

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Luana Leal Roberto

Satisfação com os serviços odontológicos, acesso a informações em saúde bucal
e autopercepção da cárie dentária entre adultos

Montes Claros
2016

Luana Leal Roberto

Satisfação com os serviços odontológicos, acesso a informações em saúde bucal e autopercepção da cárie dentária entre adultos

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Desirée Sant'Ana Haikal

Coorientadora: Profa. Dra. Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins

Montes Claros
2016

R639s Roberto, Luana Leal.
Satisfação com os serviços odontológicos, acesso a informações em saúde bucal e autopercepção da cárie dentária entre adultos [manuscrito] / Luana Leal Roberto. – 2016. 137 f. : il.

Inclui Bibliografia.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes,

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/PPGCS, 2016.

Orientadora: Profa. Dra. Desirée Sant' Ana Haikal.

Coorientadora: Profa. Dra. Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins.

1. Odontologia – Serviços - Satisfação do paciente. 2. Saúde bucal - Acesso à informação. 3. Adultos – Cárie Dentária - Autopercepção. 4. Epidemiologia. I. Haikal, Desirée Sant' Ana. II. Martins, Andréa Maria Eleutério de Barros Lima. III. Universidade Estadual de Montes Claros. IV. Título.

Catálogo: Biblioteca Central Professor Antônio Jorge.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS-UNIMONTES

Reitor: João dos Reis Canela

Vice-reitor: Antônio Alvimar de Souza

Pró-reitor de Pesquisa: Rômulo Soares Barbosa

Coordenadoria de Acompanhamento de Projetos: Karen Torres Correa Lafetá de Almeida

Coordenadoria de Iniciação Científica: Afrânio Farias de Melo Júnior

Coordenadoria de Inovação Tecnológica: Dario Alves de Oliveira

Pró-reitor de Pós-graduação: Hercílio Martelli Júnior

Coordenadoria de Pós-graduação Lato-sensu: Maria de Fátima Rocha Maia

Coordenadoria de Pós-graduação Stricto-sensu: Ildenilson Meireles Barbosa

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Coordenadora: Marise Fagundes Silveira

Subcoordenador: Luiz Fernando de Resende



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE



MESTRANDA: LUANA LEAL ROBERTO

TÍTULO DO TRABALHO: "Satisfação com os serviços odontológicos, acesso a informações em saúde bucal e autopercepção da cárie dentária entre adultos".

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Saúde Coletiva

LINHA DE PESQUISA: Epidemiologia populacional e molecular.

BANCA (TITULARES)

PROFª. DRª. DESIRÉE SANT'ANA HAIKAL ORIENTADOR/PRESIDENTE

PROFª. DRª. ANDRÉA Mª. ELEUTÉRIO DE BARROS L. MARTINS

PROFª. DRª. LIA SILVA DE CASTILHO

PROFª. DRª. MARISE FAGUNDES SILVEIRA

ASSINATURAS

Desirée Haikal
Andréa Mª. Eleutério de Barros L. Martins
Lia Silva de Castilho
Marise Fagundes Silveira

BANCA (SUPLENTE)

PROFª. DRª. THALITA THYRZA DE ALMEIDA SANTA-ROSA

PROF. DR. ANTÔNIO PRATES CALDEIRA

ASSINATURAS

APROVADA

REPROVADA

Hospital Universitário Clemente Farias – HUCF

<http://www.unimontes.br> / ppgcs@unimontes.br

Telefone: (0xx38) 3224-8372 / Fax: (0xx38) 3224-8372

Av. Cula Mangabeira, 562, Santo Expedito, Montes Claros – MG, Brasil – Cep: 39401-001

*Dedico este trabalho aos meus pais,
meus primeiros mestres.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, que sempre guia o meu caminhar, pois “... tudo é do Pai, toda honra e toda glória. É Dele a vitória alcançada em minha vida”.

Ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Unimontes, pela oportunidade e por me proporcionar tamanho aprendizado.

À minha orientadora, Desirée Haikal, pelo apoio e incentivo para que eu investisse na minha formação acadêmica. Pela valiosa contribuição na elaboração deste trabalho e pelo imenso companheirismo durante essa jornada.

À minha coorientadora, Andréa Eleutério, pelas contribuições para a elaboração deste trabalho e pela idealização e condução do “Projeto SBMOC”.

Aos professores Mauro Henrique e Lia Castilho, por orientarem meus primeiros passos na pesquisa.

À professora Thalita Santa-Rosa, pela acolhida e por me permitir a incrível experiência da docência.

Aos colegas de Mestrado, especialmente Tânia, Noely e Thaisa. Conhecer vocês foi um dos grandes presentes dessa caminhada.

Ao meu pai, que mesmo distante se faz presente em todos os momentos.

À minha mãe, por ser a mulher mais guerreira que já conheci.

Ao meu padrasto e ao meu irmão, por todo apoio e incentivo.

Ao meu esposo, pela compreensão da minha ausência e por dividir todos os momentos.

Enfim, a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação.

“As palavras só têm sentido se nos ajudam a ver o mundo melhor. Aprendemos palavras para melhorar os olhos”.

Rubem Alves

RESUMO

Esta dissertação foi composta de três manuscritos construídos a partir de dados secundários do “Projeto SBMOC”, que investigou uma amostra probabilística por conglomerados de adultos (35-44 anos) do município de Montes Claros - MG. Em todas as análises, foi conduzida Regressão Logística Binária com correção pelo efeito de desenho. No primeiro estudo, objetivou-se identificar os fatores associados à insatisfação com os serviços odontológicos utilizados (variável dependente). As variáveis independentes foram reunidas conforme modelo teórico de Andersen e Davidson (1997). Cerca de 11% dos adultos estavam insatisfeitos com o serviço odontológico utilizado. A insatisfação foi menor entre adultos mais velhos e entre fumantes. Por outro lado, foi maior entre aqueles que autopercebiam sua mastigação negativamente, que autopercebiam algum incômodo na região da boca, cabeça e pescoço e que não tiveram acesso à informação sobre problemas bucais. No segundo estudo, avaliou-se os fatores relacionados à falta de acesso à informação em saúde bucal (variável dependente). As variáveis independentes foram reunidas em subgrupos conforme modelo teórico de *Alfabetização em saúde*. Constatou-se que 37,5% dos adultos relataram não terem tido acesso a informações em saúde bucal. A falta de acesso a informações foi maior entre adultos que possuíam renda *per capita* menor, estavam insatisfeitos com os serviços odontológicos utilizados, não utilizavam fio dental, apresentavam domínio físico da qualidade de vida insatisfatório e que autopercebiam a saúde bucal negativamente. No terceiro estudo, foi investigada a validade da autopercepção da presença da cárie dentária (APCD) como teste diagnóstico e fatores associados. As variáveis independentes foram agrupadas em *Sociodemográficas, Utilização dos serviços odontológicos; Normativas; Autopercepção; e Hábitos*. Foram conduzidos três modelos logísticos múltiplos, sendo: 1) Considerando todos os adultos, 2) Considerando apenas os com lesões de cárie normativas e 3) Considerando apenas adultos sem tais lesões. Foi observada sensibilidade de 77,7%, especificidade de 58%, acurácia de 65%, VPP de 52% e VPN de 81%. No modelo 1, a APCD foi maior entre os que utilizaram os serviços odontológicos há mais tempo, não receberam informações, não utilizavam fio dental, apresentavam lesões normativas, autoperceberam necessidade de tratamento odontológico, relataram dor, insatisfação com a saúde bucal e geral. Já no modelo 2, houve maior chance de APCD entre os que usaram o serviço há mais tempo, perceberam necessidade de tratamento e relataram insatisfação com a saúde bucal e geral. No modelo 3, APCD foi maior entre os que usaram os serviços odontológicos há mais tempo, não

receberam informações, perceberam a necessidade de tratamento, relataram insatisfação com a saúde bucal e que não usavam fio dental. **Conclusão:** Os serviços de saúde devem prover informações em quantidade e qualidade adequadas, a fim de garantir satisfação a seus usuários, melhores níveis de *Alfabetização em saúde* e contribuir no aumento do poder preditivo das medidas de autopercepção. A oferta de informações é uma ferramenta essencial para que os serviços de saúde sejam mais equânimes, uma vez que o menor acesso a informações é associado a condições desfavoráveis entre adultos.

Palavras-chave: Adultos. Satisfação do paciente. Acesso à informação. Autopercepção. Epidemiologia.

ABSTRACT

This dissertation is composed of three manuscripts constructed from secondary data from "SBMOC Project," which investigated a conglomerates random sample of adults (35-44 years) in the city of Montes Claros - MG. In all analyzes, was conducted Binary Logistic Regression with correction for the design effect. In the first study aimed to identify factors associated with dissatisfaction with dental services used (dependent variable). The independent variables were selected according to the theoretical model set forth by Andersen and Davidson (1997). It was found that about 11% of adults were dissatisfied with the dental service. The dissatisfaction was lower among older adults and among smokers. On the other hand, it was higher among adults who self-perceived their chewing as negative, who self-perceived some discomfort in the mouth and head and neck region, and among those who did not have access to information on how to avoid oral problems. In the second study aimed to investigate factors related to the lack of access to information on oral health (dependent variable). The independent variables were gathered into subgroups according to the theoretical model for *Health literacy*. It was observed that 37.5% of adults had no access to information about oral health. The lack of access was higher among adults who had lower per capita income, were dissatisfied with the dental services provided, did not use dental floss, had unsatisfactory physical domain of the quality of life, and self-perceived their oral health negatively. In the third study aimed to investigate the validity of the self-perceived dental caries (SPDC, dependent variable) as a diagnostic test and associated factors. The independent variables were grouped into *Sociodemographic*, *Use of dental services*; *Normatives*; *Self-perceived*; and *Habits*. Logistic regression models were performed with all adults; adults with dental caries and; adults without dental caries. SPDC showed a sensitivity of 77.7%, specificity 58%, accuracy of 65%, positive predictive value of 52%, and negative predictive value of 81%. SPDC was associated with time use of dental services and dissatisfaction with oral health in all models. In the first model, SPDC was associated with access to oral health information, dental flossing, normative DC diagnosis, self-perceived oral treatment need, and oral pain. In the second model, SPDC was associated with self-perceived oral treatment need and dissatisfaction with general health. In the third model, SPDC was associated with access to oral health information, need for oral treatment awareness, and dental flossing. **Conclusion:** Health services should ensure appropriate information whether quantitatively or qualitatively in order to achieve greater satisfaction among its users, increase

Health literacy levels and contribute in increasing the predictive power of self-perceived measures. The provision of information is an essential tool for health services more equitable, as the decreased access to information was related to unfavorable conditions among adults.

Keywords: Adult. Patient satisfaction. Access to information. Self-perception. Epidemiology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|----|
| Figura 1 - Modelo Teórico Multidimensional de Andersen e Davidson (1997). | 23 |
| Figura 2 - Modelo Teórico da <i>Alfabetização em saúde</i> de Sørensen <i>et al.</i> (2012). | 27 |

APRESENTAÇÃO

Durante a minha graduação em Odontologia, na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (FOUFMG), destaco três momentos que considero cruciais para a minha chegada até aqui!

O primeiro se refere à oportunidade de fazer Iniciação Científica, momento de muito aprendizado e que me permitiu experimentar o gosto pela pesquisa científica. Sob a orientação dos professores Mauro Henrique Nogueira Guimarães de Abreu e Lia Silva de Castilho, foi desenvolvido um trabalho com pacientes portadores de necessidades especiais assistidos pela Associação Mineira de Reabilitação (AMR), que muito além de publicações científicas, me rendeu lições de vida.

Outro momento marcante foi o Internato Rural realizado no município de Sabinópolis – MG, sob a supervisão do professor Marcos Azeredo Furquim Werneck. Com o professor Marcos, tive a oportunidade de conhecer um Sistema Único de Saúde (SUS) que avança e se fortalece, apesar dos limitados recursos financeiros e das longas filas de espera. Sua forma apaixonada de ensinar saúde pública me contagiou e despertou em mim a vontade de contribuir com a saúde da coletividade. Atualmente, atuo como cirurgiã-dentista na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Botumirim – MG e como estudante de pós-graduação, encontro na pesquisa uma forma importante de colaborar para o desenvolvimento da saúde pública do nosso país.

E terceiro e não menos importante, foi meu encontro com a aluna de doutorado Desirée Sant’Ana Haikal, a qual hoje me orgulho chamar de orientadora. Durante a minha graduação, estivemos juntas em uma disciplina e agora na pós, um reencontro abençoado e produtivo.

Por tudo isso, eis me aqui...

SUMÁRIO

| | |
|--|-----|
| 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS | 15 |
| 1.1 Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal | 15 |
| 1.1.1 Levantamento Epidemiológico das Condições de Saúde Bucal da População de Montes Claros – MG | 17 |
| 1.2 Condições de saúde bucal da população adulta | 19 |
| 1.3 Avaliação dos serviços de saúde: satisfação dos usuários | 20 |
| 1.4 Acesso a informações em saúde | 23 |
| 1.5 Condições subjetivas de saúde bucal | 26 |
| | |
| 2 OBJETIVOS | 29 |
| 2.1 Objetivo Geral | 29 |
| 2.2 Objetivos Específicos | 29 |
| | |
| 3 METODOLOGIA | 30 |
| | |
| 4 PRODUTOS | 31 |
| 4.1 Artigo 1: Insatisfação com os serviços odontológicos e fatores associados entre adultos | 32 |
| 4.2 Artigo 2: Falta de acesso a informações sobre problemas bucais entre adultos: abordagem baseada no modelo teórico de <i>Alfabetização em saúde</i> | 59 |
| 4.3 Artigo 3: Validade da autopercepção da presença da cárie dentária como teste diagnóstico entre adultos | 88 |
| | |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 111 |
| | |
| REFERÊNCIAS | 113 |
| | |
| ANEXOS | 119 |

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal

Os levantamentos epidemiológicos representam ferramentas fundamentais da vigilância em saúde, contribuindo para o planejamento, organização e monitoramento das condições de saúde e do desempenho do sistema de saúde (OMS, 1997; VIACAVA, 2002). A obtenção de dados epidemiológicos fornece subsídios para a elaboração de políticas de saúde compatíveis com a resolução dos reais problemas que afligem a população (BRASIL, 2000). No caso particular da saúde bucal, o diagnóstico coletivo dos principais agravos deve ser estabelecido, com propriedade, mediante a realização de inquéritos populacionais (HAIKAL, 2013).

O primeiro levantamento epidemiológico da área de saúde bucal com abrangência nacional ocorreu somente em 1986, forneceu informações sobre os problemas epidemiológicos básicos (cárie dentária, doença periodontal, necessidades de prótese e acesso aos serviços odontológicos) da população residente na zona urbana, incluindo crianças (6 a 12 anos), adolescentes (15 a 19 anos) e adultos (35 a 44 anos e 50 a 59 anos) (BRASIL, 1986). Até então, acreditava-se que as necessidades de tratamento odontológico da população seriam de tal magnitude que impediriam o êxito de quaisquer propostas de solução em massa, tornando desnecessários levantamentos precisos, já que bastava apenas saber que essas necessidades eram imensas (PINTO, 2000). Apesar de suas restrições, este primeiro inquérito representou um importante passo, pois somou conhecimentos específicos das áreas de Odontologia e Saúde Pública aos métodos e técnicas do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (MARTINS *et al.*, 2005; QUEIROZ *et al.*, 2009).

Em 1996, com o Sistema Único de Saúde (SUS) já implantado, foi realizado o segundo inquérito sob coordenação da Área Técnica de Saúde Bucal do Ministério da Saúde. O seu objetivo foi obter um referencial para o desenvolvimento das ações preventivas do SUS. Apesar de ampliar a abrangência geográfica (26 capitais e o Distrito Federal), o inquérito limitou-se ao exame de cárie dentária na faixa etária de 6 a 12 anos, com crianças

selecionadas em escolas públicas e privadas e não chegou a gerar um relatório final (COSTA *et al.*, 2006; QUEIROZ *et al.*, 2009).

O Ministério da Saúde iniciou, no ano 2000, uma discussão sobre a necessidade de obtenção de dados epidemiológicos em saúde bucal que avaliassem os principais agravos em diferentes grupos etários, tanto na população urbana como na rural. Esse projeto foi identificado como “SB BRASIL 2003” (Condições de Saúde Bucal da População Brasileira), com abrangência nacional, foi conduzido em 250 municípios, das cinco macrorregiões brasileiras (BRASIL, 2004a). Quanto aos problemas pesquisados e as faixas etárias e idades-índice, adotou como base a metodologia proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1997 (OMS, 1997). Uma amostra de 108.921 indivíduos foi avaliada considerando as idades-índice de 5 e 12 anos e as faixas etárias de 18-36 meses, 15-19 anos, 35-44 anos, 65-74 anos. Os principais problemas pesquisados foram Cárie Dentária, Doença Periodontal, Má Oclusão, Fluorose e Uso e Necessidades de Prótese (OMS, 1997; RONCALLI *et al.*, 2000). Além dessas informações decorrentes do exame clínico, foram investigados dados sobre a Caracterização Socioeconômica, Acesso a Serviços Odontológicos e Autopercepção em Saúde Bucal (RONCALLI *et al.*, 2000; BRASIL, 2000), o que proporcionou um dos mais completos diagnósticos da saúde bucal dos brasileiros (HAIKAL, 2013).

Em resposta aos dados epidemiológicos obtidos através do “SB BRASIL 2003”, o Ministério da Saúde lançou a “Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente”, que garantiu integralidade aos serviços de saúde bucal. Além disso, houve a inserção de procedimentos mais complexos na Atenção Básica e a criação de uma rede de serviços de atenção em saúde bucal no SUS, resgatando a cidadania da população brasileira. A Política Nacional de Saúde Bucal apresenta os seguintes pressupostos: utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território para subsidiar o planejamento; e centrar a atuação na Vigilância à Saúde, incorporando práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, dos riscos e dos determinantes do processo saúde-doença (BRASIL, 2004b).

O Ministério da Saúde concluiu, em 2011, o quarto levantamento epidemiológico de âmbito nacional na área da Saúde Bucal, intitulado “SB BRASIL 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal”. A pesquisa, de base amostral, foi realizada nas 26 capitais estaduais, no Distrito Federal e em 150 municípios do interior de diferentes portes populacionais, tendo sido examinados mais de 37 mil indivíduos, pertencentes às faixas etárias de 5, 12, 15 a 19, 35 a

44 e 65 a 74 anos. Os participantes foram examinados e entrevistados em seus domicílios. Através dos exames bucais avaliou-se a prevalência e a gravidade dos principais agravos bucais. As entrevistas abordaram questões sobre a condição socioeconômica, utilização de serviços odontológicos e percepção de saúde. O projeto “SB BRASIL 2010” analisou a situação da saúde bucal da população brasileira com o objetivo de proporcionar ao SUS informações úteis ao planejamento de programas de prevenção e tratamento (BRASIL, 2011).

Os Projetos “SB BRASIL 2003” e “SB BRASIL 2010” não permitiram inferências de seus resultados para os municípios brasileiros, inclusive para Montes Claros, que não foi um dos municípios amostrados em tais Projetos. Montes Claros apresentava-se, até 2009, completamente desprovida de dados epidemiológicos que embasassem ações em saúde bucal mais abrangentes e condizentes com a realidade local (HAIKAL, 2013). Diante disso, foi proposto o levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal da população de Montes Claros, “Projeto SBMOC”, conduzido em 2008/2009, de acordo com o referencial teórico-metodológico adotado no projeto “SB BRASIL 2003” (MARTINS *et al.*, 2012a,b,c,d).

1.1.1 Levantamento Epidemiológico das Condições de Saúde Bucal da População de Montes Claros – MG

O Levantamento Epidemiológico das Condições de Saúde Bucal da População de Montes Claros – MG ou “Projeto SBMOC” constituiu uma ampla pesquisa sobre as condições de saúde bucal da população montesclarensense, realizada através de uma parceria firmada entre a Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes e Prefeitura Municipal de Montes Claros e contou com financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais – FAPEMIG, com encerramento em dezembro de 2009 (MARTINS *et al.*, 2012a).

A amostra do “SBMOC” foi constituída por 4509 indivíduos, distribuídos de forma representativa nas idades índices (5 e 12 anos) e faixas etárias (18-36 meses, 15-19 anos, 35-44 anos, 65-74 anos) preconizadas para levantamentos epidemiológicos em saúde bucal (OMS, 1997). Para garantir a representatividade da população do município de Montes Claros – MG foi proposta uma amostragem complexa, probabilística, por conglomerados em dois

estágios (setores censitários e quadras), com garantia de proporcionalidade quanto à distribuição por sexo na população (MARTINS *et al.*, 2012b).

Foram investigados todos os índices e condições subjetivas avaliados no SB Brasil 2003, adotando critérios idênticos (BRASIL, 2001). Além disso, propôs-se a avaliação normativa da higiene bucal, das alterações de tecidos moles, do impacto da saúde geral e bucal na qualidade de vida, da saúde geral e de questões referentes a hábitos e estilo de vida. Participaram da coleta 24 cirurgiões-dentistas treinados e calibrados, acompanhados por anotadores/digitadores (estudantes de graduação da Unimontes) também treinados (MARTINS *et al.*, 2012c).

A coleta de dados foi toda realizada durante o ano de 2009, nos domicílios, conforme metodologia proposta pelo Projeto SB BRASIL, considerando-se as normas éticas e de biossegurança preconizadas para investigações epidemiológicas (OMS, 1997; BRASIL, 2000; RONCALLI *et al.*, 2000). Após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, entrevistas e exames intrabucais foram conduzidos sob iluminação natural com espelho e sonda CPI, previamente esterilizados, com a participação de um examinador e um anotador/digitador. Os dados foram registrados em computadores de mão, utilizando um programa criado especificamente para esse fim (MARTINS *et al.*, 2012d).

O “Projeto SBMOC” representou um marco na história da epidemiologia em saúde bucal de Montes Claros – MG, uma vez que foi a mais ampla e completa pesquisa sobre as condições de saúde bucal já realizada nesse município. Diversos produtos oriundos desse projeto têm sido publicados, entre eles, destaca-se um volume da Revista Unimontes Científica inteiramente dedicado ao “Projeto SBMOC” (HAIKAL, 2013). Portanto, além da relevância indiscutível desses dados para elaboração de políticas públicas e gestão dos serviços de saúde locais, o “Projeto SBMOC” viabilizou inúmeras pesquisas científicas, tais como os produtos apresentados nesta dissertação.

1.2 Condições de saúde bucal da população adulta

O interesse pela produção de dados epidemiológicos em saúde bucal, relativos à população adulta, tem aumentado bastante, uma vez que a doença cárie dentária vem apresentando uma importante diminuição na população infantil (RONCALLI *et al.*, 2002). Além disso, os adultos constituem a maioria da população, demandam por serviços odontológicos, influenciam de maneira decisiva o comportamento de seus dependentes, possuem problemas específicos de saúde bucal e particularidades epidemiológicas (PINTO, 2000). Muitas vezes, os problemas bucais apresentados pelos adultos acabam se agravando devido à dificuldade de acesso às unidades de saúde nos horários de trabalho convencionais, o que resulta em aumento das urgências odontológicas, motivo de falta ao trabalho e desnecessárias perdas dentárias (BRASIL, 2004b).

No último levantamento epidemiológico em saúde bucal da população brasileira, o “SB BRASIL 2010”, uma amostra de 15.993 indivíduos de 35 a 44 anos representaram os adultos, sendo que desses, 0,3% eram edentados totais. O cenário da saúde bucal identificado foi CPOD médio (número médio de dentes cariados, perdidos ou restaurados) de 16,75, sendo que os componentes *Perdido* e *Cariado* representaram, respectivamente, 44,7% e 8,8% do CPOD. Quanto à doença periodontal, verificou-se 17,8% dos adultos sem nenhum problema periodontal, enquanto 4,2% possuíam bolsas maiores que 4 mm, sendo que 32,3% dos sextantes foram classificados como excluídos. Cerca de 32,8% necessitavam de próteses superiores e 10,1% necessitavam de próteses inferiores. O tipo de prótese mais utilizada foi a prótese parcial removível, sendo que 16% usavam prótese parcial removível superior e 5,3% utilizavam a prótese parcial removível inferior. Quanto à autopercepção da saúde bucal, 32,2% apresentaram insatisfação com a saúde bucal, sendo que 27,5% relataram dor nos últimos 6 meses. Quanto ao uso dos serviços odontológicos, 7,1% nunca foram ao dentista, e dentre os que já foram, houve predomínio dos que usaram o serviço há menos de um ano (49,1%). O serviço mais utilizado foi o particular (49,1%) e o principal motivo atribuído ao uso foi para tratamento (44,6%) (BRASIL, 2011).

Uma amostra de 841 indivíduos de 35 a 44 anos representou os adultos de Montes Claros – MG, no “Projeto SBMOC”, desse total 4% eram edentados. Em relação às condições normativas de saúde bucal, o CPOD médio foi de 17,7, sendo que o componente *Perdido*

representou 46,6% do CPOD e o *Cariado* 8,0%. Somente 0,8% dos adultos avaliados estavam livres de cáries (CPOD=0) e 51,7% dos adultos dentados necessitavam de algum tratamento dentário. As condições periodontais mais prevalentes por indivíduo foram cálculo (38,9%) e perda de inserção periodontal de 0-3 mm (63,7%), sendo que 9,6% eram doentes periodontais. Aproximadamente 34% usavam e 66% necessitavam algum tipo de prótese e 13,4% possuíam lesões em tecidos moles (HAIKAL, *et al.*, 2012a). Quanto às condições subjetivas de saúde bucal, a maioria avaliou positivamente sua saúde bucal (49%), não relatou dor (61%) e afirmou necessidade de tratamento odontológico (78%). Em relação ao uso dos serviços odontológicos, apenas 1,4% nunca haviam ido ao dentista, e dentre os que já haviam ido, 46% usaram o serviço há menos de um ano. Houve um predomínio do uso de serviços não-públicos (64,7%) e para tratamento odontológico (66,6%) (HAIKAL, *et al.*, 2012b). Conforme metas propostas para a saúde bucal, 96% dos adultos deveriam apresentar pelo menos 20 dentes funcionais presentes na boca no ano 2010 (OPAS, 1993). Entre adultos brasileiros, foi observado que somente cerca de 75% apresentavam essa condição, situação semelhante a dos adultos montesclarenses (76%) e ainda distantes das metas estabelecidas (BRASIL, 2011; HAIKAL, *et al.*, 2012a).

1.3 Avaliação dos serviços de saúde: satisfação dos usuários

A avaliação da qualidade dos serviços de saúde através da pergunta aos usuários difundiu-se a partir dos anos 60 na Europa e nos Estados Unidos da América, quando os primeiros estudos se iniciaram em busca de dados relacionados à adesão ao tratamento e à qualidade dos serviços de saúde (ESPERIDIÃO e TRADE, 2005). No Brasil, a partir da década de 1990, os estudos de satisfação começaram a se destacar, no contexto da expansão dos programas de qualidade no setor empresarial e sua implantação em serviços de saúde, com ênfase no fortalecimento da participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação (MENDES, 2003; ESPERIDIÃO e TRADE, 2005).

Segundo Donabedian (1988), avaliações da qualidade de serviços prestados devem incluir três componentes básicos: estrutura (recursos utilizados pelo serviço), processo (procedimentos empregados no manejo dos problemas dos pacientes) e resultado (se o paciente beneficia-se ou não do serviço de saúde oferecido). Desse modo, a qualidade dos serviços de saúde pode

se relacionar com aspectos da infraestrutura material dos serviços, com as condições de conforto oferecidas e, também, com as representações do paciente sobre o processo saúde-doença (SILVA e FORMIGLI, 1994). Além das características de ordem técnica, a satisfação dos usuários em relação ao atendimento recebido também deve ser considerada como medida de resultados (ESPERIDIÃO e TRADE, 2006).

Sendo assim, a satisfação dos usuários representa um desfecho esperado pelos serviços de saúde (GORDIS, 2010). Os desfechos em saúde tradicionalmente considerados eram mortalidade e morbidade, porém, recentemente o foco da pesquisa de desfechos tem se expandido e as medidas de interesse incluem qualidade de vida, grau de dependência e incapacidade e satisfação do paciente (GORDIS, 2010). Além disso, há um interesse crescente pelo conhecimento das expectativas da população a respeito dos serviços ofertados no desenvolvimento de programas e estratégias de assistência à saúde (RODRIGUES *et al.*, 2012).

A incorporação do usuário na avaliação é uma ferramenta importante, principalmente no contexto do SUS e tem sido muito valorizada como forma de incentivar a participação comunitária e fortalecer o controle social (ESPERIDIÃO e TRADE, 2006). Ao garantir oportunidades de expressão, os usuários podem integrar os processos de monitoramento e planejamento dos serviços de saúde, e intervir modificando o próprio sistema. Este processo de avaliação em saúde propicia a interação do usuário com outros atores sociais importantes na busca de melhorias e transformações das práticas de saúde locais (COSTA *et al.*, 2008).

A assistência odontológica no Brasil esteve historicamente fundamentada no curativismo, na fragmentação e no conhecimento compartimentalizado (SANTOS *et al.*, 2008), desconsiderando a perspectiva dos usuários a cerca desses serviços. Portanto, não há dúvida que esse modelo de atenção precisa ser expandido e incrementado. Para tanto, políticas de saúde que visam melhoria da assistência odontológica devem levar em conta as expectativas da população a respeito do que é oferecido e esperado, visto que a satisfação deve ser usada como medida do resultado das relações que se estabelecem entre prestadores e usuários, bem como as características de ordem técnica referentes ao cuidado em si (SILVA e FORMIGLI, 1994; EMMI e BARROSO, 2008). Dessa forma, conhecer como se estabelece o nível de satisfação dos usuários com os serviços odontológicos utilizados, pode direcionar os serviços de saúde afim de que atendam, de forma mais específica, as demandas da população.

Diante da relevância de se estudar a satisfação dos usuários com os serviços de saúde, diversas formas de abordagem tem sido propostas, variando desde métodos puramente quantitativos até uma combinação de métodos que permitam captar a amplitude e a complexidade desse fenômeno (ESPERIDIÃO e TRADE, 2005). Uma possibilidade para se identificar os fatores associados à satisfação com o uso dos serviços odontológicos é através do modelo teórico multidimensional de Andersen e Davidson (1997). Este modelo foi o mais difundido para a análise dos fatores associados de forma independente ao uso de serviços odontológicos (MARTINS *et al.*, 2008), sendo utilizado, também, para avaliar fatores relacionados à satisfação com o uso desses serviços, uma vez que a satisfação aparece como um desfecho relacionado ao uso de tais serviços.

Para Andersen e Davidson (1997), o grupo étnico e a faixa etária seriam as chamadas variáveis exógenas. Os determinantes primários de saúde seriam: ambiente externo (saúde geral), o sistema de atenção à saúde bucal (políticas de saúde, recursos investidos, organização dos serviços e financiamento dos mesmos) e características pessoais (fatores de predisposição, de disponibilidade de recursos e de necessidade de tratamento). Os fatores de predisposição referem-se às características sociodemográficas, crenças, atitudes, valores e conhecimentos sobre saúde bucal. Portanto, são prévios ao surgimento dos problemas de saúde e afetam a predisposição das pessoas para usar os serviços de saúde. Os fatores de disponibilidade de recursos referem-se a atributos específicos dos indivíduos como renda, seguro saúde, fonte usual de serviços odontológicos ou a atributos da comunidade em que o indivíduo vive, como a disponibilidade do serviço de saúde odontológico, os programas comunitários de saúde e os preços do tratamento na comunidade, ou seja, são os meios disponíveis para as pessoas obterem o atendimento. Os fatores de necessidade de tratamento foram classificados pelos autores em percebidos pelo paciente ou avaliados clinicamente por profissionais e podem ser influenciados por crenças, valores, efeitos de coorte, assim como pelos fatores de predisposição e de disponibilidade de recursos. Os comportamentos de saúde bucal referem-se às práticas pessoais como escovação, uso de fio dental, hábitos tabagistas e uso formal de serviços odontológicos preventivos, curativos e reabilitadores. Já os desfechos de saúde seriam aqueles referentes à condição de saúde bucal avaliada por profissionais (CPOD, condição periodontal), à condição de saúde bucal percebida (geral, funcional e social) e à satisfação do paciente quanto ao acesso, comunicação e qualidade dos serviços odontológicos (Figura 1).

A dimensão subjetiva da qualidade de programas e serviços, incluindo a avaliação da satisfação dos usuários, ainda é um terreno pouco explorado. Abriga, certamente, muitos aspectos a serem desvelados, já que pode carregar particularidades de cada contexto e cenário (UCHIMURA e BOSI, 2002). Abordar a satisfação dos usuários implica trazer um julgamento sobre características dos serviços e, portanto, sobre sua qualidade. Assim, todas as pesquisas no âmbito da satisfação do usuário devem propiciar aperfeiçoamento para o cotidiano dos serviços de saúde e avanços significativos para a gestão destes serviços (EMMI e BARROSO, 2008).

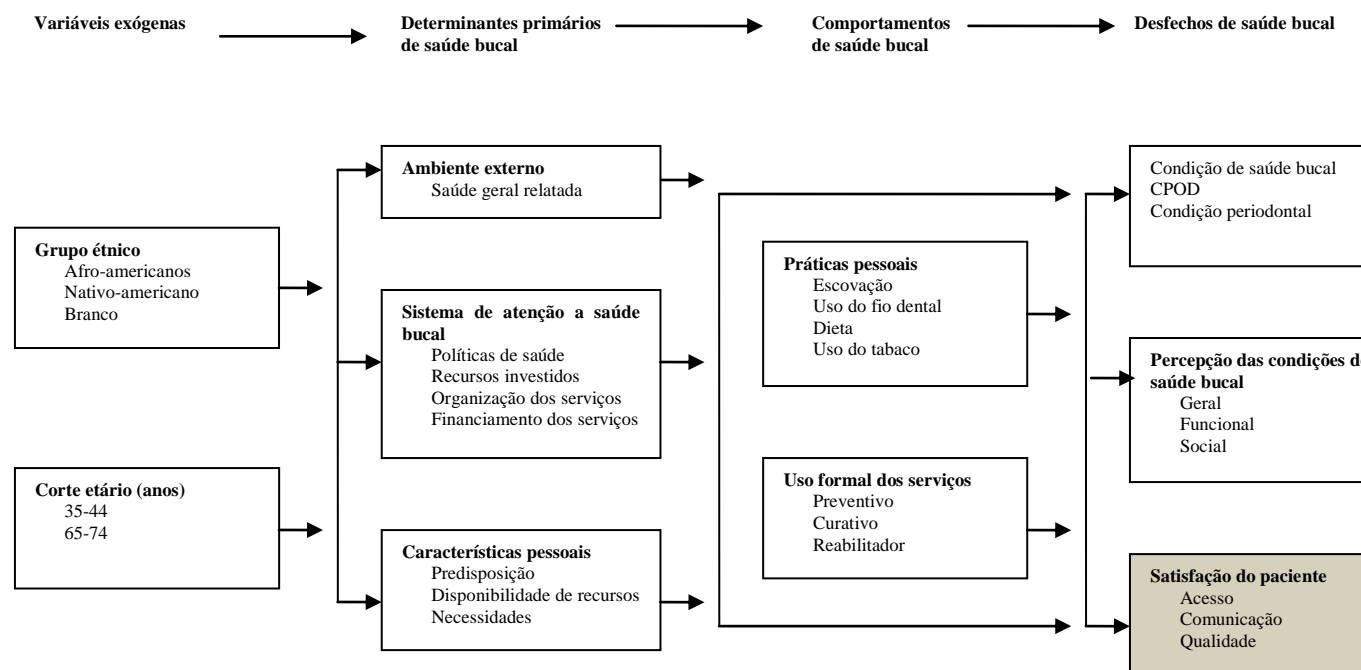


Figura 1: Modelo Teórico Multidimensional de Andersen e Davidson (1997).

Fonte: Andersen e Davidson, 1997.

1.4 Acesso a informações em saúde

O acesso à informação é considerado um direito individual, assegurado pelo artigo 5º, inciso XIV da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, resguardando o sigilo da fonte, quando necessário ao exercício profissional (BRASIL, 1988). Nesse contexto, destaca-se o acesso a informações em saúde como um direito dos usuários e, portanto, um dever dos

serviços de saúde. De acordo com o Relatório Final da XI Conferência Nacional de Saúde (CNS, 2001), no capítulo Democratização das Informações, as políticas de saúde devem utilizar uma pedagogia crítica, que leve o usuário a ter conhecimento também de seus direitos; dar visibilidade à oferta de serviços e ações de saúde do SUS; motivar os cidadãos a exercer os seus direitos e cobrar as responsabilidades dos gestores públicos e dos prestadores de serviços de saúde.

No contexto da promoção da saúde, tem se buscado aumentar os níveis de *Alfabetização em saúde* ou “*Health literacy*” das pessoas. Este é um campo relativamente novo, que descreve os resultados das atividades de educação e comunicação em saúde, enfocando melhor acesso das pessoas às informações em saúde e na capacidade dos indivíduos de usar tais informações eficientemente, sendo base para o empoderamento (empowerment) (NUTBEAM, 2000). Assim, observa-se que o acesso a informações em saúde pode ser considerado o ponto de partida quando se deseja promover a *Alfabetização em Saúde*.

Cabe ressaltar o papel dos profissionais de saúde como mediadores da informação, adequando as informações ao cenário no qual os usuários estão inseridos, para que os mesmos possam contextualizá-la em sua vivência e assim, exercer em plenitude sua autonomia e cidadania (LEITE *et al.*, 2014). O empoderamento, fator possivelmente proveniente de altos níveis de *Alfabetização em saúde* (SØRENSEN *et al.*, 2012), refere-se a ações sociais que promovem a participação de pessoas, organizações e comunidades no controle do seu próprio destino e do destino da sociedade como um todo (COULTER e ELLINS, 2007). O empoderamento do indivíduo através da informação apresenta extrema relevância no processo de autotransformação da pessoa, contribuindo para sua autonomia e emancipação (LEITE *et al.*, 2014). Nesse contexto, o usuário deixa de ser um simples receptor passivo da informação para se tornar de fato um cidadão, possibilitando que ele exerça, efetivamente, seu direito à saúde (BATISTA *et al.*, 2009).

O modelo teórico conceitual de *Alfabetização em saúde* proposto por Sørensen *et al.*, em 2012 (Figura 2), exhibe fatores proximais e distais determinantes ou determinados pela *Alfabetização em saúde*, em que se considera a influência dos conhecimentos prévios, das competências e da motivação no processo de acesso, compreensão, avaliação e aplicação das informações relacionadas à saúde. O acesso refere-se à capacidade de procurar, encontrar e obter informações de saúde; a compreensão refere-se à capacidade de compreender as

informações relativas à saúde; a avaliação dessas informações diz respeito à capacidade de interpretar, filtrar e julgar essas informações; já a aplicação refere-se à capacidade de se comunicar e usar as informações para tomar decisões com o intuito de manter e/ou melhorar a sua condição de saúde. No modelo identificam-se doze dimensões que referem-se à capacidade de acessar, compreender, avaliar e aplicar informações relacionadas à saúde, quatro (acesso, compreensão, avaliação e aplicação) no domínio dos cuidados de saúde, ou seja, no âmbito dos serviços de assistência à saúde; quatro no domínio da prevenção da doença (acesso, compreensão, avaliação e aplicação) e quatro no domínio da promoção da saúde no contexto social e ambiental (acesso, compreensão, avaliação e aplicação) gerando decisões informadas sobre os determinantes de saúde no ambiente social e físico. O modelo exhibe fatores associados à *Alfabetização em saúde* de forma dinâmica, ou seja, seus principais determinantes e ou consequências, estão entre eles os distais, determinantes sociais e ambientais (situação demográfica, a cultura, a língua, as forças políticas, os sistemas sociais), os proximais, determinantes sociais situacionais (apoio, influências da família e dos colegas, uso de mídia e condições físicas do meio ambiente) e os pessoais (idade, sexo, raça, condição socioeconômica, educação, ocupação, emprego, renda, escolaridade). Assim, o modelo teórico prevê o acesso a informações como condição inicial e indispensável para aumentar os níveis de *Alfabetização em saúde* das pessoas (SØRENSEN *et al.*, 2012).

Em odontologia, o impacto das ações de educação em saúde, entre elas destaca-se a oferta de informações, pode ser observado na melhoria das condições de saúde bucal e de higiene (KAY e LOCKER, 1996; TOASSI e PETRY, 2002; AL-JUNDI *et al.*, 2006), e inclusive, na satisfação dos usuários com os serviços de saúde (RODRIGUES *et al.*, 2012; MARTINS *et al.*, 2014). A disponibilização de informações em saúde bucal, num contexto de promoção de saúde, tem ganhado cada vez mais destaque, tendo sido sugerido que tal prática reduz a demanda por tratamentos mutiladores (SALIBA *et al.*, 2010). Além disso, mesmo o tratamento restaurador pode fracassar se for desprovido de acesso a informações que possam garantir a prevenção da progressão e surgimento de novas lesões (CALDAS *et al.*, 2003). Sendo assim, o acesso a informações em saúde representa um aspecto fundamental para a promoção do cuidado integral à saúde.

Embora o acesso à informação, por si só, não seja suficiente, ele se apresenta como condição imprescindível para se aumentar os níveis de *Alfabetização em saúde*, alcançar o empoderamento, e assim efetivamente melhorar as condições de saúde das pessoas. Daí a

importância das questões relativas ao acesso à informação serem trabalhadas e investigadas no âmbito dos serviços de saúde.

1.5 Condições subjetivas de saúde bucal

As condições normativas de saúde bucal, de forma isolada, não conseguem mensurar o quanto a condição bucal impacta na vida das pessoas (PERES *et al.*, 2003). Assim, a saúde bucal pode ser considerada, também, como resultado da experiência subjetiva do indivíduo sobre o seu bem-estar funcional, social e psicológico (LOCKER, 1997). Nesse contexto, destaca-se a importância de se considerar as questões relativas à autoavaliação ou autopercepção das condições de saúde bucal.

A autoavaliação da saúde reflete uma percepção integrada do indivíduo, que inclui as dimensões biológica, psicossocial e social, sendo um dos indicadores mais usados para determinar as condições de saúde de uma população (IDLER e BENYAMINI, 1997). Ao se considerar a autopercepção, é possível compreender melhor o contexto de saúde no qual os indivíduos estão inseridos e, assim, aprimorar os métodos de educação em saúde (SYRJALA *et al.*, 2001; SILVA *et al.*, 2005). Ao desenvolver sua autopercepção, a pessoa passa da condição de um simples paciente para se tornar um diagnosticador de sua condição de saúde, colaborando e participando ativamente da manutenção de sua saúde (PINELLI *et al.*, 2008).

Em odontologia, as medidas de autopercepção têm sido muito utilizadas em pesquisas para o diagnóstico das condições de saúde bucal, incluindo doença periodontal (GILBERT e NUTTALL, 1999; PITIPHAT *et al.*, 2002; PINELLI e LOFFREDO, 2007), cárie dentária (PITIPHAT *et al.*, 2002; PINELLI e LOFFREDO, 2007), má oclusão e sintomas de disfunção temporomandibular (DTM) (PINELLI e LOFFREDO, 2007; KOJIMA *et al.*, 2013), higiene bucal (PINELLI *et al.*, 2008) e necessidade de tratamento odontológico (GILBERT *et al.*, 1994; LUNDEGREN *et al.*, 2004).

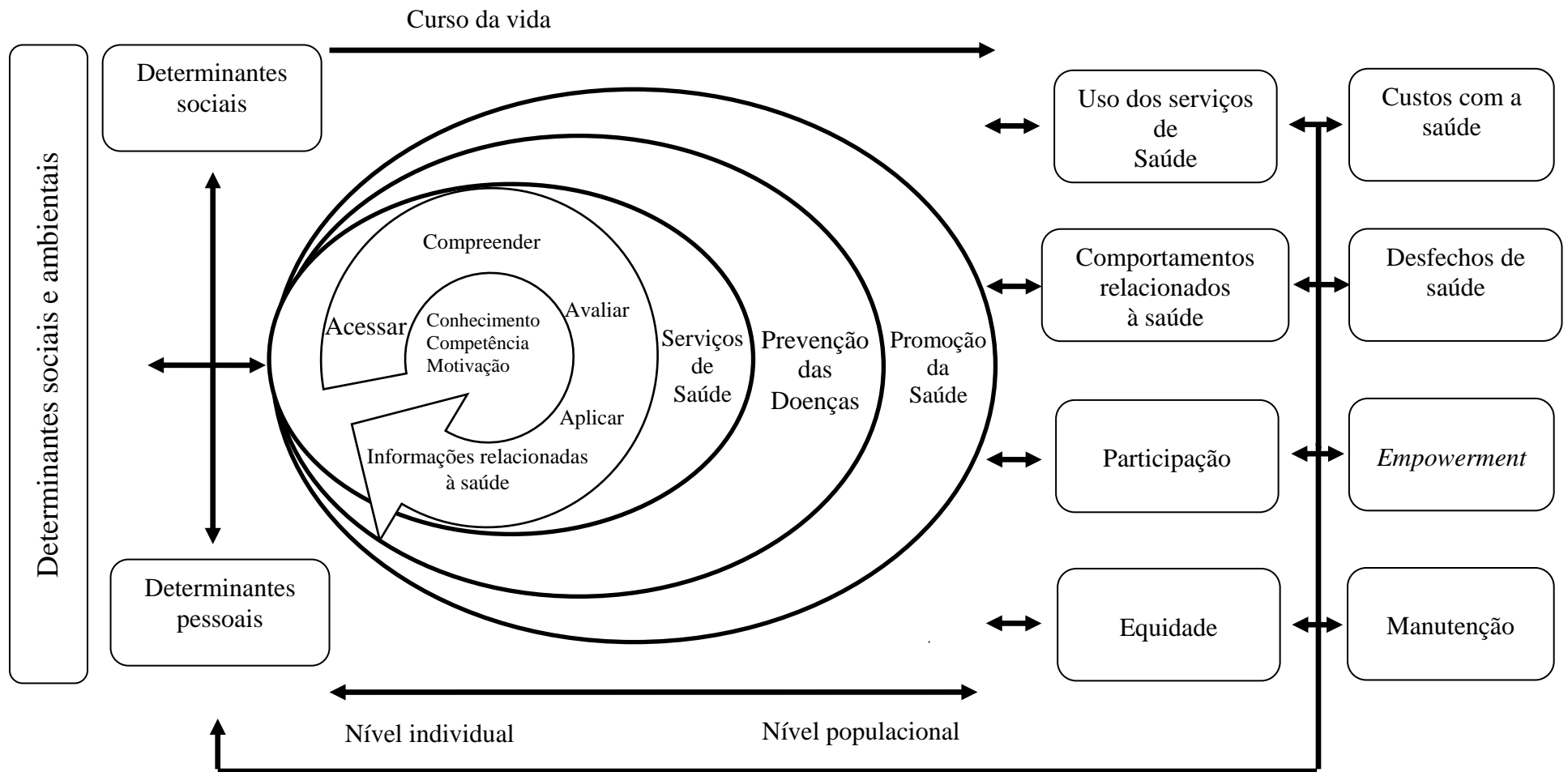


Figura 2: Modelo Teórico da *Alfabetização em saúde* apresentado por Sørensen *et al.*(2012).

Fonte: Sørensen *et al.*, 2012

Em geral, os estudos de autopercepção em saúde bucal com finalidade diagnóstica são realizados através da comparação do autorrelato do paciente com dados clínicos. As condições normativas de saúde bucal, aferidas clinicamente por um cirurgião-dentista, servem como referência (“padrão-ouro”) na condução das análises (GILBERT e NUTTALL, 1999; LUNDEGREN *et al.*, 2004). Ao se realizar esse tipo de estudo, é fundamental verificar a validade e a confiabilidade dos dados, pois são esses aspectos que garantem a qualidade dos resultados alcançados. A validade é definida como a capacidade do teste em diferenciar quem apresenta ou não determinado agravo, sendo obtida por meio dos valores de sensibilidade e especificidade. Já a confiabilidade ou reprodutibilidade se refere à replicação dos resultados quando o teste é repetido (GORDIS, 2010). Considerando esses fatores, é possível determinar o quanto a avaliação subjetiva do paciente pode representar um diagnóstico clínico correto.

Tradicionalmente no campo da saúde, os dados clínicos foram sempre mais valorizados do que as medidas subjetivas de saúde (JAMIESON e THOMSON, 2002). Porém, tem se observado um crescente interesse por estudos que abordem os aspectos subjetivos da saúde bucal, como uma forma de complementar as informações obtidas a partir dos indicadores clínicos (KRESSIN *et al.*, 1997; ROBINSON *et al.*, 2003) e, assim, contribuir com um melhor planejamento dos serviços de saúde (STEELE *et al.*, 2004; SÁNCHEZ-GARCÍA *et al.*, 2010). Além disso, a discrepância entre a saúde bucal percebida e os indicadores clínicos é apontada como a principal razão para que as pessoas não utilizem os serviços odontológicos, mesmo quando esses estão disponíveis (MARTINS *et al.*, 2009). Portanto, a autopercepção da saúde bucal tem impacto sobre a utilização dos serviços, sendo considerada preditora da procura por atendimento odontológico (GILBERT *et al.*, 1994; LOCKER e JOKOVIC, 1996; LUNDEGREN *et al.*, 2004; HAIKAL *et al.*, 2011).

Cabe ressaltar a importância do uso das medidas de autopercepção em levantamentos epidemiológicos e pelos serviços de saúde. O uso de questionários e entrevistas de autoavaliação das condições bucais quando comparado à avaliação clínica, representa importante economia de tempo e recurso (PITIPHAT *et al.*, 2002; PINELLI e LOFFREDO, 2007), sendo considerado, também, um método diagnóstico mais aceitável por parte das pessoas (GILBERT e NUTTALL, 1999). Apesar da relevância dos estudos de autopercepção, ainda há uma escassez de dados sobre a reprodutibilidade e a validade das medidas de autoavaliação da saúde bucal.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Conhecer os fatores associados à insatisfação com o uso dos serviços odontológicos, à falta de acesso à informação em saúde bucal e à autopercepção da presença de cárie dentária entre adultos do município de Montes Claros – MG.

2.2 Objetivos específicos

- Investigar os fatores associados à insatisfação com os serviços odontológicos utilizados entre adultos.
- Identificar os fatores que estejam associados à falta de acesso a informações sobre os problemas bucais entre adultos.
- Investigar a validade da autopercepção da presença da cárie dentária como teste diagnóstico.
- Identificar os fatores associados à autopercepção da presença da cárie dentária entre adultos.

3 METODOLOGIA

Foram utilizados dados secundários relativos aos adultos participantes do Levantamento Epidemiológico das Condições de Saúde Bucal da População de Montes Claros – MG ou “Projeto SBMOC”. Detalhes das análises conduzidas estão descritos na metodologia de cada um dos produtos apresentados a seguir.

4 PRODUTOS

4.1 Produto 1: Artigo intitulado *Insatisfação com os serviços odontológicos e fatores associados entre adultos*, aceito para publicação no periódico Ciência & Saúde Coletiva em 27 de outubro de 2015 (Anexo B). Disponível on-line em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=15386>.

4.2 Produto 2: Artigo intitulado *Falta de acesso a informações sobre problemas bucais entre adultos: abordagem baseada no modelo teórico de Alfabetização em saúde*, aceito para publicação no periódico Ciência & Saúde Coletiva em 18 de maio de 2016 (Anexo C).

4.3 Produto 3: Artigo intitulado *Validade da autopercepção da presença da cárie dentária como teste diagnóstico entre adultos*, formatado segundo as normas para publicação do periódico Cadernos de Saúde Pública (Anexo E).

4.1 PRODUTO 1

INSATISFAÇÃO COM OS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS E FATORES ASSOCIADOS ENTRE ADULTOS**DISSATISFACTION WITH THE DENTAL SERVICES AND ASSOCIATED FACTORS AMONG ADULTS**

Título corrido: Insatisfação com serviços odontológicos

Resumo:

Objetivou-se identificar fatores associados à insatisfação com os serviços odontológicos utilizados entre adultos. Foram analisados os dados de 830 adultos participantes de um levantamento epidemiológico em saúde bucal. A variável dependente foi insatisfação com o serviço odontológico e as independentes foram reunidas conforme modelo teórico de Andersen e Davidson (1997). As estimativas foram corrigidas pelo efeito de desenho amostral e foi conduzida Regressão Logística Binária. Cerca de 11% dos adultos encontravam-se insatisfeitos com o serviço odontológico utilizado. No modelo final, a insatisfação com os serviços odontológicos foi menor entre os adultos mais velhos (OR=0,559) e entre os fumantes (OR=0,332). Por outro lado, foi maior entre adultos que autopercebiam sua mastigação negativamente (OR=2,804), que autopercebiam algum incômodo na região da boca, cabeça e pescoço (OR=2,065) e que não tiveram acesso à informação sobre como evitar problemas bucais (OR=3,020). Assim, os serviços precisam acessar as percepções e expectativas manifestadas pelos usuários, além de prover informações em quantidade e qualidade adequadas, no contexto da “alfabetização em saúde”, a fim de se alcançar maior satisfação entre seus usuários.

Palavras-chave: Adultos, satisfação do paciente, acesso à informação, serviços de saúde bucal.

Abstract:

This study aimed to identify factors associated with dissatisfaction with dental services among adults. It analyzed 830 adult participants of an epidemiological survey of oral health. The dependent variable was dissatisfaction with the dental service, and the independent ones were selected according to the theoretical model set forth by Andersen and Davidson (1997). Estimates were corrected by the sample design effect, and Binary Logistic Regression was carried out. It was found that about 11% of adults were dissatisfied with the dental service. In the final model, dissatisfaction with dental services was lower among older adults (OR = 0.559) and among smokers (OR = 0.332). On the other hand, it was higher among adults who self-perceived their chewing as negative (OR = 2,804), who self-perceived some discomfort in the mouth and head and neck region (OR = 2.065), and among those who did not have access to information on how to avoid oral problems (OR = 3.020). Therefore, the services need to access the perceptions and expectations expressed by users, and provide information in appropriate quantity and quality, in the context of "health literacy" in order to achieve greater satisfaction among its users.

Key words: Adult, patient satisfaction, access to information, dental health services.

INTRODUÇÃO

A avaliação dos serviços de saúde pelos usuários fornece informações essenciais para a definição dos padrões de qualidade dos atendimentos prestados e tem sido muito valorizada¹, representando um resultado esperado da assistência². A satisfação dos usuários constitui um componente fundamental da avaliação dos serviços de saúde, sendo inclusive considerada por alguns autores como objetivo final de tais serviços^{2,3}.

A proposta de Donabedian (1966)² é classicamente utilizada quando se deseja avaliar a qualidade dos serviços de saúde. Segundo tal proposta, a avaliação deve considerar três componentes básicos: estrutura (recursos utilizados pelo serviço), processo (procedimentos empregados no manejo dos problemas dos pacientes) e desfecho (se o paciente beneficia-se ou não do serviço de saúde oferecido). A satisfação do paciente é um importante desfecho almejado pelos serviços⁴.

A incorporação do usuário na avaliação tem sido muito valorizada, principalmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que busca, ao estimular a participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação, o fortalecimento do controle social. Sendo assim, a perspectiva do usuário revela aspectos essenciais para completar e equilibrar a qualidade dos serviços⁵. A percepção da insatisfação dos usuários pode direcionar os serviços de saúde a fim de que atendam, de forma mais específica, as demandas da população, pois permite complementar as avaliações técnicas de qualidade da assistência com uma visão compartilhada dos indivíduos que recebem o cuidado^{6,7}.

Além disso, a avaliação da satisfação tem sido apontada como elemento chave para o sucesso do tratamento. Pacientes insatisfeitos aderem menos ao tratamento proposto⁸ e são menos propensos a continuar utilizando os serviços de saúde^{1,9}.

Aliada à importância de se compreender o que leva os indivíduos a manifestar insatisfação com serviços utilizados, está a obtenção de dados epidemiológicos em saúde

bucal de adultos, uma vez que o interesse por esses dados tem aumentado bastante¹⁰. Adultos constituem a maioria da população, demandam por serviços odontológicos, influenciam de maneira decisiva o comportamento de seus dependentes, possuem problemas específicos de saúde bucal e particularidades epidemiológicas¹¹. Os trabalhadores, em geral, podem ter dificuldade de acesso a tais serviços em horários de trabalho, causando agravamento dos problemas e motivo de falta ao trabalho¹¹.

A insatisfação dos usuários com os serviços odontológicos ainda é um terreno pouco explorado. Abriga, certamente, muitos aspectos a serem desvelados, já que pode carregar particularidades de cada contexto e cenário¹². Diante disso, este estudo avaliou, a partir de um reconhecido modelo teórico multidimensional, os fatores associados à insatisfação de adultos com os serviços odontológicos.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal conduzido entre adultos participantes do levantamento epidemiológico em saúde bucal realizado no município de Montes Claros, Minas Gerais (MG), Brasil, em 2009. Montes Claros é considerado o principal centro urbano do norte do Estado de Minas Gerais e, por esse motivo, apresenta características de capital regional, com raio de influência que abrange todo o norte de Minas Gerais e parte do sul da Bahia. Atualmente, o município conta com 71 Equipes de Saúde Bucal (ESB) vinculadas a Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo que 58 são modalidade I e 13 modalidade II, e um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) tipo II¹³.

Amostragem: Complexa, probabilística, por conglomerados em dois estágios (setores censitários e quadras), garantindo proporcionalidade por sexo. Para a população de 35-44 anos, grupo padrão para avaliação das condições de saúde bucal em adultos¹⁴, os cálculos evidenciaram a necessidade de se avaliar 762 indivíduos, considerando a ocorrência dos

eventos ou doenças em 50%, nível de confiança de 95%, erro amostral de 5,5%, *deff* (*design effect* – efeito de desenho) igual a 2,0 e taxa de não-resposta de 20%. As unidades amostrais primárias foram selecionadas de forma aleatória simples, tendo sido sorteados 53 dos 276 setores censitários urbanos e duas das onze áreas rurais. Num segundo estágio, aproximadamente sete quadras foram sorteadas em cada setor urbano incluído. Na zona rural, todos os domicílios situados a uma distância de até 500 metros de uma instituição de referência foram selecionados¹⁵. Todos os domicílios situados nas áreas selecionadas foram sequencialmente visitados e os adultos (35-44 anos) convidados a participar.

Calibração dos examinadores: Participaram da coleta de dados, 24 cirurgiões-dentistas treinados e calibrados, que alcançaram concordância Kappa satisfatória (Kappa inter/intraexaminadores e coeficiente de correlação intraclasse $\geq 0,60$). Os mesmos foram acompanhados por anotadores/digitadores treinados. Foram adotados os critérios de diagnóstico da 4^a edição do *Oral Health Surveys: Basic Methods*, da Organização Mundial da Saúde (OMS)¹⁴.

Coleta de dados: No domicílio, após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, foram realizadas entrevistas e exames intrabuciais. Os exames foram conduzidos sob luz natural, com auxílio de espelho e sonda indicada para avaliação do Índice Periodontal Comunitário (CPI) previamente esterilizados, adotando todos os códigos/critérios propostos pela OMS¹⁴. Os dados foram registrados em computadores de mão, utilizando um programa criado especificamente para esse fim. Maiores detalhes acerca da metodologia adotada encontram-se em estudo prévio¹⁶.

Análises conduzidas

As análises foram realizadas empregando-se o programa estatístico PASW (Predictive Analytics Software - SPSS[®]) versão 18.0 e foram conduzidas respeitando-se a necessidade de correção pelo efeito de desenho por serem proveniente de amostras por conglomerados. Tal

correção refere-se ao cálculo utilizando ponderações diferenciadas aos elementos amostrais a fim de compensar as suas desiguais probabilidades de seleção¹⁷.

A variável dependente – satisfação com o serviço odontológico – foi obtida por meio da resposta à seguinte pergunta: “Ficou satisfeito com o serviço odontológico que você utilizou na última vez?” (extremamente, bastante, mais ou menos, pouco, nada, nunca foi ao dentista). Os indivíduos que relataram nunca terem ido ao dentista foram excluídos das análises. As respostas foram agregadas em duas categorias: satisfeitos (extremamente e bastante) e insatisfeitos (mais ou menos, pouco e nada). Essa agregação permitiu investigar a insatisfação com o uso dos serviços odontológicos.

As variáveis independentes foram agrupadas utilizando o modelo teórico multidimensional de Andersen e Davidson (1997)¹⁸. Este modelo foi o mais difundido para a análise dos fatores associados de forma independente ao uso de serviços odontológicos¹⁹, sendo utilizado, também, para avaliar fatores relacionados à satisfação com o uso desses serviços, uma vez que a satisfação aparece como um desfecho relacionado ao uso dos serviços. Segundo Andersen e Davidson (1997)¹⁸, as variáveis independentes podem ser reunidas em três grupos: determinantes primários de saúde bucal (ambiente externo, sistema de atenção à saúde bucal, características pessoais), comportamentos de saúde bucal (práticas pessoais, uso formal de serviços odontológicos) e desfechos de saúde bucal (condições normativas e subjetivas de saúde bucal).

As variáveis exógenas do modelo teórico de Andersen e Davidson (1997)¹⁸, que referem o relato de pertencimento a um grupo étnico (raça autodeclarada) e a uma faixa etária, foram consideradas como características pessoais no grupo dos determinantes primários de saúde bucal. Foram incluídas, também, como características pessoais as seguintes variáveis: sexo, estado civil, escolaridade, renda *per capita*, situação de trabalho atual e motivo da última consulta odontológica realizada.

No âmbito do ambiente externo, foi considerada a saúde geral relatada (presença de doenças crônicas e uso de medicamentos), a influência da saúde geral na qualidade de vida, utilizando-se uma versão validada no Brasil do *12-Item Short-Form Health Survey* (SF12), com escores ponderados para os Domínios Físico e Mental. Foi adotado como ponto de corte em cada domínio, o limite inferior do IC-95% da média estimada²⁰, sendo que indivíduos que obtiveram pontuações abaixo do ponto de corte, para cada um dos domínios separadamente, foram considerados com qualidade de vida insatisfatória para o domínio em questão. A satisfação com a vida, embora coletada como escala Likert, foi dicotomizada. Em relação ao sistema de atenção à saúde bucal, analisou-se o tipo de serviço odontológico utilizado e o relato da inserção do domicílio na ESF.

No grupo dos comportamentos de saúde bucal, as práticas pessoais contemplaram informações sobre higiene bucal, realização de autoexame bucal e hábitos tabagista e etilista, atuais e do passado. O uso formal de serviços odontológicos incluiu o acesso às informações sobre como evitar problemas bucais, higiene bucal, dieta, câncer de boca e como realizar o autoexame bucal. Além disso, foi analisado o uso do serviço odontológico no último ano.

Em relação aos desfechos de saúde bucal, avaliou-se as condições normativas, que incluíram as alterações de tecidos moles bucais (mucosas), número de dentes presentes, uso de prótese dentária, índice CPOD (número de dentes cariados, perdidos e obturados), presença de doença periodontal e necessidade normativa de tratamento odontológico¹⁴. Foram considerados doentes periodontais aqueles que apresentaram em um mesmo sextante bolsa periodontal ≥ 4 mm e perda de inserção ≥ 4 mm²¹.

As condições subjetivas de saúde bucal foram representadas pela autopercepção da saúde bucal, da mastigação, da aparência de dentes e gengivas, da fala devido aos dentes e gengivas, do relacionamento em função da condição bucal, de algum incômodo na região da boca, cabeça e pescoço, da necessidade de tratamento odontológico, do relato de dor em

dentos e gengivas nos últimos seis meses e pela avaliação do impacto da saúde bucal nas suas dimensões física e psicossocial, por meio da versão validada no Brasil do *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14). As respostas obtidas a cada questão do OHIP-14 foram dicotomizadas em: 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 impacto²².

Todas as variáveis foram trabalhadas de forma categórica. As frequências absoluta (n) e relativa (% corrigidos pelo desenho amostral) foram obtidas através de análise descritiva. Além disso, foram estimados os valores médios e erro-padrão para as variáveis renda e escolaridade. Foram conduzidas análises bivariadas, através do teste do qui-quadrado de Pearson. As variáveis que apresentaram “p valor” abaixo ou igual a 0,2 foram selecionadas para constituírem o modelo múltiplo. Os modelos múltiplos foram ajustados através da Regressão Logística Binária, adotando-se o procedimento passo a passo (*stepwise backward*), estimando a *odds ratio* (OR) e intervalo de confiança de 95% (IC95%). No modelo final, foram mantidas apenas as variáveis que mostraram nível de significância menor ou igual a 0,05 ($p \leq 0,05$). Foi estimado, também, o *pseudo R squares* (R^2) com o intuito de mensurar a capacidade do modelo final ajustado de explicar a variação da variável dependente.

Questões Éticas

Este estudo foi conduzido de forma a atender os princípios éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (nº196/96). Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (processo nº 318/06). Os participantes foram devidamente informados sobre a pesquisa e concordaram participar da mesma através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Foram avaliados 841 adultos por residirem nos setores censitários sorteados. Entre os adultos avaliados, 11 (1,3%) foram excluídos do estudo por nunca terem ido ao dentista. Sendo assim, foram incluídos nas análises 830 indivíduos. Desses, 91 (10,8%) encontravam-se insatisfeitos com o serviço odontológico utilizado na última vez.

Na análise descritiva, percebeu-se que a maior parte era do sexo feminino e autodeclarou-se indígena, negra ou parda. A renda *per capita* média foi de R\$ 308,00 (EP=21,50). Os adultos investigados estudaram em média 9,01 anos (EP=0,34). A maioria dos adultos usou serviços odontológicos não ofertados pelo SUS, relatou morar em domicílio inserido na ESF e teve acesso à informação sobre como evitar problemas bucais (tabela 1).

Na análise bivariada, observou-se que a insatisfação com os serviços odontológicos apresentou relação ($p \leq 0,20$) com as variáveis faixa etária, raça autodeclarada, sexo, renda *per capita*, situação de trabalho atual, tipo de serviço odontológico utilizado, hábito tabagista atual ou passado, necessidade normativa de tratamento odontológico e com a maioria das variáveis de acesso à informação. Além disso, mostraram-se associadas todas as variáveis que relatavam as condições subjetivas de saúde bucal (tabela 1).

Já na análise múltipla ajustada, a chance de insatisfação com o atendimento odontológico foi menor entre os adultos mais velhos (p valor limítrofe) e entre os que fumavam. Por outro lado, a chance de insatisfação foi maior entre os indivíduos que não tiveram acesso à informação sobre como evitar problemas bucais, que autopercebiam sua mastigação negativamente (regular, ruim ou péssima) e que autopercebiam algum incômodo na região da boca, cabeça e pescoço (tabela 2). Adultos que não receberam informações sobre como evitar problemas bucais apresentavam chance três vezes maior de estarem insatisfeitos com os serviços odontológicos utilizados (OR=3,020) do que os que receberam tais

informações. O modelo final ajustado deu conta de explicar 16,1% da variabilidade da variável dependente.

DISCUSSÃO

Este estudo revelou uma menor chance de insatisfação com os serviços odontológicos utilizados entre adultos mais velhos e com história de tabagismo atual ou passado. Por outro lado, a insatisfação foi maior entre indivíduos que relataram não terem sido informados sobre como evitar problemas bucais, que autopercebiam sua mastigação negativamente e que autopercebiam incômodo na região da boca, cabeça e pescoço. De modo geral, observou-se baixa prevalência de insatisfação (10,8%) com esses serviços na população adulta. Estudos prévios, também verificaram baixa prevalência de insatisfação semelhantes aos achados da presente investigação, considerando famílias da África do Sul (11%)²³ e adultos usuários dos serviços públicos de Belo Horizonte (MG) (11%)²⁴. Por outro lado, a prevalência de insatisfeitos foi menor do que o observado entre respondentes de todas as idades a uma entrevista telefônica em Taiwan, China (19%)²⁵, e entre os adultos brasileiros participantes da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil 2010) (14,7%)²⁶. Apesar de já ter sido evidenciado que fora do espaço assistencial os usuários sentem-se mais confortáveis para relatar insatisfação²⁷, conforme aconteceu neste estudo (coleta domiciliar), ainda assim, a prevalência de insatisfação observada pode ser considerada baixa. Historicamente, adultos tem sido quase que sistematicamente excluídos das programações em saúde bucal em nível coletivo¹¹. O crescente acesso de adultos a tais serviços^{26,28} poderia explicar, em parte, a alta prevalência de satisfação, pois o simples fato de conseguir atendimento poderia ser suficiente para predispor a uma melhor avaliação do usuário com o serviço utilizado.

Entre os adultos investigados, apenas 1,3% nunca tinham ido ao dentista, prevalência inferior à verificada entre os adultos brasileiros (7,1%)²⁶, sugerindo maior acesso em Montes

Claros (MG) e corroborando com a hipótese de que o maior acesso possivelmente contribuiria com maior satisfação. Além disso, o uso do serviço odontológico por rotina/manutenção, também conhecido como uso por revisão e/ou prevenção, foi maior entre os adultos pesquisados (32,9%) quando comparados aos adultos brasileiros (21,4%)²⁶. O uso por rotina representa importante indicador de saúde bucal²⁹, sendo assim, melhores condições bucais são esperadas em pacientes que utilizam de forma preventiva e regular os serviços odontológicos e poderiam também contribuir aos maiores níveis de satisfação.

Embora o modelo teórico multidimensional de Andersen e Davidson (1997)¹⁸ prevê uma possível relação entre a satisfação com os serviços odontológicos e fatores sociodemográficos, esta relação não foi encontrada na presente investigação, exceto quanto a idade, que mostrou-se associada à insatisfação com o uso dos serviços odontológicos com uma probabilidade de significância limítrofe ($p=0,056$). Outros estudos também não encontraram tal associação^{25,30}. Porém, estudo realizado, entre pacientes atendidos em centros médicos na Suécia com 20 anos de idade ou mais, revelou que indivíduos com menor escolaridade estavam mais satisfeitos com o atendimento prestado³¹. Raça e status socioeconômico associaram-se, significativamente, à satisfação com os serviços de saúde em investigação conduzida na África do Sul com as famílias em seus respectivos domicílios²³. Na presente investigação, embora a variável renda tenha se revelado associada à insatisfação com o uso dos serviços na análise bivariada, tal associação não se manteve no modelo múltiplo. Há que se considerar a alta homogeneidade da população investigada em relação aos fatores socioeconômicos, uma vez que a maioria apresentava renda *per capita* igual ou inferior a R\$ 400,00 (78,7%) e 5 a 11 anos de escolaridade (60,6%).

Convém destacar que a satisfação dos indivíduos não foi influenciada pela natureza dos serviços odontológicos utilizados. Os serviços públicos (SUS) estão garantindo alta prevalência de satisfação a seus usuários (87%), próxima a verificada entre usuários de

serviços não públicos (90%), sendo esta diferença não estatisticamente significativa. Estudo prévio, conduzido entre idosos, verificou maior satisfação com serviços odontológicos entre usuários de serviços do SUS³⁰. Esses achados refletem efeitos positivos das estratégias públicas de cuidados em saúde bucal.

Por outro lado, observou-se que apenas 35% dos adultos utilizaram serviços odontológicos do SUS, embora 53% residissem em áreas cobertas pela ESF. Em uma análise complementar utilizando o teste Qui-Quadrado (dados não mostrados), observou-se que dentre os indivíduos que residem em áreas cobertas pela ESF, 41,4% usaram serviços odontológicos do SUS, enquanto que, dentre os adultos que residiam em áreas não cobertas pela ESF, apenas 27% usaram serviços odontológicos do SUS ($p < 0,001$). Assim, evidencia-se que tal cobertura facilita o uso dos serviços públicos, no entanto, não o garante. Problemas de acesso podem representar dificuldades que impeçam maiores prevalências de uso dos serviços públicos, mesmo em áreas cobertas pela ESF. Há que se considerar adultos apresentam dificuldade de acesso as unidades de saúde nos horários convencionais de trabalho¹¹, e a oferta de atendimento em horários alternativos poderia contribuir para a maior prevalência de uso desses serviços.

No modelo final, observou-se que os adultos mais jovens estavam mais insatisfeitos com os serviços odontológicos quando comparados aos adultos mais velhos. Como tal relação apresentou p valor limítrofe, optou-se por manter tal variável no modelo final. Além disso, estudo prévio conduzido entre idosos da mesma região evidenciou menores prevalências de insatisfação entre os idosos de 65-74 anos³⁰. Estudo realizado na Suécia, com pessoas acima de 20 anos de idade, revelou que indivíduos mais velhos foram, em geral, mais satisfeitos do que os mais jovens. Menor proporção de pacientes insatisfeitos (10%) foi observada entre os mais idosos, principalmente os que relataram melhor estado de saúde³¹. Essa relação inversa

entre idade e insatisfação com o uso dos serviços odontológicos também foi verificada entre os adultos brasileiros²⁶.

O hábito tabagista atual ou passado esteve independentemente associado à insatisfação com o atendimento odontológico, sendo que pacientes fumantes estavam menos insatisfeitos que os não fumantes. Estudo realizado entre usuários do SUS da Região Metropolitana de Belo Horizonte (MG) verificou uma relação inversa, ou seja, maior insatisfação entre fumantes atuais²⁴. No entanto, no estudo citado, foi considerada como indicador de satisfação com os serviços utilizados, a recomendação para outra pessoa da atenção à saúde recebida²⁴. Nesse contexto, a falta de padronização dos instrumentos utilizados para avaliar a satisfação com o uso dos serviços de saúde representa dificuldade que pode até mesmo comprometer a comparação dos resultados de diferentes estudos conduzidos sobre a mesma temática³².

O fator independente mais fortemente associado à insatisfação com os serviços de saúde foi a ausência de acesso à informação sobre como evitar problemas bucais proveniente dos serviços. A chance de insatisfação entre os adultos que não tiveram acesso a tais informações foi cerca de três vezes aquela observada entre os adultos que relataram acesso a essas informações, sendo este o achado de principal destaque nesse estudo. Tal relação já foi demonstrada em estudos prévios^{25,30}. No entanto, não foram identificados estudos que tenham avaliado essa relação entre alguma população de adultos brasileiros.

Já foi verificado que a oferta de informação é um fator primordial dentre as estratégias de educação em saúde³³. Na odontologia, a educação em saúde tem sido parte importante da assistência, sendo os serviços de saúde cenários constantes dessa prática. O impacto dessas medidas educativas pode ser observado no estado de saúde dos pacientes e na satisfação dos usuários^{34,35}. As abordagens utilizadas para se realizar educação em saúde variam desde a simples disposição de informação até a utilização de complexos programas que envolvam estratégias de mudança de comportamento³⁴. Apesar do presente estudo não ter investigado as

metodologias adotadas, ainda assim foi possível observar que o simples relato de ter tido acesso à informação sobre como evitar problemas bucais tenha impactado na satisfação com os serviços de saúde utilizados.

Convém salientar que embora a pergunta relativa ao acesso à informação sobre como evitar problemas bucais não indique explicitamente a origem de tais informações, ela foi colocada no bloco de questões “Acesso aos serviços odontológicos”, exatamente conforme realizado no projeto SB Brasil 2003/2004³⁶. Nesse contexto, os entrevistados foram abordados quanto aos seguintes quesitos: *Já foi ao dentista alguma vez na vida? Há quanto tempo? Onde? Por quê? Como avalia o atendimento? Recebeu informações sobre como evitar problemas bucais?* Assim, seguindo a sequência das perguntas realizadas, observa-se que a questão foi aferida no âmbito dos serviços de saúde. O ambiente clínico apresenta uma importante oportunidade de aprendizagem, conferindo aos usuários maiores oportunidades de esclarecimento e procurando assegurar a todos o acesso aos recursos necessários para que cuidados odontológicos sejam, efetivamente, um direito humano³⁷.

Indivíduos pouco informados parecem usar os serviços odontológicos de forma pontual, frente a uma condição dentária precária ou de urgência³⁸. Desse modo, ao não ofertar informações, os serviços de saúde acabam por contribuir e até mesmo reproduzir iniquidades em saúde³⁹. Nesse aspecto, destaca-se que esses serviços devem cumprir seu papel de prover informações em quantidade e qualidade adequadas, contribuindo para o fortalecimento da equidade. Além disso, usuários mais informados e conseqüentemente mais satisfeitos tendem a se tornarem mais confiantes, tanto quanto aos serviços, quanto a si mesmos, aumentando a sua autonomia⁴⁰ e fortalecendo o vínculo usuário/ profissional/ serviço de saúde.

Diante da necessidade dos serviços de saúde em promover a educação dos seus usuários, metodologias diversas vem sendo propostas. A “alfabetização em saúde” (*health literacy*) desponta recentemente como um desfecho a ser perseguido por tais estratégias, pois

refere-se aos resultados das atividades de educação e comunicação em saúde, com vistas à aumentar a capacidade dos indivíduos em usar de modo prático e eficiente tais informações (empoderamento)⁴¹. É nessa dimensão que os achados desse trabalho devem ser interpretados. Os serviços de saúde precisam, cada vez mais, oferecer informação de qualidade, objetivando melhorar e ampliar a capacidade de enfrentamento das dificuldades em saúde pelos usuários. O empoderamento do indivíduo por meio da oferta de informações em saúde contribui para o processo de autotransformação da pessoa, propiciando mais autonomia aos indivíduos envolvidos⁴⁰.

Entre os adultos investigados, 60,4% tiveram acesso à informação sobre como evitar problemas bucais. Estudo realizado em Taiwan, para verificar se a qualidade clínica percebida e a educação do paciente interferem na satisfação com os serviços de saúde utilizados, revelou que 76,3% tiveram acesso à informação sobre prevenção e controle de doenças²⁵. Essa elevada prevalência de acesso à informação nos serviços de saúde, possivelmente, contribua para explicar o alto percentual de satisfação observado em ambos os estudos. Embora, reconheça-se que o simples acesso à informação não seja determinante para induzir mudanças de comportamentos, a oferta de informações é fundamental, como o primeiro passo, para se atingir os melhores níveis de alfabetização em saúde⁴².

A comunicação entre profissional e paciente é um aspecto primordial quando se aborda a oferta de informações nos serviços de saúde. O profissional de saúde torna-se elemento essencial já que serve de intermediário no processo de comunicação⁴⁰. Estudo realizado por Donabedian (1966)², verificou que a avaliação dos serviços de saúde aborda duas dimensões principais: o desempenho técnico e o relacionamento pessoal com o paciente, sendo que a maioria dos estudos atribui a satisfação a aspectos humanitários da relação profissional-paciente, entre eles, destaca-se a quantidade e qualidade das informações

recebidas^{43,44}. Portanto, a satisfação insere-se no componente relacional entre usuários e profissionais².

Em um estudo de abordagem qualitativa realizado com usuários do serviço de saúde bucal no município de Grão Mogol – MG⁴⁵, os entrevistados destacaram a importância da relação interpessoal entre profissional e paciente, o que poderia influenciar, inclusive, o resultado do tratamento. O relacionamento paciente-dentista tem sido focado por diversos estudos⁶, sendo que alguns revelaram que aspectos relacionados à educação, cordialidade, gentileza e comunicabilidade desempenham um papel mais importante em relação à satisfação do paciente que propriamente a competência técnica profissional^{6,45}.

As condições normativas de saúde bucal não se mostraram associadas à satisfação com o uso dos serviços odontológicos. Embora essa associação tenha sido prevista no modelo de Andersen e Davidson (1997)¹⁸, estudo prévio conduzido entre idosos, também não encontrou tal associação³⁰. Características relacionadas às condições de autocuidado e à assistência odontológica durante toda a vida podem influenciar a situação normativa de saúde bucal, o que pode não acarretar insatisfação com o último atendimento odontológico³⁰.

Por outro lado, condições subjetivas de saúde bucal revelaram-se associadas à satisfação com os serviços odontológicos. Adultos que autoperceberam sua mastigação negativamente (regular, ruim ou péssima) e os que autoperceberam incômodo na região da boca, cabeça e pescoço estiveram mais insatisfeitos com o uso dos serviços. A presença de questões subjetivas, negativamente percebidas, possivelmente reflete anseios/expectativas dos usuários que não foram acessados e/ou concretizados pelo serviço e, dessa forma, se manifestam como insatisfação. Outros estudos já revelaram que indivíduos que apresentam pior percepção de sua própria saúde são mais insatisfeitos com os serviços de saúde oferecidos^{24,30,31}. A menor insatisfação, entre os adultos que apresentaram percepção positiva de sua condição bucal, evidencia a importância da visão dos pacientes sobre sua própria saúde

no momento em que avaliam a qualidade dos serviços de saúde utilizados^{18,19}, sendo que essa visão parece ser mais afetada pelos sintomas subjetivamente percebidos do que pelos sinais objetivamente observados.

Convém destacar, que dentre os fatores que se revelaram associados à insatisfação nesta investigação, a oferta de informações e a avaliação das questões subjetivas de autopercepção e de expectativa dos usuários, estão entre o rol de competências cabíveis aos serviços, ou seja, são passíveis de serem alteradas pelo mesmo. Assim, os serviços precisam estar atentos a tais questões a fim de se alcançar maiores níveis de satisfação a seus usuários.

Quanto às limitações deste estudo, inicialmente deve-se considerar que se trata de uma pesquisa transversal, apresentando, portanto, as limitações temporais inerentes a esse tipo de delineamento. Além disso, ao se determinar os fatores associados à satisfação com o uso dos serviços odontológicos, seria necessário considerar, também, características próprias do serviço, como estrutura física das unidades de atendimento, formas de acesso aos serviços, entre outras. O presente trabalho, no entanto, abordou fatores individuais, ou seja, características dos indivíduos e não dos serviços que foram utilizados. Sendo assim, o *pseudo R square* (R^2), apesar de modesto (16,1%), pode ser considerado relevante, já que essa investigação não avaliou todas as dimensões que podem influenciar o desfecho. Além disso, nesta investigação foram utilizados apenas métodos quantitativos, sendo que uma combinação entre os métodos quantitativos e qualitativos têm sido sugerida como a melhor opção para investigar a satisfação com o uso dos serviços de saúde⁴⁶.

Por outro lado, 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 que garantiram validade e confiabilidade aos dados.

CONCLUSÃO

O presente trabalho mostrou baixa prevalência de insatisfação com o uso dos serviços odontológicos entre os adultos. Fumantes e adultos mais velhos estavam menos insatisfeitos com o atendimento odontológico recebido. Em contrapartida, houve maior insatisfação entre os indivíduos que não receberam informações sobre como evitar problemas bucais, que autopercebiam sua mastigação negativamente e que autopercebiam algum incômodo na região da boca, cabeça e pescoço. Os serviços precisam acessar as percepções e expectativas manifestadas pelos usuários, ultrapassando a visão puramente normativa da necessidade de tratamento. Além disso, precisam prover informações em quantidade e qualidade adequadas aos usuários, cumprindo seu papel de melhorar o acesso das pessoas às informações em saúde, tendo o conhecimento como pano de fundo para alcance da equidade em saúde bucal, aumentando a “alfabetização em saúde” da população e aumentando a satisfação dos usuários.

REFERÊNCIAS

1. Esperidião MA, Trade LAB. Avaliação da satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cad Saude Publica* 2006; 22(6): 1267-1276.
2. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA* 1966; 260(12): 1743-1748.
3. Santos MP. Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção à saúde da criança sob a ótica do usuário. *Rev Bra Enferm* 1995; 48(2): 109-119.
4. Gordis L. *Epidemiologia*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2010.
5. Trad LAB, Bastos ACS. O impacto sociocultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. *Cad Saude Publica* 1998; 14(2): 429-435.

6. Bottan ER, Sperb RAL, Telles PS, Uriarte Neto M. Avaliação de serviços odontológicos: a visão dos pacientes. *Revista da ABENO* 2006; 6(2): 128-133.
7. Emmi DT, Barroso RFF. Avaliação das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro - Pará. *Cien Saude Colet* 2008; 13(1): 35-41.
8. Douglass CW, Sheets CG. Patients' expectations for oral health care in the 21st century. *JADA* 2000; 131: 3-6.
9. Baron-Epel O, Dushenat M, Friedman N. Evaluation of the consumer model: relationship between patient's expectations, perception and satisfaction with care. *Int J Qual Health Care* 2001; 13: 317-323.
10. Roncalli AG, Frazão P, Ely HC, Araújo IC, Pattusi MP, Batista SM. Condições de saúde bucal em adultos: notas sobre a técnica de levantamento domiciliar. *Boletim da Saúde* 2002; 16(2): 9-19.
11. Reisine ST. Dental disease and work loss. *J Dent Res* 1984; 63: 1158-1161.
12. Uchimura KY, Bosi MLM. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. *Cad Saude Publica* 2002; 18(6): 1561-1569.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*. [Acessado 2015 fev 22]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/>
14. OMS - Organização Mundial de Saúde (World Health Organization). *Oral Health surveys: basic methods*. 4nd edition. Geneva: ORH EPID; 1997.

15. Brasil. Ministério da Saúde. *PROJETO SB 2000 – Condições da saúde bucal da população brasileira no ano 2000*. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
16. Martins AMEBL, Guimarães ALS, De-Paula AMB, Pires CPAB, Haikal DS, Silva JM, Silveira MF, Caldeira TCR, Eleutério NB, Silveira AM, Almeida BM, Almeida CM, De-Freitas CV, Botelho DMM, Chaves KTS, Pereira PMB, Lima RS, Pereira SM, Silva TF, Duarte VM, Silva VEP, Pordeus IA. Levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal da população de Montes Claros - Projeto SBMOC. *Rev Unimontes Científica* 2012; 14(1): 3-14.
17. Queiroz RCS, Portela MC, Vasconcellos MTL. Pesquisa sobre as Condições de Saúde Bucal da População Brasileira (SB Brasil 2003): seus dados não produzem estimativas populacionais, mas há possibilidade de correção. *Cad Saude Publica* 2009, 25(1): 47-58.
18. Andersen RM, Davidson PL. Ethnicity, aging, and oral health outcomes: a conceptual framework. *Adv Dent Res* 1997; 11: 203-209.
19. Martins AMEBL, Barreto SM, Pordeus IA. Características associadas ao uso de serviços odontológicos entre idosos dentados e edentados no Sudeste do Brasil: Projeto SB Brasil. *Cad Saude Publica* 2008; 24(1): 81-92.
20. Office of Public Health Assessment. *Health status in Utah: the medical outcomes study SF-12* (2001 Utah health status survey report). Salt Lake City: Utah Department of Health; 2004.
21. Cascaes AM, Peres KG, Peres MA. Periodontal disease is associated with poor self-rated oral health among Brazilian adults. *J Clin Periodontol* 2009; 36: 25-33.

22. Locker D, Quinonez C. To what extent do oral disorders compromise the quality of life? *Community Dent Oral Epidemiol* 2011; 39(1): 3-11.
23. Myburgh NG, Solanki GC, Smith MJ, Lalloo R. Patient satisfaction with health care providers in South Africa: the influences of race and socioeconomic status. *Int J Qual Health Care* 2005; 17(6): 473-477.
24. Lima-Costa MF, Loyola Filho AI. Fatores associados ao uso e à satisfação com os serviços de saúde entre usuários do Sistema Único de Saúde na região metropolitana de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil. *Epidemiol Serv Saude* 2008; 17(4): 247-257.
25. Tung YC, Chang GM. Patient satisfaction with and recommendation of a primary care provider: associations of perceived quality and patient education. *Int J Qual Health Care* 2009; 21(3): 206-213.
26. Brasil. Ministério da Saúde. *Projeto SB Brasil 2010: Resultados principais*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
27. Silva Filho JF, Cavalcanti MT, Cadilhe GR, Vilaça AT, Avancini E, Machado HO, Perecmanis L, Maisonnette MJ, Rocha EC, Carreteiro RO, Mozinho GMP, Pitta AM. Avaliação de qualidade de serviços de saúde mental no município de Niterói – RJ: a satisfação dos usuários como critério avaliador. *J Bras Psiquiat* 1996; 45(7): 393-402.
28. Brasil. Ministério da Saúde. *Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

29. Martins AMEBL, Haikal DS, Pereira SM, Barreto SM. Uso de serviços odontológicos por rotina entre idosos brasileiros: Projeto SB Brasil. *Cad Saude Publica* 2008; 24(7): 1651-1666.
30. Rodrigues CAQ, Silva PLV, Caldeira AP, Pordeus IA, Ferreira RC, Martins AMEBL. Fatores associados à satisfação com serviços odontológicos entre idosos. *Rev Saude Publica* 2012; 46(6): 1039-1050.
31. Rahmqvist M, Bara AC. Patient characteristics and quality dimensions related to patient satisfaction. *Int J Qual Health Care* 2010; 22(2): 86-92.
32. Esperidião M, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários. *Cien Saude Colet* 2005; 10(Supl): 303-312.
33. Coulter A, Ellins J. Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *Br Med J* 2007; 335: 24-27.
34. Kay EJ, Locker D. Is dental health education effective? A systematic review of current evidence. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996; 24: 231-235.
35. Macnab A, Kasangaki A. 'Many voices, one song': a model for an oral health programme as a first step in establishing a health promoting school. *Health Promot Internation* 2012; 27(1): 63-73.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. *Projeto SB2000: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000: manual do examinador*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

37. Narvai PC. Collective oral health: ways from sanitary dentistry to buccality. *Rev Saude Publica* 2006; 40: 141-147.
38. Haikal DS, Martins AMEBL, Aguiar PHS, Silveira MF, De-Paula AMB, Ferreira EF. O acesso à informação sobre higiene bucal e as perdas dentárias por cárie entre adultos. *Cien Saude Colet* 2014; 19(1): 287-300.
39. Gilbert GH, Duncan RP, Shelton BJ. Social Determinants of Tooth Loss. *Health Serv Res* 2003; 38: 1843-1862.
40. Leite RAF, Brito ES, Silva LMC, Palha PF, Ventura CAA. Access to healthcare information and comprehensive care: perceptions of users of a public service. *Interface* 2014; 18(51): 661-671.
41. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Internation* 2000; 15: 259-267.
42. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012; 80(12): 1-13.
43. Aharony L, Strasser S. Patient satisfaction: what we know about and what we still need to explore. *Med Care Rev* 1993; 50(1): 49-79.
44. Ware JE, Snyder MK. Dimensions of patient attitudes regarding doctors and medical care services. *Med Care* 1975; 13(8): 669-682.

45. Reis C, Martelli-Júnior H, Franco BM, Santos AA, Ramalho LMP. Avaliação do serviço de saúde bucal no município de Grão Mogol, Minas Gerais, Brasil: “a voz do usuário”. *Cien Saude Colet* 2009; 14(4): 1287-1295.

46. Trad LAB, Bastos ACS , Santana EM, Nunes M. O estudo etnográfico da satisfação de usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Cien Saude Colet* 2002; 7(3): 581- 589.

Tabela 1 – Análise descritiva e bivariada da população adulta, segundo a variável dependente e os determinantes primários em saúde bucal, comportamentos e desfechos de saúde bucal. Montes Claros (MG), 2009. (n = 830)

| Variáveis | N | % | Satisfeitos | | Insatisfeitos | | p valor |
|---|-----|------|-------------|------|---------------|------|--------------|
| | | | N | % | n | % | |
| <i>Determinantes primários de saúde bucal</i> | | | | | | | |
| <i>Características pessoais</i> | | | | | | | |
| <i>Predisposição</i> | | | | | | | |
| Faixa etária (em anos) | | | | | | | |
| 35 a 39 | 426 | 52,6 | 370 | 86,7 | 56 | 13,3 | 0,039 |
| 40 a 44 | 404 | 47,4 | 369 | 91,9 | 35 | 8,1 | |
| Raça auto-declarada | | | | | | | |
| Branco/amarelo | 264 | 31,0 | 229 | 87,3 | 35 | 12,7 | 0,149 |
| Indígena/negro/pardo | 566 | 69,0 | 510 | 90,0 | 56 | 10,0 | |
| Sexo | | | | | | | |
| Feminino | 457 | 53,9 | 401 | 87,7 | 56 | 12,3 | 0,188 |
| Masculino | 373 | 46,1 | 338 | 90,9 | 35 | 9,1 | |
| Estado civil | | | | | | | |
| Possui união estável | 610 | 74,6 | 542 | 88,8 | 68 | 11,2 | 0,778 |
| Não possui união estável | 220 | 25,4 | 197 | 90,4 | 23 | 9,6 | |
| Escolaridade (anos de estudo) | | | | | | | |
| Acima de 11 anos | 218 | 25,1 | 196 | 89,7 | 22 | 10,3 | 0,540 |
| 5 a 11 anos | 505 | 60,6 | 451 | 89,0 | 54 | 11,0 | |
| Até 4 anos | 107 | 14,4 | 92 | 88,9 | 15 | 11,1 | |
| <i>Disponibilidade de recursos</i> | | | | | | | |
| Renda <i>per capita</i> * | | | | | | | |
| Acima de R\$400,00 | 175 | 21,3 | 165 | 94,6 | 10 | 5,4 | 0,017 |
| R\$400,00 ou menos | 626 | 78,7 | 551 | 88,3 | 75 | 11,7 | |
| Situação de trabalho atual* | | | | | | | |
| Trabalha | 605 | 71,7 | 544 | 90,1 | 61 | 9,9 | 0,150 |
| Não trabalha | 220 | 28,3 | 190 | 86,5 | 30 | 13,5 | |
| <i>Necessidade de tratamento odontológico</i> | | | | | | | |
| Motivo do uso do serviço odontológico | | | | | | | |
| Consulta de rotina/manutenção | 290 | 32,9 | 262 | 89,8 | 28 | 10,2 | 0,377 |
| Problemas bucais | 540 | 67,1 | 477 | 88,9 | 63 | 11,1 | |
| <i>Sistema de atenção à saúde bucal</i> | | | | | | | |
| Serviço odontológico utilizado | | | | | | | |
| SUS | 290 | 34,7 | 252 | 86,9 | 38 | 13,1 | 0,148 |
| Outros | 540 | 65,3 | 487 | 90,4 | 53 | 9,6 | |
| Inserção do domicílio na ESF | | | | | | | |
| Inserido | 429 | 52,9 | 385 | 89,4 | 44 | 10,6 | 0,500 |
| Não inserido | 401 | 47,1 | 354 | 89,0 | 47 | 11,0 | |
| <i>Ambiente externo</i> | | | | | | | |
| <i>Saúde geral relatada</i> | | | | | | | |
| Presença de doença crônica* | | | | | | | |
| Não | 427 | 51,3 | 378 | 88,1 | 49 | 11,9 | 0,510 |
| Sim | 398 | 48,7 | 358 | 90,9 | 40 | 9,1 | |
| Uso de medicamentos | | | | | | | |
| Não | 619 | 74,2 | 548 | 88,1 | 71 | 11,9 | 0,424 |
| Sim | 211 | 25,8 | 191 | 92,4 | 20 | 7,6 | |

| | | | | | | | | |
|---|----------|----------|--------------------|----------------------|----------------|----------|--------------|--|
| Domínio físico do SF 12* | | | | | | | | |
| Satisfatório | 572 | 69,0 | 513 | 89,6 | 59 | 10,4 | 0,443 | |
| Insatisfatório | 256 | 31,0 | 255 | 88,5 | 31 | 11,5 | | |
| Domínio mental do SF 12* | | | | | | | | |
| Satisfatório | 514 | 62,8 | 458 | 89,0 | 56 | 11,0 | 0,976 | |
| Insatisfatório | 314 | 37,2 | 280 | 89,7 | 34 | 10,3 | | |
| Satisfação com a vida | | | | | | | | |
| Satisfeito | 708 | 84,8 | 634 | 89,5 | 74 | 10,5 | 0,256 | |
| Insatisfeito | 122 | 15,2 | 105 | 87,3 | 17 | 12,7 | | |
| Comportamentos de saúde bucal | n | % | Satisfeitos | Insatisfeitos | p valor | | | |
| <i>Práticas pessoais</i> | | | N | % | n | % | | |
| <i>Práticas de higiene bucal</i> | | | | | | | | |
| Frequência diária de escovação* | | | | | | | | |
| Mais de duas vezes | 526 | 64,2 | 471 | 89,1 | 55 | 10,9 | 0,603 | |
| Dois vezes ou menos | 301 | 35,8 | 266 | 89,5 | 35 | 10,5 | | |
| Uso de fio dental | | | | | | | | |
| Sim | 432 | 50,2 | 388 | 88,9 | 44 | 11,1 | 0,454 | |
| Não | 398 | 49,8 | 351 | 89,5 | 47 | 10,5 | | |
| <i>Outras práticas</i> | | | | | | | | |
| Realização do autoexame bucal* | | | | | | | | |
| Sim | 163 | 20,0 | 144 | 89,5 | 19 | 10,5 | 0,676 | |
| Não | 665 | 80,0 | 595 | 89,3 | 70 | 10,7 | | |
| Hábito tabagista atual ou passado* | | | | | | | | |
| Não | 627 | 75,2 | 552 | 88,0 | 75 | 12,0 | 0,110 | |
| Sim | 202 | 24,8 | 186 | 92,6 | 16 | 7,4 | | |
| Hábito etilista atual ou passado* | | | | | | | | |
| Não | 558 | 67,8 | 495 | 88,7 | 63 | 11,3 | 0,679 | |
| Sim | 271 | 32,2 | 243 | 90,1 | 28 | 9,9 | | |
| <i>Uso formal dos serviços odontológicos</i> | | | | | | | | |
| Acesso à informação sobre como evitar problemas bucais | | | | | | | | |
| Sim | 518 | 60,4 | 489 | 93,8 | 29 | 6,2 | 0,000 | |
| Não | 302 | 39,6 | 243 | 82,5 | 59 | 17,5 | | |
| Acesso à informação sobre higiene bucal | | | | | | | | |
| Sim | 698 | 83,6 | 637 | 91,5 | 61 | 8,5 | 0,000 | |
| Não | 132 | 16,4 | 102 | 77,4 | 30 | 22,6 | | |
| Acesso à informação sobre dieta | | | | | | | | |
| Sim | 426 | 51,5 | 389 | 91,7 | 37 | 8,3 | 0,031 | |
| Não | 404 | 48,5 | 350 | 86,6 | 54 | 13,4 | | |
| Acesso à informação sobre câncer de boca | | | | | | | | |
| Sim | 280 | 33,1 | 258 | 92,1 | 22 | 7,9 | 0,041 | |
| Não | 550 | 66,9 | 481 | 87,8 | 69 | 12,2 | | |
| Acesso à informação sobre como realizar o autoexame bucal | | | | | | | | |
| Sim | 204 | 24,4 | 185 | 90,8 | 19 | 9,2 | 0,385 | |
| Não | 626 | 75,6 | 554 | 88,7 | 72 | 11,3 | | |
| Uso dos serviços odontológicos no último ano | | | | | | | | |
| Sim | 379 | 45,7 | 344 | 90,8 | 35 | 9,2 | 0,144 | |
| Não | 451 | 54,3 | 395 | 87,8 | 56 | 12,2 | | |
| Desfechos de saúde bucal | n | % | Satisfeitos | Insatisfeitos | p valor | | | |
| <i>Condições normativas de saúde bucal</i> | | | N | % | n | % | | |

| | | | | | | | |
|--|-----|------|-----|------|----|------|--------------|
| Alterações de mucosas* | | | | | | | |
| Não | 717 | 86,6 | 636 | 88,7 | 81 | 11,3 | 0,473 |
| Sim | 111 | 13,4 | 101 | 92,3 | 10 | 7,7 | |
| Número de dentes presentes | | | | | | | |
| 28 a 32 | 372 | 45,5 | 331 | 88,3 | 41 | 11,7 | 0,342 |
| 20 a 27 | 273 | 32,3 | 248 | 91,2 | 25 | 8,8 | |
| 19 ou menos | 185 | 22,2 | 160 | 88,0 | 25 | 12,0 | |
| Uso de prótese dentária | | | | | | | |
| Não | 546 | 65,9 | 489 | 89,8 | 57 | 10,2 | 0,768 |
| Um arco | 206 | 25,0 | 182 | 87,4 | 24 | 12,6 | |
| Dois arcos | 78 | 9,1 | 68 | 90,1 | 10 | 9,9 | |
| CPOD | | | | | | | |
| 0 a 15 | 279 | 36,0 | 253 | 90,6 | 26 | 9,4 | 0,218 |
| 16 a 21 | 280 | 32,4 | 252 | 89,8 | 28 | 10,2 | |
| 22 a 32 | 271 | 31,6 | 234 | 87,0 | 37 | 13,0 | |
| Doença periodontal* | | | | | | | |
| Não | 723 | 90,4 | 647 | 89,1 | 76 | 10,9 | 0,292 |
| Sim | 76 | 9,6 | 65 | 88,5 | 11 | 11,5 | |
| Necessidade normativa de tratamento odontológico* | | | | | | | |
| Não | 385 | 48,3 | 354 | 90,7 | 31 | 9,3 | 0,013 |
| Sim | 414 | 51,7 | 358 | 87,4 | 56 | 12,6 | |
| <i>Condições subjetivas de saúde bucal</i> | | | | | | | |
| Autopercepção da saúde bucal | | | | | | | |
| Excelente/boa | 418 | 48,6 | 390 | 92,1 | 28 | 7,9 | 0,000 |
| Regular/ruim/péssima | 412 | 51,4 | 349 | 86,4 | 63 | 13,6 | |
| Autopercepção da mastigação | | | | | | | |
| Excelente/boa | 489 | 58 | 452 | 93,2 | 37 | 6,8 | 0,000 |
| Regular/ruim/péssima | 341 | 42 | 287 | 83,6 | 54 | 16,4 | |
| Autopercepção da aparência de dentes e gengivas | | | | | | | |
| Excelente/boa | 453 | 54 | 421 | 92,5 | 32 | 7,5 | 0,000 |
| Regular/ruim/péssima | 377 | 46 | 318 | 85,3 | 59 | 14,7 | |
| Autopercepção da fala devido aos dentes e gengivas | | | | | | | |
| Excelente/boa | 678 | 81,2 | 615 | 90,4 | 63 | 9,6 | 0,001 |
| Regular/ruim/péssima | 152 | 18,8 | 124 | 84,2 | 28 | 15,8 | |
| Autopercepção do relacionamento em função da condição bucal | | | | | | | |
| Excelente/boa | 698 | 83 | 631 | 90,0 | 67 | 10,0 | 0,004 |
| Regular/ruim/péssima | 132 | 17 | 108 | 85,3 | 24 | 14,7 | |
| Autopercepção de algum incômodo na região da boca, cabeça e pescoço* | | | | | | | |
| Não | 663 | 79,9 | 604 | 91,7 | 59 | 8,3 | 0,000 |
| Sim | 166 | 20,1 | 135 | 79,7 | 31 | 20,3 | |
| Autopercepção da necessidade de tratamento odontológico* | | | | | | | |
| Não | 177 | 21,6 | 170 | 95,1 | 7 | 4,9 | 0,001 |
| Sim | 650 | 78,4 | 567 | 87,6 | 83 | 12,4 | |
| Dor em dentes e gengivas nos últimos 6 meses | | | | | | | |
| Não | 512 | 60,9 | 469 | 92,2 | 43 | 7,8 | 0,003 |
| Sim | 318 | 39,1 | 270 | 84,6 | 48 | 15,4 | |
| OHIP* | | | | | | | |
| Não impactou | 597 | 71,1 | 544 | 91,0 | 53 | 9,0 | 0,005 |
| Impactou | 230 | 28,9 | 194 | 85,2 | 36 | 14,8 | |

* Variação no n=830, devido à perda de informação.

Tabela 2 – Modelo de regressão múltipla da insatisfação com o uso dos serviços odontológicos e os determinantes primários em saúde bucal, comportamentos e desfechos de saúde bucal. Montes Claros (MG), 2009. (n = 830)

| Variáveis | OR (IC 95%) | p valor |
|---|---------------------|----------------|
| <i>Determinantes primários de saúde bucal</i> | | |
| Faixa etária (em anos) | | |
| 35 a 39 | 1 | 0,056 |
| 40 a 44 | 0,559 (0,308-1,016) | |
| <i>Comportamentos de saúde bucal</i> | | |
| Hábito tabagista atual ou passado | | |
| Não | 1 | 0,001 |
| Sim | 0,332 (0,174-0,634) | |
| Acesso à informação sobre como evitar problemas bucais | | |
| Sim | 1 | 0,000 |
| Não | 3,020 (1,734-5,258) | |
| <i>Desfechos de saúde bucal</i> | | |
| Autopercepção da mastigação | | |
| Excelente/boa | 1 | 0,002 |
| Regular/ruim/péssima | 2,804 (1,475-5,329) | |
| Autopercepção de algum incômodo na região da boca, cabeça e pescoço | | |
| Não | 1 | 0,021 |
| Sim | 2,065 (1,124-3,793) | |
| Constante ($\beta=1,769$ / $p=0,000$) | | |
| Pseudo $R^2=16,1\%$ | | |

4.2 PRODUTO 2

**FALTA DE ACESSO A INFORMAÇÕES SOBRE PROBLEMAS BUCAIS ENTRE
ADULTOS: ABORDAGEM BASEADA NO MODELO TEÓRICO DE
*ALFABETIZAÇÃO EM SAÚDE***

**LACK OF ACCESS TO INFORMATION ON ORAL HEALTH PROBLEMS AMONG
ADULTS: APPROACH BASED ON THE THEORETICAL MODEL FOR *HEALTH
LITERACY***

Título resumido: Informações sobre Problemas Bucais entre Adultos

RESUMO:

Objetivou-se investigar os fatores associados à falta de acesso à informação em saúde bucal entre adultos. Trata-se de um estudo transversal, conduzido entre 831 adultos (35-44 anos). A variável dependente foi o acesso a informações sobre como evitar problemas bucais e as independentes foram reunidas em subgrupos conforme modelo teórico de *Alfabetização em saúde*. Conduziu-se Regressão Logística Binária com correção pelo efeito de desenho. Observou-se que 37,5% não tiveram acesso a informações sobre problemas bucais. A falta de acesso foi maior entre os adultos que possuíam renda *per capita* menor, estavam insatisfeitos com os serviços odontológicos utilizados, não utilizavam fio dental, apresentavam o domínio físico da qualidade de vida insatisfatório e que autopercebiam a saúde bucal como regular/ruim/péssima. A chance de não ter recebido informações sobre como evitar problemas bucais entre os insatisfeitos com os serviços odontológicos utilizados foi 3,28 vezes aquela observada entre os satisfeitos com os serviços odontológicos utilizados. Assim, o menor acesso esteve relacionado a condições desfavoráveis entre adultos. Os serviços de saúde devem garantir informações em quantidade e qualidade adequadas a seus usuários, a fim de aumentar os níveis de *Alfabetização em saúde*, maior satisfação e equidade.

Palavras-chave: Adultos; alfabetização em saúde; acesso à informação, educação em saúde bucal.

ABSTRACT:

This study aimed to investigate factors associated with the lack of access to information on oral health among adults. It is a cross-sectional study, carried out among 831 adults (35-44 years old). The dependent variable was the access to information on how to avoid oral problems, and the independent ones were gathered into subgroups according to the theoretical model for *Health literacy*. Binary Logistic Regression was carried out, and results were corrected by the design effect. It was observed that 37.5% had no access to information about dental problems. The lack of access was higher among adults who had lower per capita income, were dissatisfied with the dental services provided, did not use dental floss, had unsatisfactory physical domain of the quality of life, and self-perceived their oral health as fair/poor/very poor. The chance had no access to information about dental problems among dissatisfied with the dental services used was 3.28 times higher than for those satisfied with the dental services used. Thus, the decreased access to information was related to unfavorable conditions among adults. Health services should ensure appropriate information whether quantitatively or qualitatively to their users in order to increase *Health literacy* levels, and improve satisfaction and equity.

Keywords: Adults; health literacy; access to information, oral health education.

INTRODUÇÃO

O termo “educação em saúde” se refere a combinações de experiências de aprendizagem projetadas com a intenção de facilitar ações voluntárias relativas ao favorecimento da saúde¹. Os desfechos almejados pela educação em saúde incluem desde maior conhecimento e entendimento dos pacientes sobre suas condições; sobre suas percepções e experiências da doença e tratamento; até impactos sobre o comportamento de saúde/autocuidado e, conseqüentemente, no estado de saúde. Dentre as estratégias concernentes à educação em saúde, a oferta de informação é componente chave².

No contexto da promoção da saúde, as intervenções de educação em saúde têm como objetivo o aumento dos níveis de *Alfabetização em saúde* ou “*Health literacy*” das pessoas. A Organização Mundial de Saúde (OMS)³ definiu o termo como “habilidades sociais e cognitivas que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos de ter acesso, entender e utilizar as informações para promover e manter uma boa saúde” ou seja, recursos necessários para tomar decisões de saúde adequadas⁴. A *Alfabetização em saúde* tem sido atualmente questão relevante em saúde pública em todo o mundo, sendo apontada como forte preditor de saúde⁵. Um modelo teórico foi proposto por Sørensen *et al.*, em 2012⁶, apresentando as variáveis que influenciam e são influenciadas pelos níveis de *Alfabetização em saúde*⁶ (Figura 1). No modelo, observa-se uma relação de retroalimentação entre os fatores apresentados e a *Alfabetização em saúde*. A idade e a raça das pessoas são os únicos fatores que não apresentam uma relação de retroalimentação, ou seja, não podem ser modificados pela *Alfabetização em saúde*. O acesso a informações em saúde, sua compreensão, avaliação e aplicação prática constituem a *Alfabetização em saúde* e o modelo teórico prevê o acesso a informações como condição indispensável para aumentar os níveis de *Alfabetização em saúde* das pessoas⁶.

Em Odontologia, o acesso a informações precisas e o entendimento das medidas de prevenção e de autocuidado são essenciais para a manutenção de boas condições de saúde bucal, sendo que, historicamente, tais medidas tem-se constituído em relevante componente da assistência^{2,7}. A ausência de conhecimentos específicos em saúde bucal pode levar os indivíduos ao agravamento dos problemas existentes, maior dificuldade no manejo de condições clínicas, aumentando a demanda por serviços de saúde. Já foi evidenciado, em estudo com 48 meses de seguimento, que indivíduos pouco informados usam os serviços odontológicos de forma predominantemente pontual, frente a condições dentárias precárias ou de urgência, onde tratamentos restauradores podem não ser mais viáveis, aumentando a probabilidade de culminarem com perda dentária⁸. Além disso, mesmo o tratamento restaurador pode fracassar se for desprovido de prevenção e maior acesso a informações⁹.

Assim, considerando que adultos representam a maioria da população e possuem papel-chave dentro da família, por serem, na maioria das vezes, provedores da mesma e multiplicadores de informações e ações em saúde no núcleo familiar, torna-se importante identificar fatores que estejam associados à falta de acesso a informações sobre os problemas bucais. Assim, propõe-se essa avaliação tendo como referencial o modelo teórico de *Alfabetização em saúde*⁶.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal que utilizou dados relativos aos adultos participantes de um levantamento epidemiológico em saúde bucal realizado em Montes Claros, município de grande porte, com características de capital regional do norte do estado de Minas Gerais (MG), Brasil, em 2009. Detalhes da metodologia adotada encontram-se em estudo prévio¹⁰. Destacam-se aqui, os principais aspectos metodológicos adotados.

Com o objetivo de obter representatividade para adultos do município, foi proposta uma amostragem complexa, probabilística, por conglomerados em dois estágios (setores censitários e quadras), com garantia de proporcionalidade por sexo. Os cálculos evidenciaram a necessidade de se avaliar 762 indivíduos, 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%.

Para a coleta de dados foi conduzida nos domicílios. Na área urbana optou-se por uma amostra probabilística por conglomerados em dois estágios, sendo o primeiro constituído pelos setores censitários urbanos Unidades Primárias de Amostragem (UPA) e o segundo constituído pelas quadras urbanas Unidades Secundárias de Amostragem (USA). Na zona rural, optou-se por uma amostra probabilística por conglomerados em um único estágio, em que as UPA foram constituídas pelas áreas rurais. As UPA foram selecionadas de forma aleatória simples, tendo sido sorteados 52 dos 276 setores censitários urbanos e duas das onze áreas rurais, conforme o mapa do município com os setores definidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹¹. No segundo estágio, em cada um dos 52 setores, sortearam-se quadras, totalizando 354 quadras. Foram excluídas as quadras urbanas não domiciliares (constituídas por praças, igrejas, indústrias, quartéis ou presídios). Na zona rural, todos os domicílios situados a uma distância de até 500 metros de uma instituição de referência foram selecionados.

Participaram da coleta 24 cirurgiões-dentistas treinados e calibrados, com concordância Kappa satisfatória ($K \geq 0,60$)¹², acompanhados por anotadores/digitadores também treinados. Foram adotados os critérios de diagnóstico da 4ª edição do *Oral Health Surveys: Basic Methods*, da OMS¹³.

Entrevistas e exames clínicos foram realizados nos domicílios pertencentes às quadras sorteadas, onde foram identificados adultos na faixa etária de interesse (35-44 anos) por ser

esse o grupo padrão para avaliar as condições bucais de adultos¹³. Os adultos identificados foram devidamente informados sobre a pesquisa e convidados a participar e a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. Os exames intrabucais foram conduzidos sob iluminação natural com espelho e sonda CPI, previamente esterilizados, conforme códigos/critérios propostos pela OMS¹³. Os dados foram coletados em *palmtop* por entrevistadores/anotadores treinados, utilizando um *software* desenvolvido especificamente para esta pesquisa, permitindo construção simultânea do banco de dados.

Para se investigar os fatores associados à falta de acesso à informação em saúde bucal, utilizou-se como referencial teórico o Modelo de *Alfabetização em saúde* proposto por Sørensen *et al.*, em 2012⁶ (Figura 1). O modelo exhibe fatores proximais e distais determinantes e/ou determinados pela *Alfabetização em saúde* de forma dinâmica. Entre os distais, têm-se os fatores sociais e ambientais. Entre os determinantes proximais, têm-se os determinantes sociais situacionais e os pessoais. Outros fatores relacionados à *Alfabetização em saúde* (determinantes e/ou determinados) também apresentados no modelo são: uso dos serviços de saúde, custos com a saúde, comportamentos relacionados à saúde, desfechos de saúde, participação das pessoas, *empowerment*, equidade e manutenção. Assim, o modelo adotado prevê o acesso a informações como condição indispensável para aumentar os níveis de *Alfabetização em saúde* das pessoas⁶.

A variável dependente foi proveniente da seguinte pergunta “Você já recebeu informações sobre como evitar problemas bucais? (não, sim)”, sendo considerados como “sem acesso à informação” aqueles adultos que responderam negativamente a essa questão, sendo esse o desfecho de interesse. Foram excluídos das análises os indivíduos que não sabiam ou se recusaram a responder essa questão. É importante salientar que, embora a pergunta não indique explicitamente a origem de tais informações, ela foi alocada no bloco de questões relativas ao acesso aos serviços odontológicos, exatamente conforme realizado no

projeto SB Brasil 2002/2003¹⁴, trazendo assim, a questão da oferta de informações para o âmbito dos serviços.

As variáveis independentes foram reunidas em quatro subgrupos selecionados a partir do modelo teórico de Sørensen *et al.*⁶, sendo:

Determinantes pessoais: sexo, idade, estado civil, cor da pele autodeclarada, escolaridade, renda *per capita* e situação de trabalho atual. As variáveis idade e escolaridade, embora coletadas de forma quantitativa discreta, foram analisadas de forma categórica. A renda *per capita* foi estimada a partir da renda familiar, dividida pelo número de residentes no domicílio e posteriormente dicotomizada (menor ou igual à R\$ 400,00 / acima de R\$ 400,00). O salário mínimo vigente à época da coleta de dados era de R\$ 465,00 ou US\$ 245.0.

Serviços de saúde/custos com a saúde: motivo da última consulta odontológica realizada, tipo de serviço odontológico utilizado, uso dos serviços odontológicos no último ano e satisfação com o uso dos serviços odontológicos.

Comportamentos relacionados à saúde: frequência diária de escovação, uso de fio dental, realização do autoexame bucal, uso de medicamentos, presença de doença crônica e hábitos tabagista e etilista atuais ou passados.

Desfechos de saúde: subdividido em Condições Normativas de Saúde Bucal e Condições Subjetivas de Saúde.

Nas Condições Normativas de Saúde Bucal, foram consideradas as alterações de mucosas, número de dentes presentes, uso de prótese dentária, número total de dentes cariados, perdidos e restaurados (CPOD), presença de doença periodontal e necessidade normativa de tratamento odontológico¹³. Foram considerados doentes periodontais aqueles que apresentaram em um mesmo sextante bolsa periodontal ≥ 4 mm (Índice Periodontal Comunitário - CPI ≥ 3) e perda de inserção ≥ 4 mm (Perda de inserção Periodontal - PIP ≥ 1)¹⁵.

Já entre as Condições Subjetivas de Saúde, considerou-se a satisfação com a vida; domínios físico e mental da qualidade de vida relacionada à saúde; a autopercepção da saúde bucal; autopercepção da mastigação; autopercepção da aparência de dentes e gengivas; autopercepção da fala devido aos dentes e gengivas; autopercepção do relacionamento em função da condição bucal; autopercepção de algum incômodo na região da boca, cabeça e pescoço; autopercepção da necessidade de tratamento odontológico; dor em dentes e gengivas nos últimos seis meses e avaliação do impacto da saúde bucal na qualidade de vida. A satisfação com a vida e as questões de autopercepção, embora coletadas como escala *Likert*, foram dicotomizadas. Para avaliação dos domínios físico e mental da qualidade de vida relacionada à saúde, utilizou-se a versão validada no Brasil do *12-Item Short-Form Health Survey* (SF-12)¹⁶, com escores ponderados para cada domínio. 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 (melhor estado de saúde). 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. Foi adotado como ponto de corte em cada domínio, o limite inferior do IC-95% da média estimada¹⁷, sendo que indivíduos que obtiveram pontuações abaixo do ponto de corte, para cada um dos domínios separadamente, foram considerados com qualidade de vida insatisfatória. Já para avaliação da influência da saúde bucal na qualidade de vida, foi utilizada a versão validada no Brasil do *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14)¹⁸. As respostas obtidas a cada questão do OHIP-14 foram dicotomizadas em: 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 impacto¹⁹.

As análises foram conduzidas utilizando o software estatístico Predictive Analytics Software (PASW/SPSS[®]) versão 18.0 para Windows[®], respeitando-se a necessidade de correção pelo efeito de desenho amostral, por serem proveniente de amostras por conglomerados. Neste caso, foram atribuídos pesos diferenciados aos elementos amostrais para compensar as diferentes probabilidades de inclusão, considerando também o efeito do conglomerado e as taxas de não resposta.

Inicialmente foram conduzidas análises descritivas de todas as variáveis envolvidas. Foram apresentadas frequências simples (n) e percentuais (%) corrigidos pelo efeito do desenho amostral. A associação entre o acesso à informação sobre como evitar problemas bucais (variável dependente) e as características investigadas foi verificada por meio do teste de Qui-Quadrado de Pearson. As variáveis que apresentaram nível descritivo (valor-p) igual ou inferior a 0,20 nas análises bivariadas foram selecionadas para a análise múltipla.

Para compor o modelo múltiplo empregou-se o modelo de Regressão Logística Binária (método *stepwise backward*). O modelo foi ajustado, com o objetivo de se obter os valores de *Odds Ratio* (OR) ajustados e intervalo de confiança de 95% (IC-95%), mantendo-se somente as variáveis associadas a um nível de significância menor ou igual a 0,05 ($p \leq 0,05$). Foi estimado, também, o pseudo *R square* (R^2) com o intuito de mensurar a capacidade do modelo final ajustado de explicar a variação da variável dependente.

Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e os dados foram coletados somente após aprovação do protocolo de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (processo n° 318/06). Além disso, o presente estudo foi conduzido de forma a atender os princípios éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (n°466/12).

RESULTADOS

Dos 841 adultos avaliados por pertencerem aos conglomerados sorteados (taxa de resposta de 91%), foram excluídos 10 por não terem fornecido informações relativas à variável dependente. Entre os 831 adultos incluídos nas análises, 311 (37,5%) relataram não terem tido acesso à informação sobre como evitar problemas bucais. Observou-se ligeiro predomínio do sexo feminino, a maioria possuía união estável e se autodeclarou indígena/negro/pardo, sendo que 75,0% relataram possuir até 11 anos de estudo (sem curso superior) e 629 (78,7%) viviam com renda *per capita* até R\$400,00. Aproximadamente um quarto relatou não exercer atividades trabalhistas. Quase dois terços alegaram procurar o serviço de saúde apenas diante de problemas bucais, 80% declararam não realizar o autoexame bucal, um quarto utilizavam prótese dentária em pelo menos um arco e menos da metade relatou dor em dentes e gengivas nos últimos 6 meses (Tabela 1).

Na análise bivariada, também visualizada na Tabela 1, a falta de acesso à informação sobre problemas bucais esteve relacionada ($p \leq 0,20$) à escolaridade, renda *per capita* e situação de trabalho atual dentre os determinantes pessoais, todas as variáveis referentes aos serviços de saúde/custos com a saúde, frequência diária de escovação, uso de fio dental, uso de medicamentos, presença de doença crônica e hábito tabagista dentre os comportamentos relacionados à saúde. Em relação aos desfechos de saúde, as variáveis número de dentes presentes, necessidade normativa de tratamento odontológico, satisfação com a vida, domínio físico da qualidade de vida relacionada à saúde, autopercepção da saúde bucal, autopercepção da mastigação, autopercepção da aparência, autopercepção do relacionamento, autopercepção de incômodo, autopercepção da necessidade de tratamento odontológico, presença de dor e impacto da saúde bucal na qualidade de vida, também apresentaram relação com o desfecho ao nível descritivo de 0,2.

O modelo múltiplo ajustado (Tabela 2) evidenciou que a chance de não ter recebido informações sobre como evitar problemas bucais foi maior entre os adultos que relataram possuir menor renda *per capita*, que estavam insatisfeitos com os serviços odontológicos utilizados, que não usavam fio dental, que possuíam qualidade de vida insatisfatória no domínio físico e que autopercebiam a saúde bucal como regular/ruim/péssima. A chance de não ter recebido informações sobre como evitar problemas bucais entre os insatisfeitos com os serviços odontológicos utilizados foi 3,28 vezes aquela observada entre os satisfeitos com os serviços odontológicos utilizados. Estas variáveis deram conta de explicar 16,1% da variância do acesso à informação sobre como evitar problemas bucais.

DISCUSSÃO

A prevalência da falta de acesso a informações sobre como evitar problemas bucais entre os adultos investigados foi de 37,5%. A chance de não ter acesso à informação sobre problemas bucais foi maior entre os com menor renda *per capita*, os insatisfeitos com os serviços odontológicos utilizados, os que não usavam fio dental, os que apresentavam pior qualidade de vida no domínio físico e pior autopercepção da saúde bucal. Assim, percebe-se que o menor acesso a informação esteve relacionado a condições/contextos desfavoráveis. Apesar de se tratar de estudo transversal, incapaz de se aferir a temporalidade na ocorrência dos eventos estudados, sugere-se que o acesso à informação seja um fator modulador de hábitos e de percepções e, possivelmente, seja modulado por questões sociodemográficas e relativas aos serviços odontológicos utilizados.

A prevalência de indivíduos que relatam não terem tido acesso à informação foi bastante variável entre diferentes estudos, possivelmente porque tal prevalência é influenciada pela realidade de cada contexto. Em estudos nacionais, a falta de acesso a informações em saúde bucal acometeu 11,9% de adolescentes²⁰, 35% de adultos²¹ (semelhante ao nosso

achado) e 59,6% de idosos²². Dessa forma, sugere-se que com o avançar do ciclo da vida, ocorra uma diminuição do acesso à informação, embora, em nosso estudo, isso não tenha ocorrido dentro do mesmo estrato etário (35-44 anos) (a idade não se revelou associada à falta de acesso à informação entre indivíduos adultos).

De modo geral, pode-se assumir que o acesso à informação é, ainda, limitado. Esse achado torna-se mais preocupantes ao se considerar que o acesso à informação é condição indispensável para aumentar os níveis de *Alfabetização em saúde* das pessoas, embora por si só, não seja suficiente. A *Alfabetização em saúde* se refere à capacidade dos indivíduos de acessar, compreender, avaliar e aplicar informações relacionadas à saúde⁶, sendo o acesso à informação um potencial gatilho para alavancar esse processo.

Uma vez que o acesso à informação foi aferido dentro do contexto de utilização dos serviços de saúde, esperava-se maior acesso à informação entre os adultos que tenham usado os serviços odontológicos mais recentemente, entretanto essa associação não foi observada neste estudo. Estudo prévio, com delineamento longitudinal, identificou que indivíduos pouco informados usaram os serviços odontológicos de forma pontual, frente a uma condição dentária precária ou de urgência e, na maioria das vezes, precisaram ser submetidos a procedimentos mutiladores⁸. Durante atendimentos de urgências, os serviços de saúde tendem a centrar sua ação na resolução das demandas e acabam, dessa forma, negligenciando a oferta informações aos usuários^{7,8}. O usuário desinformado tende novamente a procurar o serviço apenas frente a uma nova condição de problema bucal/ urgência, contribuindo para um ciclo repetitivo onde o serviço pode se tornar um reprodutor de iniquidades em saúde⁸, caso não atue em prol de garantir maior informação a esse perfil de usuário. Assim, percebe-se que os serviços de saúde precisam adotar estratégias para a oferta de informações em todas as oportunidades ou contatos que venham a estabelecer com os usuários. A oferta de informações no âmbito dos serviços de saúde deve ser incentivada como uma forma de

reduzir as iniquidades em saúde, já que o ambiente clínico representa importante oportunidade de aprendizagem, e deve procurar assegurar a todos o acesso aos recursos necessários para que cuidados odontológicos sejam, efetivamente, um direito humano²³.

Dentre as atribuições do Sistema Único de Saúde (SUS), destaca-se a assistência integral à saúde com ênfase nas ações de promoção da saúde, que visam desenvolver processos educativos, voltados à melhoria do autocuidado e à busca da autonomia dos cidadãos²⁴. Assim, esperava-se maior garantia de acesso à informação no contexto do SUS, o que não ocorreu, já que a prevalência de indivíduos sem acesso a informações, tanto nos serviços públicos quanto em outros serviços, não apresentou diferença significativa. Estudo prévio verificou maior acesso à informação sobre o câncer de boca entre idosos usuários do SUS²⁵. Na presente investigação, constatou-se que quase a metade (43,4%) dos adultos usuários dos serviços públicos relatou não ter tido acesso a informações sobre como evitar problemas bucais, sugerindo a existência de incoerências entre as ações propostas e a prática realizada no âmbito do SUS.

A falta de acesso a informações sobre como evitar problemas bucais foi maior entre os adultos com menor renda *per capita*, revelando iniquidades. Este achado está em concordância com estudo conduzido entre idosos²⁵. Por outro lado, outros estudos revelaram que os cirurgiões-dentistas se mostravam mais preocupados em garantir o acesso a informações em saúde para os indivíduos mais desfavorecidos economicamente, por julgarem que essas pessoas são mais desinformadas^{26,27}, embora em tais estudos tenha sido aferida apenas a preocupação e não a atitude desses profissionais. No contexto da promoção da saúde, estratégias de educação em saúde que considerem as condições socioeconômicas das pessoas são importantes, pois os desfavorecidos economicamente podem apresentar dificuldade de compreensão, avaliação e aplicação das mensagens repassadas, prejudicando sua *Alfabetização em saúde*. Nesse sentido, a forma como a informação é ofertada ao usuário é

extremamente relevante, para que o repasse de informações garanta aos indivíduos o uso de tais informações, de modo prático e eficiente, a fim de fortalecer a autonomia e a autotransformação consciente das pessoas, contribuindo assim, para maior empoderamento e equidade em saúde^{28,29}. Além disso, os serviços precisam, cada vez mais, oferecer informação acompanhada de conteúdos políticos da educação em saúde, focados em melhorar a bagagem das pessoas em superar barreiras estruturais da saúde. O desenvolvimento de habilidades e atitudes precisa ser conducente à aquisição de poder técnico (saberes) e político para atuar em prol de sua saúde^{7,30}.

O fator independente mais fortemente associado à falta de acesso a informações sobre como evitar problemas bucais foi a insatisfação com os serviços odontológicos utilizados. A chance de falta de informação sobre saúde bucal entre os adultos que estavam insatisfeitos com os serviços odontológicos foi cerca de três vezes aquela observada entre os adultos que relataram satisfação com tais serviços. Essa associação já foi demonstrada em estudos prévios^{20,22,31,32} e evidencia a maior insatisfação dos usuários com os serviços odontológicos que não os provêm de informações em saúde bucal. A satisfação do usuário, independentemente dos demais potenciais benefícios de se obter informações, representa por si só um desfecho almejado pela assistência³³, corroborando como um motivo a mais para que os serviços de saúde se preocupem em garantir acesso a informações a seus usuários.

A comunicação entre profissional e paciente é fundamental quando se aborda a oferta de informações nos serviços de saúde, sendo o profissional de saúde um intermediário essencial entre a informação e o usuário²⁹. Donabedian (1966)³³ constatou que a avaliação dos serviços de saúde pelos usuários está relacionada, na maioria das vezes, a habilidades técnicas dos profissionais e ao relacionamento interpessoal, visto que a maioria dos estudos atribui a satisfação a aspectos humanitários da relação profissional-paciente, com ênfase para a quantidade e qualidade das informações recebidas^{34,35}. Quanto à qualidade das informações,

estudo realizado entre adultos da região sul do Brasil²¹ verificou que entre os participantes que relataram ter recebido informações sobre como evitar problemas bucais, 42,6% consideraram as informações recebidas como insuficientes. Nesse contexto, convém comentar que as metodologias empreendidas para se realizar educação em saúde variam muito, indo desde a simples disposição de informação até a utilização de complexos programas que envolvam estratégias de mudança de comportamento³⁶. Embora a presente investigação não tenha abordado as metodologias adotadas, ou mesmo a avaliação do usuário quanto a qualidade das informações recebidas, ainda assim foi possível observar uma relação entre o simples relato de não ter tido acesso à informação sobre como evitar problemas bucais e a insatisfação com os serviços odontológicos utilizados. Esse achado enfatiza a importância dos serviços de saúde em oferecer, cada vez mais, informação em quantidade e qualidade adequada, objetivando melhorar os níveis de satisfação dos seus usuários e, possivelmente, sua maior *Alfabetização em saúde*.

Os adultos que relataram não utilizar o fio dental na higiene bucal referiram menor acesso a informações sobre como evitar problemas bucais. Considerando-se o fato de que ações de educação em saúde^{37,38}, no contexto da *Alfabetização em saúde*⁶, podem levar a comportamentos mais saudáveis, era esperado que um menor acesso a informações preventivas estivesse associado a comportamentos mais “inadequados” em saúde bucal, o que foi confirmado na presente investigação. Apesar de se tratar de uma investigação transversal, ainda assim acredita-se que o acesso a informações sobre como evitar problemas bucais pode contribuir para a adoção de comportamentos/hábitos mais saudáveis, e conseqüentemente, para a redução dos diferentes problemas bucais.

Convém comentar que o relato de uso do fio dental parece mais sensível do que o relato de frequência de escovação para refletir autocuidado em saúde bucal. A alta frequência relatada de escovação dentária de três vezes ao dia é recorrente em estudos entre adultos^{39,40}, e

pode, em várias situações, não corresponder as práticas reais de higiene bucal, cabendo a possibilidade de viés de informação. Essa pode ser uma possível explicação para não ter sido identificada associação entre acesso à informação e frequência de escovação.

A falta de acesso a informações também não mostrou associação com as condições normativas de saúde bucal no modelo final. No entanto, constataram-se associações com questões subjetivas, que são também consideradas desfechos de saúde⁴¹. Estudo prévio identificou situação semelhante entre idosos²⁵. Observou-se que adultos que relataram menor acesso a informações sobre como evitar problemas bucais, autoperceberam a sua saúde bucal como regular/ruim/péssima. Estudo recente observou que o baixo nível de *Alfabetização em saúde*, mesmo após ajuste por determinantes socioeconômicos e demográficos, foi preditor de uma pior autopercepção da saúde bucal⁴². A importância dos dados referentes à autopercepção se deve à possibilidade de entender como a pessoa percebe sua condição bucal, pois seu comportamento é condicionado pela percepção e pela importância dada a ela, constituindo-se no principal preditor da procura por atendimento odontológico^{43,44}, sendo apontado como um determinante vital de saúde bucal em países com os sistemas de saúde ainda em desenvolvimento⁴². Já quanto a qualidade de vida, constatou-se que adultos que apresentavam o domínio físico da qualidade de vida insatisfatório também relataram menor acesso à informação em saúde bucal. Não foram identificados estudos prévios que tenham considerado essa possibilidade de associação. No entanto, já foi observado entre idosos participantes do SB Brasil 2003⁴⁵, um menor uso de serviços no último ano para aqueles que relataram impacto no seu relacionamento, sugerindo problemas de acesso aos serviços de saúde. O acesso aos serviços de saúde não garante acesso à informação, mas representa uma pré-condição, ou seja, sem acesso ao serviço não haverá acesso à informação, pelo menos não dele proveniente. Embora se reconheça que variáveis subjetivas sejam, de certa forma, limitadas por buscarem quantificar a subjetividade ligada ao bem estar ou às consequências

do adoecer, e envolverem sentimentos e valores bastante individuais implícitos nesse julgamento^{43,44}, ainda assim, sabe-se que tais informações apresentam o potencial de identificar grupos que percebem de forma mais negativa sua saúde e qualidade de vida e, dessa forma, seriam os grupos potencialmente mais beneficiados com a assistência e o acesso à informações⁴⁴.

Dentre as limitações, salienta-se que o processo que relaciona o acesso à informação sobre como evitar problemas bucais e as variáveis investigadas é dinâmico. Portanto, causas e efeitos certamente variam ao longo do tempo e, sendo este um estudo transversal, não é possível estabelecer uma relação temporal entre as associações observadas. Além disso, algumas variáveis consideradas no modelo teórico proposto não foram avaliadas neste estudo. Sendo assim, o pseudo *R square* (R^2), apesar de modesto (16,1%), pode ser considerado relevante, uma vez que nem todas as condições que podem influenciar ou serem influenciadas pelo processo de *Alfabetização em saúde*, elucidadas no modelo teórico⁶, foram avaliadas no presente estudo. Por outro lado, 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 que garantiram validade e confiabilidade aos dados.

CONCLUSÃO

Este estudo identificou que mais de um terço dos adultos relataram falta de acesso a informações sobre como evitar problemas bucais. A falta de acesso a informações revelou-se associada a condições desfavoráveis, sendo maior entre os adultos com menor renda *per capita*, os que estavam insatisfeitos com os serviços odontológicos utilizados, os que apresentavam pior comportamento relacionado à saúde, entre aqueles que relataram comprometimento da qualidade de vida relacionada à saúde e autopercepção negativa da saúde bucal. Sendo assim, os serviços de saúde precisam estar atentos ao seu papel de garantir

informações em quantidade e qualidade adequadas aos seus usuários, visto que o acesso a informações em saúde é um aspecto primordial quando se deseja aumentar os níveis de *Alfabetização em saúde* das pessoas e maior satisfação dos usuários com os serviços recebidos, tendo a informação como pano de fundo mínimo para se promover saúde e equidade entre os indivíduos.

REFERÊNCIAS

1. Green LW, Kreuter MW. *Health promotion planning: an educational and environmental approach*. Mountain View: Mayfield Publishing Company; 1991.
2. Coulter A, Ellins J. Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *Br Med J* 2007; 335(7609): 24-27.
3. OMS – Organização Mundial de Saúde (World Health Organization). *Health Promotion Glossary*. Geneva; 1998.
4. Ratzan SC, Parker RM. Introduction. In: *National Libraries of Medicine Current Bibliographies in Medicine: Health Literacy*. NLM Pub. No. CBM 2000-1. Selden CR, Zorn M, Ratzan SC, Parker RM, Editors. Bethesda, MD: National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services; 2000.
5. American Medical Association. Health literacy: Report of the Council on Scientific Affairs. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association. *JAMA* 1999; 281: 552–557.

6. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012; 80(12): 1-13.
7. Haikal DS, Martins AMEBL, Aguiar PHS, Silveira MF, Paula AMB, Ferreira EF. O acesso à informação sobre higiene bucal e as perdas dentárias por cárie entre adultos. *Cien Saude Colet* 2014; 19(1): 287-300.
8. Gilbert GH, Duncan RP, Shelton BJ. Social Determinants of Tooth Loss. *Health Serv Res* 2003; 38: 1843-1862.
9. Caldas Jr AF, Silveira RCJ, Marcenes W. The impact of restorative treatment on tooth loss prevention. *Pesqui Odontol Bras* 2003; 17(2): 166-170.
10. Martins AMEBL, Guimarães ALS, De-Paula AMB, Pires CPAB, Haikal DS, Silva JM, *et al.* Levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal da população de Montes Claros-Projeto SBMOC. *Rev Unimontes Científica* 2012; 14(1): 3-14.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Manual do recenseador - CD 1.09*. Rio de Janeiro: IBGE; 2000.
12. Cicchetti DV, Volkmar F, Sparrow SS, Cohen D, Fermanian J, Rourke BP. Assessing the reliability of clinical scales when the data have both nominal and ordinal features:

- proposed guidelines for neuropsychological assessments. *J Clin Exp Neuropsychol* 1992; 14(5): 673-686.
13. OMS - Organização Mundial de Saúde (World Health Organization). *Oral Health surveys: basic methods*. 4th edition. Geneva: ORH EPID; 1997.
 14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. *Projeto SB2000: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000: manual do examinador*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
 15. Cascaes AM, Peres KG, Peres MA. Periodontal disease is associated with poor self-rated oral health among Brazilian adults. *J Clin Periodontol* 2009; 36: 25-33.
 16. Camelier, AA. *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.
 17. Office of Public Health Assessment. *Health status in Utah: the medical outcomes study SF-12* (2001 Utah health status survey report). Salt Lake City: Utah Department of Health; 2004.
 18. Oliveira BH, Nandanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the oral Health Impact Profile-Short form. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33: 307-314.

19. Locker D, Quinonez C. To what extent do oral disorders compromise the quality of life? *Community Dent Oral Epidemiol* 2011; 39: 3-11.
20. Oliveira RCN, Souza JGS, Oliveira CC, Oliveira LFB, Pelino JEP, Martins AMEBL, Almeida ER. Acesso a informações sobre como evitar problemas bucais entre escolares da Rede Pública de Ensino. *Cien Saude Colet* 2015; 20(1): 85-94.
21. Mialhe FL, Oliveira CSR, Silva DD. Acesso e avaliação dos serviços de saúde bucal em uma localidade rural da região sul do Brasil. *Arq Cienc Saude Unipar* 2006; 10(3): 145-149.
22. Martins AMEBL, Jardim LA, Souza JGS, Rodrigues CAQ, Ferreira RC, Pordeus IA. A avaliação negativa dos serviços odontológicos entre idosos brasileiros está associada ao tipo de serviço utilizado? *Rev Bras Epidemiol* 2014; 71-90.
23. Narvai PC. Collective oral health: ways from sanitary dentistry to buccality. *Rev Saude Publica* 2006; 40: 141-147.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
25. Martins AMEBL, Barreto SM, Santos-Neto PE, Sá MAB, Souza JGS, Haikal DS, Ferreira EF, Pordeus IA. Maior acesso à informação sobre como prevenir o câncer bucal

- entre idosos assistidos na atenção primária à saúde. *Cien Saude Colet* 2015; 20(7): 2239-2253.
26. Hashibe M, Jacob BJ, Thomas G, Ramadas K, Mathew B, Sankaranarayanan R, Zhang ZF. Socioeconomic status, lifestyle factors and oral premalignant lesions. *Oral Oncology* 2003; 39(7): 664-671.
27. Vaccarezza GF, Antunes JL, Michaluart-Júnior P. Recurrent sores by ill-fitting dentures and intra-oral squamous cell carcinoma in smokers. *J Public Health Dent* 2010; 70(1): 52-57.
28. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Internation* 2000; 15: 259-267.
29. Leite RAF, Brito ES, Silva LMC, Palha PF, Ventura CAA. Access to healthcare information and comprehensive care: perceptions of users of a public service. *Interface* 2014; 18(51): 661-671.
30. Pereira ALF. Pedagogical approaches and educational practices in health sciences. *Cad Saude Publica* 2003; 19: 1527-1534.
31. Tung YC, Chang GM. Patient satisfaction with and recommendation of a primary care provider: associations of perceived quality and patient education. *Int J Qual Health Care* 2009; 21(3): 206-213.

32. Rodrigues CAQ, Silva PLV, Caldeira AP, Pordeus IA, Ferreira RC, Martins AMEBL. Fatores associados à satisfação com serviços odontológicos entre idosos. *Rev Saude Publica* 2012; 46(6): 1039-1050.
33. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA* 1966; 260(12): 1743-1748.
34. Aharony L, Strasser S. Patient satisfaction: what we know about and what we still need to explore. *Med Care Rev* 1993; 50(1): 49-79.
35. Martins AMEBL, Ferreira RC, Santos-Neto PE, Carreiro DL, Souza JGS, Ferreira EF. Insatisfação dos usuários com a assistência odontológica: estudo domiciliar populacional. *Rev Saude Publica* 2015; 49(51): 1-12.
36. Kay EJ, Locker D. Is dental health education effective? A systematic review of current evidence. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996; 24: 231-235.
37. Toassi RFC, Petry PC. Motivação no controle do biofilme dental e sangramento gengival em escolares. *Rev Saude Publica* 2002; 36(5): 634-637.
38. Al-jundi SH, Hammad M, Alwaeli H. The efficacy of a school-based caries preventive program: a 4-year study. *Int J Dent Hygiene* 2006; 4(1): 30-34.

39. Pinelli C, Turrioni APS, Loffredo LCM. Autopercepção em higiene bucal de adultos: reprodutibilidade e validade. *Rev Odontol UNESP* 2008; 37(2): 163-169.
40. Baldani MH, Brito WH, Lawder JAC, Mendes YBE, Silva FFM, Antunes JLF. Determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda. *Rev Bras Epidemiol* 2010; 13(1): 150-162.
41. Andersen RM, Davidson PL. Ethnicity, aging, and oral health outcomes: a conceptual framework. *Adv Dent Res* 1997; 11: 203-209.
42. Sistani MMN, Yazdani R, Virtanen J, Pakdaman A, Murtomaa H. Determinants of Oral Health: Does Oral Health Literacy Matter? *ISRN Dentistry* 2013: 1-6.
43. Y Kiyak HA. Age and Culture: influences on oral health behavior. *Int Dent J* 1993; 43: 9-16.
44. Gilbert GH; Heft MW, Duncan, RP, Ringelberg, M.L. Perceived need for dental care in dentate older adults. *Int Dent J* 1994; 44: 145-152
45. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Tabela 1. Análise descritiva e bivariada do Acesso à informação sobre como evitar problemas bucais segundo determinantes pessoais, Serviços de Saúde / Custos com a Saúde, Comportamentos Relacionados à Saúde e Desfechos de Saúde, entre adultos de Montes Claros (MG), 2009 (n=831).

| Características | n | % [†] | Acesso à informação | | Sem acesso à informação | | Valor-p |
|--|-----|----------------|---------------------|----------------|-------------------------|----------------|---------|
| | | | N | % [†] | N | % [†] | |
| Determinantes Pessoais | | | | | | | |
| Sexo | | | | | | | 0,792 |
| Feminino | 458 | 53,9 | 289 | 60,8 | 169 | 39,2 | |
| Masculino | 373 | 46,1 | 231 | 59,8 | 142 | 40,2 | |
| Idade | | | | | | | 0,689 |
| 35 - 39 anos | 429 | 52,6 | 269 | 61,1 | 160 | 38,9 | |
| 40 - 44 anos | 402 | 47,4 | 251 | 59,5 | 151 | 40,5 | |
| Estado civil | | | | | | | 0,219 |
| Possui união estável | 609 | 74,6 | 374 | 59,1 | 235 | 40,9 | |
| Não possui união estável | 222 | 25,4 | 146 | 64,0 | 76 | 36,0 | |
| Cor da pele autodeclarada | | | | | | | 0,433 |
| Branco/amarelo | 266 | 31,0 | 165 | 58,4 | 101 | 41,6 | |
| Indígena/negro/pardo | 565 | 69,0 | 355 | 61,2 | 210 | 38,8 | |
| Escolaridade | | | | | | | <0,001 |
| Acima de 11 anos de estudo | 217 | 25,1 | 143 | 62,8 | 74 | 37,2 | |
| 5 - 11 anos de estudo | 504 | 60,6 | 334 | 64,2 | 170 | 35,8 | |
| Até 4 anos de estudo | 110 | 14,4 | 43 | 39,5 | 67 | 60,5 | |
| Renda <i>per capita</i> * | | | | | | | <0,001 |
| Acima de R\$ 400,00 | 173 | 21,3 | 130 | 78,0 | 43 | 22,0 | |
| R\$0,00 - R\$ 400,00 | 629 | 78,7 | 370 | 54,9 | 259 | 45,1 | |
| Situação de trabalho atual* | | | | | | | 0,034 |
| Trabalha | 604 | 71,7 | 391 | 62,8 | 213 | 37,2 | |
| Não trabalha | 223 | 28,3 | 127 | 54,5 | 96 | 45,5 | |
| Serviços de Saúde / Custos com a Saúde | | | | | | | |
| Motivo do uso do serviço odontológico | | | | | | | <0,001 |
| Consulta de rotina/manutenção | 286 | 32,9 | 199 | 68,7 | 87 | 31,3 | |
| Problemas bucais | 545 | 67,1 | 321 | 56,3 | 224 | 43,7 | |
| Serviço odontológico utilizado | | | | | | | 0,167 |
| SUS | 285 | 34,7 | 173 | 56,6 | 112 | 43,4 | |
| Outros | 546 | 65,3 | 347 | 62,3 | 199 | 37,7 | |
| Uso dos serviços odontológicos no último ano | | | | | | | 0,005 |
| Sim | 377 | 45,7 | 260 | 66,9 | 117 | 33,1 | |
| Não | 454 | 54,3 | 260 | 54,8 | 194 | 45,2 | |
| Satisfação com o uso dos serviços odontológicos* | | | | | | | <0,001 |
| Satisfeito | 732 | 89,2 | 489 | 64,0 | 243 | 36,0 | |
| Insatisfeito | 88 | 10,8 | 29 | 35,8 | 59 | 64,2 | |

Comportamentos Relacionados à Saúde

| | | | | | | | |
|---|-----|------|-----|------|-----|------|------------------|
| Frequência diária de escovação* | | | | | | | 0,009 |
| Mais de duas vezes | 526 | 64,2 | 347 | 63,9 | 179 | 36,1 | |
| Duas vezes ou menos | 303 | 35,8 | 172 | 53,6 | 131 | 46,4 | |
| Uso de fio dental | | | | | | | <0,001 |
| Sim | 433 | 50,2 | 301 | 67,2 | 132 | 32,8 | |
| Não | 398 | 49,8 | 219 | 53,4 | 179 | 46,6 | |
| Realização do autoexame bucal | | | | | | | 0,346 |
| Sim | 164 | 20,0 | 112 | 65,9 | 52 | 34,1 | |
| Não | 667 | 80,0 | 408 | 59,0 | 259 | 41,0 | |
| Uso de medicamentos | | | | | | | 0,145 |
| Não | 621 | 74,2 | 405 | 62,7 | 216 | 37,3 | |
| Sim | 210 | 25,8 | 115 | 53,5 | 95 | 46,5 | |
| Doença crônica* | | | | | | | 0,070 |
| Ausente | 429 | 51,3 | 290 | 65,1 | 139 | 34,9 | |
| Presente | 398 | 48,7 | 227 | 54,8 | 171 | 45,2 | |
| Hábito tabagista atual ou passado* | | | | | | | 0,031 |
| Não | 629 | 75,2 | 406 | 62,6 | 223 | 37,4 | |
| Sim | 201 | 24,8 | 113 | 52,9 | 88 | 47,1 | |
| Hábito etilista atual ou passado* | | | | | | | 0,436 |
| Não | 560 | 67,8 | 355 | 61,5 | 205 | 38,5 | |
| Sim | 270 | 32,2 | 164 | 57,5 | 106 | 42,5 | |
| Desfechos de saúde | | | | | | | |
| <i>Condições Normativas de Saúde Bucal</i> | | | | | | | |
| Alterações de mucosas* | | | | | | | 0,989 |
| Não | 719 | 86,6 | 454 | 60,2 | 265 | 39,8 | |
| Sim | 110 | 13,4 | 64 | 60,3 | 46 | 39,7 | |
| Número de dentes presentes | | | | | | | 0,005 |
| 28 - 32 dentes | 372 | 45,5 | 254 | 67,2 | 118 | 32,8 | |
| 20 - 27 dentes | 275 | 32,3 | 158 | 54,5 | 117 | 45,5 | |
| 0 - 19 dentes | 184 | 22,2 | 108 | 55,0 | 76 | 45,0 | |
| Uso de prótese dentária | | | | | | | 0,398 |
| Não | 548 | 65,9 | 349 | 61,6 | 199 | 38,4 | |
| Um arco | 207 | 25,0 | 122 | 56,1 | 85 | 43,9 | |
| Dois arcos | 76 | 9,1 | 49 | 63,1 | 27 | 36,9 | |
| CPOD | | | | | | | 0,706 |
| ≤ 10 | 120 | 14,4 | 77 | 62,0 | 43 | 38,0 | |
| > 10 | 711 | 85,6 | 443 | 60,0 | 268 | 40,0 | |
| Doença periodontal* | | | | | | | 0,356 |
| Não | 727 | 90,4 | 461 | 61,2 | 266 | 38,8 | |
| Sim | 75 | 9,6 | 42 | 54,3 | 33 | 45,7 | |
| Necessidade normativa de tratamento odontológico* | | | | | | | <0,001 |
| Não | 385 | 48,3 | 276 | 69,0 | 109 | 31,0 | |
| Sim | 417 | 51,7 | 227 | 52,5 | 190 | 47,5 | |

Condições Subjetivas de Saúde

| | | | | | | | |
|--|-----|------|-----|------|-----|------|------------------|
| Satisfação com a vida | | | | | | | 0,001 |
| Satisfeito | 707 | 84,8 | 460 | 62,9 | 247 | 37,1 | |
| Insatisfeito | 124 | 15,2 | 60 | 46,4 | 64 | 53,6 | |
| Domínio físico da Qualidade de Vida* | | | | | | | <0,001 |
| Satisfatório | 569 | 69,0 | 391 | 66,1 | 178 | 33,9 | |
| Insatisfatório | 261 | 31,0 | 128 | 47,2 | 133 | 52,8 | |
| Domínio mental da Qualidade de Vida * | | | | | | | 0,987 |
| Satisfatório | 511 | 62,8 | 319 | 60,3 | 192 | 39,7 | |
| Insatisfatório | 319 | 37,2 | 200 | 60,2 | 119 | 39,8 | |
| Autopercepção da saúde bucal | | | | | | | <0,001 |
| Excelente/boa | 419 | 48,6 | 298 | 69,9 | 121 | 30,1 | |
| Regular/ruim/péssima | 412 | 51,4 | 222 | 51,3 | 190 | 48,7 | |
| Autopercepção da mastigação | | | | | | | 0,001 |
| Excelente/boa | 488 | 58,0 | 329 | 65,8 | 159 | 34,2 | |
| Regular/ruim/péssima | 343 | 42,0 | 191 | 52,9 | 152 | 47,1 | |
| Autopercepção da aparência | | | | | | | <0,001 |
| Excelente/boa | 452 | 54,0 | 309 | 67,0 | 143 | 33,0 | |
| Regular/ruim/péssima | 379 | 46,0 | 211 | 52,5 | 168 | 47,5 | |
| Autopercepção da fala | | | | | | | 0,217 |
| Excelente/boa | 678 | 81,2 | 429 | 61,6 | 249 | 38,4 | |
| Regular/ruim/péssima | 153 | 18,8 | 91 | 54,9 | 62 | 45,1 | |
| Autopercepção do relacionamento | | | | | | | 0,095 |
| Excelente/boa | 698 | 83,0 | 450 | 62,5 | 248 | 37,5 | |
| Regular/ruim/péssima | 133 | 17,0 | 70 | 49,9 | 63 | 50,1 | |
| Autopercepção de incômodo | | | | | | | 0,005 |
| Não | 663 | 79,9 | 432 | 63,4 | 231 | 36,6 | |
| Sim | 168 | 20,1 | 88 | 48,1 | 80 | 51,9 | |
| Autopercepção da necessidade de tratamento odontológico* | | | | | | | 0,015 |
| Não | 176 | 21,6 | 125 | 67,9 | 176 | 32,1 | |
| Sim | 653 | 78,4 | 394 | 58,2 | 653 | 41,8 | |
| Dor em dentes e gengivas | | | | | | | 0,035 |
| Não | 514 | 60,9 | 338 | 63,7 | 176 | 36,3 | |
| Sim | 317 | 39,1 | 182 | 55,0 | 135 | 45,0 | |
| Impacto da saúde bucal na qualidade de vida* | | | | | | | <0,001 |
| Não impactou | 598 | 71,1 | 402 | 65,6 | 196 | 34,4 | |
| Impactou | 231 | 28,9 | 117 | 47,3 | 114 | 52,7 | |

* Variação no n=831, devido à perda de informação.

Foram considerados somente pacientes dentados.

† Estimativas corrigidas pelo efeito do desenho amostral.

Foram destacadas (negrito) as variáveis selecionadas para compor o modelo múltiplo ($p < 0,2$).

Tabela 2. Análise múltipla dos fatores associados à falta de acesso à informação sobre como evitar problemas bucais entre adultos de Montes Claros (MG), 2009.

| Características | OR (IC 95%) | p valor |
|---|--------------------|------------------|
| Determinantes Pessoais | | |
| Renda <i>per capita</i> | | 0,004 |
| Acima de R\$400,00 | 1 | |
| R\$0,00 - R\$ 400,00 | 2,31 (1,33 - 4,01) | |
| Serviços de Saúde / Custos com a Saúde | | |
| Satisfação com o uso dos serviços odontológicos | | <0,001 |
| Satisfeito | 1 | |
| Insatisfeito | 3,28 (1,87 - 5,75) | |
| Comportamentos Relacionados à Saúde | | |
| Uso de fio dental | | 0,005 |
| Sim | 1 | |
| Não | 1,55 (1,15 - 2,09) | |
| Desfechos de Saúde | | |
| Domínio físico da Qualidade de Vida | | 0,002 |
| Satisfatório | 1 | |
| Insatisfatório | 1,98 (1,29 - 3,03) | |
| Autopercepção da saúde bucal | | 0,003 |
| Excelente/boa | 1 | |
| Regular/ruim/péssima | 1,74 (1,23 - 2,46) | |

Pseudo R² (Nagelkerke) = 16,1%

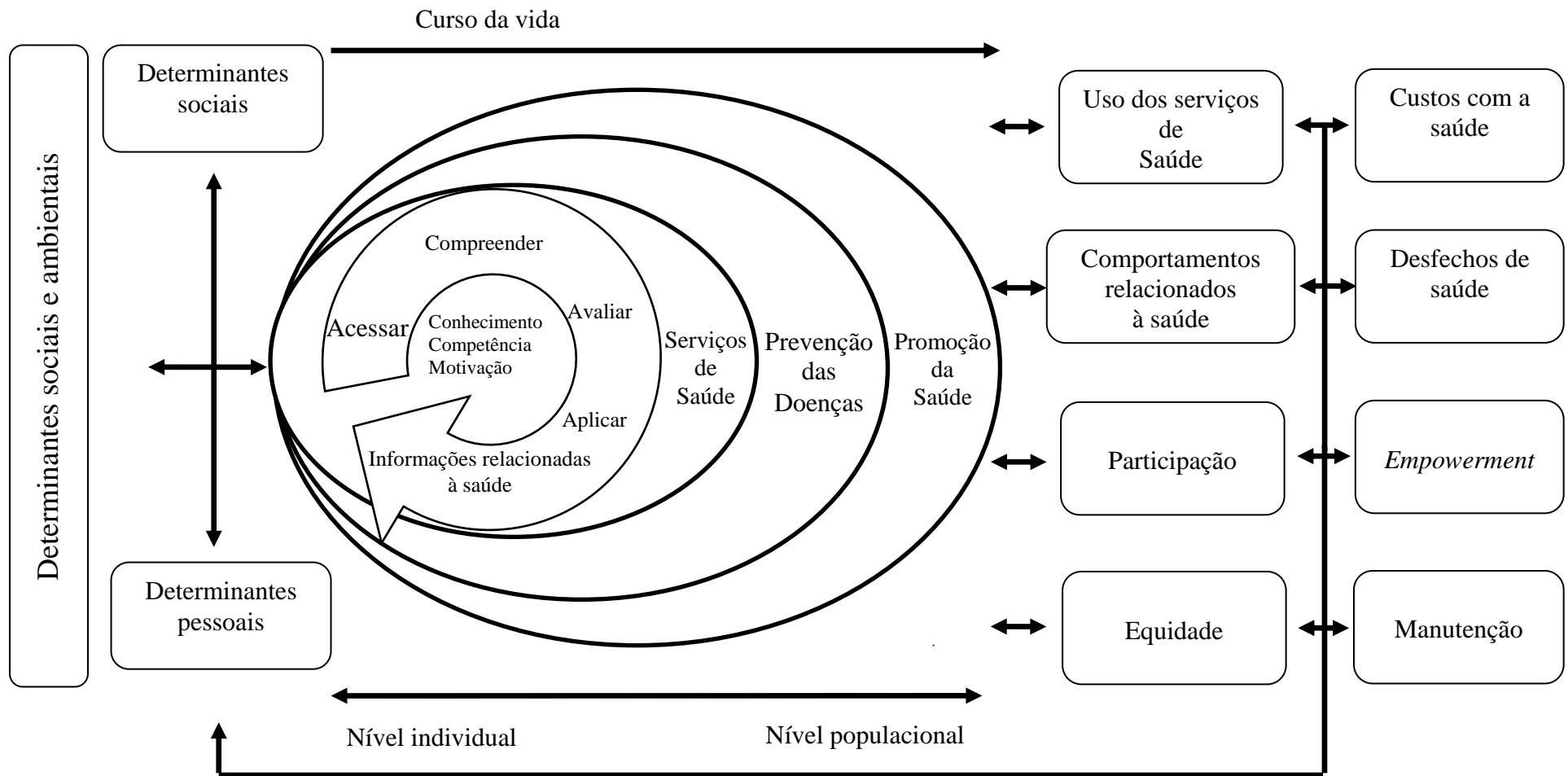


Figura 1 - Modelo teórico da *Alfabetização em saúde* apresentado por Sørensen *et al.* em 2012.

Fonte: Sørensen *et al.*, 2012⁶.

4.3 PRODUTO 3

VALIDADE DA AUTOPERCEPÇÃO DA PRESENÇA DA CÁRIE DENTÁRIA COMO TESTE DIAGNÓSTICO ENTRE ADULTOS

SELF-PERCEPTION VALIDITY OF DENTAL CARIES PRESENCE AS DIAGNOSTIC TEST AMONG ADULTS

VALIDEZ DE LA PRESENCIA DE CARIES DENTAL AUTO-PERCIBIDA COMO PRUEBA DIAGNÓSTICA ENTRE LOS ADULTOS

Título resumido: Validade da autopercepção da cárie dentária como teste diagnóstico

Resumo

Objetivou-se investigar a validade da autopercepção da presença da cárie dentária (APCD) e fatores associados, através de estudo com 795 adultos (35-44 anos). A variável dependente foi APCD, as independentes reunidas em blocos. Três modelos logísticos foram conduzidos: 1) Todos os adultos, 2) Adultos com lesões de cárie normativa e 3) Adultos sem tais lesões. A APCD apresentou sensibilidade de 77,7%, especificidade de 58%, acurácia de 65%, VPP de 52% e VPN de 81%. No modelo 1, a APCD foi associada ao tempo de uso dos serviços odontológicos, acesso à informação, uso de fio dental, lesões normativas, percepção da necessidade de tratamento, dor, insatisfação com a saúde bucal e geral. No modelo 2, a APCD foi associada ao tempo de uso dos serviços odontológicos, percepção da necessidade de tratamento e insatisfação com a saúde bucal e geral. No modelo 3, APCD foi associada ao tempo de uso dos serviços odontológicos, acesso à informação, percepção da necessidade de tratamento, insatisfação com a saúde bucal e uso de fio dental. A APCD mostrou utilidade limitada como método de diagnóstico.

Palavras-Chave: Autopercepção; Cárie dentária; Adultos; Saúde bucal; Epidemiologia.

Abstract

This study investigated the validity of the self-perceived dental caries (SPDC, dependent variable) and associated factors in a samples of adults (n = 795). Independent variables were grouped into thematic blocks. Logistic regression models were performed with all adults; adults with dental caries (DC) and; adults without DC. SPDC showed a sensitivity of 77.7%, specificity 58%, accuracy of 65%, positive predictive value of 52%, and negative predictive value of 81%. SPDC was associated with time use of dental services and dissatisfaction with oral health in all models. In the first model, SPDC was associated with access to oral health information, dental flossing, normative DC diagnosis, self-perceived oral treatment need, and oral pain. In the second model, SPDC was associated with self-perceived oral treatment need and dissatisfaction with general health. In the third model, SPDC was associated with access to oral health information, need for oral treatment awareness, and dental flossing. In conclusion, SPDC showed limited utility as a diagnostic method to DC in adults.

Keywords: Self-perception; Dental Caries; Adults; Oral health; Epidemiology.

Resumen

Este estudio tuvo como objetivo investigar la validez de la auto percepción de la presencia de caries dental (APCD) y los factores asociados, a través del estudio de 795 adultos (35-44 años). La variable dependiente fue APCD, los bloques independientes reunidos. Se realizaron tres modelos logísticos: 1) Todos los adultos, 2) Adultos con las normas de lesiones cariosas y 3) Adultos sin este tipo de lesiones. El APCD tuvo una sensibilidad del 77,7%, una especificidad del 58%, una precisión del 65%, VPP 52% y un VPN del 81%. En el modelo 1, el APCD se asoció con el tiempo de uso de los servicios dentales, el acceso a la información, uso de hilo dental, lesiones reguladoras, percibe la necesidad de tratamiento, el dolor, la insatisfacción con la salud oral y general. En el modelo 2, la APCD se asoció con la duración del uso de los servicios dentales, necesidad de tratamiento y la insatisfacción con la salud oral y general percibida. En el modelo 3, APCD se asoció con el tiempo de uso de los servicios dentales, el acceso a la información, la conciencia de la necesidad de tratamiento, la insatisfacción con la salud oral y el uso. El APCD ha demostrado una utilidad limitada como método de diagnóstico.

Palabras clave: Auto-percepción; La caries dental; Adultos; Salud bucal; Epidemiología.

INTRODUÇÃO

A autopercepção ou “autoavaliação” em saúde bucal é a capacidade individual e subjetiva de perceber e avaliar a própria saúde bucal. Baseia-se em informações e conhecimentos disponíveis, mediados por experiências prévias, contexto social, cultural e histórico de cada indivíduo^{1,2}. O estudo da autopercepção tem recebido atenção crescente na área da saúde³. Já foi observado que o conceito é útil para gestão/planejamentos dos serviços de saúde, na prevenção, prática clínica e em pesquisas⁴. Assim, a autopercepção da saúde bucal pode ajudar na avaliação, organização e financiamento dos serviços de saúde, nas intervenções de promoção de saúde, na avaliação das necessidades de tratamento, bem como na identificação de indivíduos que potencialmente mais se beneficiariam com o tratamento odontológico⁵. Além disso, já foi confirmado que a mesma é preditora da procura por atendimento odontológico^{2,6} e pode captar qual a consciência que os indivíduos têm de sua própria condição bucal, consciência esta, que influencia seus comportamentos em saúde⁷.

Estudos referentes à autopercepção da saúde bucal podem oferecer oportunidade de aferição da condição bucal considerando o que é aceitável por parte dos indivíduos uma vez que o exame clínico aumenta os custos dos inquéritos epidemiológicos em saúde bucal^{8,9}. Além da limitação do custo, há que se considerar também que mesmo os índices puramente clínicos/normativos não estão livres da subjetividade inerente ao olhar do examinador. Algum grau de variação ou erro de diagnóstico pode ocorrer intra ou interexaminadores¹⁰. Fatores físicos e psicológicos tais como fadiga, flutuações no interesse pelo estudo, dificuldade na tomada de decisões e variações na acuidade visual e no senso tátil podem afetar o julgamento dos examinadores em algumas ocasiões e em diferentes estágios, afetando a consistência das observações clínicas¹¹.

A cárie dentária representa um importante problema de saúde pública no Brasil¹² e no mundo¹³. Representa o problema de saúde bucal prevalente, sendo que cerca de 99% dos adultos brasileiros já apresentaram alguma experiência de cárie¹⁴. Apesar disso, são escassos os estudos que tenham avaliado fatores associados à autopercepção da cárie dentária pelos indivíduos⁹, sejam eles portadores ou não de lesões normativas. O entendimento dos fatores que contribuem para uma percepção adequada da presença da cárie dentária é importante, tendo em vista sua grande utilidade potencial como um indicador de saúde bucal¹⁵.

Uma vez que os adultos constituem a maioria da população, representam o estrato populacional predominantemente ativo do ponto de vista econômico, além de poderem influenciar de forma decisiva o comportamento de seus dependentes¹⁶, este estudo objetivou

identificar os fatores associados à autopercepção da presença da cárie dentária entre adultos, considerando os portadores e os não portadores de lesões cariosa conforme diagnósticos normativos.

METODOLOGIA

Estudo transversal conduzido em uma amostra representativa de adultos (35-44 anos)¹⁰ de um município brasileiro de grande porte, localizado no estado de Minas Gerais. A metodologia adotada foi baseada no levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira (Projeto SB Brasil)¹⁷ e nas preconizações da Organização Mundial de Saúde (OMS)¹⁰. O estudo foi previamente aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa (parecer número n° 318/06 – Unimontes).

Foi adotada amostragem complexa, probabilística por conglomerados em dois estágios (setores censitários e quadras), garantindo proporcionalidade por sexo. Os cálculos indicaram a necessidade de examinar 762 indivíduos adultos, considerando a ocorrência dos eventos ou doenças em 50%, intervalo de confiança de 95%, erro tolerável de 5%, *Deff* igual a 2,0 e taxa de não-resposta de 20%.

Os domicílios situados nas quadras sorteadas foram visitados e os adultos convidados a participar. Após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, foram conduzidas entrevistas e exames intrabucais, realizados por cirurgiões-dentistas treinados e calibrados, que alcançaram concordância Kappa satisfatória¹⁸, acompanhados de anotadores/digitadores (acadêmicos) treinados. Os exames foram conduzidos sob luz natural, com auxílio de espelho e adotando todos os códigos/critérios propostos pela OMS¹⁰.

Os dados foram registrados em computadores de mão, utilizando um programa criado especificamente para esse fim que permitiu construção simultânea do banco de dados. A análise dos dados foi conduzida empregando-se o programa estatístico PASW (Predictive Analytics Software®).

A variável dependente estudada foi a autopercepção da presença da cárie dentária, obtida por meio da seguinte pergunta da entrevista: “Você acha que tem cárie dentária?” (sim/não). As variáveis independentes foram reunidas em cinco grupos: Sociodemográficas, Utilização de serviços odontológicos, Condições normativas de saúde bucal, Autopercepção da saúde e Hábitos.

As variáveis Sociodemográficas foram: idade (35 a 39 anos/40 a 44 anos); sexo (feminino/masculino); cor da pele autodeclarada (branco/não branco); local de residência

(zona urbana/zona rural); renda *per capita* ($>R\$ 200,00/\leq R\$200,00$); escolaridade em anos (>8 anos/ ≤ 8 anos/analfabeto-sem escolaridade); união estável (sim/não); posse de automóvel (sim/não).

As variáveis da Utilização dos serviços odontológicos foram: tipo de serviço odontológico utilizado (privado, supletivo ou outro/público); tempo do último uso do serviço odontológico (≤ 1 ano/ >1 ano); motivo do uso (rotina-manutenção/problemas odontológicos); recebeu informação sobre como evitar problemas bucais (sim/não).

As variáveis relativas às Condições normativas de saúde bucal foram: número de dentes presentes (≥ 20 dentes presentes/ <20 dentes presentes); cárie dentária normativa (ausente/presente); doença periodontal (ausente/presente); lesão na mucosa (ausente/presente); uso de prótese (não usa/usa); necessidade de tratamento de urgência (não/sim). A doença periodontal foi considerada presente naqueles indivíduos que apresentaram, num mesmo sextante, bolsa periodontal ≥ 4 mm (CPI) e perda de inserção ≥ 4 mm (PIP)¹⁹.

O grupo das variáveis da Autopercepção da saúde foi constituído por: autopercepção da necessidade de tratamento odontológico (não/sim); autopercepção da aparência (excelente-boa/regular-ruim-péssima); autopercepção da mastigação (excelente-boa/regular-ruim-péssima); autopercepção da fala (excelente-boa/regular-ruim-péssima); autopercepção do relacionamento social (não afeta/afeta); autopercepção do paladar (excelente-boa/regular-ruim-péssima); autopercepção de mau hálito (não percebido/percebido); autopercepção da saúde bucal (satisfeito/insatisfeito); relato de dor (ausente/ presente); relato de incômodo na boca (não/sim); satisfação com a vida (satisfeito/insatisfeito); satisfação com a saúde (satisfeito/insatisfeito).

O grupo das variáveis referente a Hábitos contemplou: tabagismo (ausente/presente); etilismo (ausente/presente); uso de fio dental (sim/não); higiene bucal (2 ou mais vezes ao dia/menos de 2 vezes ao dia); autoexame da boca (sim/não).

Inicialmente, medidas de validade como sensibilidade (s), especificidade (e), acurácia, valor preditivo positivo (VPP) e valor preditivo negativo (VPN) foram calculadas para a autopercepção da presença da cárie dentária, tendo como referência (“padrão-ouro”) a presença da cárie dentária normativa, ou seja, aferida clinicamente por um cirurgião-dentista devidamente calibrado.

Para este estudo, foram excluídos das análises os desdentados (n=13), os sem informação sobre a autopercepção da presença da cárie dentária (n=18) e/ou os sem informação quanto à presença de cárie normativa (n=15). Sequencialmente, conduziu-se

análise descritiva de todas as variáveis. Foram apresentados números absolutos e percentuais corrigidos pelo efeito de desenho para as categorias das variáveis independentes. Foi realizada análise bivariada através do teste Qui-Quadrado, e todas as variáveis independentes que se mostraram associadas à dependente ao nível de 20% ($p \leq 0,2$) foram selecionadas para comporem modelos múltiplos. Para a construção do modelo múltiplo adotou-se o procedimento passo a passo, de forma que o modelo foi sendo ajustado. As variáveis que não estavam significativamente associadas e não contribuíam para o modelo foram eliminadas uma a uma. No modelo final foram mantidos apenas as variáveis que permaneceram associadas ao nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$). O percentual da variância explicada pelo modelo foi calculado através do Coeficiente de Determinação Ajustado (Pseudo R^2).

O mesmo procedimento foi novamente conduzido considerando apenas os indivíduos que, de fato, apresentaram lesões normativas de cárie (Modelo 2) e, separadamente, considerando somente aqueles que não apresentaram tais lesões (Modelo 3). Nesses casos, a variável “presença de cárie dentária” foi excluída das análises. Para a composição dos modelos 2 e 3, também foram conduzidas análises bivariadas, porém tais análises não foram apresentadas.

Todas as análises foram corrigidas pelo efeito do desenho, utilizando o comando “complex samples” do programa estatístico PASW[®] 17.0.

RESULTADOS

Foram utilizados dados dos 795 adultos. A taxa de resposta foi de 91%. Quanto às medidas de validade relativas à autopercepção da presença de cárie dentária, observou-se sensibilidade de 77,7%, especificidade de 58%, acurácia de 65%, VPP de 52% e VPN de 81%. A prevalência da autopercepção da presença de cárie dentária entre todos os adultos avaliados foi de 55,2%. Entre os adultos que apresentavam lesões normativas de cárie, 77,6% autopercebiam a presença da lesão e 42% dos adultos sem lesões normativas de cárie autopercebiam a presença de cárie dentária.

Houve um predomínio de indivíduos na faixa etária de 35 a 39 anos, do sexo feminino, que se autodeclararam não brancos, que usaram serviços odontológicos não públicos e há mais de um ano. Nas condições normativas de saúde bucal, identificou-se que a maioria não possuem lesão/lesões de cárie dentária e não apresentaram necessidade de tratamento imediato/urgência. No entanto, há um predomínio das pessoas que autopercebem a presença da cárie dentária e acreditam necessitar de tratamento odontológico. Aproximadamente dois

terços relataram não ser tabagista, não ser etilista e realizar a higiene bucal duas ou mais vezes ao dia, contudo, cerca de um quinto da amostra tem o hábito de realizar o autoexame da boca. As demais informações segundo características sociodemográficas, utilização de serviço, normativas, de autopercepção e hábitos estão na tabela 1.

Os resultados da análise bivariada, apresentados na tabela 2, mostram que a maioria das variáveis independentes foram estatisticamente associadas à variável dependente. Apenas a idade, cor da pele autodeclarada, estado civil, uso de prótese e satisfação com a vida não foram associados ao nível de $p \leq 0,2$ e, portanto, não entraram na composição do modelo múltiplo.

A análise múltipla foi construída sobre três perspectivas, apresentadas nos modelos 1, 2 e 3 (Tabela 3). O modelo 1 apresenta o modelo múltiplo relativo à autopercepção da presença da cárie dentária conduzida entre todos os indivíduos ($n=795$). Identificou-se que houve maior chance de autopercepção da presença da cárie dentária entre os indivíduos que utilizaram os serviços odontológicos há mais de um ano, entre os que não receberam informações sobre como evitar problemas bucais, entre os que apresentavam lesões normativas de cárie dentária, entre os que autoperceberam necessidade de tratamento odontológico, entre os que relataram insatisfação com a saúde bucal, entre os que relataram dor, entre os que estavam insatisfeitos com a saúde geral e entre os que não usavam fio dental. Este modelo foi capaz de explicar 41,2% da variabilidade da autopercepção da presença da cárie dentária (Pseudo R^2).

O modelo 2 trás o modelo múltiplo relativo à autopercepção da presença da cárie dentária conduzido somente entre os indivíduos que de fato apresentavam lesão de cárie dentária ($n=295$). Neste caso, a chance de autopercepção da cárie dentária foi maior entre os que usaram o serviço há mais de um ano, os que perceberam necessidade de tratamento odontológico e entre os que estavam insatisfeitos com a saúde bucal e geral. Este modelo foi capaz de explicar 27,3% da variabilidade da autopercepção da presença da cárie dentária (Pseudo R^2).

O modelo 3 revela o modelo múltiplo relativo à autopercepção da presença da cárie conduzido somente entre os indivíduos que não possuíam lesões normativas de cárie ($n=500$). Entre eles, a chance de autopercepção da presença da cárie dentária foi maior entre os que usaram os serviços odontológicos há mais de um ano, entre os que não receberam informações sobre como evitar os problemas bucais, os que perceberam a necessidade de tratamento odontológico, os que estavam insatisfeitos com a saúde bucal e entre os que não

usavam o fio dental. Este modelo foi capaz de explicar 35% da variabilidade da autopercepção da presença da cárie dentária (Pseudo R^2).

DISCUSSÃO

A validade de testes diagnósticos é um importante aspecto a ser considerado quando se enfoca a eficácia das medidas de autopercepção em prever desfechos normativos de saúde. Assim, é necessário quantificar até que ponto indicadores subjetivos reproduzem estados normativos, ou até que ponto os itens de autorrelato medem o que pretendem medir¹⁵. Nesse estudo foi observado que, do total dos pacientes com a presença normativa de lesões de cárie, 78% autoperceberam essa condição (sensibilidade). Os poucos estudos prévios identificados que abordaram essa questão evidenciaram sensibilidade para a autopercepção da cárie tanto mais alta (84%)⁹, quanto mais baixa (59%)²⁰. Já do total de indivíduos que não apresentavam lesões normativas de cárie dentária, apenas 58% se percebeu livre de lesões de cárie (especificidade), revelando que muitos que acreditam possuir a lesão, na realidade não a apresentam. Estudos prévios encontraram especificidades de 100%⁹ entre usuários da clínica odontológica da Universidade Estadual Paulista de Araraquara e de 85,7% entre pacientes da escola de Odontologia de Harvard²⁰. O fato de a amostra investigada neste estudo não ser proveniente de usuários de um serviço odontológico, mas sim adultos da comunidade em geral, pode ser a explicação para essas divergências, uma vez que o ambiente clínico representa importante oportunidade para aprendizagem e de maior conscientização de sua condição bucal²¹. Infelizmente, não foram localizados outros estudos que tenham avaliado a validade de medidas de autopercepção da cárie dentária.

Além do contexto, diferenças verificadas nos resultados de diferentes investigações podem também ser atribuídas a questões culturais e de escolaridade, fatores que sabidamente influenciam a autopercepção^{1,6,22}, mas que limitam a utilização dos autorrelatos da presença de lesões de cárie enquanto teste diagnóstico pela sua baixa reprodutibilidade. Assim, a autopercepção da presença da cárie dentária ainda não revelou níveis de reprodutibilidade e acurácia que permitam que a mesma seja usada em ampla escala como método de diagnóstico para cárie dentária, o que não significa dizer que a mesma não apresente utilidade.

A validade diagnóstica da autopercepção da presença da cárie dentária se mostra relevante quando comparada com outros métodos de diagnóstico da lesão. Um estudo, realizado para comparar métodos de diagnóstico clínico de cárie oclusal *in vitro*²³, revelou uma sensibilidade de 67% para a inspeção visual e de 58% para a inspeção visual associada à

radiografia interproximal, considerando o exame histológico como “padrão ouro”. Em relação à especificidade, os métodos mais específicos foram a associação da inspeção visual com a radiografia interproximal (90%) e a transiluminação por fibra óptica (90%). A radiografia digital direta mostrou baixa especificidade (30%)²³. Embora, o exame utilizado como referência seja diferente entre os estudos, os resultados da sensibilidade (77,7%) e especificidade (58%) da autopercepção da presença da cárie dentária no presente estudo, merecem ser destacados, apontando a autopercepção da saúde bucal como uma potencial ferramenta estratégica de diagnóstico, contribuindo para a melhoria da saúde e proporcionando importante economia de recursos.

A sensibilidade e a especificidade são calculadas com base em um teste de referência (“padrão-ouro”), contudo, na prática quando um teste é utilizado com finalidade diagnóstica, não se sabe previamente quem são os indivíduos portadores ou não de determinado agravo²⁴. Portanto, na prática clínica e para fins epidemiológicos, é importante observar mais o valor preditivo do teste do que sua sensibilidade e especificidade, uma vez que o valor preditivo indica a proporção de indivíduos que de fato apresentam ou não a lesão diante de um resultado do teste²⁴.

O VPP foi relativamente baixo (52%) indicando que, dentre os indivíduos que autoperceberam presença de cárie dentária, apenas a metade realmente apresentava tais lesões. Possivelmente, outros problemas bucais, tais como doença periodontal, fraturas, pigmentações diversas, entre outras condições, podem estar sendo equivocadamente percebidas como cárie dentária, evidenciando superestimação na percepção da presença da cárie dentária. A literatura científica já confirmou maior fidedignidade nos relatos de autopercepção da cárie do que nos relatos de autopercepção da doença periodontal^{8,20}. Estudo prévio² encontrou maiores discrepâncias entre índices clínicos e percepção das condições bucais entre idosos, sendo a diferença maior na avaliação das doenças periodontais do que na cárie dentária. Investigação, conduzida entre universitários do Japão²⁵, revelou que a má oclusão e sintomas de disfunção temporomandibular (DTM) apresentaram pouca influência sobre a autopercepção da saúde bucal, enquanto a experiência de cárie dentária afetou significativamente essa autopercepção. Assim, a precária percepção de outros problemas bucais, pode favorecer a percepção de presença de cárie, por ser o problema bucal mais prevalente e por existir maior conhecimento popular a respeito das lesões cariosas do que qualquer outro tipo de alteração presente na cavidade bucal.

Por outro lado, foi constatado VPN relativamente alto (81%). Assim, dentre os que afirmaram não autoperceberem cárie dentária, 81% de fato não possuíam a doença, o que

torna a percepção de ausência da cárie dentária mais confiável. Novamente, por ser o problema bucal mais prevalente, por existir maior conhecimento popular a seu respeito e principalmente por ser a alteração dentária mais perceptível visualmente, os relatos de sua ausência sejam bem mais fidedignos do que de sua presença.

A autopercepção da presença de cárie dentária foi maior entre os que utilizaram os serviços odontológicos há mais tempo, autoperceberam necessidade de tratamento odontológico e relataram insatisfação com a saúde bucal, independentemente de apresentarem ou não lesões normativas (em todos os modelos). No geral, observou-se que a percepção da presença de cárie esteve associada a contextos desfavoráveis, embora não tenha revelado associação com nenhuma variável sociodemográfica.

O tempo de uso dos serviços odontológicos superior a um ano esteve associado a uma maior autopercepção em todos os modelos. O uso dos serviços odontológicos há mais tempo pode piorar as condições normativas de saúde bucal, bem como aumentar a insegurança dos indivíduos com sua própria saúde. Também já foi evidenciado que o uso dos serviços odontológicos no último ano esteve associado a percepções mais positivas da saúde bucal entre adultos²⁶ e idosos²⁷. Assim, o uso dos serviços odontológicos com frequência adequada poderia aumentar o poder preditivo da autopercepção da saúde bucal e merece ser perseguido.

A variável que mais fortemente esteve associada à autopercepção da presença da cárie dentária nos três modelos avaliados foi autopercepção da necessidade de tratamento odontológico, corroborando com a ideia de que muitos dos problemas bucais podem estar sendo atribuídos, mesmo que de forma equivocada, a cárie dentária. Da mesma forma, a autopercepção negativa da saúde bucal, também mostrou associação com o desfecho em todos os modelos. Já foi constatado que o principal motivo relatado para a procura do serviço odontológico foi a presença de lesões normativas de cárie²⁸. Estudos prévios também já evidenciaram que a autopercepção negativa das condições de saúde bucal representa o principal fator preditor da procura por atendimento odontológico^{2,3,5,6}, sendo destacada como um fator determinante de saúde bucal em países com os sistemas de saúde ainda em desenvolvimento²⁹. Embora, variáveis subjetivas como as de autopercepção abriguem certas limitações^{2,22}, os serviços de saúde não podem desconsiderar tal conjunto de informações, pois apresentam o potencial de identificar grupos que percebem de modo negativo suas condições de saúde e que podem, de fato, apresentar pior estado de saúde. Assim, acessar tais percepções contribuiria com maior equidade por parte dos serviços de saúde.

A autopercepção da presença de cárie dentária mostrou-se associada a pior percepção de saúde geral somente nos modelos 1 e 2, sugerindo que, mais do que a percepção em si, a

presença de lesões normativas impactaria na satisfação da saúde geral, já que não se mostrou associada entre aqueles que percebiam tais lesões, sem de fato as possuírem (modelo 3). Estudo prévio verificou que a qualidade de vida e a percepção da saúde geral sofrem influência de condições bucais precárias³⁰ e da pior autopercepção da saúde bucal de adultos³¹ e idosos³². Por outro lado, a insatisfação com a própria saúde poderia exacerbar a autopercepção negativa da saúde bucal, uma vez que a depressão já foi considerada como um preditor de autoavaliação negativa da saúde bucal por estudo prévio³³. Como se trata de um estudo transversal, não se pode afirmar a direção das associações observadas, entretanto, fica evidenciado, que saúde bucal e geral não são percebidas de forma isolada, sendo que a percepção negativa de um desses fatores possivelmente interfere no outro.

Estudo prévio⁹ constatou efetividade da autopercepção da cárie dentária em prever a presença normativa de lesões em pacientes atendidos por um serviço odontológico universitário. A chance de autopercepção da presença da cárie dentária foi três vezes maior entre os indivíduos que de fato apresentavam lesões, quando comparado aos que não apresentavam, corroborando com a validade verificada da autopercepção como teste diagnóstico (modelo 1). Esse achado enfatiza a importância das questões relativas à autopercepção da saúde, uma vez que autorrelatos dos pacientes apresentam o potencial de se tornar instrumentos de rastreamento, de uma forma que mais indivíduos considerem aceitável e com menor demanda de tempo e custo^{8,9}, sendo também recomendável sua consideração na avaliação dos indivíduos para atendimento odontológico⁹. Além disso, outros estudos já demonstraram a eficácia de se mensurar os níveis de saúde bucal através de escalas de autorrelato^{34,35}, no entanto, são escassos os estudos voltados especificamente para a validade da autopercepção da cárie dentária, tendo sido identificados apenas dois estudos nessa temática^{9,20}.

Os adultos investigados que relataram dor, independentemente de possuírem ou não lesões normativas (modelo 1), apresentaram uma chance maior de autopercepção da presença de cárie dentária. A dor é uma reconhecida medida de impacto da saúde bucal na qualidade de vida e estudos prévios já observaram a dor como preditora da autopercepção negativa da saúde bucal^{27,36}. Na ausência desse sintoma, muitos acreditam estar livres de doenças bucais³⁷ e, sendo a cárie dentária a mais prevalente doença bucal, a presença de dor pode ser interpretada como presença de cárie dentária. Este achado sugere que sintomas, subjetivamente percebidos, podem acabar sendo interpretados pelos indivíduos como indicadores de doença, independentemente da presença de sinais clínicos, objetivamente observados.

Nos modelos 1 e 3, adultos que não receberam informações sobre como evitar problemas bucais apresentaram chance aproximadamente duplicada de autoperceberem presença de cárie dentária. Foi interessante observar que tal associação ocorreu na ausência de lesões normativas (modelo 3), indicando que adultos que não relataram acesso a informações, perceberam de forma mais incoerente sua condição bucal (autoperceberam lesões de cárie, mesmo não as possuindo). Este relevante achado evidencia a importância de garantir acesso a informações, em quantidade e qualidade adequadas, para estimular hábitos de autoexame e autocuidado, contribuindo para tornar os indivíduos mais conscientes e confiantes de sua condição bucal. Estudos prévios já verificaram que o acesso a informações contribui para melhores condições bucais normativas^{38,39} e percebidas⁴⁰. Investigação recente constatou que baixos níveis de *Alfabetização em saúde*, mesmo após ajuste por determinantes socioeconômicos e demográficos, foram preditores de uma pior autopercepção da saúde bucal²⁹. Assim, a garantia de maior acesso a informações em saúde bucal aponta como caminho a ser perseguido para aumentar o poder preditivo da autopercepção das doenças bucais, dentre elas, a cárie dentária.

Os adultos que relataram não utilizar o fio dental na higiene bucal referiram maior autopercepção da presença de cárie dentária (modelos 1 e 3). Estudo prévio constatou que piores hábitos de higiene bucal estiveram associados a uma pior percepção da saúde bucal²⁵. Sabe-se que o uso do fio dental é um comportamento amplamente recomendado para se alcançar níveis satisfatórios de saúde bucal. A ausência dessa prática contribui, provavelmente, com uma maior autopercepção de problemas bucais, uma vez que comportamentos “inadequados” em saúde são consequentemente associados ao surgimento de lesões. Os resultados da presente investigação reforçam essa ideia, uma vez que a ausência do uso do fio dental se mostrou associada à autopercepção da cárie dentária mesmo naqueles indivíduos que não apresentavam lesões normativas.

Convém destacar que o relato de uso do fio dental parece mais sensível para mensurar o autocuidado em saúde bucal do que o relato de frequência de escovação dentária. Em estudos conduzidos entre adultos^{41,42}, o relato de escovação dentária de três vezes ao dia é recorrente, podendo, em várias situações, não refletir as práticas reais de higiene bucal, sugerindo a possibilidade de viés de informação. Essa pode ser uma possível explicação para não ter sido identificada associação entre autopercepção da presença de cárie dentária e frequência de escovação.

A autoavaliação da saúde bucal é um indicador sintético, válido e útil do estado de saúde bucal²⁵. Portanto, os serviços de saúde precisam acessar as percepções de seus usuários,

inclusive, como uma forma de reduzir as iniquidades em saúde, ao considerá-las na organização dos serviços, definição de prioridades e atendimento das demandas. Além disso, é imprescindível que os serviços de saúde atuem em prol de garantir maior acesso a informações em saúde bucal, para que seus usuários se tornem cada vez mais conscientes de sua condição bucal e da relevância dos hábitos de autoexame e autocuidado, que devem ser estimulados, principalmente, entre a população adulta devido à influência que exercem no comportamento de seus dependentes¹⁶.

O delineamento de corte transversal é uma limitação do estudo, pois impede o estabelecimento de causa e efeito entre as variáveis, por não ser possível estabelecer uma relação temporal entre as associações observadas. No entanto, 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 que garantiram validade e confiabilidade aos dados, minimizando a possibilidade do viés. Além disso, investigações com delineamento transversal são importantes, à medida que respaldam o desenvolvimento de ações de saúde por fornecerem dados imediatos da realidade do grupo observado e a geração de novas hipóteses.

CONCLUSÃO

Como teste diagnóstico, a autopercepção da presença de cárie dentária ainda apresenta limitações que inviabilizam seu uso em ampla escala, o que não significa que a mesma não tenha utilidade ou não possa ser usada em contextos específicos. Constatou-se acurácia limitada (65%), com sensibilidade de 78%, especificidade de 58%, poder preditivo positivo de 52% e poder preditivo negativo de 81%. Esses achados revelam haver superestimação na percepção da presença de cárie dentária, indicando que os relatos de sua presença são menos confiáveis do que de sua ausência.

Constatou-se que a autopercepção da presença da cárie dentária esteve relacionada a contextos desfavoráveis: presença de sintomas e doença, insatisfação com a saúde bucal e geral, menor frequência de utilização dos serviços odontológicos, desinformação e hábitos de higiene inadequados. Além disso, a autopercepção da presença da cárie dentária mostrou-se preditora da percepção da necessidade de tratamento odontológico, destacando sua importância na avaliação dos indivíduos para atendimento odontológico. Sendo assim, uso frequente dos serviços odontológicos e maior acesso a informações em saúde bucal apontam

como caminhos a serem perseguidos para aumentar a validade e o poder preditivo da autopercepção da presença da cárie dentária.

REFERÊNCIAS

1. Gilbert L. Social factors and self-assessed oral health in South Africa. *Community Dent Oral Epidemiol* 1994; 22: 47-51.
2. Gilbert GH, Heft MW, Duncan RP, Ringelberg ML. Perceived need for dental care in dentate older adults. *Int Dent J* 1994; 44(2): 145-152.
3. Lundegren N, Axtelius B, Hakansson J, Akerman S. Dental treatment need among 20 to 25-year-old Swedes: discrepancy between subjective and objective need. *Acta Odontol Scand* 2004; 62(2): 91-96.
4. Bjorner JB, Kristensen TS, Orth-Gomér K, Tibblin G, Sullivan M, Westerholm P. *Self-rated health : a useful concept in research, prevention, and clinical medicine*. 9ªed. Swedish Council for Planning and Coordination of Research (Forskningsrådsnämnden) (FRN); 1996. 144p.
5. Locker D, Jokovic LD. Using subjective oral health status indicators to screen for dental care needs in older adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996; 24(6): 398-402.
6. Haikal DS, De-Paula AMB, Martins AMEBL, Moreira AN, Ferreira EF. Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: uma abordagem quanti-qualitativa. *Cien Saude Colet* 2011; 16(7): 3317-3329.
7. Soares GB, Batista RM, Zandonade E, Oliveira AE. Association of self-perception of oral health with clinical oral parameters. *Rev Bras Odontol* 2011; 68(2): 268-273.
8. Gilbert AD, Nuttall NM. Self-reporting of periodontal health status. *Br Dent J* 1999; 186(5): 241-244.
9. Pinelli C, Loffredo LCM. Reproducibility and validity of self-perceived oral health conditions. *Clin Oral Invest* 2007; 11(4): 431-437.

10. OMS - Organização Mundial de Saúde (World Health Organization). *Oral Health surveys: basic methods*. 4th edition. Geneva: ORH/EPID; 1997.
11. WHO - World Health Organization. *Calibration of examiners for oral health epidemiological surveys*. Geneva: ORH/EPID; 1993.
12. Narvai PC. Collective oral health: ways from sanitary dentistry to buccality. *Rev Saude Publica* 2006; 40: 141-147.
13. Selwitz RH, Ismail AI, Pitts NB. Dental caries. *Lancet* 2007; 369(9555): 51-59.
14. Brasil. Ministério da Saúde. *Projeto SB Brasil 2010: Resultados principais*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
15. Jamieson LM, Thomson WM. The Dental Neglect and Dental Indifference scales compared. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002; 30(3): 168-175.
16. Pinto VG. (Ed.) *Saúde Bucal Coletiva*. 4ªed. São Paulo: Editora Santos; 2000. 541p.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
18. Cicchetti DV, Volkmar F, Sparrow SS, Cohen D, Fermanian J, Rourke BP. Assessing the reliability of clinical scales when the data have both nominal and ordinal features: proposed guidelines for neuropsychological assessments. *J Clin Exp Neuropsychol* 1992; 14(5): 673-686.
19. Cascaes AM, Peres KG, Peres MA. Periodontal disease is associated with poor self-rated oral health among Brazilian adults. *J Clin Periodontol* 2009; 36: 25-33.
20. Pitiphat W, Garcia RI, Douglass CW, Joshipura KJ. Validation of self-reported oral health measures. *J Public Health Dent* 2002; 62(2):122-128.
21. Green LW, Kreuter MW. *Health promotion planning: an educational and environmental approach*. Mountain View: Mayfield Publishing Company; 1991.

22. Y Kiyak HA. Age and Culture: influences on oral health behavior. *Int Dent J* 1993; 43: 9-16.
23. Zanardo A, Rego MA. Occlusal caries diagnosis in permanent teeth: an in vitro study. *Cienc Odontol Bras* 2003; 6(3): 50-57.
24. Gordis L. *Epidemiologia*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2010.
25. Kojima A, Ekuni D, Mizutani S, Furuta M, Irie K, Azuma T, Tomofuji T, Iwasaki Y, Morita M. Relationships between self-rated oral health, subjective symptoms, oral health behavior and clinical conditions in Japanese university students: a cross-sectional survey at Okayama University. *BMC Oral Health* 2013, 13:62.
26. Matos DL, Lima-Costa MF. Auto-avaliação da saúde bucal entre adultos e idosos residentes na Região Sudeste: resultados do Projeto SB-Brasil, 2003. *Cad Saude Publica* 2006; 22(8): 1699-1707.
27. Martins AMEBL, Barreto SM, Silveira MF, Santa-Rosa TTA, Pereira RD. Autopercepção da saúde bucal entre idosos brasileiros. *Rev Saude Publica* 2010; 44(5): 912-922.
28. Gondim CG, Moura WVB, Lucena RGR, Silva BR, Vasconcelos HM, Aguiar ASW. Saúde bucal de pacientes internados em hospital de emergência. *Arq Odontol* 2012; 48(4): 270-279.
29. Sistani MMN, Yazdani R, Virtanen J, Pakdaman A, Murtomaa H. Determinants of Oral Health: Does Oral Health Literacy Matter? *ISRN Dentistry* 2013: 1-6.
30. Martins AMEBL, Jones KM, Souza JGS, Pordeus IA. Association between physical and psychosocial impacts of oral disorders and quality of life among the elderly. *Cien Saude Colet* 2014; 19(8): 3461-3478.
31. Moura C, Gusmão ES, Santillo PMH, Soares RSC, Cimões R. Autoavaliação da saúde bucal e fatores associados entre adultos em áreas de assentamento rural, Estado de Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Publica* 2014; 30(3): 611-622.

32. Andrade FB, Lebrão ML, Santos JLF, Duarte YAO, Teixeira DSC. Fatores associados à autopercepção de saúde bucal ruim entre idosos não institucionalizados do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* 2012; 28(10): 1965-1975.
33. Mathias RE, Atchison KA, Lubben JE, De Jong F, Schweitzer SO. Factors affecting self-ratings of oral health. *J Public Health Dent* 1995; 55(4): 197-204.
34. Locker D, Miller Y. Subjectively reported oral health status in an adult population. *Community Dent Oral Epidemiol* 1994; 22(6): 425-430.
35. Nuttall NM. Initial development of a scale to measure dental indifference. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996; 24(2): 112-116.
36. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health* 1994; 11: 3-11.
37. Bedos C, Brodeur JM, Levine A, Richard L, Boucheron L, Mereus W. Perception of Dental Illness Among Persons Receiving Public Assistance in Montreal. *Am J Public Health* 2005; 95(8): 1340-1344.
38. Gilbert GH, Duncan RP, Shelton BJ. Social Determinants of Tooth Loss. *Health Serv Res* 2003; 38: 1843-1862.
39. Haikal DS, Martins AMEBL, Aguiar PHS, Silveira MF, Paula AMB, Ferreira EF. O acesso à informação sobre higiene bucal e as perdas dentárias por cárie entre adultos. *Cien Saude Colet* 2014; 19: 287-300.
40. Martins AMEBL, Barreto SM, Santos-Neto PE, Sá MAB, Souza JGS, Haikal DS, Ferreira EF, Pordeus IA. Maior acesso à informação sobre como prevenir o câncer bucal entre idosos assistidos na atenção primária à saúde. *Cien Saude Colet* 2015; 20(7): 2239-2253.
41. Pinelli C, Turrioni APS, Loffredo LCM. Autopercepção em higiene bucal de adultos: reprodutibilidade e validade. *Rev Odontol UNESP* 2008; 37(2): 163-169.

42. Baldani MH, Brito WH, Lawder JAC, Mendes YBE, Silva FFM, Antunes JLF. Determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda. *Rev Bras Epidemiol* 2010; 13: 150-162.

Tabela 1- Distribuição dos adultos em números absolutos (n) e percentuais corrigidos pelo efeito de desenho (%) segundo características sociodemográficas, utilização de serviço, normativas, de autopercepção e hábitos. Montes Claros (MG), 2009 (n=795).

| Variáveis | n | % |
|---|----------|----------|
| SÓCIODEMOGRÁFICAS | | |
| Idade | | |
| 35 a 39 anos | 424 | 53,3 |
| 40 a 44 anos | 371 | 46,7 |
| Sexo | | |
| Feminino | 427 | 53,7 |
| Masculino | 368 | 46,3 |
| Cor da pele autodeclarada | | |
| Branco | 222 | 27,9 |
| Não branco | 573 | 72,1 |
| Local de residência | | |
| Zona Urbana | 780 | 98,1 |
| Zona Rural | 15 | 1,9 |
| Renda per capita*^a | | |
| >R\$ 200,00 | 404 | 52,7 |
| ≤ R\$ 200,00 | 363 | 47,3 |
| Escolaridade (anos) | | |
| >8 | 454 | 57,1 |
| ≤8 | 331 | 41,6 |
| Analfabeto/sem escolaridade | 10 | 1,3 |
| União Estável | | |
| Sim | 586 | 73,7 |
| Não | 209 | 26,3 |
| Posse de automóvel | | |
| Possui automóvel | 256 | 32,2 |
| Não possui automóvel | 539 | 67,8 |
| Variáveis | | |
| UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS | | |
| Tipo de Serviço^b | | |
| Não público | 516 | 65,6 |
| Público | 270 | 34,4 |
| Tempo do último uso do serviço odontológicos^b | | |
| Menos de 1 ano | 369 | 46,9 |
| Mais de 1 ano | 417 | 53,1 |
| Motivo do uso^b | | |
| Rotina / manutenção | 280 | 35,6 |
| Problemas odontológicos | 506 | 64,4 |
| Recebeu informações sobre como evitar problemas bucais* | | |
| Sim | 501 | 63,6 |
| Não | 287 | 36,4 |
| Variáveis | | |
| CONDIÇÕES NORMATIVAS | | |
| Número de dentes presentes | | |
| ≥ 20 dentes presentes | 629 | 79,1 |
| < 20 dentes presentes | 166 | 20,9 |
| Cárie dentária normativa | | |
| Ausente | 500 | 62,9 |
| Presente | 295 | 37,1 |
| Doença periodontal | | |
| Ausente | 719 | 90,4 |
| Presente | 76 | 9,6 |
| Lesão na mucosa* | | |
| Ausente | 689 | 86,9 |
| Presente | 104 | 13,1 |
| Uso de prótese | | |
| Não usa | 546 | 68,7 |
| Usa | 249 | 31,3 |
| Necessidade de tratamento de urgência | | |
| Não | 663 | 83,4 |
| Sim | 132 | 16,6 |

| Variáveis | n | % |
|--|----------|----------|
| AUTOPERCEPÇÃO | | |
| Autopercepção de presença de cárie dentária | | |
| Não | 356 | 44,8 |
| Sim | 439 | 55,2 |
| Autopercepção necessidade de tratamento odontológico* | | |
| Não | 158 | 19,9 |
| Sim | 635 | 80,1 |
| Autopercepção da aparência | | |
| Excelente/Boa | 429 | 54,0 |
| Regular/Ruim/Péssima | 366 | 46,0 |
| Autopercepção da mastigação | | |
| Excelente/Boa | 466 | 58,6 |
| Regular/Ruim/Péssima | 329 | 41,4 |
| Autopercepção da fala | | |
| Excelente/Boa | 654 | 82,3 |
| Regular/Ruim/Péssima | 141 | 17,7 |
| Autopercepção do relacionamento social | | |
| Não afeta | 549 | 69,1 |
| Afeta | 246 | 30,9 |
| Autopercepção do paladar | | |
| Excelente/Boa | 735 | 92,5 |
| Regular/Ruim/Péssima | 60 | 7,5 |
| Autopercepção de mau hálito | | |
| Não percebido | 712 | 89,6 |
| Percebido | 83 | 10,4 |
| Autopercepção da saúde bucal | | |
| Satisfeito | 392 | 49,3 |
| Insatisfeito | 403 | 50,7 |
| Relato de dor | | |
| Ausente | 486 | 61,1 |
| Presente | 309 | 38,9 |
| Relato de incômodo na boca | | |
| Não | 635 | 79,9 |
| Sim | 160 | 20,1 |
| Satisfação com a vida | | |
| Satisfeito | 685 | 86,2 |
| Insatisfeito | 110 | 13,8 |
| Satisfação com a saúde geral | | |
| Satisfeito | 275 | 34,6 |
| Insatisfeito | 520 | 65,4 |
| Variáveis | n | % |
| HÁBITOS | | |
| Tabagismo | | |
| Ausente | 605 | 76,1 |
| Presente | 190 | 23,9 |
| Etilismo | | |
| Ausente | 456 | 57,4 |
| Presente | 339 | 42,6 |
| Uso de fio dental | | |
| Usa | 423 | 53,2 |
| Não usa | 372 | 46,8 |
| Higiene bucal | | |
| 2 ou mais vezes ao dia | 505 | 63,5 |
| Menos de 2 vezes ao dia | 290 | 36,5 |
| Autoexame da boca* | | |
| Sim | 162 | 20,4 |
| Não | 632 | 79,6 |

*Variação no n de 795 devido à perda de informação.

^aCotação do dólar de R\$ 2,07 à época da coleta de dados.

^bForam excluídos os 9 indivíduos (1,4%) que nunca usaram os serviços odontológicos.

Tabela 2: Distribuição dos adultos em números absolutos (n) e percentuais corrigidos pelo efeito de desenho (%) segundo análise bivariada da autopercepção da cárie dentária e sua associação com características sociodemográficas, utilização de serviço, normativas, de autopercepção e hábitos. Montes Claros (MG), 2009 (n=795).

| Variáveis | Autopercepção da Cárie Dentária | | | | p valor |
|--|---------------------------------|------|-----|------|------------------|
| | Não | | Sim | | |
| | n | % | n | % | |
| SÓCIODEMOGRÁFICAS | | | | | |
| Idade | | | | | |
| 35 a 39 anos | 186 | 43,9 | 238 | 56,1 | 0,58 |
| 40 a 44 anos | 170 | 45,8 | 201 | 54,2 | |
| Sexo | | | | | |
| Feminino | 208 | 48,7 | 219 | 51,3 | 0,016 |
| Masculino | 148 | 40,2 | 220 | 59,8 | |
| Cor da pele autodeclarada | | | | | |
| Branco | 107 | 48,2 | 115 | 51,8 | 0,228 |
| Não branco | 249 | 43,5 | 324 | 56,5 | |
| Local de residência | | | | | |
| Zona Urbana | 353 | 45,3 | 427 | 54,7 | 0,051 |
| Zona Rural | 3 | 20,0 | 12 | 80,0 | |
| Renda per capita*^a | | | | | |
| >R\$ 200,00 | 224 | 55,4 | 180 | 44,6 | <0,001 |
| ≤ R\$ 200,00 | 123 | 33,9 | 240 | 66,1 | |
| Escolaridade (anos) | | | | | |
| >8 | 248 | 54,6 | 206 | 45,4 | <0,001 |
| ≤8 | 105 | 31,7 | 226 | 68,3 | |
| Analfabeto/sem escolaridade | 3 | 30,0 | 7 | 70,0 | |
| União Estável | | | | | |
| Sim | 268 | 45,7 | 318 | 54,3 | 0,365 |
| Não | 88 | 42,1 | 121 | 57,9 | |
| Posse de automóvel | | | | | |
| Possui automóvel | 143 | 55,9 | 113 | 44,1 | <0,001 |
| Não possui automóvel | 213 | 39,5 | 326 | 60,5 | |
| UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS | | | | | |
| Tipo de serviço^b | | | | | |
| Não público | 248 | 48,1 | 268 | 51,9 | 0,024 |
| Público | 107 | 39,6 | 163 | 60,4 | |
| Tempo do último uso de serviços odontológicos^b | | | | | |
| Menos de 1 ano | 214 | 58,0 | 155 | 42,0 | <0,001 |
| Mais de 1 ano | 141 | 33,8 | 276 | 66,2 | |
| Motivo do uso^b | | | | | |
| Rotina / manutenção | 164 | 58,6 | 116 | 41,4 | <0,001 |
| Problemas odontológicos | 191 | 37,7 | 315 | 62,3 | |
| Recebeu informações sobre como evitar problemas bucais* | | | | | |
| Sim | 267 | 53,3 | 234 | 46,7 | <0,001 |
| Não | 87 | 30,3 | 200 | 69,7 | |
| CONDIÇÕES NORMATIVAS | | | | | |
| Número de dentes presentes | | | | | |
| ≥ 20 dentes presentes | 292 | 46,4 | 337 | 53,6 | 0,07 |
| < 20 dentes presentes | 64 | 38,6 | 102 | 61,4 | |
| Cárie dentária normativa | | | | | |
| Ausente | 290 | 58,0 | 210 | 42,0 | <0,001 |
| Presente | 66 | 22,4 | 229 | 77,6 | |
| Doença periodontal | | | | | |
| Ausente | 338 | 47,0 | 381 | 53,0 | <0,001 |
| Presente | 18 | 23,7 | 58 | 76,3 | |
| Lesão na mucosa* | | | | | |
| Ausente | 318 | 46,2 | 371 | 53,8 | 0,027 |
| Presente | 36 | 34,6 | 68 | 65,4 | |
| Uso de prótese | | | | | |
| Não usa | 243 | 44,5 | 303 | 55,5 | 0,818 |
| Usa | 113 | 45,4 | 136 | 54,6 | |
| Necessidade de tratamento de urgência | | | | | |
| Não | 323 | 48,7 | 340 | 51,3 | <0,001 |
| Sim | 33 | 25,0 | 99 | 75,0 | |

| <i>AUTOPERCEPÇÃO</i> | | | | | |
|--|-----|------|-----|------|------------------|
| Autopercepção necessidade de tratamento odontológico* | | | | | |
| Não | 132 | 83,5 | 26 | 16,5 | <0,001 |
| Sim | 222 | 35,0 | 413 | 65,0 | |
| Autopercepção da aparência | | | | | |
| Excelente/Boa | 239 | 55,7 | 190 | 44,3 | <0,001 |
| Regular/Ruim/Péssima | 117 | 32,0 | 249 | 68,0 | |
| Autopercepção da mastigação | | | | | |
| Excelente/Boa | 246 | 52,8 | 220 | 47,2 | <0,001 |
| Regular/Ruim/Péssima | 110 | 33,4 | 219 | 66,6 | |
| Autopercepção da fala | | | | | |
| Excelente/Boa | 313 | 47,9 | 341 | 52,1 | <0,001 |
| Regular/Ruim/Péssima | 43 | 30,5 | 98 | 69,5 | |
| Autopercepção do relacionamento social | | | | | |
| Não afeta | 269 | 49,0 | 280 | 51,0 | <0,001 |
| Afeta | 87 | 35,4 | 159 | 64,6 | |
| Autopercepção do paladar | | | | | |
| Excelente/Boa | 342 | 46,5 | 393 | 53,5 | 0,001 |
| Regular/Ruim/Péssima | 14 | 23,3 | 46 | 76,7 | |
| Autopercepção de mau hálito | | | | | |
| Não percebido | 335 | 47,1 | 377 | 52,9 | <0,001 |
| Percebido | 21 | 25,3 | 62 | 74,7 | |
| Autopercepção da saúde bucal | | | | | |
| Satisfeito | 246 | 62,8 | 146 | 37,2 | <0,001 |
| Insatisfeito | 110 | 27,3 | 293 | 72,7 | |
| Relato de dor | | | | | |
| Ausente | 261 | 53,7 | 225 | 46,3 | <0,001 |
| Presente | 95 | 30,7 | 214 | 69,3 | |
| Relato de incômodo na boca | | | | | |
| Não | 301 | 47,4 | 334 | 52,6 | 0,003 |
| Sim | 55 | 34,4 | 105 | 65,6 | |
| Satisfação com a vida | | | | | |
| Satisfeito | 310 | 45,3 | 375 | 54,7 | 0,501 |
| Insatisfeito | 46 | 41,8 | 64 | 58,2 | |
| Satisfação com a saúde geral | | | | | |
| Satisfeito | 168 | 61,1 | 107 | 38,9 | <0,001 |
| Insatisfeito | 188 | 36,2 | 332 | 63,8 | |
| HÁBITOS | | | | | |
| Tabagismo | | | | | |
| Ausente | 293 | 48,4 | 312 | 51,6 | <0,001 |
| Presente | 63 | 33,2 | 127 | 66,8 | |
| Etilismo | | | | | |
| Ausente | 223 | 48,9 | 233 | 51,1 | 0,007 |
| Presente | 133 | 39,2 | 206 | 60,8 | |
| Uso de fio dental | | | | | |
| Usa | 239 | 56,5 | 184 | 43,5 | <0,001 |
| Não usa | 117 | 31,5 | 255 | 68,5 | |
| Higiene bucal | | | | | |
| 2 ou mais vezes ao dia | 268 | 53,1 | 237 | 46,9 | <0,001 |
| Menos de 2 vezes ao dia | 88 | 30,3 | 202 | 69,7 | |
| Autoexame da boca* | | | | | |
| Sim | 81 | 50,0 | 81 | 50,0 | 0,139 |
| Não | 275 | 43,5 | 357 | 56,5 | |

*Variação no n de 795 devido à perda de informação.

^aCotação do dólar de R\$ 2,07 à época da coleta de dados.

^bForam excluídos os 9 indivíduos (1,4%) que nunca usaram os serviços odontológicos.

Foram destacadas (negrito) as variáveis selecionadas para compor o modelo múltiplo ($p < 0,2$).

Tabela 3: Modelos múltiplos de regressão logística binária ajustados relativos à autopercepção da presença da cárie dentária entre adultos.

| Variáveis | Modelo 1 ^a | | Modelo 2 ^a | | Modelo 3 ^b | |
|--|-----------------------|---------|-----------------------|---------|-----------------------|---------|
| | OR (IC 95%) | p valor | OR (IC 95%) | p valor | OR (IC 95%) | p valor |
| Tempo do último uso do serviço | | | | | | |
| Menos de 1 ano | 1 | | 1 | | 1 | |
| Mais de 1 ano | 1,96 (1,38; 2,78) | <0,001 | 2,33 (1,29-4,19) | 0,005 | 1,90 (1,23; 2,93) | 0,005 |
| Recebeu informações sobre como evitar problemas bucais | | | | | | |
| Sim | 1 | | — | — | 1 | |
| Não | 1,84 (1,27; 2,67) | 0,001 | — | — | 2,21 (1,50; 3,25) | <0,001 |
| Cárie dentária normativa | | | | | | |
| Ausente | 1 | | — | — | — | — |
| Presente | 3,03 (2,08; 4,42) | <0,001 | — | — | — | — |
| Autopercepção da necessidade de tratamento odontológico | | | | | | |
| Não | 1 | | 1 | | 1 | |
| Sim | 4,23 (2,55; 6,99) | <0,001 | 5,03 (1,73-14,7) | 0,003 | 4,52 (2,17; 9,41) | <0,001 |
| Autopercepção da saúde bucal | | | | | | |
| Satisfeito | 1 | | 1 | | 1 | |
| Insatisfeito | 2,18 (1,52; 3,13) | <0,001 | 3,29 (1,77-6,12) | <0,001 | 2,81 (1,64; 4,81) | <0,001 |
| Relato de dor | | | | | | |
| Ausente | 1 | | — | — | — | — |
| Presente | 1,51 (1,04; 2,19) | 0,030 | — | — | — | — |
| Satisfação com a saúde geral | | | | | | |
| Satisfeito | 1 | | 1 | | — | — |
| Insatisfeito | 1,94 (1,34; 2,80) | <0,001 | 2,88 (1,54-5,40) | 0,001 | — | — |
| Uso de fio dental | | | | | | |
| Usa | 1 | | — | — | 1 | |
| Não usa | 1,79 (1,26; 2,55) | 0,001 | — | — | 2,94 (1,69; 5,10) | <0,001 |
| Intercepto (β) | -3,154 | | -2,019 | | 2,205 | |
| Pseudo R ² | 41,2% | | 27,3% | | 35% | |

*Modelo 1: foram incluídos todos os adultos (n=795).

^aModelo 2: foram incluídos apenas os adultos sabidamente portadores de lesões normativas de cárie dentária (n=295).

^bModelo 3: foram incluídos apenas os adultos que sabidamente não apresentavam lesões normativas de cárie dentária (n=500).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar este trabalho, percebo que seus resultados vão muito além daqueles sistematizados nas tabelas. A possibilidade de trabalhar com um banco de dados tão extenso e complexo me permitiu desenvolver capacidades inimagináveis! Reconheço que ainda estou engatinhando no campo da Bioestatística, mas o fato de conseguir trabalhar no software e realizar as análises, para mim já é motivo de orgulho! Durante o Mestrado, aprimorei minha escrita e acredito ter alcançado uma importante autonomia e habilidade na redação de artigos científicos. Experimentei, também, todo o processo para a publicação de um artigo, desde a adequação do manuscrito as normas do periódico, submissão e revisão dos pareceres. Tive a oportunidade de trabalhar com duas alunas de Iniciação Científica, sendo uma vinculada ao meu projeto de Mestrado. Além disso, a publicação do artigo “*Insatisfação com os serviços odontológicos e fatores associados entre adultos*”, no periódico *Ciência & Saúde Coletiva*, enriqueceu minha produção científica, e espero que venham outras publicações, frutos deste trabalho! Na minha prática como cirurgiã-dentista na Estratégia de Saúde da Família (ESF), tenho aplicado com frequência os conhecimentos adquiridos, buscando garantir maior satisfação aos meus pacientes, oferecendo-lhes informações sobre sua saúde bucal durante as consultas e valorizando suas percepções.

No âmbito local, este trabalho soma-se a vários outros oriundos do banco de dados do “Projeto SBMOC”, no intuito de fornecer subsídios para a elaboração de políticas de saúde bucal compatíveis com as reais necessidades locais, contribuindo no estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e orientação de programas que atendam a população do município de Montes Claros – MG.

Destacando os principais achados deste trabalho, observou-se uma baixa prevalência de insatisfação com os serviços odontológicos utilizados (10,8%). Adultos mais velhos e com história de tabagismo atual ou passado estavam menos insatisfeitos com o atendimento odontológico recebido. Por outro lado, a chance de insatisfação foi maior entre os indivíduos que não receberam informações sobre como evitar problemas bucais, que autopercebiam sua mastigação negativamente e que autopercebiam algum incômodo na região da boca, cabeça e pescoço.

Além disso, constatou-se que mais de um terço dos adultos não tiveram acesso a informações sobre como evitar problemas bucais. A falta de acesso a informações em saúde bucal foi maior entre os adultos com menor renda *per capita*, os que estavam insatisfeitos com os serviços odontológicos utilizados, os que não usavam fio dental, os que relataram comprometimento da qualidade de vida relacionada à saúde e autopercepção negativa da saúde bucal.

Considerando a autopercepção da presença de cárie dentária, verificou-se acurácia limitada (65%), com sensibilidade de 78%, especificidade de 58%, poder preditivo positivo de 52% e poder preditivo negativo de 81%. Esses dados indicam que a autopercepção da presença de cárie dentária mostrou utilidade limitada como método diagnóstico em ampla escala, o que não significa que a mesma não tenha utilidade ou não possa ser usada em contextos específicos. Além disso, identifica-se uma superestimação na percepção da presença de cárie dentária, indicando que os relatos de sua presença são menos confiáveis do que de sua ausência. Observou-se que a autopercepção da presença da cárie dentária esteve relacionada à presença de sintomas e doença, insatisfação com a saúde bucal e geral, menor frequência de utilização dos serviços odontológicos, falta de informação em saúde bucal e hábitos de higiene inadequados. A autopercepção da presença da cárie dentária mostrou-se preditora da percepção da necessidade de tratamento odontológico, destacando sua importância na avaliação dos indivíduos para atendimento odontológico.

Assim, os serviços de saúde precisam cumprir o seu papel de garantir informações em quantidade e qualidade adequadas, a fim de alcançar maior satisfação entre seus usuários, melhorar os níveis de *Alfabetização em saúde* e aumentar a validade e o poder preditivo das medidas de autopercepção. Visto que a falta de acesso a informações em saúde bucal esteve associada a contextos desfavoráveis, para que os serviços de saúde sejam mais equânimes, é fundamental ofertar informações, tendo o conhecimento como pano de fundo para se promover saúde e equidade entre os indivíduos.

REFERÊNCIAS

- Al-jundi SH, Hammad M, Alwaeli H. The efficacy of a school-based caries preventive program: a 4-year study. *Int J Dent Hygiene*. 2006; 4: 30-4.
- Andersen RM, Davidson PL. Ethnicity, aging, and oral health outcomes: a conceptual framework. *Adv Dent Res*. 1997; 11: 203-9.
- Batista KT, Caldas KR, Portillo JAC. Integralidade da saúde: significado e situação atual. *Com Cienc Saude*. 2009; 20: 9-16.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Divisão Nacional de Saúde Bucal. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, zona urbana. 1986. 137p.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto SB 2000 - Condições da saúde bucal da população brasileira no ano 2000. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Área Técnica de Saúde Bucal. Projeto SB 2000: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000: manual do examinador. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2001.
- 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 (DF): Ministério da Saúde, 2004a.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004b.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Geral de Saúde bucal. Projeto SB BRASIL 2010: Resultados principais. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011.
- Caldas Jr AF, Silveira RCJ, Marcenes W. The impact of restorative treatment on tooth loss prevention. *Pesqui Odontol Bras*. 2003; 17(2): 166-70.
- CNS (Conselho Nacional de Saúde). 11ª Conferência Nacional de Saúde: Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na atenção à Saúde, com Controle Social – Relatório Final

[Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2001. [citado 2016 Abr 10]. 198 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/11_cns.pdf

Costa GD, Cotta RMM, Franceschini SCC, Batista RS, Gomes AP, Martins PC, et al. Avaliação em saúde: reflexões inscritas no paradigma sanitário contemporâneo. *Physis*. 2008; 18(4): 705-26.

Costa JFR, Chagas LD, Silvestre RM (Org). A política nacional de saúde bucal do Brasil: Registro de uma conquista histórica. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde/Ministério da Saúde, 2006. Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde.

Coulter A, Ellins J. Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *BMJ*. 2007; 335(7609): 24-32.

Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA*. 1988; 260(12):1743-8.

Emmi DT, Barroso RFF. Avaliação das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro - Pará. *Cien Saude Colet*. 2008; 13: 35-41.

Esperidião MA, Trad LAB. Avaliação da satisfação de usuários. *Cien Saude Colet*. 2005; 10 (Sup): 303-12.

Esperidião MA, Trad LAB. Avaliação da satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cad Saude Publica*. 2006; 22(6): 1267-76.

Gilbert AD, Nuttall NM. Self-reporting of periodontal health status. *Br Dent J*. 1999; 186(5): 241-4.

Gilbert GH, Heft MW, Duncan RP, Ringelberg ML. Perceived need for dental care in dentate older adults. *Int Dent J*. 1994; 44(2): 145-52.

Gordis L. *Epidemiologia*. 4 ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2010.

Haikal DS, De-Paula AMB, Martins AMEBL, Moreira AN, Ferreira EF. Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: uma abordagem quanti-qualitativa. *Cien Saude Colet*. 2011; 16(7): 3317-29.

Haikal DS, Martins AMEBL, De-Paula AMEBL, Guimarães ALS, Santa-Rosa TTA, Liveira PEA, et al. Saúde bucal de adultos do município de Montes Claros. *UNIMONTES Científica*. 2012a; 14: 111-26.

Haikal DS, Martins AMEBL, Silveira MF, Dias DS, Aguiar PHS, Macedo CCS, et al. Adultos: uso dos serviços odontológicos, comportamentos e condições subjetivas de saúde. UNIMONTES Científica. 2012b; 14: 186-201.

Haikal DS. Condições de saúde bucal e fatores associados à perda dentária entre adultos de Montes Claros – MG [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Odontologia; 2013.

Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*. 1997; 38: 21-37.

Jamieson LM, Thomson WM. The dental neglect and dental indifference scales compared. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2002; 30(3): 168-75.

Kay EJ, Locker D. Is dental health education effective? A systematic review of current evidence. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1996; 24(4): 231-5.

Kojima A, Ekuni D, Mizutani S, Furuta M, Irie K, Azuma T, et al. Relationships between self-rated oral health, subjective symptoms, oral health behavior and clinical conditions in Japanese university students: a cross-sectional survey at Okayama University. *BMC Oral Health*. 2013, 13: 62.

Kressin NR, Atchison KA, Miller DR. Comparing the impact of oral disease in two populations of older adults: application of the geriatric oral health assessment index. *J Public Health Dent*. 1997; 57(4): 224-32.

Leite RAF, Brito ES, Silva LMC, Palha PF, Ventura CAA. Acesso à informação em saúde e cuidado integral: percepção de usuários de um serviço público. *Interface*. 2014; 18(51): 661-71.

Locker D, Jokovic LD. Using subjective oral health status indicators to screen for dental care needs in older adults. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1996; 24(6): 398-402.

Locker D. Clinical correlates of change in self perceived oral health in older adults. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1997; 25(3): 199-203.

Lundegren N, Axtelius B, Hakansson J, Akerman S. Dental treatment need among 20 to 25-year-old Swedes: discrepancy between subjective and objective need. *Acta Odontol Scand*. 2004; 62(2): 91-6.

Martins AMEBL, Melo FS, Fernandes FM, Boa Sorte JÁ, Coimbra LGA, Batista RC. Levantamentos epidemiológicos brasileiros das condições de saúde bucal. UNIMONTES Científica. 2005; 7: 54-66.

Martins AMEBL, Barreto SM, Pordeus IA. Características associadas ao uso de serviços odontológicos entre idosos dentados e edentados no Sudeste do Brasil: Projeto SB Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008; 24: 81-92.

Martins AMEBL, Barreto SM, Pordeus IA. Autoavaliação de saúde bucal em idosos: análise com base em modelo multidimensional. *Cad Saude Publica*. 2009, 25(2): 421-35.

Martins AMEBL, Guimarães ALS, De-Paula AMB, Pires CPAB, Haikal DS, Silva JM, et al. Levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal da população de Montes Claros Projeto SBMOC. *UNIMONTES Científica*. 2012a; 14: 3-14.

Martins AMEBL, Santos-Neto PE, Batista LHS, Nascimento JE, Gusmão AF, Eleutério NB, et al. Plano amostral e ponderação pelo efeito de desenho de um levantamento epidemiológico. *UNIMONTES Científica*. 2012b; 14: 14-29.

Martins AMEBL, Haikal DS, Oliveira PEA, Alves SFF, Eleutério NB, Ferreira RC, et al. Calibração de examinadores do Levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal da população de Montes Claros MG - Projeto SBMOC. *UNIMONTES Científica*. 2012c; 14: 43-56.

Martins AMEBL, Quintão CA, Haikal DS, Silveira MF, Mendes DC, Oliveira MP, et al. Desenvolvimento de um programa de computador para levantamentos epidemiológicos sobre condições de saúde bucal. *UNIMONTES Científica*. 2012d; 14: 30-42.

Martins AMEBL, Jardim LA, Souza JGS, Rodrigues CAQ, Ferreira RC, Pordeus IA. A avaliação negativa dos serviços odontológicos entre idosos brasileiros está associada ao tipo de serviço utilizado? *Rev Bras Epidemiol*. 2014; 17: 71-90.

Mendes VLPS. Avaliação dos serviços de saúde pelos usuários: a questão de cidadania. *Rev Baiana Enferm*. 2003; 18(1/2): 97-110.

Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Internation*. 2000; 15(3): 259-67.

OMS – Organização Mundial de Saúde (World Health Organization). *Oral Health surveys: basic methods*. 4 ed. Geneva: ORH/EPID, 1997.

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS) - Brasil. *Saúde Bucal* [Internet]. [citado 2016 Abr 14]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/sistema/fotos/bucal.pdf>

Peres MA, Latorre MRDO, Sheiham DA, Peres KG, Barros FC, Hernandez PG, et al. Determinantes sociais e biológicos da cárie dentária em crianças de 6 anos de idade: um

estudo transversal aninhado numa coorte de nascidos vivos no Sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2003; 6(4): 293-306.

Pinelli C, Loffredo LCM. Reproducibility and validity of self-perceived oral health conditions. *Clin Oral Invest.* 2007; 11(4): 431-7.

Pinelli C, Turrioni APS, Loffredo LCM. Autopercepção em higiene bucal de adultos: reprodutibilidade e validade. *Rev Odontol UNESP.* 2008; 37(2): 163-9.

Pinto VG. (Ed.) *Saúde Bucal Coletiva.* 4 ed. São Paulo: Editora Santos; 2000.

Pitiphat W, Garcia RI, Douglass CW, Joshipura KJ. Validation of self-reported oral health measures. *J Public Health Dent.* 2002; 62(2): 122-8.

Queiroz RCS, Portela MC, Vasconcellos MTL. Pesquisa sobre as Condições de Saúde Bucal da População Brasileira (SB BRASIL 2003): seus dados não produzem estimativas populacionais, mas há possibilidade de correção. *Cad Saude Publica.* 2009; 25: 47-58.

Robinson PG, Gibson B, Khan FA, Birnbaum W. Validity of two oral health-related quality of life measures. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2003; 31(2): 90-9

Rodrigues CAQ, Silva PLV, Caldeira AP, Pordeus IA, Ferreira RC, Martins AMEBL. Fatores associados à satisfação com serviços odontológicos entre idosos. *Rev Saude Publica.* 2012; 46(6): 1039-50.

Roncalli AG, Frazão P, Pattussi MP, Araújo IC, Ely HC, Batista SM. Projeto SB2000: uma perspectiva para a consolidação da Epidemiologia em Saúde Bucal Coletiva. *Rev Bras Odont Saúde Coletiva.* 2000; 1(2): 9-25.

Roncalli AG, Frazão P, Ely HC, Araújo IC, Pattusi MP, Batista SM. Condições de saúde bucal em adultos: notas sobre a técnica de levantamento domiciliar. *Boletim da Saúde.* 2002; 16(2): 9-19.

Saliba NA, Moimaz SAS, Saliba O, Tiano AVP. Perda dentária em uma população rural e as metas estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde. *Cienc Saude Colet.* 2010; 15: 1857-64.

Sánchez-García S, Heredia-Ponce E, Juárez-Cedillo T. Psychometric properties of the General Oral Health Assessment Index (GOHAI) and dental status of an elderly Mexican population. *J Public Health Dent.* 2010; 70(4): 300-7.

Santos AM, Assis MMA, Nascimento MAA, Jorge MSB. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. *Rev Saude Publica.* 2008; 42(3): 464-70.

Silva DD, de Sousa ML, Wada RS. Autopercepção e condições de saúde bucal em uma população de idosos. *Cad Saude Publica*. 2005; 21(4): 1251-9.

Silva LMV, Formigli VLA. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. *Cad Saude Publica*. 1994; 10: 80-91.

Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012; 80(12): 1-13.

Steele JG, Sanders AE, Slade GD, Allen PF, Lahti S, Nuttall N, et al. How do age and tooth loss affect oral health impacts and quality of life? A study comparing two national samples. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2004; 32(2): 107-14.

Syrjala AM, Knuuttila ML, Syrjala LK. Self-efficacy perceptions in oral health behavior. *Acta Odontol Scand*. 2001; 59: 1-6.

Toassi RFC, Petry PC. Motivação no controle do biofilme dental e sangramento gengival em escolares. *Rev Saude Publica*. 2002; 36(5): 634-7.

Uchimura KY, Bosi MLM. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. *Cad Saude Publica*. 2002; 18(6): 1561-9.

Viacava F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. *Cienc Saude Colet*. 2002; 7: 607-21.

ANEXOS

ANEXO A – Outras atividades desenvolvidas durante o Mestrado (2014/2016)

Resumo expandido publicado em anais de evento

1. Miranda EJP, Roberto LL, Souza TO, De-Paula AMB, Martins AMEBL, Haikal DS. Satisfação e Uso dos Serviços Odontológicos entre Adultos. In: VIII FEPEG - Fórum de Ensino, Pesquisa, Extensão e Gestão da Unimontes, 2014, Montes Claros – MG. Anais/on-line do VIII FEPEG. Montes Claros, 2014.

Apresentação de trabalhos em eventos científicos

1. Miranda EJP, Roberto LL, Souza TO, De-Paula AMB, Martins AMEBL, Haikal DS. Satisfação e Uso dos Serviços Odontológicos entre Adultos. 2014. (Apresentação, modalidade pôster) – VIII Fórum de Ensino, Pesquisa, Extensão e Gestão (FEPEG). Montes Claros, 27/09/2014.
2. Miranda EJP, Roberto LL, Souza TO, Martins AMEBL, Ferreira EF, De-Paula AMB, Haikal DS. Satisfação e uso dos serviços odontológicos entre adultos. 2014. (Apresentação, modalidade pôster) – XIII Mostra Científica de Odontologia e XIV Jornada de Odontologia da Unimontes. Montes Claros, 25/10/2014.
3. Roberto LL, Noronha DD, Souza TO, Miranda EJP, Martins AMEBL, De-Paula AMB, Haikal DS. Fatores associados ao acesso à informação sobre saúde bucal entre adultos. 2014. (Apresentação, modalidade pôster) – XIII Mostra Científica de Odontologia e XIV Jornada de Odontologia da Unimontes. Montes Claros, 25/10/2014.
4. Miranda EJP, Roberto LL, Souza TO, Martins AMEBL, Ferreira EF, De-Paula AMB, Haikal DS. Autopercepção da cárie dentária entre adultos de Montes Claros - MG.

2014. (Apresentação, modalidade pôster) – XIII Mostra Científica de Odontologia e XIV Jornada de Odontologia da Unimontes. Montes Claros, 25/10/2014.

5. Haikal DS, Roberto LL, De-Paula AMB, Ferreira EF, Martins AMEBL. Fatores associados à insatisfação com os serviços odontológicos entre adultos. 2015. (Apresentação, modalidade Comunicação Oral Curta) – 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Goiânia, 01/08/2015.

Participação em eventos científicos

1. VIII Fórum de Ensino Pesquisa, Extensão e Gestão – (FEPEG) da Unimontes, ocorrido no mês de setembro de 2014, em Montes Claros – MG.
2. XIII Mostra Científica de Odontologia e XIV Jornada de Odontologia da Unimontes, ocorridas no ano 2014, em Montes Claros – MG.

ANEXO B – Comprovação de publicação no periódico Ciência & Saúde Coletiva

Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Saúde Coletiva / ISSN 1413-8123

REVISTAS

Ciência & Saúde Coletiva
para a sociedade

ABRASCO

Sobre a Revista

Orientações Sobre Números Temáticos

Edições Anteriores

Artigos e Avaliação

Corpo Editorial

Parcerias

Fale Conosco

Artigos

0313/2015 - Insatisfação com os serviços odontológicos e fatores associados entre adultos
Dissatisfaction with the dental services and associated factors among adults

Luana Leal Roberto - Roberto, Luana Leal - Universidade Estadual de Montes Claros., Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde - <luleal15@yahoo.com.br>
http://xxxx

Co-autores
ANDRÉA MARIA ELEUTÉRIO DE BARROS LIMA MARTINS - MARTINS, ANDRÉA MARIA ELEUTÉRIO DE BARROS LIMA - Universidade Estadual de Montes Claros, Odontologia - <martins.andreambl@gmail.com>
ALFREDO MAURICIO BATISTA DE PAULA - DE PAULA, ALFREDO MAURICIO BATISTA - Universidade Estadual de Montes Claros, Odontologia - <ambpatologi@gmail.com>
Efigenia Ferreira e Ferreira - Ferreira, Efigenia Ferreira e - Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Odontologia Social e Preventiva - <efigeniaf@gmail.com>
DESIREE SANT'ANA HAIKAL - HAIKAL, DESIREE SANT'ANA - Universidade Estadual de Montes Claros, Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde - <desireehaikal@gmail.com>

Conflito de Interesse?
Não

Opção de Submissão
Trabalho Novo

Área Temática
Saúde Bucal

Resumo
Objetivou-se identificar fatores associados à insatisfação com os serviços odontológicos utilizados entre adultos. Foram analisados os dados de 830 adultos participantes de um levantamento epidemiológico em saúde bucal. A variável dependente foi insatisfação com o serviço odontológico e as independentes foram reunidas conforme modelo teórico de Andersen e Davidson (1997). As estimativas foram corrigidas pelo efeito de desenho amostral e foi conduzida Regressão Logística Binária. Cerca de 11% dos adultos encontravam-se insatisfeitos com o serviço odontológico utilizado. No modelo final, a insatisfação com os serviços odontológicos foi menor entre os adultos mais velhos (OR=0,559) e entre os fumantes (OR=0,332). Por outro lado, foi maior entre adultos que autopercebiam sua mastigação negativamente (OR=2,804), que autopercebiam algum incômodo na região da boca, cabeça e pescoço (OR=2,065) e que não tiveram acesso à informação sobre como evitar problemas bucais (OR=3,020). Assim, os serviços precisam acessar as percepções e expectativas manifestadas pelos usuários, além de prover informações em quantidade e qualidade adequadas, no contexto da "alfabetização em saúde", a fim de se alcançar maior satisfação entre seus usuários.

Ciência & Saúde Coletiva para Sociedade.

ANEXO C – Comprovação de aceite para publicação no periódico Ciência & Saúde Coletiva

Ciência & Saúde Coletiva

Decision Letter (CSC-2015-2547)

From: romeugo@gmail.com**To:** luleal15@yahoo.com.br**CC:****Subject:** Ciência & Saúde Coletiva - Decision on Manuscript ID CSC-2015-2547**Body:** 18-May-2016

Opinion: Article accepted with minor changes in form

Dear Mrs. Roberto:

The Manuscript ID CSC-2015-2547 , entitled "FALTA DE ACESSO A INFORMAÇÕES SOBRE PROBLEMAS BUCAIS ENTRE ADULTOS: ABORDAGEM BASEADA NO MODELO TEÓRICO DE ALFABETIZAÇÃO EM SAÚDE" was recommended for publication, with small suggestions for revision. For this reason, I would invite you to revise it.

In order to revise your manuscript, log in to <https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo> and enter the "Author Center", where you will find the title of your manuscript listed under "Manuscripts with Decisions". In "Actions", click on "Create a Revision". This revision will automatically receive a new number.

If you prefer, you may also click on the following link to initiate the revision process (or you continue with the process, if you have already started).

https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo?URL_MASK=04f6569179ee44c48af80e9205a58a00

You will not be able to revise the originally submitted version of the manuscript. Instead of this, revise your manuscript using a text editing program and save it on your computer. In this version please type the changes made in red.

Once the manuscript has been revised, you can upload and send it through your area ("Author Center").

On submitting the revised manuscript, you can annex a letter to reply to the comments appearing in the opinions. In order to facilitate the processing of the revised manuscript, please be as clear as possible in your reply.

NB: Your original files are available when you upload your revised manuscript. Please delete all of the redundant files before concluding your presentation.

The manuscript shall be resubmitted by the author by the deadline set in the received e-mail.

17-Jun-2016

(The corrections requested should be sent by midnight on the day prior to this date.)

Yours truly,

Dr. Romeu Gomes
Editor-in-Chief, Ciência & Saúde Coletiva
romeugo@gmail.com

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Instruções para colaboradores](#)
- [Orientações para organização de números temáticos](#)
- [Recomendações para a submissão de artigos](#)
- [Apresentação de manuscritos](#)

Instruções para colaboradores

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia

Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista *Ciência & Saúde Coletiva* dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates inter pares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos

Editores Associados da Revista.

- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

A revista *C&SC* adota as "Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas", da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores

convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações

do site.

3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.

5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada. As contribuições individuais de cada autor devem ser indicadas no final do texto, apenas pelas iniciais (ex. LMF trabalhou na concepção e na redação final e CMG, na pesquisa e na

metodologia).

2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).

5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar. Os gráficos gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) devem ser enviados em arquivo aberto com uma cópia em pdf.

6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw com uma cópia em pdf. Estes formatos conservam a informação vetorial, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP,

salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado em boas condições para reprodução.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*
2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: "Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF" 11 ...

ex. 2: "Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade..."

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.
3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).
4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).
5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (incluir todos os autores)
Pelegriini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude*

Colet 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl. 1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico
CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H.
CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego:
CMEA; 1995.

18. Programa de computador
Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer
program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational
Systems; 1993.

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Escopo e política](#)
- [Forma e preparação de manuscritos](#)

Escopo e política

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuam ao estudo da Saúde Coletiva em geral e disciplinas afins.

Forma e preparação de manuscritos

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a Cadernos de Saúde Pública.

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

1.1 Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações);

1.2 Artigos: resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3 Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.4 Debate: artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelas Editoras, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.5 Fórum: seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total). Os interessados em submeter trabalhos para essa seção devem consultar o Conselho Editorial;

1.6 Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva, em geral a convite das Editoras (máximo de 1.200 palavras).

1.7 Questões Metodológicas: artigo completo, cujo foco é a discussão, comparação e avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.8 Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);

1.9 Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.200 palavras e 1 ilustração).

2. Normas para envio de artigos

2.1 CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.3 Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.

2.4 A contagem de palavras inclui o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

3. Publicação de ensaios clínicos

3.1 Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors ([ICMJE](#)) e do Workshop ICTPR.

3.3 As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- [Australian New Zealand Clinical Trials Registry](#) (ANZCTR)
- [ClinicalTrials.gov](#)
- [International Standard Randomised Controlled Trial Number](#) (ISRCTN)
- [Netherlands Trial Register](#) (NTR)
- [UMIN Clinical Trials Registry](#) (UMIN-CTR)
- [WHO International Clinical Trials Registry Platform](#) (ICTRP)

4. Fontes de financiamento

4.1 Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

5.1 Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos

utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

6.1 Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do [ICMJE](#), que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

7. Agradecimentos

7.1 Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. Referências

8.1 As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos [Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos](#).

8.2 Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. Nomenclatura

9.1 Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

10.1 A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na [Declaração de Helsinki](#) (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal

afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. Processo de submissão *online*

11.1 Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

11.2 Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 Inicialmente o autor deve entrar no sistema [SAGAS](#). Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".

11.4 Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. Envio do artigo

12.1 A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o link "Submeta um novo artigo".

12.2 A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP.

O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde ([BVS](#)).

12.7 *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo em Português, Inglês e Espanhol. Cada resumo pode ter no máximo 1.100 caracteres com espaço.

12.8 *Agradecimentos*. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou

pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 *Ilustrações.* O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse o limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.

12.17 Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 *Tabelas.* As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.19 *Figuras.* Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

12.23 Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open

Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.25 Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 *Formato vetorial.* O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 *Finalização da submissão.* Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 *Confirmação da submissão.* Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a Secretaria Editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

13.1 O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. Envio de novas versões do artigo

14.1 Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos do sistema [SAGAS](#), acessando o artigo e utilizando o *link* "Submeter nova versão".

15. Prova de prelo

15.1 Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

15.2 A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a Secretaria Editorial de CSP por e-mail (cadernos@ensp.fiocruz.br) ou por fax +55(21)2598-2737 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.