

Adultos: uso dos serviços odontológicos, comportamentos e condições subjetivas de saúde

Adults: dental service utilization, behaviors and subjective health conditions

Desirée Sant'Ana Haikal¹, Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins², Marise Fagundes Silveira³, Diego dos Santos Dias⁴, Pedro Henrique Soares Aguiar⁴, Carolina Carneiro Soares Macedo⁴, Luís Otávio Silveira Sales⁴, Rafael Silveira Freire⁵, Jairo Evangelista Nascimento⁶, Alfredo Maurício Batista De-Paula⁷, Efigênia Ferreira e Ferreira⁸

Resumo: Objetivo: Descrever o perfil dos adultos do município de Montes Claros segundo condições sociodemográficas, utilização dos serviços odontológicos, comportamentos e condições subjetivas. **Metodologia:** Coleta de dados domiciliar em amostra probabilística dos adultos (35-44 anos) do município, conduzida conforme preconizações da Organização Mundial de Saúde. Utilizou-se o programa SPSS[®] em análises descritivas corrigidas pelo efeito de desenho. **Resultados:** Dos 841 adultos avaliados, a idade e escolaridade médias foram de 39,5 e 9,5 anos respectivamente. Houve predomínio de pardos (51%), com união estável (75%), renda *per capita* abaixo de R\$ 300,00 (70%), sem posse de automóvel (69%), mas com moradia própria (81%). Somente 11 (1,4%) adultos nunca haviam utilizado serviços odontológicos. Dentre os que já utilizaram, verificou-se o seguinte perfil: utilizaram o SUS (35%), há menos de um ano (46%), para tratamento (66%) e esteve satisfeito com tais serviços (75%). Quanto aos comportamentos, houve predomínio de não tabagistas (75%), não etilistas (58%), mas que não praticam exercício físico regularmente (61%). A maioria relatou higienizar os dentes 3 ou mais vezes ao dia (64%), mas não fazer uso de flúor (68%). Quanto a condições subjetivas, a maioria estava satisfeito com a vida (85%), avaliou positivamente sua saúde bucal (49%), acreditava possuir cáries (55%), não relatou dor (61%) e afirmou necessidade de tratamento odontológico (78%). Estes dados devem subsidiar políticas públicas compatíveis com as reais necessidades que acometem os adultos do município, garantindo maior acesso a informações e aos serviços públicos odontológicos, visando maior equidade socioeconômica.

Palavras-chave: Adultos. Saúde bucal. Acesso aos serviços de saúde. Comportamento. Autopercepção.

Abstract: Objective: To describe the profile of adults in the city of Montes Claros according to the sociodemographic conditions, use of dental services, behaviors and subjective conditions. **Methodology:** Data collection on household in probability sample of adults (35-44 years) in the city of Montes Claros. This collection was conducted according to the World Health Organization. It was used the program SPSS[®] for descriptive analyzes adjusted for the effect of drawing. **Results:** In 841 adults assessed, the average age and education were 39.5 and 9.5 years respectively. Browns predominated (51%) with stable union (75%), *per capita* income below R\$ 300.00 (70%), with no own car (69%), but with their own home (81%). Only 11 (1.4%) adults had never used dental services. Among those who had already used, it was found the following profile: using of SUS (35.5%), in less than one year (46%), to treatment (66%) and were satisfied with such services (75%). Regarding the behavior, there was a predominance of non-smokers (75%), non-alcoholics (58%), but they do not exercise regularly (59%). The most part of the interviewed people reported to make the hygiene of their teeth three times a day or more (64%), but they do not make use of fluoride (68%). Relating about subjective conditions, most of them were satisfied with their life (85%) positively evaluated their oral health (49%), believed to have cavities (55%) they did not report pain (61%) and they reported necessity of dental treatment (78 %). These data should support public politics consistent with the real needs that affects the adults that of the cities, ensuring greater access to information and public dental services, aiming more equitable socio-economic equity.

Key-words: Adults. Oral health. Access to health services. Behavior. Self-perception.

- 1 Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva. Professora da Unimontes.
- 2 Doutora em Saúde Pública/Epidemiologia - Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG. Professora da Unimontes.
- 3 Doutoranda em Saúde Coletiva - Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP. Professora da Unimontes.
- 4 Graduando em Odontologia - Unimontes.
- 5 Mestre em Ciências da Saúde - Unimontes. Professor das Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros.
- 6 Mestre em Ciências da Saúde - Unimontes. Professor da Unimontes.
- 7 Doutor em Patologia - UFMG. Professor da Unimontes.
- 8 Doutora em Ciência Animal - Epidemiologia - UFMG. Professora da UFMG.

INTRODUÇÃO

Dados epidemiológicos são fundamentais para o planejamento, a organização e o monitoramento dos serviços de saúde¹, subsidiando políticas compatíveis com os problemas da população. A ausência de dados válidos e confiáveis pode acarretar em prejuízos na eficácia das ações de saúde desenvolvidas², sendo que nenhum administrador de serviços de saúde pode prescindir de tais informações sob pena de perder o rumo na eficácia dessas ações.²

Em saúde bucal, além das condições objetivas de saúde, torna-se importante gerar informações epidemiológicas sobre o acesso e uso dos serviços odontológicos e dos hábitos e comportamentos relacionados à saúde, já que estes parâmetros são associados aos desfechos em saúde bucal.³ Tais informações ganham significado ainda maior se acompanhados da avaliação subjetiva de saúde, que envolve a autopercepção das condições de saúde bucal e do impacto de tais condições na qualidade de vida dos indivíduos, uma vez que a utilização dos serviços e o comportamento das pessoas são condicionados por suas percepções e pela importância dada a elas⁴, afetando também diretamente os desfechos clínicos de saúde bucal.³

Os adultos representam o maior estrato da população, demandam por serviços odontológicos, possuem problemas específicos de saúde bucal, além de influenciarem de maneira decisiva o comportamento de seus dependentes⁵. Os trabalhadores, em especial, têm dificuldades no acesso às unidades de saúde nos horários de trabalho convencionais, conduzindo a um agravamento dos problemas existentes, transformando-os em urgência e motivo de falta ao trabalho, além das consequentes perdas dentárias.⁶

Portanto, objetivou-se descrever o perfil dos adultos do município de Montes Claros segundo condições sociodemográficas, de utilização dos serviços odontológicos, comportamentos e condições subjetivas relacionadas à saúde, tendo em vista a importância desse conhecimento para criação de possíveis estratégias públicas para o controle das doenças bucais de maior prevalência no município.

METODOLOGIA

O presente trabalho faz parte do Levantamento Epidemiológico das Condições de Saúde Bucal da população de Montes Claros, denominado “Projeto SBMOC”, realizado nos anos 2008/2009. A amostra do “Projeto SBMOC” foi constituída por 4509 indivíduos, distribuídos de forma representativa nas idades índices e faixas etárias preconizadas para levantamentos epidemiológicos em saúde bucal.¹ O Projeto SBMOC recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas (Parecer CEP UNIMONTES nº318/06) e foi financiado pela FAPEMIG, sendo fruto de uma parceria entre UNIMONTES e Prefeitura Municipal de Montes Claros. Nesse artigo, foram apresentadas informações referentes à população de 35-44 anos, grupo padrão para avaliação das condições de saúde bucal em adultos.¹

Amostragem: com o objetivo de obter representatividade para adultos, foi proposta uma amostragem complexa, probabilística, por conglomerados em dois estágios, com garantia de proporcionalidade por sexo. Os cálculos evidenciaram a necessidade de se avaliar 762 adultos, considerando-se a ocorrência dos eventos ou doenças em 50%, erro de 5,5%, nível de confiança de 95%, *deff* igual a 2,0 e taxa de não-resposta de 20%.

Calibração dos examinadores: participaram da coleta 24 cirurgiões-dentistas treinados e calibrados (concordância Kappa superior a 0,60), acompanhados por anotadores/digitadores treinados para este fim.

Coleta de dados: foram conduzidas entrevistas domiciliares, após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Os dados foram registrados em um HP iPAQ Pocket PC da série hx2000 (Palo Alto, CA, EUA), conhecido como “computador de mão” (palmtop), utilizando um programa criado especificamente para esse fim.

Condições analisadas: neste trabalho, foram analisados dados relativos às condições sociodemográficas, uso dos serviços odontológicos, comportamentos relacionados à saúde e condições subjetivas.

Condições sociodemográficas: sexo, faixa etária (anos), raça autodeclarada, estado civil, escolaridade (anos de estudo), trabalho atual, número de residentes por cômodo, renda *per capita* em reais, posse de automóvel, moradia, domicílio inserido na Estratégia Saúde da Família (ESF) e o tempo de residência em Montes Claros (anos). As variáveis, sexo, raça e domicílio inserido no PSF, foram mantidas, conforme coletadas. As variáveis, faixa etária, escolaridade, renda *per capita*, posse de automóvel e tempo de residência em Montes Claros, embora coletadas de forma quantitativa discreta, foram agrupadas em categorias. A variável, número de residentes por cômodo, foi construída, dividindo-se o número de habitantes pelo número de cômodos do domicílio, sendo também apresentada de forma categorizada. Todas as demais variáveis tiveram suas categorias originais reduzidas a um número menor, através do agrupamento das mesmas.

Uso dos serviços odontológicos: inicialmente, foi estimada a prevalência do uso de serviços odontológicos, sendo excluídos das

análises os indivíduos que nunca utilizaram tais. As variáveis investigadas foram: serviço odontológico utilizado, tempo desde a última visita ao dentista (anos), motivo do uso do serviço odontológico, acesso a informações sobre higiene bucal, acesso a informações sobre dieta, acesso a informações sobre como evitar problemas bucais, acesso a informações sobre como evitar o câncer de boca, recebeu informações sobre como realizar o autoexame da boca e satisfação com o atendimento odontológico. A variável, serviço odontológico utilizado, categorizada originalmente como “nunca foi ao dentista”, “público”, “liberal”, “convênio”, “filantrópico” e “outros”, foi reagrupada como SUS (Sistema Único de Saúde, serviço público) e outros serviços (todos os demais). A variável, tempo desde a última consulta odontológica, foi mantida, conforme coletada. A variável, satisfação com o atendimento odontológico, coletada utilizando escala Likert, foi reagrupada em três categorias. As demais variáveis também coletadas utilizando escala Likert, foram dicotomizadas em sim (sempre, frequentemente, ocasionalmente, raramente) e não (nunca).

Comportamentos relacionados à saúde: considerando a saúde geral (hábito tabagista atual ou passado, hábito etilista atual ou passado e prática de atividade física) e a saúde bucal (frequência diária de higiene bucal, meios de realizar a higiene bucal, realização do autoexame bucal, uso de flúor tópico). As variáveis relativas ao tabagismo e etilismo, realização do autoexame e uso de flúor tópico foram apresentadas conforme coletadas. As demais variáveis, coletadas utilizando a escala de Likert, foram agrupadas em 3 categorias.

Condições subjetivas relacionadas à saúde: considerando a saúde geral e bucal. Quanto à saúde geral, foram apresentados os domínios físico e mental do SF12 (12-Item Short-Form Health

Survey) e a satisfação com a vida. Referentes à saúde bucal, foram apresentadas a autopercepção da saúde bucal, autopercepção da mastigação, autopercepção da aparência dos dentes e gengivas, autopercepção da fala devido aos dentes e gengivas, autopercepção da necessidade de tratamento odontológico, relato da presença de cárie, dor em dentes e gengivas nos últimos 6 meses, alterações no paladar que afetaram a vida nas últimas 4 semanas, alterações no hálito que afetaram a vida nas últimas 4 semanas, relacionamento interpessoal afetado pela condição bucal e a versão abreviada do *Oral Health Impact Profile (OHIP-14) ou Perfil do Impacto da Saúde Bucal*. As variáveis relativas à satisfação com a vida, autopercepção da saúde bucal, autopercepção da mastigação, autopercepção da aparência e autopercepção da fala, embora coletadas segundo escala Likert, foram reagrupadas em três categorias. Já as variáveis relativas à dor, alterações no paladar, alterações no hálito e ao relacionamento interpessoal, também coletadas utilizando escala Likert, foram dicotomizadas em não afetou (nenhuma afetação) e afetou (afetou pouco, mais ou menos, muito e extremamente). As variáveis autopercepção da necessidade de tratamento odontológico e da presença de cárie foram mantidas, conforme coletadas.

O SF12 é um instrumento amplamente utilizado em estudos de base populacional para a avaliação da qualidade de vida. É internacionalmente reconhecido por ser curto (12 itens), compreensível e de fácil aplicação, permitindo uma avaliação da qualidade de vida por meio dos domínios físico e mental, separadamente. A versão utilizada foi a validada no Brasil por Camelier.⁷ A pontuação foi obtida através da soma da ponderação de cada questão para cada domínio, podendo variar de 0 (pior estado de saúde) a 100 (bom estado de saúde).⁸ Uma vez que a qualidade de vida sofre

influência do estado físico de saúde, da idade, de fatores culturais e socioeconômicos, não tem sido recomendada a utilização de um ponto de corte padronizado, devendo ser específico para cada população investigada. Assim, foram estimadas as médias para cada domínio em separado e seus intervalos de 95% de confiança. O valor obtido para o limite inferior do intervalo de confiança da média foi adotado como ponto de corte neste estudo, sendo que indivíduos cujos escores finais se localizavam abaixo deste valor, foram considerados com qualidade de vida insatisfatória. Aqueles que se encontravam acima deste valor foram considerados como com qualidade de vida satisfatória.⁹ Além disso, foi calculada a consistência interna do instrumento através o coeficiente Alfa de Cronbach.

Já o OHIP – 14 é um instrumento projetado para fornecer uma medida abrangente da disfunção, desconforto e incapacidade atribuída à condição de saúde bucal. É composto por 14 itens e apresenta um único índice que incorpora diferentes dimensões da saúde bucal. Neste estudo, foi utilizada a versão brasileira validada por Oliveira e Nadanovsky (2005).¹⁰ As pontuações do OHIP-14 foram calculadas pelo método aditivo que consiste na soma simples dos valores (4=sempre; 3=repetidamente; 2=às vezes; 1=raramente e 0=nunca) atribuídos às respostas dadas às questões que compõe o instrumento. Assim, as pontuações podem variar de 0 a 56, sendo que escores maiores indicam maior disfunção, desconforto e incapacidade atribuída à condição de saúde bucal. Dessa forma, estimou-se a média e seu erro padrão. Além disso, quando analisado como variável categórica, o OHIP foi classificado em dois grupos: sem impacto (às vezes, raramente, nunca) e com impacto (sempre, frequentemente), e o indivíduo que declarou impacto em pelo menos um item foi considerado com impacto.¹¹ A consistência interna do OHIP foi

calculada pelo coeficiente Alfa de Cronbach.

Foi realizada análise descritiva dos dados, empregando-se o programa estatístico PASW (Predictive Analytics Software - SPSS®). Para as variáveis nominais, foram apresentadas as prevalências em números absolutos e foram estimados percentuais (%) para cada categoria. Para variáveis numéricas, foram apresentados percentuais (%), média amostral (\bar{x}) e erro padrão (EP). Análises provenientes de amostras por conglomerados necessitam de correção pelo efeito de desenho.¹² Para aumentar a possibilidade de comparações com outros estudos que não tenham realizado tal correção, optou-se por apresentar os resultados com e sem a correção pelo efeito de desenho. Tal correção refere-se ao cálculo utilizando ponderações diferenciadas aos elementos amostrais a fim de compensar as suas desiguais probabilidades de seleção.¹² O símbolo (*) identifica os valores

estimados por essa correção.

RESULTADOS

Dos 924 adultos convidados a participarem da pesquisa, por residirem nos conglomerados sorteados, 841 (8615*) aceitaram, caracterizando uma taxa de resposta de 91%. A média de idade foi de 39,5* (EP=0,126*) anos. Identificou-se ligeiro predomínio do sexo feminino, sendo que a maioria se autodeclarou pardo, possuía união estável, residia em domicílio com alta ocupação, não possuía automóvel, mas possuía moradia própria. A renda *per capita* e a escolaridade foram baixas, sendo de 9,15 (9,01*; EP=0,336*) anos de estudo e R\$ 316,04 (R\$308,00*; EP=R\$21,50*) em média. Aproximadamente um quarto relatou estar desempregado. Demais informações sociodemográficas estão apresentadas na tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos adultos (n=841; N=8615*) em números absolutos (n), percentuais observados (%) e estimados pela correção do efeito de desenho (%*), segundo condições sociodemográficas. Montes Claros - MG, 2008/2009.

Condições Sociodemográficas	n	%	%*
Sexo			
Feminino	461	54,8	53,9
Masculino	380	45,2	46,1
Faixa etária (em anos)			
35 a 39	434	51,6	52,6
40 a 44	407	48,4	47,4
Raça autodeclarada			
Branco	236	28,1	26,7
Amarelo	33	3,9	4,3
Indígena	6	0,7	1,2
Negro	133	15,8	16,7
Pardo	433	51,5	51,1
Estado Civil			
Casado/ união estável	615	73,1	74,6
Solteiro	149	17,7	17,4
Viúvo/divorciado	77	9,2	8,0

Escolaridade (anos de estudo)			
0 (analfabeto)	13	1,5	1,5
1 a 4	100	11,9	12,9
5 a 8	256	30,4	30,7
9-11	254	30,2	29,9
Acima de 11	218	25,9	25,1
Trabalho atual ^a			
Trabalha	605	72,4	71,0
Aposentado	24	2,9	3,1
Desempregado	207	24,8	25,9
Número de residentes por cômodo			
≤ 0,5	242	28,8	26,9
0,51 - 0,69	210	25,0	24,4
≥ 0,7	389	46,3	48,7
Renda <i>per capita</i> em reais ^a			
R\$ 0,00- 120,00	174	21,4	23,6
R\$ 120,50-200,00	218	26,8	26,3
R\$ 200,50- 300,00	169	20,8	20,1
Acima de R\$ 300,00	251	30,9	30,0
Posse de automóvel			
Sim	266	31,6	30,6
Não	575	68,4	69,4
Moradia			
Própria	667	79,3	81,0
Não própria	174	20,7	19,0
Domicílio inserido no PSF			
Sim	435	51,7	52,9
Não	406	48,3	47,1
Tempo de residência em Montes Claros (em anos) ^a			
1-10 anos	115	13,8	13,3
11-20 anos	166	20,0	19,8
Acima de 20 anos	550	66,2	66,9

^a Variação no n=841 por perda de informações.

Onze indivíduos (1,4%*) nunca utilizaram os serviços odontológicos. Dentre os que já haviam utilizado, observou-se que apenas um terço utilizou serviços do SUS. Quase metade visitou um dentista no último ano, sendo que, dentre os motivos para o uso, o atendimento para tratamento representou o dobro do atendimento por rotina. A maioria

afirmou ter recebido informações sobre higiene, dieta e sobre como evitar problemas bucais, mas apenas uma pequena parcela afirmou ter tido acesso a informações sobre como evitar câncer de boca e sobre como realizar o autoexame da boca. Cerca de três quartos dos adultos apresentaram satisfação com atendimento odontológico (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos adultos (n=830^φ; N=8491*) em números absolutos (n), percentuais observados (%) e estimados pela correção do efeito de desenho (%*), segundo uso dos serviços odontológicos. Montes Claros - MG, 2008/2009.

Uso dos serviços odontológicos	n	%	%*
Serviço odontológico utilizado ^a			
SUS	290	35,0	35,3
Outros serviços	539	65,0	64,7
Tempo desde a última visita ao dentista (em anos)			
Menos de 1	379	45,7	46,4
De 1 a 2	217	26,1	23,6
3 ou mais	234	28,2	30,0
Motivo do uso serviço odontológico			
Atendimento por rotina	290	34,5	33,4
Atendimento para tratamento	540	64,2	66,6
Acesso a informações sobre higiene bucal ^a			
Sim	696	84,1	83,3
Não	132	15,9	16,7
Acesso a informações sobre dieta ^a			
Sim	422	51,1	50,5
Não	404	48,9	49,5
Acesso a informações sobre como evitar problemas bucais ^a			
Sim	520	62,6	60,4
Não	310	37,4	39,6
Acesso a informações sobre como evitar o câncer de boca ^a			
Sim	277	33,5	31,8
Não	550	66,5	68,2
Recebeu informações sobre como realizar o autoexame da boca ^a			
Sim	200	24,2	22,9
Não	626	75,8	77,1
Satisfação com atendimento odontológico ^a			
Muito satisfeito	623	75,3	75,1
Mais ou menos satisfeito	153	18,5	18,3
Pouco satisfeito ou insatisfeito	51	6,2	6,5

Exclusão de 11 indivíduos que não utilizaram serviços odontológicos. ^φ Variação no n=830 por perda de informações.

Dados referentes aos comportamentos estão apresentados na tabela 3. Observou-se acentuado predomínio de não tabagistas, hábito etilista referenciado por pouco menos que a metade dos adultos, sendo que quase dois terços relataram

que não praticam exercício físico regularmente. A maioria relatou higienizar os dentes 3 ou mais vezes ao dia, constatou-se baixa prevalência de relato de autoexame da boca e de utilização de flúor tópico.

Tabela 3 - Distribuição dos adultos (n=841; N=8615*) em números absolutos (n), percentuais observados (%) e estimados pela correção do efeito de desenho (%*), segundo comportamentos relacionados à saúde geral e bucal. Montes Claros - MG, 2008/2009.

Comportamentos	n	%	%*
SAÚDE GERAL			
Hábito tabagista atual ou passado ^a			
Ausente	636	75,7	75,2
Presente	204	24,3	24,8
Hábito etilista atual ou passado ^a			
Ausente	486	57,9	58,5
Presente	354	42,1	41,5
Prática de atividade física ^a			
Sempre ou frequentemente	174	20,7	19,8
Ocasionalmente	164	19,5	19,6
Raramente ou nunca	501	59,7	60,6
SAÚDE BUCAL			
Frequência diária da higiene bucal ^a			
Mais de duas vezes	529	63,1	64,2
Uma ou duas vezes	308	36,8	35,7
Nenhuma vez	1	0,1	0,1
Meios de realizar a higiene bucal ^a			
Escova de dente e higiene língua e/ou usa fio e ou enxaguatório	629	75,0	76,1
Somente escova de dente	204	24,3	23,5
Realiza apenas bochecho ou não higieniza	6	0,7	0,4
Realização do autoexame bucal ^a			
Sim	165	19,7	20,0
Não	674	80,3	80,0
Uso de flúor tópico ^a			
Sim	213	25,6	31,6
Não	620	74,4	68,4

^a Variação no n=841 por perda de informações.

Quanto às condições subjetivas, verificou-se que o escores médios dos domínios físico e mental do SF-12 foram de 52,8 (54,4*;EP*= 3,5) e 50,0 (51,7*; EP*=3,6), respectivamente. O coeficiente Alfa de Cronbach foi 0,82. Mais de 80% relatou satisfação com a vida e quase a metade relatou autopercepção positiva da saúde bucal. Houve também predomínio da autopercepção positiva da

mastigação, da aparência dos dentes e gengivas e da fala; cerca de 55% acreditavam possuir lesões de cárie. A maioria não relatou dor, alterações no paladar, no hálito ou impacto das condições bucais no relacionamento interpessoal (tabela 4). O indicador subjetivo OHIP obteve média de 7,6 (7,8*; EP*=0,74) e coeficiente Alfa de Cronbach de 0,88.

Tabela 4 - Distribuição dos adultos (n=841; N=8615*) em números absolutos (n), percentuais observados (%) e estimados pela correção do efeito de desenho (%*), segundo condições subjetivas relacionadas à saúde geral e bucal. Montes Claros - MG, 2008/2009.

Condições Subjetivas	n	%	%*
SAÚDE GERAL			
Domínio físico do SF12 ^a			
Satisfatório	622	74,1	74,5
Insatisfatório	217	25,9	25,5
Domínio mental do SF12 ^a			
Satisfatório	676	80,6	81,1
Insatisfatório	163	19,4	18,9
Satisfação com a vida ^a			
Satisfeito ou muito satisfeito	715	85,0	85,1
Nem satisfeito e nem insatisfeito	96	11,4	11,5
Insatisfeito ou muito insatisfeito	28	3,3	3,3
SAÚDE BUCAL			
Autopercepção da saúde bucal ^a			
Ótima ou boa	423	50,4	48,6
Regular	324	38,6	39,6
Ruim ou péssima	93	11,1	11,8
Autopercepção da mastigação ^a			
Ótima ou boa	495	59,0	58,1
Regular	224	26,7	27,1
Ruim ou péssima	120	14,3	14,8
Autopercepção da aparência de dentes e gengivas ^a			
Ótima ou boa	457	54,4	54,1
Regular	243	28,9	28,6
Ruim ou péssima	140	16,7	17,3
Autopercepção da fala devido aos dentes e gengivas ^a			
Ótima ou boa	687	81,8	81,3
Regular	113	13,5	13,2
Ruim ou péssima	40	4,8	5,5
Autopercepção da necessidade de tratamento odontológico ^a			
Não	178	21,2	21,6
Sim	660	78,8	78,4
Relato da presença de cárie ^a			
Não	373	45,2	44,0
Sim	440	53,3	54,7
Não se aplica/desdentado	13	1,6	1,3
Dor em dentes e gengivas nos últimos 6 meses ^a			
Não	518	61,7	61,0
Sim	321	38,3	39,0
Alterações no paladar que afetaram a vida nas últimas 4 semanas ^a			
Não afetou	714	85,1	84,7
Afetou	125	14,9	15,3
Alterações no hálito que afetaram a vida nas últimas 4 semanas ^a			
Não afetou	667	79,4	78,9
Afetou	173	20,6	21,1

Relacionamento interpessoal afetado pela condição bucal ^a

Não afetou	578	68,9	67,3
Afetou	261	31,1	32,7
OHIP ^a			
Sem impacto	603	72,0	71,1
Com impacto	235	28,0	28,9

^a Variação no n=841 por perda de informações.

DISCUSSÃO

O plano amostral, a calibração dos examinadores, a coleta de dados registrada em computador de mão e a condução das análises, considerando a correção pelo efeito de desenho, foram estratégias efetivas que garantiram validade e confiabilidade aos dados apresentados. Os resultados apresentam validade interna e são representativos da população de adulta de Montes Claros, já que a taxa de não resposta foi inferior aos 20% garantidos no planejamento amostral e a amostra final investigada foi superior à prevista.

Os dados sociodemográficos delinearam uma população heterogênea. A maioria apresentou renda *per capita* abaixo do salário mínimo⁹, alta ocupação dos domicílios e ausência de posse de automóvel. A renda, a escolaridade, a posse de automóvel e de domicílio próprio revelaram-se melhores que os níveis nacionais ou mesmo regionais em 2003, cuja proporção de adultos com moradia própria foi de 78%, com posse de automóvel 27% e, para a região sudeste, foi verificado 5,4% de analfabetos e 70% com renda *per capita* menor que R\$180,00.¹³ E, mesmo no levantamento de 2010, foi apontada uma média inferior a aqui verificada em relação aos anos de estudo (8,3 anos para a região Sudeste).¹⁵

A alta prevalência (34%) de adultos que passaram a residir em Montes Claros nos últimos 20 anos reflete o crescimento econômico ocorrido nas últimas décadas que fez com que a cidade se tornasse foco de um intenso fluxo migratório, contribuindo com um crescimento urbano desordenado.¹⁶ O ligeiro predomínio do sexo feminino, está de acordo com o observado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE¹⁷ e diferiu de outros inquéritos domiciliares que evidenciaram proporções bem maiores de mulheres por não terem garantido proporcionalidade por sexo.^{13,15,18} Infelizmente, no relatório final do SBBrasil 2010, não foram divulgados maiores detalhes sociodemográficos de seus participantes impossibilitando outras comparações.¹⁵

As condições sociodemográficas dos adultos de Montes Claros, foram em grande parte, condizentes com os dados do censo de 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE¹⁷ e com o Índice de Desenvolvimento Humano – IDH (0,783) do município.¹⁹ O IDH é um índice sintético e mundialmente utilizado que leva em conta três elementos do desenvolvimento: renda (o produto interno bruto *per capita*), longevidade (expectativa de vida ao nascer) e educação (índice

9 Salário mínimo vigente no Brasil em 2009 de R\$465,00.

de analfabetismo e taxa de matrícula em todos os níveis de ensino). Varia de zero (nenhum desenvolvimento humano) até 1 (desenvolvimento humano total). Montes Claros encontra-se com um IDH médio (de 0,5 a 0,799), estando acima do nacional (0,699) e condizente com o do estado de Minas Gerais (0,796), que ocupa a 10^o posição no ranking de estados brasileiros.¹⁹

A alta taxa de desemprego deve ser interpretada com cautela, pois se mostrou acima do observado pelo IBGE em 2010 para o município (10%).¹⁷ Talvez, devido a coleta de dados domiciliar do SBMOC, ocorrida em horário diurno (necessidade de luz natural para realização dos exames intrabucais), tenha sido identificado maior frequência de indivíduos não empregados. Já, a coleta IBGE, além da possibilidade de ocorrência noturna, considera informações de todos os residentes no domicílio, mesmo na ausência de alguns no momento. A pequena parcela de residentes na zona rural reflete uma subamostragem deste segmento, pois segundo o IBGE 2010, cerca de 4,5% da população de Montes Claros reside na zona rural.¹⁷ Infelizmente, a época da coleta não havia uma diferenciação dos setores ou áreas rurais no município pelo IBGE, impedindo a garantia de proporcionalidade. Além disso, a coleta de informação sobre o local de residência no SBMOC foi autorrelatada, e a falta de clareza nos limites rurais e urbanos parece também ocorrer entre os cidadãos.

A prevalência de adultos que nunca foram ao dentista (1,4%*) foi menos que a metade verificada para adultos da região sudeste em 2010 (3,9%).¹⁵ Possivelmente, isso se deva a pequena inclusão da população rural no Projeto SBMOC, já que estudo prévio²⁰ verificou maior prevalência de pessoas que nunca foram ao dentista entre moradores da

zona rural. O uso dos serviços odontológicos no último ano foi inferior em Montes Claros (45,4%*) quando comparado aos adultos da região Sudeste (59,2%)¹⁵, enquanto a proporção dos que utilizaram tais serviços há três ou mais anos representou em Montes Claros (30%*) o dobro do verificado no Sudeste (14,7%), sugerindo problemas de acesso. Por outro lado, a prevalência de utilização dos serviços há três ou mais anos aqui, foi inferior à verificada em Ponta Grossa, (PR) em 2005 (40%).²¹

Chamou atenção o fato de a utilização de serviços odontológicos do SUS ter sido praticamente a metade da utilização de outros serviços. Considerando a baixa renda da população e o fato de mais da metade da população avaliada residir em território com cobertura pelo ESF, o achado parece preocupante, sugerindo novamente problemas de acesso e/ou deficiência do serviço público do município, embora estudo prévio não tenha evidenciado a associação entre residir em uma área coberta pela ESF ou não coberta com o acesso aos serviços de saúde bucal.²⁰ Outros estudos brasileiros também verificaram menores proporções de uso dos serviços públicos quando comparado a outros serviços^{15,20-22}, o que merece atenção e planejamento de políticas de saúde adequadas, a fim de garantir maior acesso da população adulta a serviços odontológicos públicos de boa qualidade.

Os resultados também indicaram predomínio importante da utilização dos serviços odontológicos para algum tratamento, seja restaurador/reabilitadores ou de urgência, sobre os atendimentos preventivos e de rotina, corroborando com estudos nacionais prévios.^{15,22,23} O uso por rotina é um importante preditor da saúde bucal e já foi evidenciada a sua importância para diagnóstico precoce e obtenção de condutas menos radicais e que conservaram a estrutura dental.^{5,23} Além disso,

indivíduos que realizaram visitas preventivas foram menos propensos a se ausentar do trabalho e a ter horas de trabalho perdidas.⁶ Na Irlanda, que é um país desenvolvido e com boas condições de saúde bucal, o uso dos serviços odontológicos por rotina entre adultos, ao menos uma vez por ano, já era predominante em 2007.¹⁸ O considerável predomínio de satisfação com os serviços odontológicos evidenciado entre os adultos de Montes Claros foi também condizente com dados dos adultos irlandeses¹⁸ e dos adultos brasileiros participantes do Projeto SB Brasil 2010.¹⁵

A disponibilização de informações em saúde bucal, num contexto de promoção de saúde, tem ganhado cada vez mais reconhecimento, tendo sido sugerido que tal prática reduz a demanda por tratamentos mutiladores.²⁴ Assim, o fato de a maioria dos adultos montesclarenses afirmar ter recebido informações sobre higiene bucal e sobre como evitar problemas bucais, concordando com estudo prévio,²² deve ser interpretado positivamente, pois entre idosos brasileiros tal acesso não foi verificado.²³ Por outro lado, houve baixa prevalência dos que relataram ter recebido informações sobre o câncer bucal e sobre como realizar o autoexame, estando condizente com a baixa prevalência dos que relataram realizar o autoexame da boca (20%*). Já foi demonstrado que o baixo acesso às informações sobre o câncer bucal colabora com diagnósticos tardios, afetando a proposta do tratamento e a sobrevivência dos pacientes.^{25,26} Ao se considerar a prevalência do câncer de cabeça e pescoço entre adultos de até 45 anos, com diagnóstico tardio, já evidenciada na região norte de Minas²⁷, este dado torna-se ainda mais preocupante e digno de atenção. Há urgente necessidade de maior oferta de informações direcionadas à população e aos profissionais, que devem ser motivados para transmissão de informações e busca de diagnósticos

precocemente.

Quanto aos comportamentos relacionados à saúde geral, verificou-se uma prevalência importante no que tange ao hábito tabagista, etilista e ao sedentarismo (25%*, 41,5%*, 61%* respectivamente). Estudo sobre o panorama de tabagismo em maiores de 15 anos em 16 capitais brasileiras e no Distrito Federal revelou que o tabagismo vem sofrendo diminuição de consumo, caindo de cerca 30% em 1989 para 19,4% em 2002/2003.²⁸ Assim, a situação de Montes Claros quanto ao tabaco merece atenção, já que o mesmo representa fator de risco de doenças graves e fatais, além da sua própria condição de doença crônica ligada à dependência da nicotina.²⁸ Já o hábito etilista, embora não possa ser interpretado como abuso de álcool, predispõe a esta condição e também preocupa, pois, diferentemente do tabaco, o abuso de álcool vem crescendo no Brasil, acometendo cerca de 15% da população.²⁹ Quanto às atividades físicas, a proporção de 60% de sedentários ficou muito acima da taxa verificada entre adultos brasileiros (29,2%)³⁰, o que enfatiza a necessidade de mais esforços no estímulo à prática da atividade física.

Quanto aos comportamentos relacionados à saúde bucal, verificou-se que a frequência diária de higiene relatada foi de três ou mais vezes, conforme estudos prévios conduzidos entre adultos^{18,21,31}. Houve maior frequência de relatos de uso da escova associada a procedimento adicional, seja ele higienização da língua e/ou com o uso de fio dental e/ou enxaguatório bucal. Entretanto, há que se considerar aqui a possibilidade de dado enviesado (viés de informação) causado pelo possível desejo de pessoas entrevistadas em fornecer respostas julgadas corretas ou que reflitam comportamentos recomendáveis, e que não necessariamente reflitam a realidade³². A frequência de escovação

amplamente recomendada é de três vezes ao dia, havendo consenso em relação à importância do uso diário do fio dental.³³ Além disso, a alta frequência de higiene não implica necessariamente em melhor limpeza. Estudo prévio entre adultos que realizaram higiene bucal concluiu que apenas 34,4% procediam a escovação de maneira adequada.³⁴ O relato de uso de flúor tópico foi baixo (31,6%*), mas pode refletir desconhecimento da população de que a utilização de creme dental fluoretado se constitui em uma forma de uso tópico de flúor.³⁵

Dados subjetivos referem-se aos sentimentos e percepções do indivíduo sobre o seu próprio estado de saúde. A avaliação do impacto da saúde geral na qualidade de vida, avaliada pelos domínios físicos e mental do SF-12 revelaram prevalências bem otimistas. As médias verificadas foram ligeiramente maiores do que as verificadas entre 12.392 adultos da Alemanha.³⁶ Estudo demonstrou que o domínio físico diminuiu com a idade, enquanto o mental não seguiu um padrão específico relacionado à idade.⁹ O coeficiente Alfa de Cronbach revelou consistência interna adequada. A satisfação com a vida também foi bastante prevalente, condizente com a qualidade de vida (Tabela 4).

Quanto aos dados subjetivos de saúde bucal (Tabela 4), observou-se predomínio de autopercepção positiva em todos os quesitos avaliados, embora a maioria tenha percebido necessidade de tratamento e julgue ter lesões de cárie dentária, o que pode ser considerado controverso e intrigante. Sugere-se que a presença de sinais de cárie, salvo situações que comprometam a aparência, não seja suficiente para gerar uma percepção negativa. Os sintomas, dentre eles a dor e aqueles que interferem na qualidade de vida, podem ser os determinantes de percepção negativa. O predomínio da autopercepção positiva para a saúde bucal, a mastigação, a aparência e fala já haviam sido observados entre os adultos

participantes do SBBrazil 2003¹³, porém em proporções ligeiramente menores do que as aqui verificadas. Quanto à presença de dor nos últimos 6 meses, a prevalência em Montes Claros foi um pouco maior do que a verificada para os adultos brasileiros (34,7%). A percepção do paladar, da fala e do hálito foram os fatores que demonstraram maior prevalência de percepção positiva, enquanto aparência e mastigação representaram os fatores que apresentaram maiores prevalências de percepção negativa. A autopercepção da necessidade de tratamento odontológico foi bastante semelhante ao encontrado entre adultos brasileiros.³⁷ Não foi possível comparar os resultados com os dados subjetivos avaliados no SB2010¹⁵, uma vez que a forma de aferição foi diferente.

Pela análise do indicador subjetivo OHIP-14, verificou-se que quase um terço dos adultos relatou disfunção, desconforto e incapacidade atribuída à condição de saúde bucal, média encontrada foi um pouco superior à encontrada entre adultos da Alemanha (média 6,3, desvio padrão 7,46)³⁶ e muito superior a encontrada entre 504 adultos de diferentes regiões da Grécia (média de 1,1, desvio padrão 1,9).³⁸

CONCLUSÃO

Os adultos de Montes Claros são, predominantemente, do sexo feminino, a maioria se autodeclarou pardo, possuía união estável, residia em domicílios com alta ocupação, não possuía automóvel, mas possuía moradia própria. A renda *per capita* mostrou ser bastante heterogênea, mas foi considerada baixa para a maioria. Chamou atenção a evidente migração, sendo que mais de um terço dos adultos não nasceu no município. Era esperada uma maior prevalência de uso de serviços odontológicos ofertados pelo SUS em função das condições sociodemográficas da região, entretanto,

a utilização de outros serviços mostrou-se o dobro da utilização do público. Cerca de um terço havia utilizado serviços odontológicos há 3 ou mais anos, sendo que o principal motivo para utilizar tais serviços ainda é para tratamento, em detrimento das vistas de rotina, de caráter mais preventivo. Outras investigações poderiam elucidar questões referentes à educação em saúde uma vez que o relato de autoexame da boca foi consistente com o relato de acesso a informações sobre o câncer de boca e sobre o autoexame da boca. De uma forma geral, as informações sobre medidas preventivas podem ser melhoradas uma vez que uma proporção considerável de adultos relatou nunca ter tido acesso a informações de saúde nos serviços odontológicos. Tal situação pode, inclusive, ter relação com comportamentos nocivos à saúde. Foram constatadas prevalências preocupantes de tabagismo, etilismo e sedentarismo. Quanto às questões subjetivas, a maior parte dos adultos apresentou níveis satisfatórios de qualidade de vida. A percepção da saúde bucal e de seus componentes, em sua grande maioria, foi positiva. Finalmente, quase um terço dos adultos relatou disfunção, desconforto e incapacidade atribuída à condição de saúde bucal. Estes dados devem ser considerados no planejamento de políticas públicas, para que as mesmas sejam compatíveis com as reais necessidades que acometem os adultos do município, garantindo maior acesso a informações e aos serviços públicos odontológicos, visando comportamentos mais saudáveis e maior equidade socioeconômica.

REFERÊNCIAS

1. OMS – Organização Mundial de Saúde (World Health Organization). *Oral Health surveys: basic methods*. 4. ed. Geneva: ORH EPID, 1997.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. *Projeto SB-2000 – Condições da saúde bucal da população brasileira no ano 2000*. Brasília, 2001.
3. GIFT, H. C.; ATCHISON, K.A.; DRURY, T.F. Perceptions of the natural dentition in the context of multiple variables. *Journal of Dental Research*, v. 77, n. 7, p.1529-38, 1998.
4. HAIKAL, D. S. *et al.* Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: uma abordagem quanti-qualitativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3317-3329, 2011.
5. PINTO, V. G. *Saúde Bucal Coletiva*. 4. ed. São Paulo: Editora Santos, 2000. 541p.
6. REISINE, S. T. Dental disease and work loss. *Journal of Dental Research*, v. 63, n. 9, p.1158-61, 1984.
7. CAMELIER, A. A. *Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde em Pacientes com DPOC: Estudo de base populacional com o SF-12 na cidade de São Paulo-SP*. 2004. 154 f. Tese (Doutorado em Ciências), Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, São Paulo.
8. SCORING. Instructions for the Expanded Prostate cancer Index Composite (EPIC). University of Michigan Health System - Department of Urology - *Research EPIC*, 2002. Disponível em: <<http://www.med.umich.edu/urology/research/EPIC/EPIC-Scoring-2.2002.pdf>>. Acesso em: 28 maio 2012.
9. OFFICE OF PUBLIC HEALTH ASSESSMENT. Health Status in Utah: The Medical Outcomes Study SF-12 (2001 Utah Health Status Survey Report). *Utah Department of Health - Office of Public Health Assessment*, 2004. Disponível em: <http://health.utah.gov/opha/publications/2001hss/sf12/SF12_0408.pdf>. Acesso em: 30 maio 2012.
10. OLIVEIRA, B. H.; NADANOVSKY, P. Psychometric properties of the Brazilian version

- of the oral Health Impact Profile-Short form. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, v. 33, n. 4, p. 307-14, 2005.
11. LOCKER, D.; QUINONEZ, C. To what extent do oral disorders compromise the quality of life? *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, v. 39, n. 1, p. 3–11, 2011.
12. QUEIROZ, R. C. S.; PORTELA, M. C.; VASCONCELLOS, M. T. L. Pesquisa sobre as Condições de Saúde Bucal da População Brasileira (SB Brasil 2003): seus dados não produzem estimativas populacionais, mas há possibilidade de correção. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 47-58, jan, 2009.
13. BRASIL, Ministério da Saúde – Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Projeto SB BRASIL 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: Resultados Principais*. Brasília, 2004.
14. NARVAI, P. C. *et al.* Validade científica de conhecimento epidemiológico gerado com base no estudo Saúde Bucal Brasil 2003. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 647-670, abr. 2010.
15. BRASIL, Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde bucal. *Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais*. Brasília, 2011.
16. MONTES CLAROS. In: WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Montes_Claros&oldid=30479230>. Acesso em: 2 jun. 2012.
17. IBGE, Censo 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/censo2010>>. Acesso em: 30 maio 2012.
18. WHO - Collaborating Centre for Oral Health Services Research University College Cork. *Oral Health of Irish Adults 2000 – 2002*. Northern Ireland, 2007.
19. PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Ranking do IDH 2010. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/idh/#>>. Acesso em: 01 de jun. 2012.
20. ROCHA, R. A. C. P.; GOES, P. S. A. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2871-80, 2008.
21. BALDANI, M. H. *et al.* Determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 13, n. 1, p. 150-62, 2010.
22. CAMARGO, M. B. J.; DUMITH, S. C.; BARROS, A. J. D. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos: padrões de utilização e tipos de serviços. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 1894-1906, set. 2009.
23. MARTINS, A. M. E. B. L. *et al.* Uso de serviços odontológicos por rotina entre idosos brasileiros: Projeto SB Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 1651-1666, jul. 2008.
24. SALIBA, N. A. *et al.* Perda dentária em uma população rural e as metas estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 1, p. 1857-1864, 2010.
25. THOMAZ, E. B. A. F.; CUTRIM, M. C. F. N.; LOPES, F. F. A importância da educação como estratégia para prevenção e diagnóstico precoce do câncer oral. *Acta oncológica brasileira*, v. 20, n. 4, p. 149-152, 2000.
26. CAMPOS, J. L. G.; CHAGAS, J. F. S.; MAGNA, L. A. Fatores de atraso no diagnóstico do câncer de cabeça e pescoço e sua relação com sobrevida e qualidade de vida. *Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço*, v. 36, n. 20, p. 65-8, 2007.
27. DE PAULA, A. M. *et al.* Analysis of 724 cases of primary head and neck squamous cell carcinoma

(HNSCC) with a focus on young patients and p53 immunolocalization. *Oral Oncology*, v. 45, n. 9, p.777-82, 2009.

28. FIGUEIREDO, V. C. Um panorama do tabagismo em 16 capitais brasileiras e Distrito Federal: tendências e heterogeneidades. *Tese de doutorado apresentada a Universidade do Estado do Rio de Janeiro*. Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro; 2007. 166 p. Disponível em <<http://www.tesesims.uerj.br/lildbi/docsonline/get.php?id=549>>. Acesso em: 30 maio de 2012.

29. GALDURÓZ, J. C. F.; CAETANO, R. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v.26, n.1, p. 3-6, 2004.

30. MALTA, D. C. *et al.* Padrão de atividade física em adultos brasileiros: resultados de um inquérito por entrevistas telefônicas, 2006. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 18, n. 1, p.7-16, jan-mar, 2009.

31. PINELLI, C.; TURRIONI, A. P. S.; LOFFREDO, L. C. M. Autopercepção em higiene bucal de adultos: reprodutibilidade e validade. *Revista de Odontologia da UNESP*, v. 37, n. 2, p. 163-169, 2008.

32. MACGREGOR, I. D. M.; BALDING, J. W.

Toothbrushing frequency and personal hygiene in 14-year-old schoolchildren. *British Dental Journal*, v. 162, n. 4, p. 141-4, 1987.

33. GARCIA, P. P. N. S. *et al.* Avaliação clínica do comportamento de higiene bucal em adultos. *Revista de Odontologia da UNESP*, v. 30, n. 2, p. 161-71, 2001.

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

35. ZIMMER, S. *et al.* Association between oral health-related and general health-related quality of life in subjects attending dental offices in Germany. *Journal of Public Health Dentistry*, v. 70, n. 2, p.167-70, 2010.

36. MATOS, D. L.; LIMA-COSTA, M. F. Auto-avaliação da saúde bucal entre adultos e idosos residentes na Região Sudeste: resultados do Projeto SB-Brasil, 2003. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1699-1707, 2006.

37. PAPAIOANNOU, W. *et al.* Oral health-related quality of life of greek adults: a cross-sectional study. *International Journal of Dentistry*, v. 2011, [s. p.], 2011.