



**The Frequency of Oral Health Problems Impacts
in The Life Quality**

**Freqüência de Impactos dos
Problemas de Saúde Bucal na
Qualidade de Vida**

Avaliação dos Efeitos de Características Sócio-Demográficas e do Estilo de Vida

INTRODUÇÃO

Recentemente, muito se tem discutido a respeito da adoção de estilos de vida saudáveis. Comportamentos individuais de saúde, um componente de “estilos de vida”, têm sido o tópico de pesquisas de saúde no Canadá e Estados Unidos.⁵ No estilo de vida definido como comportamentos apresentados por uma pessoa “para proteger, promover e manter a sua saúde”, a noção de agrupamento destes comportamentos que podem identificar “consciência individual de saúde” tem atraído o interesse de pesquisadores da saúde.

Enquanto medidas de comportamento de saúde geral são comuns em estudos, comportamentos de saúde bucal quando incluídos, são restritos para freqüência de escovação e/ou visita anual a um profissional, sem que seja feita diferenciação entre a natureza preventiva ou restaurativa da procura pelo profissional.⁵

A ênfase em estilo de vida individual como uma causa e solução aos problemas de saúde é particularmente pertinente à Odontologia, tendo em vista que muitos formuladores de políticas de saúde bucal culpam as pessoas pelas doenças que elas desenvolvem. Não apenas existem limites sérios para modificar comportamentos individuais, ou para efetuar mudanças em estilos de vida, como em muitas instâncias, mudanças econômicas maiores e mais profundas são pré-condicionantes para a mudança destes comportamentos.²

Os sociólogos da saúde discutem que o potencial das pessoas para controlar o seu estilo de vida é limitado por algumas razões. Uma delas é que somente em circunstâncias sociais mais favoráveis, existe um “espaço” para a adoção voluntária de hábitos saudáveis.³

São considerados como comportamentos saudáveis em saúde bucal o uso de escova, pasta e fio dental, visitas preventivas ao dentista, controle no consumo de açúcares e da utilização de fumo e álcool. A adoção destes comportamentos, ou adoção de um estilo de vida saudável em saúde bucal, tem sido pesquisada e relacionada às características sócio-demográficas da população estudada e ainda à redução de placa bacteriana e doenças bucais, como a cárie dentária e a doença periodontal.

No Brasil, o número de pesquisas sobre estilo de vida ainda é pequeno e não existem estudos que relacionem o estilo de vida com os impactos dos problemas de saúde bucal sobre a qualidade de vida.

Este estudo objetiva então, avaliar o efeito das características sócio-demográficas sobre o estilo de vida e deste sobre o impacto dos problemas de saúde bucal como impedimento à qualidade de vida, buscando reunir evidências empíricas para avaliar se o estilo de vida está associado à freqüência dos impactos dos problemas de saúde bucal sobre a qualidade de vida.

**- Rísia Maria de Oliveira
Figueiredo**

Mestre em Odontologia Social pelo CPO São Leopoldo Mandic - Campinas/SP.

- Thomaz Wassall

- Flávia Martão Flório

Professores Doutores do Programa de Pós-Graduação pelo CPO São Leopoldo Mandic

**Os AA buscam reunir
evidências sobre as
relações existentes entre:
características sócio-de-
mográficas X estilo de
vida X problemas de saú-
de bucal X qualidade de**

CONTATO C/AUTOR:

E-mail: danrisia@veloxmail.com.br

DATA DE RECEBIMENTO:

Janeiro/2006

DATA DE APROVAÇÃO:

Fevereiro/2006

Característica	Codificação	Frequência	Percentual	Freq.Total
Faixa etária (anos)	Até 49 anos	461	51,5%	895
	De 50 anos a mais	434	48,5%	
Gênero	Feminino	527	57,2%	922
	Masculino	395	42,8%	
Situação da dentição	Dentado	662	72,8%	909
	Edentado	247	27,2%	
Classificação econômica	A	3	0,3%	922
	B	43	4,7%	
	C	345	37,4%	
	D	498	54,0%	
	E	33	3,6%	
Nível de escolaridade	Analfabeto/Primário incompleto	242	26,3%	920
	Prim.completo/1º grau incomp.	350	38,0%	
	1º grau compl./2º grau incomp.	199	21,6%	
	2º grau comp./Superior incomp.	113	12,3%	
	Superior completo	16	1,7%	

Tabela 1 - Características sócio-demográficas e número de informações dos adultos e idosos entrevistados, em Juiz de Fora - MG e Cuiabá - MT, no ano de 2001.

MATERIAL E MÉTODO

Neste estudo foi utilizado o delineamento de pesquisa transversal, que forneceu um retrato de como as variáveis independentes (características sócio-demográficas e estilo de vida) e variáveis dependentes (frequência de impactos dos problemas de saúde bucal sobre a qualidade de vida) estavam relacionadas, naquele momento, na população estudada.

Com o propósito de prevenir viés de aferição, foi elaborado um manual de instruções para os entrevistadores e realizada uma oficina de treinamento. Ainda para controlar viés de aferição produzido por erro de memória devido à obtenção de dados retrospectivos, foi adotado um período de tempo de 14 dias para as informações sobre hábitos de higiene bucal e de um ano para as informações sobre o impacto dos problemas de saúde bucal na qualidade de vida dos entrevistados.

Procurou-se também reduzir a ocorrência de respostas julgadas socialmente corretas, utilizando-se entrevistadores com a mesma condição econômica e cultural dos entrevistados, sendo entrevistadores e entrevistados residentes no mesmo local.

Foi selecionada uma amostra de domicílios de uma amostra de conglomerados (*clusters*) que totalizaram a população alvo cadastrada no Programa de Saúde da Família dos municípios de Juiz de Fora – MG e Cuiabá – MT.

Os critérios de inclusão compreenderam uma estratificação da amostra por idade e gênero. A estratificação adotada incluiu os dois gêneros (masculino e feminino) e duas classes de idade (adultos de 20 até 49 anos de idade e adultos e idosos acima de 50 anos de idade).

Para a determinação da condição sócio – econômica foi adotado o Critério de Classificação Econômica Brasil (ABIPEME – Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado), cuja função é estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, dividindo a população em classes econômicas.

Foram consideradas variáveis independentes as características sócio-demográficas dos respondentes como: idade, gênero, condição econômica e nível de escolaridade e como variáveis dependentes o estilo de vida, medido através da utilização de escova, pasta e fio dental e os escores do OHIP. O estilo de vida também foi utilizado como variável independente

para os escores do OHIP.

Para determinar estilo de vida saudável foi proposto um modelo definido como o uso conjunto de escova, pasta e fio dental. A ausência de um destes componentes excluía o participante da classificação com estilo de vida saudável.

Para determinar o tamanho da amostra adotou-se uma estimativa de confiança de 95% admitindo-se um erro beta igual a 20%, o que resultou em uma precisão igual a 80% e uma amostra igual a 997 roteiros válidos.

Foram aplicados quatro roteiros para entrevista padronizada nesta pesquisa: roteiro para seleção de participantes, roteiro para características sócio-demográficas e bucais, roteiro para estilo de vida e roteiro para perfil do impacto da saúde bucal.

A coleta dos dados aconteceu no primeiro semestre de 2001 nos dois municípios, durou aproximadamente três meses e foi realizada por vinte agentes comunitários de saúde em cada município.

Como variável dependente foi considerada a frequência dos impactos dos problemas de saúde bucal sobre a qualidade de vida e para esta finalidade utilizou-se o indicador sócio-dental *Oral Health Impact Profile* (OHIP), que é um indicador elaborado como questionário contendo 49 questões na sua versão completa e 14 questões na sua versão simplificada, que foi a versão adotada nesta pesquisa.⁸

As covariáveis categóricas foram comparadas através do teste qui-quadrado de Pearson e aquelas cujo teste indicava a existência de diferença entre as proporções ou associação ao nível de significância de 5%, foram comparadas pelo teste de comparações múltiplas de Dunnett. As covariáveis contínuas foram comparadas pela diferença entre as médias através do teste t-Student, considerando um fator com dois níveis. Para os fatores com mais de dois níveis, as médias foram comparadas pela técnica ANOVA.

Os responsáveis por este estudo encaminharam documento ao gestor municipal do Sistema Único de Saúde de Juiz de Fora – MG e Cuiabá - MT, solicitando autorização para a sua realização. Anexo ao documento foi enviado o projeto contendo o detalhamento dos objetivos, métodos, processos administrativos e custos para a realização do estudo. O projeto

Características		Usa escova, pasta e fio dental				Teste Qui-quadrado	
		Estadística	Não	Sim	Total	X	P valor
Gênero	Masculino	N	220	75	295	2,793	0,095
		% linha	74,6%	25,4%	100,0%		
	Feminino	N	252	115	367	3,807	0,149
		% linha	68,7%	31,3%	100,0%		
Idade	Até 49 anos	N	292	123	415	37,302	0,000
		% linha	70,4%	29,6%	100,0%		
	De 50 a 59 anos	N	104	45	149	12,748	0,000
		% linha	69,8%	30,2%	100,0%		
De 60 anos a mais	N	60	14	74	37,302	0,000	
	% linha	81,1%	18,9%	100,0%			
Condição econômica	A, B e C	N	175	120	295	12,748	0,000
		% linha	59,3%	40,7%	100,0%		
	D e E	N	297	70	367	12,748	0,000
		% linha	80,9%	19,1%	100,0%		
Escolaridade	Analfabeto/1º grau incompleto	N	103	19	122	12,748	0,000
		% linha	84,4%	15,6%	100,0%		
1º grau completo	N	367	171	538	12,748	0,000	
	% linha	68,2%	31,8%	100,0%			

Tabela 2 - Distribuição de adultos e idosos segundo as características sócio-demográficas em relação ao estilo de vida, em Juiz de Fora - MG e Cuiabá - MT, no ano de 2001.

só foi implementado após a obtenção da autorização ou feitas as mudanças solicitadas.

Antes da entrevista ser iniciada, cada entrevistado participou de uma explanação detalhada e padronizada sobre os propósitos do estudo e a sua anuência foi documentada. Foram selecionados apenas adultos e idosos e o princípio básico seguido foi que nenhum prejuízo ocorresse ao entrevistado com a sua participação, sendo que esta foi completamente voluntária e foi explicado que havia o direito a: recusa; abandono da entrevista quando desejasse; ou não responder as questões específicas que julgasse da sua conveniência.

RESULTADOS

O banco de dados utilizado neste estudo foi formado através do empilhamento das variáveis de dois bancos anteriores: o de Juiz de Fora - MG e o de Cuiabá - MT, o que caracterizou o estudo como multicêntrico. Inicialmente o banco de dados constou de 997 indivíduos (100%), sendo que 58 (5,8%) não concordaram em participar da pesquisa. Foram eliminadas também 17 (1,7%) entrevistas que apresentavam apenas os nomes dos entrevistadores e o restante das informações em branco, resultando numa amostra final de 922 (92,5%) entrevistados, que responderam ao termo de concordância.

O banco de dados constou de informações que variaram de um total de 895 a 922 informações completas, dependendo da variável considerada (TAB. 1).

A idade foi informada por 895 respondentes, sendo que 51,5% deles apresentavam de 20 até 49 anos de idade e os demais, de 50 anos a mais. O gênero feminino constituía 57,2% da amostra de 922 respondentes e o masculino 42,8%. Na classificação econômica se obteve 922 respondentes, sendo que mais da metade deles (54%), pertenciam à classificação D, 37,4% pertenciam à classificação C, 3,6% pertenciam à classificação E, e os demais na classificação B. A respeito do nível de escolaridade, dos 920 respondentes, 26,3% eram analfabetos ou com primário incompleto, 38% tinham 1º grau incompleto, 21,6% com 2º grau incompleto e os demais acima de 2º grau completo.

Conforme a TAB. 2, considerando as características sócio-demográficas: gênero, idade, condição econômica e escolaridade, a proporção dos que não usam os instrumentos

de higiene bucal foi sempre maior do que os que usam estes objetos. Porém, só foi observada diferença estatisticamente significativa entre as proporções dos que não usam e usam os objetos de higiene bucal nas variáveis condição econômica e nível de escolaridade.

Foram ajustados modelos de regressão linear, considerando como variável dependente o escore do OHIP, total e por dimensão, e como variável independente o estilo de vida. Os resultados encontram-se na TAB. 3.

O estilo de vida não apresentou significância estatística em nenhum dos modelos ajustados, indicando a não existência de correlação linear entre ele e os escores do OHIP.

Os modelos foram ajustados considerando a idade como variável independente e neste caso a idade não apresentou significância estatística apenas para as dimensões: Desconforto Psicológico e Deficiência. Nos modelos onde houve significância estatística a correlação é negativa, ou seja, sugestão de quanto maior a idade menor o escore do OHIP, o que significava uma menor frequência de impactos dos problemas de saúde bucal sobre a qualidade de vida.

Os modelos foram ajustados também considerando a condição econômica como variável independente, categorizada em: classificação A, B e C versus classificação D e E.

Neste caso não houve significância estatística apenas para as dimensões: Limitação Funcional, Dor Física e Incapacidade Social, sendo que nos modelos onde houve significância estatística a indicação é de menor média nos escores do OHIP predita para as classificações A, B e C, pois o coeficiente é negativo, ou seja, respondentes dessas classificações apresentaram menores médias para os escores do OHIP, o que indicava uma menor frequência de impacto dos problemas de saúde bucal sobre a qualidade de vida.

Os modelos foram ajustados considerando o nível de escolaridade categorizada em: primeiro grau completo à superior versus analfabeto a primeiro grau incompleto. O coeficiente apresentou sinal positivo nos dois ajustes, nesse caso, a indicação é de maior média nos escores do OHIP, nessas dimensões, para um maior nível de escolaridade. Porém, a escolaridade e a condição econômica eram variáveis associadas, sendo que a classificação econômica predizia de 63% a 87% a condição de escolaridade. Neste caso então, o sinal da variável

Variável dependente: OHIP	Variável independente: estilo de vida (usa escova, pasta e fio dental)				
	Modelo	B	EP(B)	t	P-valor
Escore total	Constante	13,1252	0,4371	30,0248	0,0000
	Estilo	-1,1737	0,9183	-1,2782	0,2015
Limitação funcional	Constante	1,7561	0,0846	20,7662	0,0000
	Estilo	-0,0862	0,1777	-0,4851	0,6277
Dor física	Constante	2,7568	0,0905	30,4722	0,0000
	Estilo	-0,0934	0,1900	-0,4915	0,6232
Desconforto psicológico	Constante	2,0288	0,0888	22,8503	0,0000
	Estilo	-0,1709	0,1864	-0,9171	0,3593
Incapacidade física	Constante	2,1777	0,0928	23,4780	0,0000
	Estilo	-0,3403	0,1948	-1,7473	0,0809
Incapacidade psicológica	Constante	1,8858	0,0835	22,5927	0,0000
	Estilo	-0,2175	0,1756	-1,2387	0,2158
Incapacidade social	Constante	1,4061	0,0827	16,9959	0,0000
	Estilo	-0,0826	0,1729	-0,4776	0,6330
Deficiência	Constante	1,3085	0,0803	16,3048	0,0000
	Estilo	-0,2399	0,1674	-1,4325	0,1523

B = coeficiente; EP(B) = erro padrão do coeficiente; t = estatística t-Student.

Tabela 3 - Regressão linear considerando o escore do OHIP e o estilo de vida de adultos e idosos de Juiz de Fora - MG e Cuiabá - MT, no ano de 2001.

condição econômica é que ficou mais correto, pois classificações mais baixas apresentaram uma restrição maior ou maior impacto dos problemas de saúde bucal na qualidade de vida.

Como a classificação econômica apresentou correlação com a média do escore do OHIP e o estilo de vida não, foi ajustado um modelo de regressão logística para verificar se a condição econômica influenciou o estilo de vida. Para esta situação foram considerados apenas os dentados. Neste modelo de regressão logística, a variável dependente foi o estilo de vida e a variável independente a condição econômica. Os resultados do modelo ajustado de regressão logística são apresentados na TAB. 4.

Os valores observados para essa situação (TAB. 5).

Considerando a proporção estimada pelo modelo e a observada, verifica-se uma grande discrepância para a classificação econômica D e E, comparada a A, B e C, sendo que as classificações econômicas A, B e C apresentaram estilo de vida saudável numa frequência maior que as classificações D e E.

DISCUSSÃO

Programas que objetivem uma melhor higiene bucal é uma meta claramente desejável por razões sociais, controle da gengivite e outras doenças bucais e não podem ser descartados em nenhuma política pública. Entretanto, existem dúvidas quanto ao seu custo efetividade quando implica no envolvimento de muito tempo de dentistas para realizar longos e intensos programas de saúde bucal destinados a reduzir a prevalência da cárie dentária.

Não existem estudos que respondam a pergunta se a adoção de um estilo de vida saudável teria impacto favorável na qualidade de vida relacionada aos problemas de saúde bucal, ou estudos que considerem um modelo de estilo de vida composto, em vez de tratar estas variáveis de modo isolado. Nesta pesquisa, quando analisadas as características sócio-demográficas em relação ao estilo de vida, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para as variáveis gênero e idade, o que difere de outros autores. Esta diferença pode ser explicada pelo fato de, neste estudo, ter havido agrupamento do uso dos três instrumentos de higiene bucal (escova, pasta e fio dental). Porém foi encontrada diferença estatisticamente significativa para a variável condição econômica, mostrando que pessoas com melhor condição econômica possuíam um estilo de vida mais saudável em saúde bucal, o que é confirmado por Ronis

*et al.*⁷; Payne & Locker⁵ e Rimondini *et al.*⁶. Também para a variável escolaridade foi encontrada diferença estatisticamente significativa, o que condiz com os achados de Payne & Locker⁵.

Esta pesquisa também analisou a relação entre o estilo de vida e a frequência de impactos dos problemas de saúde bucal sobre a qualidade de vida, o que não foi feito ainda por outros pesquisadores. Foram ajustados modelos de regressão linear considerando o OHIP como variável dependente e diferentes variáveis independentes foram analisadas. Considerando o estilo de vida como variável independente, não foi observada significância estatística em nenhuma das dimensões do OHIP.

Quando foi considerada como variável independente a idade, foi encontrada significância estatística em todas as dimensões do OHIP, exceto nas dimensões: desconforto psicológico e deficiência, o que indicava maiores idades associadas com menor frequência de impactos dos problemas de saúde bucal.

Considerando a condição econômica como variável independente no modelo de regressão linear, não foi encontrada significância estatística para as dimensões: limitação funcional, dor física e incapacidade social. Nas demais dimensões, onde houve significância estatística, a indicação foi de menor frequência de impactos dos problemas de saúde bucal sobre a qualidade de vida para as classificações A, B e C, o que condiz com os resultados de Slade & Spencer⁸. Foi incluído ainda, como variável independente, o nível de escolaridade e a relação era de maior frequência de impactos dos problemas de saúde bucal para pessoas com maior nível de escolaridade. Entretanto, as variáveis condição econômica e escolaridade estavam associadas, sendo então adotado o resultado da condição econômica em relação ao OHIP.

Finalizando, como a condição econômica apresentou relação com a frequência de impactos dos problemas de saúde bucal e o estilo de vida não apresentou, foi ajustado um modelo de regressão logística, o que mostrou uma grande diferença de estilo de vida para as diferentes classificações econômicas.

CONCLUSÃO

No presente estudo, depois de analisados os resultados, foi possível chegar às seguintes conclusões:

a) a idade e o gênero não apresentaram relação com a escolha de estilo de vida saudável em saúde bucal;

Tabela 4 - Regressão logística considerando o estilo de vida e a condição econômica de adultos e idosos de Juiz de Fora - MG e Cuiabá - MT, no ano de 2001.

Modelo	Variável dependente: Estilo (usa escova, pasta e fio dental)				Razão de chances	
	B	EP(B)	Wald	P-valor	Pontual	IC 95%
Constante	1,0679	0,1780	35,9752	0,0000	2,9093	(2,0523; 4,1241)
CE	-1,4452	0,1329	118,3183	0,0000		

B = coeficiente; EP(B) = erro padrão do coeficiente; Wald = estatística Wald.

b) a classificação econômica e o nível de escolaridade apresentaram relação com a escolha de estilo de vida saudável em saúde bucal;

c) o estilo de vida em saúde bucal não apresentou relação com a frequência de impactos dos problemas de saúde bucal sobre a qualidade de vida;

d) a idade, condição econômica e escolaridade apresentaram relação com a frequência de impactos dos problemas de saúde bucal sobre a qualidade de vida;

e) o contexto de vida ao qual os indivíduos pertencem, que foi avaliado através da condição econômica e escolaridade, possui mais peso sobre a frequência de impactos dos problemas de saúde bucal sobre a qualidade de vida do que o estilo de vida destas pessoas.

Concluindo, a adoção de estilos de vida saudáveis em Odontologia continua sendo importante e programas de educação em saúde ainda são necessários. Porém, é preciso considerar, principalmente na área da formulação de políticas públicas de saúde, que o contexto de vida ao qual os indivíduos pertencem, é tão ou mais importante que a questão do estilo de vida. Desde que o estilo de vida não está associado à qualidade de vida relacionada à saúde bucal, deve-se considerar o custo dos recursos atualmente direcionados a mudança do estilo de vida e que têm recebido prioridade nos programas públicos em saúde bucal.

RESUMO

O presente estudo avaliou a associação entre algumas características sócio-demográficas, como idade, gênero, condição econômica, nível de escolaridade e estilo de vida em relação aos impactos dos problemas de saúde bucal, em populações adulta e idosa. A amostra entrevistada, constituída de 997 respondentes, foi selecionada através da população cadastrada no Programa de Saúde da Família e incluiu os gêneros masculino e feminino e duas classes de idade, adultos até 49 anos e adultos e idosos acima de 50 anos de idade. Os resultados permitiram concluir que a idade e o gênero não apresentaram relação com a escolha de estilo de vida saudável. A condição econômica e o nível de escolaridade apresentaram relação com a escolha de estilo de vida, sendo que indivíduos em classificações econômicas mais favorecidas e maior nível

de escolaridade apresentavam um estilo de vida mais saudável. Os resultados mostraram também que o estilo de vida em saúde bucal não apresentou relação com a frequência de impactos dos problemas de saúde bucal e que o contexto de vida ao qual os indivíduos pertenciam, que foi avaliado através da condição econômica, possuía mais peso sobre a frequência de impactos dos problemas de saúde bucal do que o estilo de vida adotado por estas pessoas.

Palavras-Chave: Qualidade de vida. Saúde bucal.

SUMMARY

The present study evaluated the association between some sociodemographic characteristics, such as age, sex, economic situation and education level, and the choice of healthy life style in oral health regarding the oral health problems impacts on elderly and adult population. The sample of 997 interviewed people was selected through the registered population of the Family Health Program and included men and women, adults until 49 years old and adults and elderly above 50 years old. The healthy life style in oral health was considered as the conjoined use of toothbrush, toothpaste and dental floss and the results showed that age and sex were not related to the choice of healthy life style. Economic situation and education level were related to the choice of life style so that people with more favorable economic situation and higher education level presented a healthier life style. It was also concluded that the life style in oral health was not related to the frequency of oral health problems impacts and that the life context in which the people belonged to, which was evaluated through economic situation, was much more significant concerning the frequency of oral health problems impacts than the life style chosen by those people.

Keywords: Life quality. Oral health.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABEGG, C. Hábitos de higiene bucal de adultos porto-alegrenses. *Rev Saúde Pública*, v. 31, n. 6, p. 586-593, dez. 1997.
2. MOYSÉS, S. J. Desigualdades em saúde bucal e desenvolvimento humano: um ensaio em preto, branco e

Tabela 5 - Proporção estimada e observada para um modelo considerando o estilo de vida e a classificação econômica de adultos e idosos de Juiz de Fora - MG e Cuiabá - MT, no ano de 2001.

Classificação econômica * Usa escova, pasta e fio dental				
		Usa escova, pasta e fio dental		Total
		Não	Sim	
Classificação econômica	D e E	297	70	367
	A, B e C	175	120	295
Total		472	190	662

alguns tons de cinza. **Rev Bras Odontol**, v. 1, n. 1, p. 7-17, jan./jun. 2000.

3. NETTLETON, S. **The sociology of health & illness**. Cambridge: Blackwell, 1995.

4. PAYNE, B. J.; LOCKER, D. Preventive oral health behaviors in a multi-cultural population: the North York oral health promotion survey. **J Can Dent Assoc**, v. 60, n. 2, p. 129-130, Feb. 1994.

5. PAYNE, B. J.; LOCKER, D. Relationship between dental and general health behaviors in a Canadian population. **J Public Health Dent**, v. 56, n. 4, p. 198-204, 1996.

6. RIMONDINI, L.; ZOLFANELLI, B.; BERNARDI, F. Self-preventive oral behavior in na Italian university student population. **J Clin Periodontol**, v. 28, n. 3, p. 207-211, Mar. 2001.

7. RONIS, D. L.; LANG, W. P.; FARGHALY, M. M. tooth brushing, flossing and preventive dental visits by Detroit-area

residents in relation to demographic and socioeconomic factors. **J Public Health Dent**, v. 53, n. 3, p. 138-145, Summer 1993.

8. SLADE, G. D. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 25, p. 284-290, 1997.

9. SLADE, G. D.; SPENCER, A. J. Development and evaluation of the Oral Helth Impact Profile. **Community Dent Health**, v. 11, p. 11-13, 1994.