

## 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: an approach based on the theoretical model for literacy in health

Luana Leal Roberto <sup>1</sup>  
 Daniele Durães Noronha <sup>1</sup>  
 Taiane Oliveira Souza <sup>2</sup>  
 Ellen Janayne Primo Miranda <sup>2</sup>  
 Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins <sup>1</sup>  
 Alfredo Maurício Batista De Paula <sup>1</sup>  
 Efigênia Ferreira e Ferreira <sup>3</sup>  
 Desirée Sant'ana Haikal <sup>1</sup>

**Abstract** *This study sought 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 of age). The dependent variable was access to information on how to avoid oral problems, and the independent variables were gathered into subgroups according to the theoretical model for literacy in health. 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 control of the quality of life, and self-perceived their oral health as fair/poor/very poor. The likelihood of not having access to information about dental problems among those dissatisfied with the dental services used was 3.28 times higher than for those satisfied with the dental services used. Thus, decreased access to information was related to unfavorable conditions among adults. Health services should ensure appropriate information to their users in order to increase health literacy levels and improve satisfaction and equity.*

**Key words** *Adults, Literacy in health, Access to information, Oral health education*

**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 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*

<sup>1</sup> Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). Av. Cula Mangabeira 562, Santo Expedito. 39401-002 Montes Claros MG Brasil. luleal15@yahoo.com.br  
<sup>2</sup> Departamento de Odontologia, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, UNIMONTES. Montes Claros MG Brasil.  
<sup>3</sup> Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte MG Brasil.

## 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 saúde<sup>1</sup>. 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 chave<sup>2</sup>.

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)<sup>3</sup> 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 adequadas<sup>4</sup>. A *Alfabetização em saúde* tem sido atualmente questão relevante em saúde pública em todo o mundo, sendo apontada como forte preditor de saúde<sup>5</sup>. Um modelo teórico foi proposto por Sorensen et al., em 2012<sup>6</sup>, apresentando as variáveis que influenciam e são influenciadas pelos níveis de *Alfabetização em saúde*<sup>6</sup> (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 pessoas<sup>6</sup>.

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 têm-se constituído em relevante componente da assistência<sup>2,7</sup>. 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 evidencia-

do, 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 dentária<sup>8</sup>. Além disso, mesmo o tratamento restaurador pode fracassar se for desprovido de prevenção e maior acesso a informações<sup>9</sup>.

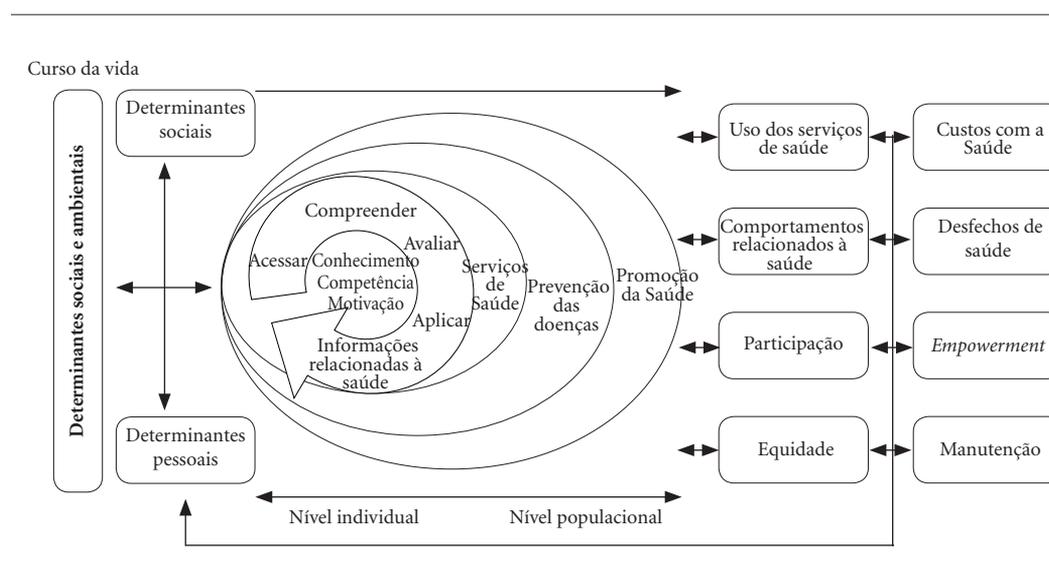
Assim, considerando que adultos representam a maioria da população e possuem papel-chave dentro da família, por serem, na maioria das vezes, provedores da mesma e multiplicadores de informações e ações em saúde no núcleo familiar, torna-se importante identificar fatores que estejam associados à falta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

## 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 prévio<sup>10</sup>. 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 se-



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

Fonte: Sørensen et al., 2012<sup>6</sup>.

leccionadas 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)<sup>11</sup>. 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 ( $K \geq 0,60$ )<sup>12</sup>, acompanhados por anotadores/digitadores também treinados. Foram adotados os critérios de diagnóstico da 4ª edição do *Oral Health Surveys: Basic Methods*, da OMS<sup>13</sup>.

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 adultos<sup>13</sup>. 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 OMS<sup>13</sup>. 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 2012<sup>6</sup> (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 e os pessoais, 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 pessoas<sup>6</sup>.

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 2002/2003<sup>14</sup>, 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.<sup>6</sup>, 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 odontológico<sup>13</sup>. Foram considerados doentes periodontais aqueles que apresentaram em um mesmo sextante bolsa periodontal  $\geq 4$  mm (Índice Periodontal Comunitário - CPI  $\geq 3$ ) e perda de inserção  $\geq 4$  mm (Perda de inserção Periodontal - PIP  $\geq 1$ )<sup>15</sup>.

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)*<sup>16</sup>, 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 estimada<sup>17</sup>, 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)*<sup>18</sup>. 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 impacto<sup>19</sup>.

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 provenientes 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 percentu-

ais (%) 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. Além disso, o presente estudo foi conduzido de forma a atender os princípios éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

## 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% relatou possuir até 11 anos de estudo (sem curso superior) e 629 (78,7%) viviam com renda *per capita* de 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 utilizava 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

**Tabela 1.** Análise descritiva e bivariada da variável dependente 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	

continua

e de percepções e, possivelmente, seja modulado por questões sociodemográficas e relativas aos serviços odontológicos utilizados.

A prevalência de indivíduos que relataram não terem tido acesso à informação foi bastante variável entre diferentes estudos, possivelmente porque tal prevalência foi influenciada pela rea-

lidade de cada contexto. Em estudos nacionais, a falta de acesso a informações em saúde bucal acometeu 11,9% de adolescentes<sup>20</sup>, 35% de adultos<sup>21</sup> (semelhante ao nosso achado) e 59,6% de idosos<sup>22</sup>. Dessa forma, sugere-se que, com o avançar do ciclo da vida, ocorra uma diminuição do acesso à informação, embora, em nosso estudo,

Tabela 1. continuação

Características	n		Acesso à informação		Sem acesso à informação		Valor-p
			n	%†	n	%†	
Comportamentos Relacionados à Saúde							
Frequência diária de escovação*							<b>0,009</b>
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							<b>&lt;0,001</b>
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							<b>0,145</b>
Não	621	74,2	405	62,7	216	37,3	
Sim	210	25,8	115	53,5	95	46,5	
Doença crônica*							<b>0,070</b>
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*							<b>0,031</b>
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							
Condições Normativas de Saúde Bucal							
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							<b>0,005</b>
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*							<b>&lt; 0,001</b>
Não	385	48,3	276	69,0	109	31,0	
Sim	417	51,7	227	52,5	190	47,5	

continua

isso não tenha ocorrido dentro do mesmo estrato etário (35-44 anos) (a idade não se revelou asso-

ciada à falta de acesso à informação entre indivíduos adultos).

Tabela 1. continuação

Características	n	%†	Acesso à informação		Sem acesso à informação		Valor-p
			n	%†	n	%†	
Condições Subjetivas de Saúde							
Satisfação com a vida							<b>0,001</b>
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*							<b>&lt; 0,001</b>
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							<b>&lt; 0,001</b>
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							<b>0,001</b>
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							<b>&lt; 0,001</b>
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							<b>0,095</b>
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							<b>0,005</b>
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*							<b>0,015</b>
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							<b>0,035</b>
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*							<b>&lt; 0,001</b>
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).

De modo geral, pode-se assumir que o acesso à informação é, ainda, limitado. Esse achado torna-se mais preocupante 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

**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>		<b>0,004</b>
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		<b>&lt; 0,001</b>
Satisfeito	1	
Insatisfeito	3,28 (1,87 - 5,75)	
Comportamentos Relacionados à Saúde		
Uso de fio dental		<b>0,005</b>
Sim	1	
Não	1,55 (1,15 - 2,09)	
Desfechos de Saúde		
Domínio físico da Qualidade de Vida		<b>0,002</b>
Satisfatório	1	
Insatisfatório	1,98 (1,29 - 3,03)	
Autopercepção da saúde bucal		<b>0,003</b>
Excelente/boa	1	
Regular/ruim/péssima	1,74 (1,23 - 2,46)	

Pseudo R<sup>2</sup> (Nagelkerke) = 16,1%.

aplicar informações relacionadas à saúde<sup>6</sup>, 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 tinham 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 mutiladores<sup>8</sup>. Durante atendimentos de urgências, os serviços de saúde tendem a centrar sua ação na resolução das demandas e acabam, dessa forma, negligenciando a oferta de informações aos usuários<sup>7,8</sup>. O usuário desinformado tende novamente a procurar o serviço apenas frente a uma nova condição de problema bucal/ urgência, contribuindo para um ciclo repetitivo no qual o serviço pode se tornar um reprodutor de iniquidades em saúde<sup>8</sup>, 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 humano<sup>23</sup>.

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 cidadãos<sup>24</sup>. 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 SUS<sup>25</sup>. 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 bu-

cais, 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 idosos<sup>25</sup>. 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<sup>26,27</sup>, 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<sup>28,29</sup>. 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<sup>7,30</sup>.

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<sup>20,22,31,32</sup> e evidencia a maior insatisfação dos usuários com os serviços odontológicos que não os proveem 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 assistência<sup>33</sup>, 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 usuário<sup>29</sup>. Donabedian<sup>33</sup> 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<sup>34,35</sup>. Quanto à qualidade das informações, estudo realizado entre adultos da região sul do Brasil<sup>21</sup> verificou que em meio aos 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 comportamento<sup>36</sup>. 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<sup>37,38</sup>, no contexto da *Alfabetização em saúde*<sup>6</sup>, 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<sup>39,40</sup>, e pode, em várias situações, não corresponder às 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 saúde<sup>41</sup>. Estudo prévio identificou situação semelhante entre idosos<sup>25</sup>. 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 bucal<sup>42</sup>. 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<sup>43,44</sup>, sendo apontado como um determinante vital de saúde bucal em países com os sistemas de saúde ainda em desenvolvimento<sup>42</sup>. 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 2003<sup>45</sup>, 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 buscarmos quantificar a subjetividade ligada ao bem estar ou às consequências do adoecer, e envolverem senti-

mentos e valores bastante individuais implícitos nesse julgamento<sup>43,44</sup>, 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 informações<sup>44</sup>.

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  $R^2$  ( $R^2$ ), 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 teórico<sup>6</sup>, 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 relatou 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.

## Colaboradores

LL Roberto realizou as análises, a interpretação dos dados e a redação do artigo. DD Noronha colaborou na interpretação dos dados e redação do artigo. TO Souza colaborou na redação do artigo. EJP Miranda contribuiu na interpretação dos dados e redação do artigo. AMEBL Martins atuou na concepção do estudo, coordenou o trabalho de campo e o processamento dos dados. AMB Paula atuou na revisão crítica do artigo. EF Ferreira atuou na interpretação dos dados e revisão crítica do artigo. DS Haikal atuou na concepção do estudo, contribuiu na análise, interpretação dos dados e revisão crítica do artigo.

## Agradecimentos

LL Roberto é bolsista de doutorado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). TO Souza é bolsista de mestrado da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM). AMEBL Martins é bolsista de Pós-Doc pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). AMB Paula e EF Ferreira são pesquisadores de produtividade do CNPq. DS Haikal é bolsista de produtividade da Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG).

## 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. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Health Promotion Glossary*. Geneva: OMS; 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. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Oral Health surveys: basic methods*. 4th edition. Geneva: ORH EPID; 1997.
14. Brasil. Ministério da Saúde (MS). 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: MS; 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*. [tese]. São Paulo: UNIFESP; 2004.
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, Nadanovsky 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(n. spe.):141-147.
24. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: MS; 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, Turroni 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 (MS). *Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais*. Brasília: MS; 2004.

Artigo apresentado em 25/11/2015

Aprovado em 14/06/2016

Versão final apresentada em 16/06/2016

