

## **Experiência de dor de dente de acordo com risco familiar em município do nordeste brasileiro**

**Toothache experience according to family risk in a municipality of northeast Brazil**

**Experiencia de odontalgia según el riesgo familiar en un municipio del nordeste de Brasil**

Recebido: 05/04/2022 | Revisado: 13/04/2022 | Aceito: 22/04/2022 | Publicado: 26/04/2022

**Izabele da Silva Tavares**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9096-744X>  
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Brasil  
E-mail: [izabele.s.tavares@gmail.com](mailto:izabele.s.tavares@gmail.com)

**Cristiane Alves Paz de Carvalho**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2736-5395>  
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Brasil  
E-mail: [capcarvalho@uesb.edu.br](mailto:capcarvalho@uesb.edu.br)

**Fábio Silva de Carvalho**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5084-3848>  
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Brasil  
E-mail: [fs-carvalho@uesb.edu.br](mailto:fs-carvalho@uesb.edu.br)

### **Resumo**

**Objetivo:** Este estudo teve como objetivo verificar a experiência de dor de dente de acordo com o risco familiar em município do nordeste brasileiro. **Método:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo e com abordagem quantitativa. Participaram do estudo 150 indivíduos que estavam aguardando atendimento em uma Unidade de Saúde da Família. Para coleta de dados, foram aplicados dois questionários, um para verificar a experiência de dor de dente e o outro para classificar o risco familiar. **Resultados:** 52,0% dos participantes da pesquisa apresentaram risco familiar, entre esses, 68,2% relataram dor de dente nos últimos seis meses. A presença de cavidade nos dentes foi apontada como a principal causa da dor. Quanto à duração da dor de dente, 67,3% dos participantes afirmaram que durava geralmente um dia ou mais, ocasionando interferências negativas na qualidade de vida. A maioria dos participantes definiu a dor de dente como severa tanto na escala verbal (52,7%) quanto na escala visual (62,0%). **Conclusão:** Os participantes que apresentaram risco familiar foram os mais acometidos por dor de dente nos últimos seis meses, demonstrando que a classificação de risco familiar de acordo com a experiência da dor de dente pode orientar a reorganização da demanda e priorizar o atendimento odontológico dos indivíduos mais vulneráveis.

**Palavras-chave:** Dor de dente; Fatores de risco; Estratégia Saúde da Família.

### **Abstract**

**Objective:** This study aimed to verify the experience of toothache according to the family risk in a city in the northeast of Brazil. **Methods:** This is a cross-sectional, descriptive study with a quantitative approach. A total of 150 individuals who were waiting for care at a Family Health Unit participated in the study. For data collection, two questionnaires were applied, one to verify the experience of toothache and the other to classify the family risk. **Results:** 52.0% of the research participants had family risk, among them 68.2% reported toothache in the last six months. Cavity was pointed as the main cause of color. As for the duration 67.3% of the participants of this study stated that it usually lasted a day or more, causing negative interferences in the quality of life. Most participants defined toothache as severe on both the verbal scale (52.7%) and the visual scale (62.0%). **Conclusion:** Participants who presented family risk were the most affected by toothache in the last six months, demonstrating that the classification of family risk according to the experience of toothache can guide the reorganization of demand and prioritize dental care for the most vulnerable individuals.

**Keywords:** Toothache; Risk factors; Family Health Strategy.

### **Resumen**

**Objetivo:** Este estudio tuvo como objetivo verificar la experiencia de la odontalgia según el riesgo familiar en una ciudad del nordeste de Brasil. **Método:** Se trata de un estudio transversal, descriptivo, con abordaje cuantitativo. Participaron del estudio 150 individuos que esperaban atención en una Unidad de Salud de la Familia. Para la recolección de datos, se aplicaron dos cuestionarios, uno para verificar la experiencia de la odontalgia y otro para clasificar el riesgo familiar. **Resultados:** el 52,0% de los participantes de la investigación tenían un riesgo familiar, entre estos, el 68,2% relató la odontalgia en los últimos seis meses. La presencia de caries en los dientes fue identificada como la principal causa de dolor. En cuanto a la duración de la odontalgia, el 67,3% de los participantes afirmó que suele durar un día o más,

provocando una interferencia negativa en la calidad de vida. La mayoría de los participantes definieron la odontalgia como grave tanto en la escala verbal (52,7 %) como en la escala visual (62,0 %). Conclusión: Los participantes que presentaron riesgo familiar fueron los más afectados por la odontalgia en los últimos seis meses, demostrando que la clasificación del riesgo familiar según la vivencia de la odontalgia puede orientar la reorganización de la demanda y priorizar la atención odontológica de los individuos más vulnerables.

**Palabras clave:** Odontalgia; Factores de riesgo; Estrategia de Salud Familiar.

## 1. Introdução

As enfermidades bucais afetam diretamente a qualidade de vida do indivíduo, pois podem acarretar dor, sofrimento e baixo desempenho das atividades rotineiras. Uma das dores mais frequentes no cotidiano da população é a dor de dente, sendo essa uma das principais causas de absenteísmo e afastamento de atividades escolares (Pinto, Barros, Coelho, & Costa, 2012). Em um departamento de emergência, pacientes relataram que a dor de dente pode ser classificada com maiores escores dentro de uma escala de dor (Marco et al., 2012), semelhante as experiências já vivenciadas como a dor do parto, por exemplo, demonstrando assim sua intensidade e relevância na vida de quem a sente (Lucas et al., 2014).

Pela dificuldade no acesso, muitos indivíduos só procuram o serviço de saúde bucal quando apresentam sintomatologia dolorosa (Pinto et al., 2012) que pode ser o reflexo da falta de oportunidade para identificação e intervenção precoce da cárie dentária, ou até mesmo de ações preventivas, educativas e promotoras em saúde bucal (Lucas et al., 2014). Um estudo de base nacional, realizado com adolescentes, constatou que a procura por atendimento odontológico tem como prioridade sanar os problemas decorrentes da dor, em detrimento de ações preventivas para manutenção e controle da saúde bucal (Darley et al., 2021). A procura pelo atendimento odontológico também está associada ao desconforto e prostração ocasionada pela dor de dente que reflete diretamente na qualidade de vida do indivíduo, dificultando atividades rotineiras como se alimentar ou dormir, por exemplo (Ortiz et al., 2014). Destarte, a dor de dente pode ser considerada um problema de saúde pública, pois afeta indivíduos de todas as idades e é um dos principais motivos que leva a população a buscar atendimento odontológico (Hamati et al., 2014).

Uma das ações que podem ser empregadas para mudar esse cenário é a reorganização da demanda de atendimento odontológico que é considerada um dos principais entraves enfrentados na rotina dos serviços odontológicos no Sistema Único de Saúde (SUS). Por muito tempo a odontologia se manteve distanciada do processo de organização dos demais serviços de saúde, trabalhando de maneira isolada, como se a saúde bucal não fizesse parte da saúde geral do indivíduo (Brasil, 2018).

A reorganização da demanda torna-se um desafio para o cirurgião-dentista, pois muitas vezes o profissional desconhece as necessidades dos indivíduos e o usuário não é considerado o centro de sua atuação (Rodrigues et al., 2021). Para auxiliar na organização de sua agenda de atendimento, deve-se considerar a demanda espontânea com ou sem queixa clínica e a demanda programada, baseada em critérios epidemiológicos e sociais. Assim, pode-se orientar o acesso ao atendimento odontológico mediante a identificação das necessidades dos indivíduos (Brasil, 2018).

Nesse contexto, a classificação de risco familiar surge com o intuito de determinar prioridades e ser uma ferramenta para avaliação e acompanhamento da realidade social e econômica no contexto de vida familiar. Este instrumento pode ser utilizado pela equipe de saúde com o objetivo de analisar através das “sentinelas de risco” o potencial de adoecimento de cada núcleo familiar. Nesse instrumento são avaliadas questões gerais de saúde que englobam toda a família, assim como questões sanitárias e epidemiológicas (Peres Neto et al., 2017).

O risco familiar aponta condições de vulnerabilidade existentes nos núcleos familiares, sendo possível identificar e priorizar o atendimento dos indivíduos que apresentam maior risco de adoecimento, influenciando assim, a organização da demanda de atendimento do serviço de saúde (Pereira et al., 2015). Ademais, indivíduos em situação de maior vulnerabilidade tendem a apresentar insatisfação com a saúde bucal, vergonha ao sorrir e maior desenvolvimento de cárie dentária e de doença periodontal (Peres Neto et al., 2017).

Em um país marcado pela desigualdade social, o cumprimento ao princípio do SUS da equidade se faz urgente para que se estabeleça um atendimento mais justo e acessível a todos, uma vez que indivíduos com baixo nível socioeconômico tendem a apresentar maior prevalência e severidade em relação à cárie dentária, à doença periodontal e a dor de dente. Como as desigualdades sociais refletem no padrão de saúde-doença de uma população, justifica-se a utilização da classificação de risco familiar como uma ferramenta que poderá identificar indivíduos com maior risco de adoecimento, priorizar as atividades assistenciais de acordo com as necessidades dos indivíduos e também auxiliar na reorganização da demanda de atendimento odontológico do serviço de saúde (Moreira et al., 2004; Ortiz et al., 2014; Peres Neto et al., 2017; Peres Neto et al., 2021).

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi verificar a experiência de dor de dente de acordo com risco familiar em município do nordeste brasileiro.

## 2. Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal e de natureza quantitativa. A amostra do estudo foi obtida por conveniência, incluindo os usuários que procuraram atendimento médico e odontológico em uma Unidade de Saúde da Família localizada na periferia do município de Jequié-BA, no período de abril a outubro de 2019. Para participação nesse estudo, foram adotados como critérios de inclusão ter mais de 18 anos de idade, experiência de dor de dente alguma vez na vida e autorização através do termo de consentimento livre e esclarecido. Foram abordados 182 indivíduos enquanto aguardavam por algum atendimento, sendo que 22 nunca sentiram dor de dente e 10 não aceitaram participar da pesquisa, totalizando 150 participantes nesse estudo.

Para coleta de dados, foram utilizados dois questionários, o primeiro para verificar a experiência de dor de dente e o segundo para classificação de risco familiar, além de informações referentes ao sexo, idade, cor da pele autorreferida (classificação proposta pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: brancos, pardos, pretos, amarelos e indígenas) e escolaridade (analfabeto, fundamental incompleto, fundamental completo, médio incompleto, médio completo, superior incompleto, superior completo).

Para aferir a dor de dente foi verificada a sua duração, causa e intensidade. A intensidade da dor de dente foi avaliada por uma escala analógica visual (Jensen et al., 1996) e uma escala verbal (Melzack & Katz, 2001). A escala analógica visual consiste em uma linha com números de 0 a 10, cujos limites estão marcados com os extremos da dor e o indivíduo indica o número que mais representa a intensidade da sua dor (Jensen et al., 1996). A escala verbal consiste de uma lista de adjetivos que descrevem diferentes níveis de intensidade de dor (leve, desconfortável, estressante, horrível e intolerável) (Melzack & Katz, 2001). Além de algumas questões que foram elaboradas pelos pesquisadores.

A Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi (ERF-CS), é um instrumento de estratificação do risco familiar, que utiliza sentinelas de risco baseadas em informações disponibilizadas na ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) que são preenchidas durante a visita domiciliar pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) para determinar o risco social e de saúde de cada núcleo familiar (Savassi et al., 2012). Com a implantação do novo Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB) a ficha A do SIAB entrou em desuso e as informações estão contempladas nas fichas do e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) (Brasil, 2014), permitindo a classificação de risco familiar proposta por Coelho e Savassi. No entanto, essas informações foram coletadas pelo pesquisador diretamente com o participante da pesquisa.

Para a análise da dor de dente, foram consideradas a experiência, atitudes diante da dor de dente e severidade da dor de acordo com as escalas propostas pelo instrumento utilizado. A severidade da dor de dente de acordo com a escala verbal foi classificada em dor baixa (leve), dor moderada (desconfortável, estressante) e dor severa (horrível e intolerável). Enquanto para a escala visual, a severidade da dor de dente foi classificada em dor baixa (1,2,3), dor moderada (4,5,6,7) e dor severa (8,9,10).

Os questionários foram preenchidos por uma única pesquisadora diante das repostas concedidas pelos participantes da

pesquisa.

Para análise da classificação familiar, a partir da soma dos escores de risco de cada família foram consideradas como sem risco (escore abaixo de cinco), risco menor (escore cinco e seis), risco médio (escore sete e oito) e risco maior (escore acima de nove), tendo por base as sentinelas de risco que constam no Quadro 1 (Savassi et al., 2012).

**Quadro 1** – Escore de Risco Familiar de Coelho e Savassi, 2012.

<b>Sentinelas de Risco</b>		<b>Escore de risco</b>
Acamado		3
Deficiência Física		3
Deficiência Mental		3
Baixas condições de saneamento		3
Desnutrição grave		3
Drogadição		2
Desemprego		2
Analfabetismo		1
Indivíduo menor de seis meses de idade		1
Indivíduo maior de 70 anos de idade		1
Hipertensão Arterial Sistêmica		1
Diabetes Mellitus		1
Relação morador/ cômodo	maior que 1	3
	igual a 1	2
	menor que 1	0
Sem risco - escore total menor que 5 Risco Menor - escore total entre 5 e 6 Risco Médio - escore total entre 7 e 8 Risco Maior - escore total acima de 9		

Fonte: Savassi et al. (2012).

Quanto à raça/cor autorreferida, os indivíduos foram categorizados em brancos e não brancos (pretos, pardos, indígenas e amarelos). Os dados foram tabulados em planilha do programa Office Excel 2016® e apresentados através de análise descritiva, baseada em frequências absolutas e relativas.

A pesquisa foi realizada após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa (parecer número 3.092.775), respeitando as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos que compõem a Resolução CNS 466/2012.

### 3. Resultados

Participaram do estudo 150 indivíduos que aguardavam atendimento médico ou odontológico na Unidade de Saúde da Família do município. A maioria dos participantes era do sexo feminino (75,3%), 24,7% pertenciam a faixa etária de 45 a 54 anos, 87,3% se autodeclararam não brancos, 45,3% tinham o ensino médio completo e 52,0% apresentaram algum grau de risco familiar (Tabela 1).

**Tabela 1** – Dados sociodemográficos de acordo com sexo, faixa etária, raça/cor, escolaridade e risco familiar. Jequié, 2019

	N	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	113	75,3
Masculino	37	24,7
<b>Faixa Etária</b>		
18 a 24 anos	16	10,7
25 a 34 anos	30	20,0
35 a 44 anos	31	20,7
45 a 54 anos	37	24,7
55 a 64 anos	17	11,2
Mais de 65 anos	19	12,7
<b>Raça/Cor</b>		
Branco	19	12,7
Não branco	131	87,3
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	6	4,0
Fundamental Incompleto	30	20,0
Fundamental Completo	19	12,7
Médio Incompleto	14	9,3
Médio Completo	68	45,3
Superior Incompleto	5	3,4
Superior Completo	8	5,3
<b>Risco familiar</b>		
Sem risco	72	48,0
Risco menor	26	17,3
Risco médio	25	16,7
Risco maior	27	18,0
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Elaborada pelos autores.

Observou-se que 25,3% dos participantes desse estudo apresentaram dor de dente nos últimos seis meses, 62,7% atribuíram a presença da cavidade nos dentes como a causa principal da dor de dente, 43,3% relataram que a dor de dente teve a duração de um dia inteiro e a maioria classificou a dor como severa tanto pela escala verbal (52,7%) quanto pela escala visual (62,0%) (Tabela 2).

**Tabela 2** - Experiência e a severidade da dor de dente. Jequié, 2019.

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Dor de dente nos últimos seis meses</b>		
Sim	38	25,3
Não	110	73,3
Não sei/lembro	2	1,4
<b>Causa da dor de dente</b>		
Cavidade	94	62,7
Comer/beber alimentos	8	5,3
Dente nascendo	5	3,4
Tratamento	11	7,3
Gestação	5	3,3
Dente quebrou	14	9,3
Dente inflamado	7	4,7
Não sei/ lembro	6	4,0
<b>Duração da dor de dente</b>		
Até 1 hora	24	16,0
Mais de 1 hora	19	12,7
Dia inteiro	65	43,3
Mais de 1 dia	36	24,0
Não sei/lembro	6	4,0
<b>Severidade da dor (escala verbal)</b>		
Baixa	3	2,0
Moderada	68	45,3
Severa	79	52,7
<b>Severidade da dor (escala visual)</b>		
Baixa	11	7,3
Moderada	46	30,7
Severa	93	62,0
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Elaborada pelos autores.

Entre os participantes da pesquisa, 80,0% procuraram o dentista quando tiveram dor de dente, 57,3% colocam algum produto no dente quando apresentam dor de dente, 80,0% tomam algum medicamento para o alívio da dor de dente e 40,0% relataram que o medicamento foi por indicação própria (Tabela 3).

**Tabela 3** – Conduatas frente a experiência da dor de dente. Jequié, 2019

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Quem procura quando tem dor de dente</b>		
Dentista	120	80,0
Médico	9	6,0
Farmacêutico	2	1,4
Família/amigo/vizinho	6	4,0
Ninguém	8	5,3
Outro	5	3,3
<b>Coloca algo no dente</b>		
Não	64	42,7
Sim	86	57,3
<b>Toma algum medicamento</b>		
Não	30	20,0
Sim	120	80,0
<b>Quem indicou o medicamento</b>		
Dentista	21	14,0
Médico	11	7,3
Família/vizinho/amigo	28	18,7
Eu mesmo	60	40,0
Não tomou	30	20,0
<b>Onde conseguiu o medicamento</b>		
Em casa	20	13,4
Farmácia	84	56,0
Posto de saúde	11	7,3
Mercado/venda	5	3,3
Não tomou	30	20,0
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Elaborada pelos autores.

Verificou-se que 68,5% dos participantes que estavam em condições de risco tiveram dor de dente nos últimos seis meses, 21,3% classificados em risco maior atribuíram a causa da dor de dente a presença de cavidade, 24,6% classificados em risco médio tiveram dor durante todo o dia e cerca de 20,0% classificados em risco maior relataram que a dor de dente foi severa tanto pela escala verbal quanto pela escala visual (Tabela 4).

**Tabela 4** - Classificação de risco familiar de acordo com a experiência e a severidade da dor de dente. Jequié, 2019.

	Sem risco		Risco Menor		Risco Médio		Risco Maior	
	N	%	n	%	N	%	N	%
<b>Dor de dente nos últimos seis meses</b>								
Sim	12	31,5	8	21,1	8	21,1	10	26,3
Não	59	53,5	17	15,5	17	15,5	17	15,5
Não sei/lembro	1	50,0	1	50,0	-	-	-	-
<b>Causa da dor de dente</b>								
Cavidade	40	42,6	16	17,0	18	19,1	20	21,3
Comer/beber alimentos	4	50,0	2	25,0	1	12,5	1	12,5
Dente nascendo	4	80,0	1	20,0	-	-	-	-
Tratamento	6	54,5	2	18,2	-	-	3	27,3
Gestação	2	40,0	2	40,0	1	20,0	-	-
Dente quebrou	8	57,1	1	7,1	4	28,6	1	7,1
Dente inflamado	4	57,1	1	14,3	-	-	2	28,6
Não sei/ lembro	4	66,6	1	16,7	1	16,7	-	-
<b>Duração da dor de dente</b>								
Até 1 hora	13	54,2	5	20,8	3	12,5	3	12,5
Mais de 1 hora	10	52,6	1	5,3	3	15,8	5	26,3
Dia inteiro	29	44,6	9	13,9	16	24,6	11	16,9
Mais de 1 dia	15	41,7	11	30,6	3	8,3	7	19,4
Não sei/lembro	5	83,3	-	-	-	-	1	16,7
<b>Severidade da dor (escala verbal)</b>								
Baixa	2	66,7	-	-	-	-	1	33,3
Moderada	34	50,0	14	20,6	12	17,6	8	11,8
Severa	36	45,6	12	15,2	13	16,5	18	22,7
<b>Severidade da dor (escala visual)</b>								
Baixa	5	45,5	1	9,1	1	9,1	4	36,3
Moderada	25	54,3	11	23,9	5	10,9	5	10,9
Severa	42	45,1	14	15,1	19	20,4	18	19,4
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>48,0</b>	<b>26</b>	<b>17,3</b>	<b>25</b>	<b>16,7</b>	<b>27</b>	<b>18,0</b>

Fonte: Elaborada pelos autores.

#### 4. Discussão

No presente estudo, visualizou-se como limitação ou dificuldade para seu desenvolvimento a etapa de coleta de dados, principalmente no momento da aplicação dos questionários, devido a grande demanda na unidade de saúde, e pela expectativa do usuário em ser chamado para atendimento com os profissionais, interferindo na possibilidade de participação de alguns indivíduos na pesquisa.

Com relação ao sexo, a maioria dos participantes eram mulheres (75,3%), sendo associado ao fato delas procurarem mais os serviços de saúde e reconhecerem o processo de adoecimento com maior frequência do que os homens (Pinho et al., 2012; Lucas et al., 2014; Fonseca et al., 2015), também está relacionado ao horário em que o serviço da Unidade de Saúde é oferecido, dificultando assim o acesso de quem está em horário de trabalho. Como ainda há muitas mulheres responsáveis exclusivamente pelos trabalhos domésticos, ou que apresentam carga horária de trabalho reduzida, isso justifica a presença predominante nos serviços de saúde em relação aos homens.



A maioria da amostra se declarou não branco (87,3%), o que possivelmente está relacionado com a variedade de adjetivos para classificar raça/cor, entre esses: preto, amarelo, índio, escuro, moreno claro, moreno escuro, negro. Foi possível notar a dificuldade na autodeclaração, ou porque não se importam com essa questão ou por não possuírem conhecimento a cerca desse assunto, ou porque não se reconhecem como negros. Alguns indivíduos perguntavam aos seus amigos que os acompanhavam, qual era a sua raça/cor, ou falavam que não sabiam.

Quanto à escolaridade, 96,0% dos indivíduos apresentaram algum grau de formação escolar, e houve uma prevalência de indivíduos com o ensino médio completo, o que denota o acesso à educação, que mesmo precária tem se tornado mais acessível.

Observou-se que 52,0% dos participantes da pesquisa apresentaram risco familiar, assim como relatado em outros estudos que demonstraram a relação entre a presença do risco familiar e a prevalência de problemas bucais (Nova et al., 2015; Peres Neto et al., 2017; Fausto et al., 2020; Jesus et al., 2020; Peres Neto et al., 2021).

Nesse estudo, 25,3% da amostra relataram ter sentido dor de dente nos últimos seis meses, semelhante ao observado em estudo com adolescentes da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (23,4%) e maior prevalência foi encontrada em outro estudo com usuários do serviço de saúde (34,1%) (Darley et al., 2021; Silvestre Junior et al., 2021). Vale salientar que alguns participantes afirmaram ter passado por um processo de dor de dente há muitos anos, e mesmo assim ainda lembravam com detalhes da intensidade, duração e causa da dor, corroborando com estudos realizados que ratificam que a experiência de dor de dente é memorável para quem a sente, devido a sua intensidade ser comparada a outras dores sentidas e classificadas como severa, o que denota a sua relevância e a necessidade de intervenção (Pinho et al., 2012; Lucas et al., 2014).

A presença de “cavidade” nos dentes foi relatada como a maior causa de dor de dente entre os participantes, reafirmando a relação com a doença cárie, que é a grande causadora de destruição dos tecidos dentais e com alta prevalência na população, sendo reflexo de uma cultura curativista associada a dificuldade no acesso e utilização do serviço de saúde bucal (Moreira et al., 2007; Pinho et al., 2012; Gomes et al., 2014). Quanto à duração da dor de dente, 67,3% dos participantes desse estudo afirmaram que durava geralmente um dia ou mais, ocasionando interferências negativas na qualidade de vida e no cotidiano dos indivíduos, pois traz dificuldade para realizar as atividades rotineiras (Lucas et al., 2014).

Em um estudo onde metáforas eram utilizadas para representar a dor de dente, cerca de 50,0% dos indivíduos associava a dor de dente a um processo muito angustiante, comparado a outros processos dolorosos severos vividos anteriormente (Lucas et al., 2014). Nesse estudo em questão, não foi diferente, a dor de dente foi considerada severa para a maioria dos participantes tanto na escala verbal (52,7%) quanto na escala visual (62,0%), corroborando com resultados encontrados anteriormente.

A dor por ser um sintoma que gera desconforto e prostração, causa também uma necessidade de se estabelecer o conforto e disposição vivenciada anteriormente, levando o homem a se organizar para afronta- lá, através de conhecimentos científicos e/ou populares. Com o intuito de cessar o processo doloroso, muitos fazem uso do conhecimento popular, por ser de mais fácil acesso, e utilizam os mais variados meios para isso, fazendo o uso de diversos artifícios no elemento dentário com o intuito de cessar a dor, corroborando com um estudo realizado anteriormente (Moreira et al., 2007; Lucas et al., 2014). Neste estudo, foram citados os seguintes recursos: óleo de freio de carro, algodão com álcool, medicamentos (gotas ou pedaços de comprimidos), cravo, alho, pimenta, gelo, perfume, buticudo, guáiacó, mel de fumo de corda, leite de graveteiro, pólvora, creolina, pedra hume, fumo, óleo de freio de carro, pasta de dente e cera dental. Quando questionados sobre quem procuram quando sentem dor de dente, 80,0% afirmaram procurar o dentista, demonstrando o reconhecimento do profissional responsável pela saúde bucal. Entre os 20,0% dos participantes há quem revele procurar por médico, familiares ou amigos, e há quem prefira não procurar ninguém.

Com relação as suas atitudes frente à dor, 80,0 % relataram o consumo de medicamentos, contudo, quando abordados sobre quem indicou o uso, apenas 32,0% declararam ter sido prescrito por dentista ou médico. Levantando uma discussão sobre o ato de automedicação que é retratada como o hábito de escolher e utilizar medicamentos sem a devida prescrição de um

profissional devidamente qualificado, sendo frequente entre a população, e que está relacionada à dificuldade ao acesso ao serviço de saúde, pois com o intuito de aliviar a dor angustiante e a prostração ocasionada pela dor de dente, os indivíduos preferem usar medicamentos de maneira indiscriminada, entretanto, esse serve apenas como um paliativo, não solucionando definitivamente o problema, além das complicações na saúde que o uso inconsciente de medicamentos pode trazer. Portanto, é necessário que haja políticas de educação e conscientização da população quanto ao uso consciente de medicamentos (Oliveira et al., 2018; Palodeto & Fischer, 2018; Abreu et al., 2019). Outro fato que chama atenção é a comercialização inadequada em locais não autorizados, como mercados ou “vendas”, que foram relatados pelos participantes.

A classificação de risco familiar é obtida a partir dos escores da escala de risco familiar de Coelho-Savassi que é um instrumento de estratificação do risco familiar, por meio de sentinelas de risco (Savassi et al., 2012). Através do corrente estudo foi possível perceber que o histórico individual de dor de dente pode ser usado junto à classificação de risco familiar para determinar prioridade no atendimento, considerando assim o princípio da equidade, visto que os participantes que apresentaram risco familiar relataram mais experiência de dor de dente nos últimos seis meses, e vivenciaram um período maior de duração dessa dor. Esses resultados corroboram com os de estudos anteriores que mostram a relação entre cárie e problemas bucais com as condições socioeconômicas dos indivíduos, além de estar ligado a dificuldade no acesso à serviços odontológicos (Celeste et al., 2011; Brizon et al., 2015; Silva et al., 2015; Souza et al., 2015; Fausto et al., 2020; Jesus et al., 2020).

Nesse estudo constatou-se que os indivíduos que apresentaram dor de dente nos últimos seis meses estavam em maiores condições de risco. De acordo com esse achado, sugere-se que outros estudos sejam desenvolvidos em outros municípios com número maior de participantes para verificar a relação da dor de dente com o risco familiar. Ademais, essa estratégia pode auxiliar na reorganização da demanda através da identificação e priorização dos indivíduos que mais necessitam de atendimento odontológico.

## 5. Conclusão

A maioria dos participantes atribuiu para a causa da dor de dente a presença de cavidade nos dentes, procurou o cirurgião-dentista em caso de dor, declarou que se automedica e relatou que a intensidade da dor era severa. Observou-se que o risco familiar maior foi mais prevalente. Os indivíduos que apresentaram risco familiar foram os mais acometidos por dor de dente nos últimos seis meses. A classificação de risco familiar de acordo com a experiência da dor de dente pode orientar a reorganização da demanda e priorizar o atendimento odontológico dos indivíduos mais vulneráveis.

## Referências

- Abreu, A. W., Furtado, K. K. F. A., Silva, D. F., Sousa, J. N. L., & Albuquerque, A. C. L. (2019). Automedicação frente à odontalgia: revisão de literatura. *Revista Saúde & Ciência Online*, 7(3), 77-89. <https://rsc.revistas.ufcg.edu.br/index.php/rsc/article/view/143/139>
- Brasil. (2014) e-SUS Atenção Básica: manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS. *Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria-Executiva*. [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual\\_CDS\\_ESUS\\_1\\_3\\_0.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_CDS_ESUS_1_3_0.pdf)
- Brasil. (2018). A saúde bucal no Sistema Único de Saúde. *Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde. [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_bucal\\_sistema\\_unico\\_saude.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf)
- Brizon, V. C., Melo, R. R., Zarzar, P. M., Gomes, V. E., & Oliveira, A. C. B. (2015). Indicadores socioeconômicos associados à cárie dentária: uma revisão crítica. *Revista Unimontes Científica*, 16(1): 79-91. <http://ruc.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/view/309>.
- Celeste, R. K., Fritzell, J., & Nadanovsky, P. (2011). The relationship between levels of income inequality and dental caries and periodontal diseases. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(6), 1111-1120. <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2011.v27n6/1111-1120/en>
- Fausto, H. V. C., Sousa, R. S., Carvalho, C. A. P., & Carvalho, F. S. (2020). Classificação do risco individual em saúde bucal para organização do atendimento odontológico. *Revista de APS*, 23(2), 301-315. <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2020.v23.16741>
- Fonseca, L. L. V., Nehmy, R. M. Q., & Mota, J. A. C. (2015). O valor social dos dentes e o acesso aos serviços odontológicos. *Ciência e Saúde Coletiva*, 20(10), 3129-3138. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.00172015>

- Gomes, M. C., Almeida, P. S. T. C., Brito, C. E. M. M., Martins, C. C., Garcia, A. F. G., & Paiva, S. M. (2014). Impact of oral health conditions on the quality of life of preschool children and their families: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12(1), 55. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-12-55>
- Hamati, F., Rocha, J. S., & Baldani, M. H. (2014). Prevalência de cárie, dor e uso de serviços odontológicos por crianças em áreas com e sem Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família no município de Ponta Grossa, Paraná, Brasil. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 16(3), 48-57. <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/13908/9858>
- Jensen, M. P., Turner, L. R., Turner, J. A., & Romano, J. M. (1996). The use of multiple-item scales for pain intensity measurement in chronic pain patients. *Pain*, 67(1), 35-40. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0304395996030783>
- Jesus, J. T. A., Oliveira, T. Z., Carvalho, C. A. P., & Carvalho, F. S. (2020). Autopercepção em saúde bucal de acordo com risco familiar. *Archives of Health Investigation*, 9(1), 23-27. <http://dx.doi.org/10.21270/archi.v9i1.4671>
- Lucas, S. D., Mattos, F. F., Melo, J. A. C., Vasconcelos, M., Abreu, M. H. N. G., & Ferreira, N. E. (2014). Uso de metáforas para expressar a dor de dente: um estudo na área de antropologia da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 30(2), 1933-1942. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.05022013>
- Marco, C. A., Nagel, J., Klink, E., & Baehren, D. (2012). Factors associated with self-reported pain scores among ED patients. *The American Journal of Emergency Medicine*, 30(2), 331-337. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2010.12.015>
- Melzack, R. & Katz, J. (2001). The McGill Pain Questionnaire: appraisal and current status. In: Turk, D.C. & Melzack, R., (Eds.), *Handbook of Pain Assessment* (pp. 35-52). New York: Guilford Press.
- Moreira, T. P., Nuto, S. A. S., & Nations, M. K. (2004). Confrontação cultural entre cirurgiões-dentistas e a experiência de usuários de baixa renda em Fortaleza, Ceará. *Saúde em Debate*, 28(66), 58-67. [https://docvirt.com/asp/acervo\\_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=V.28%2C+N.66+-+jan&pesq=&x=64&y=20](https://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=V.28%2C+N.66+-+jan&pesq=&x=64&y=20)
- Moreira, T. P., Nations, M. K., & Alves, M. D. S. C. F. (2007). Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(6), 1383-1392. <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2007.v23n6/1383-1392/pt>
- Nova, F. A. V., Ambrosano, G. M. B., Pereira, A. C., & Meneghin, M. C. (2015). Associação do risco familiar com saúde bucal, qualidade de vida e variáveis socioeconômicas. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 10(34), 1-9. [https://doi.org/10.5712/rbmfc10\(34\)970](https://doi.org/10.5712/rbmfc10(34)970)
- Oliveira, S. B. V., Barroso, S. C. C., Bicalho, M. A. C., & Reis, A. M. M. (2018). Perfil de medicamentos utilizados por automedicação por idosos atendidos em centro de referência. *Einstein*, 16(4), eAO4372. [https://doi.org/10.31744/einstein\\_journal/2018AO4372](https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2018AO4372)
- Ortiz, F. R., Tomazoni, F., Oliveira, M. D. M., Piovesan, C., Mendes, F., & Ardenghi, T. M. (2014). Toothache, Associated Factors, and Its Impact on Oral Health-Related Quality of Life (OHRQoL) in Preschool Children. *Brazilian Dental Journal*, 25(6), 546-553. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6440201302439>
- Palodeto, M. F. T. & Fischer, M. L. (2018). A representação da medicação sob a perspectiva da Bioética. *Saúde e Sociedade*, 27(1), 252-267. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170831>
- Pereira, S. M., Lima, A. W. S., Oliveira, E. C. T., & Santos, Z. C. (2015). Equidade do acesso à atenção à saúde de famílias vulneráveis cadastradas em uma unidade de saúde da família. *Revista de APS – Atenção Primária à Saúde*, 18(3), 325-334. <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15550>
- Peres Neto, J., Cortellazzi, K. L., & Sousa, M. L. R. (2021). Organização da demanda em saúde bucal e a vulnerabilidade familiar. *Ciência e Saúde Coletiva*, 26, 3623-3633. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.21852019>
- Peres Neto, J., Mendes, K. L. C., Wada, R. S., & Sousa, M. L. R. (2017). Relação entre classificações de risco utilizadas para organização da demanda em saúde bucal em município de pequeno porte de São Paulo, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 22(6), 1905-1912. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.00702016>
- Pinho, A. M. S., Campos, A. C. V., Ferreira, E. F., & Vargas, A. M. D. (2012). Toothaches in the daily lives of Brazilian adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(8), 2587-2600. <https://doi.org/10.3390/ijerph9082587>
- Pinto, E. C., Barros, V. J. A., Coelho, M. Q., & Costa, S. M. (2012). Urgências odontológicas em uma Unidade de Saúde vinculada à Estratégia Saúde da Família de Montes Claros, Minas Gerais. *Arquivos em Odontologia*, 48(3), 166-174. <https://periodicos.ufmg.br/index.php/arquiosemodontologia/article/view/3607/2372>
- Rodrigues, A. Á. A. O., Oliveira, M. Q., Santos, M. H. A., Jesus Júnior, A., & Silva, A. K. P. (2021). Qualidade da atenção em Saúde Bucal: entraves que dificultam a prática das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família. *Rev. APS*, 895-919. <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2019.v22.15958>
- Savassi, L. C. M., Lage, J. L., & Coelho, F. L. G. (2012). Sistematização de um instrumento de estratificação de risco familiar: Escala de risco familiar de Coelho-Savassi. *Journal of Management & Primary Health Care*, 3(2), 179-185. <http://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/155/158>
- Silva, J. V. D., Machado, F. C. D. A., & Ferreira, M. A. F. (2015). As desigualdades sociais e a saúde bucal nas capitais brasileiras. *Ciência e Saúde Coletiva*, 20(8), 2539-2548. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015208.12052014>
- Silvestre Junior, R. A., Braga, M. L. de A., Coura, T. L. A. S., Borges, F. de S. Q., Costa, L. E. D., & Feitosa, F. de S. Q. (2021). Avaliação do acesso e qualidade do atendimento odontológico na atenção básica de Patos-PB sob a perspectiva dos usuários. *Research, Society and Development*, 10(10), e197101018343. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i10.18343>
- Souza, G. M. O., Gomes, T. K. S., Melo, T. O., & Silva, J. O. (2015). Fatores socioeconômicos e prevalência da cárie dental em diferentes classes sociais: uma revisão de literatura. *Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-FACIPE*, 2(1), 61-68. <https://periodicos.set.edu.br/index.php/facipesaude/article/viewFile/2952/1581>