

## 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

Prevalence and factors associated with dental pain that prevents the performance of routine tasks by civil servants in Rio de Janeiro, Brazil

Gisele Caldas Alexandre <sup>1</sup>  
Paulo Nadanovsky <sup>1</sup>  
Claudia S. Lopes <sup>1</sup>  
Eduardo Faerstein <sup>1</sup>

### Abstract

*The aims of this study were to estimate the prevalence of dental pain preventing the performance of routine tasks and to assess its association with socioeconomic factors, minor psychiatric disorders, number of missing teeth, and dental consultation patterns. A cross-sectional study was conducted using a self-completed questionnaire answered by 4,030 administrative employees at a university in Rio de Janeiro, Brazil (the Pró-Saúde Study). Data were analyzed using multiple logistic regression. Prevalence of toothache preventing the performance of routine tasks in the two weeks prior to the interview was 2.9% (95%CI: 2.5-3.6). Men (OR = 1.6; 95%CI: 1.1-2.4), individuals with minor psychiatric disorders (OR = 1.7; 95%CI: 1.2-2.6), individuals with extensive tooth loss (OR = 3.4; 95%CI: 1.5-7.8), and those failing to appear for regular dental checkups (OR = 2.5; 95%CI: 1.8-17.3) showed increased odds of experiencing dental pain. Dental pain was an important problem in this population. Unfavorable living conditions and lack of regular dental checkups increased the odds of dental pain.*

*Oral Health; Toothache; Mental Disorders; Office Visits*

### Introdução

Uma das razões mais comuns para a procura de cuidado médico-odontológico é a dor de dentes e/ou tecidos periodontais <sup>1</sup>. A dor de dente pode impedir ou dificultar atividades diárias, tais como trabalhar, se divertir e se relacionar com outras pessoas <sup>2</sup>.

Em inquéritos populacionais realizados anteriormente, a prevalência e o impacto da dor de dente foram relatados para períodos de referência e grupos etários diversos. Geralmente, a prevalência da dor de dente é descrita juntamente com a prevalência de dor orofacial, o que torna difícil a obtenção da prevalência específica da dor de dente. A prevalência da dor de dente, em população adulta nos Estados Unidos, variou entre 12% e 14,5%, para um período de referência de seis meses anteriores ao estudo <sup>3</sup>. Entre crianças e adolescentes, a prevalência tem variado de 8% <sup>4</sup> a 14,1% <sup>2</sup> para um período de quatro semanas anteriores à pesquisa.

No Brasil, a prevalência da dor de dente, nos seis meses anteriores ao estudo, foi de 35,7% em adolescentes, 34,8% em adultos e 22,2% em idosos <sup>5</sup>.

A causa direta mais comum da dor de dente é a cárie dentária <sup>6</sup>, que é também uma das principais causas da extração dentária <sup>7</sup>. As circunstâncias sociais e o padrão de visita ao dentista estão associados com a cárie e com as per-

<sup>1</sup> Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

**Correspondência**  
P. Nadanovsky  
Departamento de Epidemiologia, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.  
Rua São Francisco Xavier 524, 7º andar, Rio de Janeiro, RJ 20559-900, Brasil.  
nadanovsky@ims.uerj.br

das dentárias <sup>1</sup>. A dor de dente é uma das razões mais comuns da extração dentária <sup>7</sup>. No entanto, pouco foi estudado sobre a influência das circunstâncias sociais e do padrão de visita ao dentista no risco da dor de dente.

A Teoria do Portal do Controle da Dor <sup>8</sup> demonstrou que os fatores sócio-culturais afetam os processos psicofisiológicos da percepção da dor. A mais importante contribuição desta teoria no entendimento da dor foi a ênfase dada aos mecanismos neurais centrais, forçando as ciências médicas e biológicas a aceitarem a mente como um sistema ativo que filtra, seleciona e modula “inputs” <sup>9</sup>. A dor é uma complexa experiência que é influenciada por circunstâncias sociais e psicológicas. Os fatores cognitivos, como conhecimentos, crenças e expectativas também podem afetar a percepção da dor. A percepção da dor é multifacetada e envolve três componentes principais: o sensorio-discriminativo (psicológico), o afetivo-motivacional e o avaliativo-cognitivo. Estes componentes interagem para determinar a natureza do episódio da dor e as respostas comportamentais à dor <sup>8</sup>.

Apesar da Teoria do Portal da Dor e da evidência da importância de fatores psicossociais na experiência da dor, foi identificado somente um estudo que avaliou se o estado emocional influencia a ocorrência da dor orofacial; esse confirmou a associação <sup>10</sup>. Os estudos epidemiológicos sobre dor de dente têm, em sua maioria, se restringido a estudar a prevalência e o impacto da dor de dente <sup>2,4,6</sup>. Apesar de ser um desfecho tão importante para a saúde bucal, surpreendentemente encontramos apenas dois estudos que analisaram a associação da dor de dente com fatores sócio-econômicos e comportamentais; a dor de dente aumentou com a idade, com a redução do nível sócio-econômico, com a redução da frequência de escovação dos dentes, com o aumento do número de dentes perdidos e com o não visitar o dentista <sup>3,10,11</sup>.

Os objetivos deste estudo foram estimar a prevalência da dor de dente que impedisse a realização de tarefas habituais e testar sua associação com fatores sócio-econômicos, transtornos mentais comuns, número de dentes perdidos e padrão de visita ao dentista.

## Métodos

Trata-se da análise de dados transversais obtidos da Fase I (1999) do Estudo Pró-Saúde, um estudo de coorte prospectivo entre funcionários técnico-administrativos de uma universi-

dade no Estado do Rio de Janeiro. O Estudo Pró-Saúde investiga determinantes sociais de comportamentos de saúde e doenças. Foram excluídos funcionários aposentados, cedidos a outras instituições e licenciados sem vencimentos.

A coleta de dados foi realizada usando-se um questionário autopreenchível, multidimensional, abrangendo morbidade física e mental, acesso e utilização dos serviços de saúde, rede e apoio social e aspectos sócio-demográficos, entre outros <sup>12</sup>. A confidencialidade das informações coletadas foi assegurada aos respondentes e a equipe contratada para participar do Estudo Pró-Saúde não possuía qualquer vínculo empregatício com a universidade, visando a minimizar possíveis vieses de informação oriundos das relações de trabalho.

## Dor de dente

A informação sobre dor de dente que impedisse a realização de tarefas habituais foi aferida mediante a pergunta: “*Nas últimas duas semanas, você ficou impedido (a) de realizar alguma de suas tarefas habituais (trabalho, estudo ou lazer) por ter tido algum dos tipos de DOR listados abaixo?*”. O respondente marcava sim ou não para cada um dos seguintes tipos de dor: “*Dor de dente, de cabeça, no pescoço ou ombros, nas costas ou coluna e/ou de estômago*”.

## Fatores sócio-econômicos

As informações sobre raça basearam-se na classificação utilizada no censo brasileiro (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – 1998), que inclui as raças preta, parda, branca, amarela ou indígena. A escolaridade foi categorizada em 1º grau incompleto, 1º grau completo, 2º grau incompleto, 2º grau completo, universitário incompleto, universitário completo e pós-graduação. A renda familiar *per capita* foi obtida pela divisão da renda líquida mensal familiar pelo número de pessoas da família.

## Transtornos mentais comuns

A avaliação da presença de transtornos mentais comuns foi realizada por meio da aplicação do *General Health Questionnaire* (GHQ-12). Este instrumento já foi validado para utilização no Brasil <sup>13</sup>. O instrumento avalia períodos de tensão, depressão, incapacidade de luta, enfrentamento, insônia de fundo ansioso e falta de confiança. Os indivíduos que foram positivos para três ou mais dos 12 itens foram

classificados como apresentando transtornos mentais comuns<sup>13</sup>. O período de referência do GHQ-12 foi de duas semanas anteriores ao preenchimento do questionário.

#### **Padrão de visita ao dentista**

O padrão de visita ao dentista foi aferido pela pergunta: “*Em geral, com que frequência você vai ao dentista para uma revisão de rotina?*”. As opções de resposta foram: “*nunca fui ao dentista; não costumo fazer revisão de rotina, só vou ao dentista quando tenho um problema; menos freqüentemente que de dois em dois anos; de dois em dois anos; e pelo menos uma vez por ano*”.

O programa estatístico utilizado para análise das informações foi o Stata, versão 6.0 (Stata Corporation, College Station, Estados Unidos). A regressão logística multivariada não-condicional foi utilizada para identificar um conjunto de variáveis associadas à ocorrência do desfecho. As variáveis foram incluídas no modelo, independentemente da sua significância estatística, por serem consideradas conceitualmente relevantes. As variáveis também foram testadas para a presença de possíveis interações de primeira ordem. Foram calculados *odds ratios* (OR) brutos e ajustados e seus respectivos intervalos de 95% de confiança.

Anteriormente à coleta de dados, os protocolos referentes à pesquisa foram submetidos aos Comitês de Ética da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e do Hospital Universitário Pedro Ernesto, sendo a pesquisa considerada adequada para ser realizada em população humana em ambos os comitês.

#### **Resultados**

A população fonte foi composta por 4.614 adultos. Desta população, 166 (4%) funcionários foram verificados como inelegíveis, incluindo funcionários cedidos, aposentados, exonerados ou em licença sem vencimentos, de forma que a população elegível para a Fase 1 do Estudo Pró-Saúde foi de 4.448 funcionários. Houve 418 perdas (9%) devido a recusas (239), licença médica (57), licença maternidade (33) e falta de localização (89).

A população final do presente estudo foi constituída, portanto, de 4.030 indivíduos adultos, sendo 56% mulheres e 44% homens. Cinquenta e oito por cento eram casados, 20% eram solteiros e 18% separados, divorciados ou viúvos. A média de idade foi de 40 anos (dp = 8,8), sendo que 60% dos indivíduos pertenciam

ao grupo etário de 35 a 50 anos. Vinte e dois por cento concluíram o 1º grau, 35% o 2º, 40% possuíam o 3º grau completo e/ou pós-graduação. Cinquenta e dois por cento da população se autoclassificaram como brancos, 15% como pretos e 29% como pardos. A renda familiar *per capita* média foi de R\$751,00 (dp = 688), 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 anteriores ao 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 (Tabela 1). Na análise multivariada, somente a idade parece não ter influenciado a chance de ter dor de dente. Menor renda, não visitar o dentista para um *check-up*, perder dentes, sofrer transtornos mentais comuns e ser do sexo masculino aumentaram a chance de ter dor de dente de modo independente (Tabela 2). Escolaridade não entrou no modelo por ter apresentado colinearidade com renda.

#### **Discussão**

Neste estudo, observou-se associação entre dor de dente e transtornos mentais comuns. Entretanto, o desenho do estudo não permite que se estabeleça de forma clara a direção da associação, já que tanto para dor de dente quanto para transtornos mentais comuns, o período de referência foi de duas semanas anteriores ao preenchimento do questionário. Segundo a Teoria do Portal do Controle da Dor de Melzack & Wall<sup>8</sup>, os fatores sócio-culturais afetam os processos psicofisiológicos da percepção da dor. A dor de dente parece não fugir a esta regra, e a presença de transtornos mentais comuns pode não ter sido somente consequência, mas também condição antecedente à dor de dente. Indivíduos mais deprimidos e ansiosos podem tolerar menos uma dor de dente ou apresentar uma maior sensibilidade à dor de uma forma geral. Tal fenômeno seria consistente com resultados de um estudo longitudinal em que indivíduos com transtornos mentais comuns apresentaram chances duas vezes mais elevadas de dor orofacial nos quatro anos subsequentes<sup>10</sup>.

As mulheres têm demonstrado possuir uma maior sensibilidade biológica aos estímulos<sup>14</sup>, e a elas parece ser mais aceitável, socialmente, relatar que sentiram dor. Neste estudo, porém, a chance de relatar dor de dente foi maior em

Tabela 1

Prevalência da dor de dente que impediu a realização de tarefas habituais:  
Estudo Pró-Saúde. Rio de Janeiro, Brasil, 1999.

Variáveis do estudo	N	%	IC95%
<b>Sexo*</b>			
Feminino	2.240	2,3	1,8-3,1
Masculino	1.790	3,7	2,9-4,8
<b>Idade* (média: 40,1 anos; dp = 8,8)</b>			
< 35	1.124	1,9	1,2-2,9
35-50	2.423	3,4	2,8-3,4
> 50	483	3,0	1,7-5,0
<b>Estado civil</b>			
Casado	2.371	3,0	2,3-3,7
Separado/Divorciado/Viúvo	717	3,0	1,7-4,2
Solteiro	801	2,6	1,5-3,8
<b>Escolaridade**</b>			
Até o 1º grau completo	947	5,5	3,9-7,6
Até o 2º grau completo	1.429	3,0	2,1-4,0
Até o 3º grau completo e pós-graduação	1.616	1,6	1,0-2,4
<b>Raça e/ou cor da pele</b>			
Branca	2.082	2,5	1,9-3,4
Negra	625	4,3	2,9-6,4
Parda	1.116	3,0	2,2-4,4
Outras	60	1,0	0,0-5,4
<b>Renda (em salários mínimos)**</b>			
< 3	2.445	3,9	3,3-4,9
3-6	1.1120	2,0	1,2-3,0
> 6	465	0,4	0,5-1,5
<b>Transtornos mentais comuns*</b>			
Ausência	2.861	2,5	2,0-3,2
Presença	1.169	4,1	3,1-5,5
<b>Visita de rotina ao dentista**</b>			
De 2 em 2 anos	543	1,7	0,7-3,2
Nunca	50	13,3	5,0-26,8
Só com problema	1.343	4,3	3,3-5,6
Menos freqüente que de 2 em 2 anos	333	2,1	0,8-4,3
Pelo menos 1 vez ao ano	1.715	2,3	1,6-3,1
<b>Número de dentes perdidos*</b>			
Nenhum	879	0,9	0,3-1,8
Um ou poucos	2.012	2,9	2,3-3,8
Todos ou quase todos	1.111	4,4	3,4-6,0
<b>Total</b>	<b>4.030</b>	<b>2,9</b>	<b>2,5-3,6</b>

\* Teste qui-quadrado de homogeneidade de Pearson;

\*\* Teste exato de Fischer: p-valor < 0,05.

tre os homens. A maior parte dos homens só procura atendimento odontológico quando já possui algum tipo de problema. Isto pode ser um indicativo de que, na população estudada, houve mais doença bucal e, em decorrência disto, mais dor de dente entre os homens quando comparados às mulheres com mesmo nível de renda, padrão similar de visita ao dentista e mesmo nível de transtornos mentais comuns. Além disso, se a suposta maior facilidade social da mulher relatar dor existiu, ela não foi suficiente para anular a maior prevalência de dor de dente entre os homens na população estudada.

Os indivíduos que possuem escolaridade alta e maior renda procuram os serviços preventivos de saúde com mais freqüência, possuem melhor alimentação, mais autocuidado preventivo de uma forma geral e menos doença bucal em relação aos que possuem baixa escolaridade e menor renda. A renda muito baixa pode ter aumentado a chance de dor de dente devido às variáveis especificadas acima, representando, nesse caso, uma variável "proxy" de hábitos deletérios à saúde que podem ter causado doença bucal e, conseqüentemente, dor de dente <sup>1</sup>.

Os indivíduos que perderam mais dentes ao longo da vida podem ter apresentado mais cárie e doença periodontal <sup>7</sup> e, conseqüentemente, ter maior risco de dor de dente que os que perderam menos dentes. É interessante notar que o fato de ter mais dentes na boca, portanto mais dentes expostos à possibilidade de ocorrer dor de dente, não aumentou a chance de dor de dente. Pelo contrário, essa associação sugere que as pessoas que mantêm mais dentes na boca por mais tempo possuem de fato uma dentição mais saudável. Exatamente porque houve a redução da cárie e a melhoria geral na saúde bucal, os dentes estão permanecendo íntegros na boca por mais tempo <sup>15</sup>. Os resultados do nosso estudo reforçam esse argumento.

Visitar o dentista para uma revisão de rotina pode evitar complicações odontológicas, incluindo a dor e a perda de dentes. Na mesma população deste estudo foi verificado que o risco de ter uma perda excessiva de dentes foi maior entre as pessoas que não faziam revisões odontológicas de rotina <sup>16</sup>. Pareceu, portanto, que a doença bucal evoluiu mais gravemente, levando até a perda de dentes naqueles que não tinham o hábito de visitar o dentista para revisões de rotina. Freqüentemente, durante a progressão da cárie, a pessoa pode sentir dor de dente. As visitas de rotina ao dentista podem evitar, por meio de diversos tipos de tratamentos, que a cárie progrida até o estágio que cause dor. Os resultados deste estudo sugeri-

ram que, de fato, visitar o dentista para uma revisão de rotina diminuiu a chance de ter dor de dente. Esse resultado foi coerente com o resultado de Cunha-Cruz et al. 16, em relação ao risco de perder dentes, pois de uma forma geral, esses dois indicadores de saúde bucal, i.e., perda e dor de dente, são desfechos da mesma doença, i.e., cárie dentária. Tanto em relação à perda quanto à dor de dente, a proteção foi a mesma para visitas pelo menos uma vez por ano, a cada dois anos ou menos freqüentemente que de dois em dois anos. Entretanto, o número de participantes com dor de dente nos grupos de visitas menos freqüentes foi insuficiente para se chegar a alguma conclusão quanto à segurança de intervalos maiores entre as visitas de rotina ao dentista.

Apesar dos indivíduos estudados possuírem emprego estável e compartilharem o mesmo local de trabalho, a dor de dente parece ser um problema importante nessa população – a cada duas semanas, aproximadamente cem funcionários sofrem dor de dente que impede a realização de tarefas habituais – e essa dor não é igualmente distribuída na população, indicando que piores circunstâncias de vida e não visitar o dentista para revisões de rotina aumentam as chances das pessoas terem dor de dente que impede a realização de tarefas habituais.

Tabela 2.

Associação da dor de dente com fatores sócio-econômicos, transtornos mentais comuns, número de dentes perdidos e padrão de visita ao dentista: Estudo Pró-Saúde, Rio de Janeiro, Brasil, 1999.

Variáveis	OR bruto	IC95%	OR ajustado*	IC95%
<b>Idade (em anos)</b>				
< 35	1,0	–	1,0	
35-50	1,8	1,1-2,9	1,3	0,8-2,0
> 50	1,6	0,8-3,0	0,8	0,3-1,7
<b>Sexo</b>				
Feminino	1,0	–	1,0	–
Masculino	1,6	1,1-2,3	1,6	1,1-2,4
<b>Renda (em salários mínimos)</b>				
> 6	1,0	–	1,0	–
3-6	4,7	1,0-20,0	4,1	0,9-17,5
< 3	9,6	2,4-39,1	5,8	1,4-24,7
<b>Transtornos mentais comuns</b>				
Ausência	1,0	–	1,0	–
Presença	1,7	1,1-2,4	1,7	1,2-2,6
<b>Número de dentes perdidos</b>				
Nenhum	1,0	–	1,0	–
Um ou poucos	3,3	1,6-7,0	2,6	1,2-5,7
Todos ou quase todos	5,1	2,4-10,9	3,4	1,5-7,8
<b>Visita de rotina ao dentista</b>				
De 2 em 2 anos	1,0	–	1,0	–
Nunca	8,9	3,0-26,0	5,7	1,8-17,3
Só com problema	2,6	1,2-5,3	1,9	0,9-3,9
Menos freqüente que de 2 em 2 anos	1,2	0,4-3,4	1,1	0,4-3,1
Pelo menos 1 vez ao ano	1,4	0,6-2,8	1,4	0,6-2,9

\* Ajustado pelas variáveis constantes da tabela – regressão logística multivariada não-condicional.

## Resumo

Nesse estudo, objetivou-se estimar a prevalência da dor de dente que impedisse a realização de tarefas habituais e testar sua associação com fatores sócio-econômicos, transtornos mentais comuns, número de dentes perdidos e padrão de visita ao dentista. Realizou-se estudo transversal, com questionário auto-preenchível, aplicado em 4.030 funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro, Brasil – Estudo Pró-Saúde. As análises foram conduzidas por meio de regressão logística multivariada. 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). Ser do sexo masculino (OR = 1,6; IC95%: 1,1-2,4), apre-

sentar transtorno mental comum (OR = 1,7; IC95%: 1,2-2,6), ter perdido muitos dentes (OR = 3,4; IC95%: 1,5-7,8) e não visitar o dentista para uma revisão de rotina (OR = 2,5; IC95%: 1,8-17,3), aumentaram a chance de ter tido dor de dente. A dor de dente foi um problema importante nessa população. Circunstâncias desfavoráveis de vida e não visitar o dentista para uma revisão de rotina aumentaram as chances de ter dor de dente.

Saúde Bucal; Odontalgia; Transtornos Mentais; Visita a Consultório Médico

## Colaboradores

G. C. Alexandre revisou a literatura, realizou a análise estatística dos dados, interpretou os resultados e escreveu o artigo. P. Nadanovsky idealizou o estudo, revisou a literatura, interpretou os resultados da análise estatística dos dados e escreveu o artigo. C. S. Lopes orientou a coleta dos dados do Estudo Pró-Saúde e escreveu o artigo. E. Faerstein orientou a coleta dos dados do Estudo Pró-Saúde e escreveu o artigo.

## Agradecimentos

Gisele Caldas Alexandre recebeu bolsa de Mestrado da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ); processo nº 150.872/01.

## Referências

1. Lacerda JT, Simionato EM, Peres KG, Peres MA, Traebert J, Marcenes W. Dental pain as the reason for visiting a dentist in a Brazilian adult population. *Rev Saúde Pública* 2004; 38:453-8.
2. Locker D, Grushka M. The impact of dental and facial pain. *J Dent Res* 1987; 66:1414-7.
3. Vargas CM, Macek MD, Marcus SE. Sociodemographic correlates of tooth pain among adults: United States, 1989. *Pain* 2000; 85:87-92.
4. Shepherd MA, Nadanovsky P, Sheiham A. The prevalence and impact of dental pain in 8-year-old school children in Harrow, England. *Br Dent J* 1999; 187:38-41.
5. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados principais. Brasília: Coordenação de Saúde Bucal, Ministério da Saúde; 2004.
6. Slade GD. Epidemiology of dental pain and dental caries among children and adolescents. *Community Dent Health* 2001; 18:219-27.
7. Reich E, Hiller KA. Reasons for tooth extraction in the western states of Germany. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993; 21:379-83.
8. Melzak R, Wall P. *The challenge of pain*. 2<sup>nd</sup> Ed. London: Penguin; 1988.
9. Melzack R. Recent concepts of pain. *J Med* 1982; 13:147-60.
10. Macfarlane T, Blinkhorn A, Davies R, Kincey J, Worthington H. Predictors of outcome for orofacial pain in the general population: a four-year follow-up study. *J Dent Res* 2004; 83:712-7.
11. Honkala E, Honkala S, Rimpela A, Rimpela M. The trend and risk factors of perceived toothache among Finnish adolescents from 1977 to 1997. *J Dent Res* 2001; 80:1823-7.
12. Faerstein E, Lopes CS, Valente K, Sole-Plá MA, Ferreira MB. Pré-testes de um questionário multidimensional autopreenchível: a experiência do estudo Pró-saúde UERJ. *Physis* 1999; 9: 117-30.
13. Mari JJ, Williams P. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis. *Psychol Med* 1985; 15:651-9.
14. Liddell A, Locker D. Gender and age differences in attitudes to dental pain and dental control. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997; 25:314-8.
15. Sheiham A. Minimal intervention in dental care. *Med Princ Pract* 2002; 11 Suppl 1:2-6.
16. Cunha-Cruz J, Nadanovsky P, Faerstein E, Lopes CS. Routine dental visits, either at six-month or two-year intervals, were beneficial for keeping teeth. *J Public Health Dent* 2004; 64:216-22.

Recebido em 29/Jul/2005

Versão final reapresentada em 05/Out/2005

Aprovado em 24/Out/2005