incidence of pain associated with clinical factors during and after root canal therapy. Part 1. Interappointment Pain. **Journal of Endodontics**, v. 9, p. 434-8, 1983.

HAYES, A. et al. Time loss due to dental problems and treatment in the Canadian population: analysis of a nationwide cross-sectional survey. **BMC Oral Health**, v. 13, n. 17, 2013.

HOLLAND, R. et al. Calcium hydroxide and corticosteroid-antibiotic association as dressings in cases of biopulpectomy. A comparative study in dog's teeth. **Brazilian Dental Journal**, v. 9, p. 67-76, 1998.

HONG, L. et al. Secular trends in hospital emergency department visits for dental care in Kansas city, Missouri, 2001 – 2006. **Public Health Reports**, v. 126, p. 210-9, 2011.

HONKALAL, E. et al. The trend and risk factors of perceived toothache among Finnish adolescents from 1977 to 1997. **Journal of Dental Research**, v. 80, n. 9, 2001.

HORIBA, N. et al. Correlations between endotoxin and clinical symptoms or radiolucent areas in infected root canals. **Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology**, v. 71, p. 492-5, 1991.

HURT, L. S.; RONSMANS, C.; SAHA, S. Effects of education and other socioeconomic factors on middle age mortality in rural Bangladesh. **Journal of Epidemiology Community Health**, v. 58, p. 315-20, 2004.

JACINTO, R. C. et al. Quantification of endotoxins in necrotic root canals from symptomatic and asymptomatic teeth. **Journal of Medical Microbiology**, v. 54, p. 777-83, 2005.

JUNG, S. H. et al. Exploring pathways for socio-economic inequalities in self-reported oral symptoms among Korean adolescents. **Community Dental Oral Epidemiology**, v. 39, p. 221-9, 2011.

KEENAN, J. V. et al. Antibiotic use for irreversible pulpitis. **Journal Evidence-Based Dental Practice**, v. 5, p. 172-5, 2005.

KHABBAZ, M. G.; ANASTASIADIS, P. L.; SYKARAS, S. N. Determination of endotoxins in caries: association with pulpal pain. **International Endodontology Journal**, v. 33, p. 132-7, 2000.

KRAMER, P. F. et al. Utilização de serviços odontológicos por crianças de 0 a 5 anos de idade no Município de Canela, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 150-6, 2008.

KUHNEN, M. et al. Toothache and associated factors in Brazilian adults: a cross-sectional population-based study. **BMC Oral Health**, v. 9, n. 7, p. 1-8, 2009.

LACERDA, J. T. et al. Dor de origem dental como motivo de consulta odontológica em uma população adulta. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p. 453-8, 2004.

LAHTI, S. et al. Oral pain and associated factors among adolescents in northern Finland. **International Journal of Circumpolar Health**, v. 67, n. 2-3, p. 245-53, 2008.

LEE, H. H. et al. Visiting the Emergency Department for Dental Problems: Trends in Utilization, 2001 to 2008. **American Journal of Public Health**, v. 102, n. 11, p. 77-83, 2012.

LEWIS, C.; STOUT, J. Toothache in US children. **Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine**, v. 164, n. 11, p. 1059-63, 2010.

LIMA, L. S. et al. Condição de urgência odontológica e fatores associados em trabalhadores da construção civil – Bahia, 2008. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 42, n. 1, p. 48-53, 2013.

LINDHE, J. **Tratado de periodontia clínica e implantologia oral**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. 1321 p.

LOCKER, D.; GRUSHKA, M. The impact of dental and facial pain. **Journal of Dental Research**, v. 66, n. 9, p. 1414-7, 1987.

LUNDEEN, T. F.; GEORGE, J. M.; TOOMEY, T. C. Health care system utilization for chronic facial pain. **Journal of Craniomandibular Disorder**, n. 5, p. 280-5, 1991.

MACFARLANE, G. J.; MCBETH, J.; SILMAN, A. J. Widespread body pain and mortality: prospective population based study. **British Medical Journal**, v. 323, n. 5, p. 662-5, 2001.

MACFARLANE, T. V. et al. Oro-facial pain in the community: prevalence and associated impact. **Community Dental Oral Epidemiology**, v. 30, p. 52-60, 2002.

MACKENBACH, J. P. et al. Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries. **International Journal of Epidemiology**, v. 32, p. 830-7, 2003.

MASHOTO, K. O. et al. Dental pain, oral impacts and perceived need for dental treatment in Tanzanian school students: a cross-sectional study. **Journal of Health and Quality of Life Outcomes**, v. 7, n. 9, 2009.

MCBETH, J.; MACFARLANE, G. J.; SILMAN, A. J. Does chronic pain predict future psychological distress? **Pain**, n. 96, p. 239-245, 2002.

MCDERMID, A. J.; ROLLMAN, G. B.; MCCAIN, G. A. Generalized hypervigilance in fibromyalgia: evidence of perceptual amplification. **Pain**, n. 66, p. 133-44, 1996.

MCGREGOR, N. R. et al. Assessment of pain (distribution and onset), symptoms, SCL-90-R Inventory responses, and the association with infectious events in patients with chronic orofacial pain. **Journal of Orofacial Pain**, n. 10, p. 339-50, 1996.

MILSOM, K. M.; TICKLE, M.; BLINKHORN, A. S. Dental pain and dental treatment of young children attending the general dental service. **British Dental Journal**, v. 192, n. 5, p. 280-4, 2002.

MIOTTO, M. H. M.; SILOTTI, J. C. B.; BARCELLOS, L. A. Dor dentária como motivo de absenteísmo em uma população de trabalhadores. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 15, p. 1357-63, 2012.

MUNERATO, M. C.; FIAMINGHI, D. L.; PETRY, P. C. Urgências em odontologia: um estudo retrospectivo. **Rev Fac Odonto.**, v. 46, n. 1, p. 90-95, Jul. 2005.

NADANOVSKY, P.; SHEIHAM, A. Relative contribution of dental services to the changes in caries levels of 12 year-old children in 18 industrialized countries in the 1970s and early 1980s. **Community Dental Oral Epidemiology**, v. 23, p. 331-9, 1995.

NAGLE, D. et al. Effect of systemic penicillin on pain in untreated irreversible pulpitis. **Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiology and Endodontology**, v. 90, n. 5, p. 636-40, 2000.

NANAIAH, K. P.; NAGARATHNA, D. V.; MANJUNATH, N. Prevalence of periodontitis among the adolescents aged 15-18 years in Mangalore City: An epidemiological and microbiological study. **Journal of Indian Society of Periodontology**, v. 17, n. 6, 2013.

NORO, L. R. A. et al. Toothache and social and economic conditions among adolescents in Northeastern Brazil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 105-13, 2014.

OGUNTEBI, B. R. et al. Postoperative pain incidence related to the type of emergency treatment of symptomatic pulpitis. **Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiology and Endodontology**, v. 73, p. 479-83, 1992.

PAU, A.; CROUCHER, R.E.; MARCENES, W. Demographic and socioeconomic correlates of dental pain among adults in the United Kingdom, 1998. **British Dental Journal**, v. 202, n. 9, p. 548-9, 2007.

PERES, M. A. et al. Contextual and individual assessment of dental pain period prevalence in adolescents: a multilevel approach. **BMC Oral Health**, v. 20, n. 10, 2010.

PERES, M. A. et al. Desigualdades contextuais e individuais da prevalência de dor dentária em adultos e idosos no Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, v. 28, p. 114-23, 2012.

PINHO, A. M. S. et al. Toothaches in the Daily Lives of Brazilian Adults. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 9, p. 2587-600, 2012.

PINTO, R. S.; MATOS, D. L.; FILHO, A. I. L. Características associadas ao uso de serviços odontológicos públicos pela população adulta brasileira. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 2, p. 531-44, 2012.

PIOVESAN, C. et al. Socioeconomic and clinical factors associated with caregivers' perceptions of children's oral health in Brazil. **Community Dental Oral Epidemiology**, v. 39, p. 260-7, 2011.

PLAMPING, D.; WILLIAMSON, J. D. A community study of non-scheduled dental appointments. **Br Dent J**, v. 142, n. 6, p. 197-200, Mar. 1977.

PLAVINSKI, S. L.; PLAVINSKAYA, S. I.; KLIMOV, A. N. Social factors and increase in mortality in Russia in the 1990s: prospective cohort study. **British Medical Journal**, v. 326, p. 1240-2, 2003.

QUIÑONEZ, C. et al. Emergency department visits for dental care of non-traumatic origin. **Community Dental Oral Epidemiology**, v. 37, p. 366-71, 2009.

QUIÑONEZ, C.; FIGUEIREDO, R.; LOCKER D. Disability days in Canada associated with dental problems: a pilot study. **International Journal of Dental Hygiene**, v. 9, p. 132-5, 2011.

RAPHAEL, K. G.; WIDOM, C. S.; LANGE, G. Childhood victimization and pain in adulthood: a prospective investigation. **Pain**, n. 92, p. 283-93, 2001.

RATNAYAKE, N.; EKANAYAKE, L. Prevalence and impact of oral pain in 8-year-old children in Sri Lanka. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 15, n. 2, p. 105-12, 2005.



RAVAGHI, V.; QUIÑONEZ, C.; ALLISON, P. J. Oral pain and its covariates: findings of a Canadian population-based study. **Journal of the Canadian Dental Association**, v. 79, 2013.

REISINE, S. T. Dental disease and work loss. **Journal of Dental Research**, v. 63, n. 9, p. 1158-61, 1984.

REISINE, S.; MULLER, J. A longitudinal study of work loss related to dental diseases. **Social Science & Medicine**, v. 21, n. 12, p. 1309-14, 1985.

ROSA, A. R. **Senso de coerência e dor odontogênica em adolescentes residentes em municípios de até 50 mil habitantes do Estado do Rio Grande do Sul**. 2013. 49 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

SAKAI, V. T. et al. Urgency treatment profile of 0 to 15 year-old children assisted at urgency dental service from Bauru Dental School, University of Sao Paulo. **Journal of Applied Oral Science**, v. 13, n. 4, p. 340- 4, 2005.

SANCHEZ, H. F.; DRUMOND, M. M. Atendimento de urgência em uma Faculdade de Odontologia de Minas Gerais: perfil do paciente e resolutividade. **Rev Gaúcha Odontol.**, v. 59, n. 1, p. 79-86, Jan./Mar. 2011.

SANTIAGO, B. M.; VALENÇA, A. M. G.; VETTORE, M. V. Social capital and dental pain in Brazilian northeast: a multilevel cross-sectional study. **BMC Oral Health**, v. 13, n. 2, 2013.

SCHRIMSHAW, E. W. et al. Insurance-related barriers to accessing dental care among African American adults with oral health symptoms in Harlem, New York City. **American Journal of Public Health**, v. 108, n. 8, p. 1420-8, 2011.

SHEPHERD, M. A.; NADANOVSKY, P.; SHEIHAM, A. The prevalence and impact of dental pain in 8-year-old school children in Harrow, England. **British dental journal**, v. 187, n. 1, p. 38-41, 1999.

SHGAIR, A. Q. et al. Dental emergencies in a university pediatric dentistry clinic: a retrospective study. **Brazilian Oral Research**, v. 26, n. 1, p. 50-6, 2012.

SMITH, J. M.; SHEIHAM, A. How dental conditions handicap the elderly. **Community Dental Oral Epidemiology**, v. 7, p. 305-10, 1979.

SUNDQVIST, G. et al. Capacity of anaerobic bacteria from necrotic dental pulps to induce purulent infections. **Infection and Immunity**, v. 25, p. 685-93, 1979.

TRAEBERT, J.; MARCON, K. B.; LACERDA, J. T. Prevalência de traumatismo dentário e fatores associados em escolares do município de Palhoça (SC). **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1849-55, 2010.

TULIP, D. E.; PALMER, N. O. A retrospective investigation of the clinical management of patients attending an out of hours dental clinic in Merseyside under the new NHS dental contract. **British dental journal**, v. 205, n. 12, p. 659-64, 2008.

UNELL, L. et al. Explanatory models for clinically determined and symptom-reported caries indicators in an adult population. **Acta Odontology Scandinavica**, v. 57, p. 132-8, 1999.

UNFER, B.; SALIBA, O. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. **Revista Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 190-5, 2000.

VARGAS, C. M.; MACEK, M. D.; MARCUS, S. E. Sociodemographic correlates of tooth pain among adults: United States, 1989. **Pain**, v. 85, p. 87-92, 2000.

VAROLI, F. K.; PEDRAZZI, V. Adapted version of the McGill pain questionnaire to Brazilian Portuguese. **Brazilian Dental Journal**, v. 17, p. 328-35, 2006.

VON KORFF, M. et al. An epidemiological comparison of pain complaints. **Pain**, n. 32, p. 173-83, 1988.

VON KORFF, M.; LERESCHE, L.; DWORKIN, S. F. First onset of common pain symptoms: a prospective study of depression as a risk factor. **Pain**, n. 55, p. 251-8, 1993.

WILSON, L. et al. Somatization and pain dispersion in chronic temporomandibular disorder pain. **Pain**, n. 57, p. 55-61, 1994.

YEE, R.; SHEIHAM, A. The burden of restorative dental treatment for children in Third World countries. **International Dental Journal**, v. 52, p. 1-9, 2002.

## 3 ANEXOS



## ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIAL DO CEP

UNIVERSIDADE DE CUIABÁ -  
UNIC



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Avaliação epidemiológica de pacientes com dor orofacial de origem odontogênica

**Pesquisador:** ORLANDO AGUIRRE GUEDES

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 37418314.9.0000.5165

**Instituição Proponente:** IUNI EDUCACIONAL S.A.

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 867.102

**Data da Relatoria:** 29/10/2014

**Apresentação do Projeto:**

Avaliação epidemiológica de pacientes com dor orofacial de origem odontogênica, estudo srá realizado me Faculdade de odontologia da Universidade de Cuiabá - UNIC

**Objetivo da Pesquisa:**

Avaliar os aspectos epidemiológicos de pacientes com histórico de dor orofacial de origem odontogênica. Levantar dados relativos aos pacientes com histórico de dor orofacial de origem odontológica atendidos no Serviço de Urgência da Universidade de Cuiabá (UNIC): número de pacientes, gênero, faixa etária mais suscetível, tipo de dente envolvido e localização anatômica.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Não riscos pois será realizada por meio de pesquisa documental

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Este será um estudo transversal descritivo, retrospectivo, realizado por meio da revisão de prontuários de pacientes com histórico de dor orofacial de origem odontogênica, atendidos no Serviço de Urgência da Faculdade de Odontologia da Universidade de Cuiabá - UNIC,

Os critérios de inclusão deste estudo serão prontuários de pacientes acometidos por urgências odontológicas e devidamente preenchidos. Serão excluídos da pesquisa prontuários que

**Endereço:** Avenida Beira Rio, 3100, Bloco de Saúde II, térreo - Coordenação Mestrado

**Bairro:** Jardim Europa

**CEP:** 78.065-900

**UF:** MT

**Município:** CUIABA

**Telefone:** (65)3363-1271

**E-mail:** margareta.lovato@kroton.com.br

UNIVERSIDADE DE CUIABÁ -  
UNIC



Continuação do Parecer: 867.102

apresentavam campos em branco e/ou dados não especificados.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Não se aplica o TCLE por tratar-se de uma pesquisa de análise prontuários.

**Recomendações:**

não há recomendações

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

não há pendências ou inadequações

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

CUIABA, 11 de Novembro de 2014

---

Assinado por:  
Margarete Lovato  
(Coordenador)

**Endereço:** Avenida Beira Rio, 3100, Bloco de Saúde II, térreo - Coordenação Mestrado

**Bairro:** Jardim Europa

**CEP:** 78.065-900

**UF:** MT

**Município:** CUIABA

**Telefone:** (65)3363-1271

**E-mail:** margarete.lovato@kroton.com.br