



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
DOUTORADO EM ODONTOLOGIA



**ESTUDOS SOBRE ACESSO AOS
SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NO
BRASIL**



**SÃO LUIS
2020**

CINTHIA NARA GADELHA TEIXEIRA

ESTUDOS SOBRE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutor em Odontologia.

Orientador: Profa. Dra. Cláudia Maria Coelho Alves

Co-Orientador: Prof. Dr. Fernando Neves Hugo

SÃO LÚIS

2020

Teixeira, Cinthia Nara Gadelha

Estudos sobre acesso aos serviços de saúde bucal no Brasil. / Cinthia Nara Gadelha Teixeira. – São Luís, 2020.

153f.

Orientadora: Cláudia Maria Coelho Alves

Tese (Doutorado em Odontologia) – Universidade Federal do Maranhão, UFMA, 2020.

1. Acesso aos Serviços de Saúde; Saúde Bucal; Grupo com Ancestrais do Continente Africano. I. Estudos sobre acesso aos serviços de saúde bucal no Brasil.

CDU _____

CINTHIA NARA GADELHA TEIXEIRA
ESTUDOS SOBRE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL

A Comissão julgadora da Defesa do Trabalho de qualificação de Doutorado em Odontologia, em sessão pública realizada no dia 11 / 12 / 2020, considerou a candidato(a).

APROVADO REPROVADO

- 1) Examinador: Profa. Dra. Erika Bárbabara Abreu Fonseca Thomaz
- 2) Examinador: Profa. Dra. Adriana de Fátima Vasconcelos Pereira
- 3) Examinador: Profa. Dra. Judith Rafaelle Oliveira Pinho
- 4) Examinador: Prof. Dr. Matheus Neves
- 5) Presidente (Orientador): Profa. Dra. Cláudia Maria Coelho Alves
- 6) Co-orientador: Prof. Dr. Fernando Neves Hugo

*Eu sou de uma terra que o povo padece
mas não esmorece e procura vencer. Da
terra querida, que a linda cabocla de
riso na boca zomba no sofrer. Não nego
meu sangue, não nego meu nome. Olho
pra fome, pergunto o que há? Eu sou
brasileiro, filho do Nordeste. Sou cabra
da peste, sou do Ceará.*

Patativa do Assaré

AGRADECIMENTOS

Ao meu Senhor e meu Deus, pelo Amor, a Alegria e a Paz.

À Nossa Senhora, pela eterna interseção de mãe zelosa e carinhosa.

À Vida, que me proporciona diariamente momentos de extrema bênção e desafios. A Vida é hoje!

À Minha mãe amada Glaucimar Gadelha Teixeira (*in memoriam*), pelo amor incondicional, pelas “pisas” e por nunca desistir de mim. Ah, que saudade...

Ao meu irmão querido, Osmar Luís Gadelha Teixeira, o mais lindo e generoso! Muito obrigada pelo apoio e por tanto amor.

Às minhas tias-mães, Maria Elzimar Pontes Gadelha (Madinha), e Áurea Maria Pontes Gadelha (Tia Lôra), pela base familiar e pelas vasilhinhas do amor; Cláudia Maria Pontes Gadelha (Dinha), pelo amor gratuito e pela companhia nas idas ao Pecém; ao Tio Aquilino, pela figura paterna e amiga.

Ao meu Bolt, por sempre dormir aos meus pés e nunca me deixar sozinha. Amo-te!

À Profa. Cláudia Maria Coelho Alves, pela oportunidade, aprendizado e firmeza como orientadora. Essa disciplina eu levarei para a vida!

Ao Prof. Fernando Neves Hugo, pela paciência, firmeza e generosidade em dividir conosco tanto conhecimento.

À Profa. Juliana Balbinot Hilgert, pela parceria e troca de conhecimentos.

À população do quilombo Santa Rosa dos Pretos, pela luta, acolhida, receptividade e alegria.

À amiga Neurinéia Margarida Alves de Oliveira, e a todos bolsistas e ex-bolsistas envolvidos na coleta dos dados.

Aos dois amigos-anjos, Sângela Maria da Silva Pereira e Paulo Goberlanio de Barros Silva, pela persistência e parceria, fundamentais para a concepção deste trabalho.

Aos meus amigos lindos e loucos: Melissa Matos Torres, Lara Isadora Feitosa e João Francisco de Sousa Filho, pelos abraços, ombros e acolhida sempre.

À minha amiga de alma, Judith Rafaelle Oliveira Pinho, por abrir seus braços, coração, e a porta da sua casa, para me acolher quando eu mais precisei.

À minha doce amiga Ana Graziela de Araújo Ribeiro, pela troca e linda amizade construída ao longo desses quatro intensos anos.

Aos meus alunos tão amados. Tudo isso é para continuarmos com a imensa vontade de estarmos e aprendermos sempre juntos.

A todos os professores, funcionários, amigos e colegas do Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal do Maranhão, por toda a ajuda e acolhida.

Às minhas “casas”, e a todos os “anjos” que nelas cruzaram meu caminho e fazem parte da minha vida: Universidade Federal da Paraíba, Universidade Federal do Ceará e Universidade Federal do Maranhão. Como sou privilegiada!

Aos meus colegas de vida, e de trabalho, pela troca diária.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Maranhão (FAPEMA), pelo apoio financeiro desta Tese, através do Edital FAPEMA N° 006/2016 Igualdade Racial, Edital FAPEMA N° 008/2016 – PPSUS, Edital FAPEMA N° 038/2017 - Estágio Nacional e Edital BD QUOTA UFMA 2016 – Bolsa de Doutorado.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características dos estudos que compuseram a análise final da Revisão Sistemática (N=94). São Luís, Maranhão, Brasil, 2020.....	78
--	----

RESUMO

O acesso aos serviços de saúde bucal no Brasil é excludente, sendo determinado por inúmeros fatores que norteiam a vida dos indivíduos. Mensurar quais são estes fatores e avaliar como se dá o acesso aos serviços de saúde bucal no Brasil, sob a ótica de populações vulneráveis, ainda é uma lacuna na literatura. Esta tese objetivou avaliar as variáveis associadas com a frequência de utilização dos serviços de saúde bucal no Brasil (Capítulo I) e o acesso aos serviços de saúde bucal da Atenção Primária à Saúde (APS) e variáveis associadas, por quilombolas do Maranhão, Brasil (Capítulo II). O Capítulo I foi um estudo de revisão sistemática, com metanálise, sendo incluídas na busca as bases de dados PubMed, SciELO, LILACS, BBO, *EMBASE*, *Scopus*, *WOS* e *Google Scholar*, além de listas de referências e sites de dissertações e teses. Os estudos observacionais foram selecionados usando a estratégia PEO (População/Exposição/Desfechos), em maio de 2020. O desfecho deste estudo foi a frequência de utilização dos serviços de saúde bucal no último ano. Foi realizada uma metanálise de efeito randômico de Mantel-Haenszel, tendo a Razão de Prevalência (RP) e o intervalo de confiança de 95% como medidas de associação. No Capítulo II foi realizado um estudo transversal, de base populacional, no quilombo Santa Rosa dos Pretos, em Itapecuru Mirim, no estado do Maranhão. Foram incluídos os usuários adultos, que residiam há pelo menos 12 meses no domicílio, sendo excluídos os indivíduos ausentes do domicílio por 6 ou mais meses, além daqueles que não tiveram condições de saúde para responder os questionários. Os dados foram coletados por pesquisadoras previamente treinados, por meio de questionários estruturados. Os questionários captaram informações sociodemográficas; socioeconômicas; de autopercepção à saúde bucal; discriminação; além da avaliação da saúde bucal na APS, através do *Primary Care Assessment Tool – Oral Health of Adults* (PCATool-OH). Foram utilizados três atributos do PCATool-OH: afiliação; acesso de primeiro contato-utilização; acesso de primeiro contato-acessibilidade; além do escore acesso. Utilizou-se o ponto de corte $>5,5$ para escores altos do acesso aos serviços de saúde bucal da APS. A associação entre as médias dos escores em relação às variáveis independentes foi avaliada por meio dos testes Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis. Na análise multivariada foi utilizada a Regressão de Poisson. As análises foram realizadas adotando 95% de nível de confiança e significância de 5%. No capítulo I foram selecionados 94 estudos, sendo 25 agregados na metanálise. A utilização dos serviços de saúde bucal no último ano esteve associada com a maior escolaridade (RP=0,49, (IC95%:0,39-0,60)); maior renda familiar (RP=0,79, (IC95%:0,74-0,84)); e a urbanidade (RP=0,79, (IC95%:0,64-0,97)). No capítulo II

participaram do estudo 293 indivíduos, com média e desvio padrão do escore acesso de 3,93 (DP \pm 1,37), onde 91,4% classificaram o escore acesso como ruim. Houve associação entre a autopercepção de saúde bucal com os atributos afiliação ($p=0,049$), acesso de primeiro contato (utilização) ($p=0,014$), e com o escore acesso ($p=0,002$). Também foi observada associação entre a renda mensal familiar e o atributo acesso de primeiro contato (acessibilidade) ($p=0,012$). No capítulo I foi possível concluir que a frequência de utilização aos serviços de saúde bucal no Brasil é desigual, reforçando a necessidade de políticas públicas e programas que promovam acesso e utilização por grupos de maior vulnerabilidade. No capítulo II foi possível concluir que a avaliação do acesso dos serviços de saúde bucal da APS pelos quilombolas de Santa Rosa dos Pretos foi ruim, sendo necessário o fortalecimento deste serviço, com foco nas populações vulneráveis.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde, Serviços de Saúde Bucal, Avaliação em Saúde, Saúde Bucal.

ABSTRACT

Access to oral health services in Brazil is exclusive, being determined by numerous factors that guide the lives of individuals. Measuring what these factors are and evaluating how access to oral health services in Brazil takes place, from the perspective of vulnerable populations, is still a gap in the literature. This thesis aimed to evaluate the variables associated with the frequency of use of oral health services in Brazil (Chapter I) and access to primary health care (PHC) oral health services and associated variables, by quilombolas in Maranhão, Brazil (Chapter II). Chapter I was a systematic review study with meta-analysis, including the PubMed, SciELO, LILACS, BBO, EMBASE, Scopus, WOS and Google Scholar databases, as well as reference lists and sites for dissertations and theses. Observational studies were selected using the PEO (Population/Exposure/Outcome) strategy in May 2020. The outcome of this study was the frequency of use of oral health services in the last year. A Mantel-Haenszel random effect meta-analysis was performed, using the Prevalence Ratio (PR) and 95% confidence interval as measures of association. In Chapter II, a cross-sectional population-based study was carried out in the Santa Rosa dos Pretos quilombo, in Itapecuru Mirim, in the state of Maranhão. Adult users who had lived in the household for at least 12 months were included, and individuals who had been absent from the household for 6 or more months were excluded, as well as those who did not have health conditions to answer the questionnaires. Data were collected by previously trained researchers through structured questionnaires. Questionnaires captured sociodemographic information; socioeconomic; from self-perception to oral health; discrimination; in addition to the oral health assessment in PHC, through the Primary Care Assessment Tool – Oral Health of Adults (PCATool-OH). Three attributes of PCATool-OH were used: affiliation; first-contact access-use; first-contact access-accessibility; in addition to the access score. A cutoff point >5.5 was used for high scores on access to oral health services in the PHC. The association between the mean scores in relation to the independent variables was assessed using the Mann-Whitney or Kruskal-Wallis tests. In the multivariate analysis, Poisson Regression was used. Analyses were performed adopting a 95% confidence level and a 5% significance level. In chapter I, 94 studies were selected, 25 of which were aggregated in the meta-analysis. The use of oral health services in the last year was associated with higher education (PR=0.49, (95%CI:0.39-0.60)); higher family income (PR=0.79, (95%CI:0.74-0.84)); and urbanity (RP=0.79, (95%CI:0.64-0.97)). In chapter II, 293 individuals participated in the study, with mean and standard deviation of the access score of 3.93 (SD \pm 1.37), where 91.4% classified

the access score as poor. There was an association between self-perception of oral health with the attributes affiliation ($p=0.049$), first contact access (use) ($p=0.014$), and with the access score ($p=0.002$). An association was also observed between monthly family income and the attribute of first contact access (accessibility) ($p=0.012$). In chapter I, it was possible to conclude that the frequency of use of oral health services in Brazil is uneven, reinforcing the need for public policies and programs that promote access and use by more vulnerable groups. In chapter II, it was possible to conclude that the assessment of access to PHC oral health services by the quilombolas of Santa Rosa dos Pretos was poor, requiring the strengthening of this service, focusing on vulnerable populations.

Keywords: Health Services Accessibility, Dental Health Services, Health Evaluation, Oral Health.

SUMÁRIO

RESUMO.....	viii
ABSTRACT.....	ix
1 INTRODUÇÃO.....	14
2 CAPÍTULO I.....	21
3 CAPÍTULO II.....	52
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	76
REFERÊNCIAS.....	77
APÊNDICE A - Tabela 1 - Características dos estudos que compuseram a análise final da Revisão Sistemática (N=94). São Luís, Maranhão, Brasil, 2020.....	83
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	116
APÊNDICE C - Dados Sociodemográficos, Socioeconômicos e de Autopercepção em Saúde Bucal.....	118
ANEXO A - Registro no PROSPERO.....	119
ANEXO B - Diretrizes para publicação na Revista <i>Brasilian Oral Research</i>	124
ANEXO C - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	133
ANEXO D - Escala de Discriminação Explícita (EDE).....	137
ANEXO E - Questionário PCATool-OH (Adaptado).....	148
ANEXO F - Diretrizes para publicação na Revista <i>Cadernos de Saúde Pública</i>	151

1. INTRODUÇÃO

1.1 Abordagens do acesso aos serviços de saúde

As diferentes abordagens de análise sobre acesso aos serviços de saúde retratam o nível de pluralidade e complexidade desse assunto. Muitas vezes o termo acesso é empregado de forma imprecisa, sendo pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde (TRAVASSOS, MARTINS, 2004). Alguns autores utilizam o termo acesso com o substantivo acessibilidade (DONABEDIAN, 1973), enquanto outros preferem o substantivo acesso (ANDERSEN, 1995), ou ambos os termos, indicando o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde (DONABEDIAN, 2003).

Segundo Donabedian (1973), a acessibilidade foi definida como um dos aspectos da oferta de serviços relativo à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população. Acessibilidade, neste caso, é mais abrangente do que a mera disponibilidade de recursos em um determinado momento e lugar, referindo-se às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários. A acessibilidade corresponde às características dos serviços que assumem significado quando analisadas à luz do impacto que exercem na capacidade da população de usá-los. A acessibilidade é, assim, fator da oferta importante para explicar as variações no uso de serviços de saúde de grupos populacionais, e representa uma dimensão relevante nos estudos sobre a equidade nos sistemas de saúde.

Ao utilizar o termo acessibilidade, Donabedian (1973) descreve dois aspectos: sócio-organizacional e geográfico. Os atributos sócio-organizacionais incluem a condição social, cultural, educacional ou econômica do indivíduo, o que influenciará significativamente o acesso à saúde. Já a acessibilidade geográfica refere-se à uma função do tempo e do espaço, como a distância física entre usuários e os serviços. Segundo esse autor, o termo “acessibilidade” abrange uma gama maior de significados, estando mais relacionado à oferta de serviços de um modo que atenda às necessidades da população, do que apenas à simples disponibilidade dos recursos em um determinado tempo e espaço.

Se por um lado, Donabedian (1973) acaba delimitando o escopo do seu conceito de acessibilidade, excluindo deste as etapas de percepção de problemas de saúde (necessidades) e o processo de tomada de decisão na procura de serviços pelos indivíduos; por outro lado, avança na abrangência do conceito de acesso para além da entrada nos serviços.

Segundo ele, acessibilidade indica também o grau de (des)ajuste entre as necessidades dos pacientes e os serviços e recursos utilizados. A acessibilidade não se restringe apenas ao uso ou não de serviços de saúde, mas inclui também a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos utilizados às necessidades de saúde dos indivíduos.

Neste estudo, foi utilizado o conceito de acesso aos serviços de saúde tanto quanto à utilização quanto à acessibilidade a estes serviços.

1.2 Retrospectiva histórica: os quilombos e quilombolas

Segundo a Lei nº 12.288, que instituiu o Estatuto da Igualdade Racial, a população negra é compreendida pelo conjunto de pessoas que se autodeclaram pretas e pardas, em relação ao quesito cor ou raça, utilizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ou que adotam autodefinição análoga (BRASIL, 2010).

Um longo período da história brasileira foi marcado pelo desenvolvimento da sociedade colonial e pelo processo de objetificação de milhões de negros escravizados. Devido às péssimas condições de vida e trabalho e das diversas formas de violência às quais foram submetidos, episódios de resistência e luta foram as bases para a formação de quilombos. Tais locais transformaram-se em importante opção de organização social da população negra, além de espaço de resgate de sua humanidade, cultura e fortalecimento da solidariedade e da democracia, onde negros se constituíam e se constituem como sujeitos de sua própria história (BRASIL, 2007a).

Os quilombolas são definidos como grupos étnico-raciais, com trajetória histórica própria e relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra, relacionada com a histórica de resistência e opressão sofridas (BRASIL, 2003), tendo sua organização em comunidades, os quilombos. A regularização das terras dos quilombos se deu em 2003 (BRASIL, 2003), tendo seu reconhecimento como comunidade tradicional quatro anos depois, como Comunidade Remanescentes de Quilombos (CRQs) (BRASIL, 2007b).

As CRQs foram constituídas de diversas formas, como: fugas, com a ocupação de terras livres; heranças; doações; compra de terras; recebimento de terras como forma de pagamento de serviços prestados ao Estado; além da permanência nas terras em que trabalhavam, dentro das grandes propriedades (SCHMITT, TURATTI, CARVALHO, 2002). O reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras dos quilombolas foi fundamental na preservação da identidade cultural e social desta população (THORKILDSEN, 2014).

O Maranhão, um dos estados mais pobres do país, concentra a maior proporção de habitantes negros (74%) (BRASIL, 2016), e de comunidades remanescentes de quilombos (BRASIL, 2020) do Brasil. Atualmente há no Maranhão 816 comunidades quilombolas certificadas (BRASIL, 2020), o que torna esse estado um importante polo de investigação sobre esta população.

Alguns estudos têm sido realizados abordando aspectos diversos da vida das comunidades quilombolas do Maranhão (SILVA, FERREIRA, RODRIGUES, 2016), tais como: o papel do Estado ao conceber aos remanescentes de quilombos do Maranhão a igualdade e a diferenciação dos elementos formadores da chamada “nação brasileira” (FURTADO, 2012); a alocação orçamentária do Programa Brasil Quilombola no Maranhão (TEIXEIRA, SAMPAIO, 2019); as realidades e possibilidades do desenvolvimento turístico em comunidades quilombolas (SANTOS et al., 2020); os quilombos na cena política (SOUSA, BRUSTOLIN, 2018), dentre outros.

No campo da saúde, há estudos que evidenciaram nos quilombolas maranhenses a prevalência de desnutrição em crianças menores de 5 anos e os fatores associados (SILVEIRA, PADILHA, FROTA, 2020); a qualidade de vida de idosos quilombolas (SARDINHA et al., 2019); a hipertensão arterial sistêmica (VARGA, CARDOSO, 2016); a prevalência e os fatores de risco cardiovascular (BARBOSA et al., 2015); além das condições de vida e de saúde (SILVA, FERREIRA, RODRIGUES, 2016). Havia, entretanto, uma lacuna na literatura, no que se refere à avaliação dos serviços de saúde bucal da APS, por populações vulneráveis, como é o caso dos quilombolas.

De acordo com a Associação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas do Maranhão, os quilombolas ainda lutam a fim de assegurar direitos básicos, como o acesso à saúde, à educação, à capacitação profissional, bem como da melhoria das condições de trabalho e geração de renda (PAIXÃO, 2015).

A comunidade Santa Rosa dos Pretos, devido sua coesão, pluralidade e manifestações culturais, tornou-se uma referência ao se tratar de CRQs, em termos regionais e nacional. Esta coesão é fruto dos festejos, festas, danças, banquetes e distribuições de alimentos, atitudes que constantemente reafirmam laços de reciprocidade dentro desta comunidade, e com as comunidades vizinhas (LUCHESE, 2016).

Com o fim da escravidão, e o distanciamento dos centros urbanos da maioria dos quilombos, apesar da manutenção de seus valores culturais, fez com que os quilombolas permanecessem às margens da sociedade, que, somado à escassez de emprego fora dos quilombos, levou-os a permanecer em atividades predominantemente rurais (ALMEIDA et

al., 2019). Esta desigual inserção no mercado de trabalho, também ocasionaram aos quilombolas atividades laborais informais e, conseqüentemente, rendimentos inferiores (SILVEIRA, PADILHA, FROTA, 2020), já que o negro, quando comparado ao branco e ao amarelo, ganha em média 1,8 vezes menos (BRASIL, 2017), o que poderia refletir nas suas condições de saúde.

Assim, as desigualdades étnicas e raciais, somadas às disparidades socioeconômicas, dificultam o acesso aos programas de saúde para a maioria da população quilombola, aumentando indefinidamente as angústias destas famílias (SILVA, FERREIRA, RODRIGUES, 2016).

1.3 Acesso aos serviços de saúde, e de saúde bucal, dos quilombolas

Aproximadamente “75% da população brasileira depende do SUS para ter acesso aos serviços de saúde” (PAVÃO, 2016), entretanto, evidencia-se uma subutilização dos serviços de saúde por parte dos quilombolas (GOMES et al., 2013). Para o Ministério da Saúde (MS), a política de inclusão da população quilombola iniciou-se, efetivamente, em 2004 com a Portaria n.º 1.434 (BRASIL, 2004a), por meio de incentivo para a ampliação de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) para as comunidades quilombolas (SILVA, 2010). Três anos depois, o MS instituiu a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), por meio da portaria n.º 992/2007. Um dos objetivos específicos da PNSIPN foi garantir e ampliar o acesso da população negra do campo e da floresta, em particular as populações quilombolas, às ações e aos serviços de saúde (BRASIL, 2007a).

Na prática ainda há um acesso aos serviços de saúde “seletivo, focalizado e excludente” (ASSIS, VILA, NASCIMENTO, 2003), sendo o limite do acesso evidenciado devido à alguns fatores, como as barreiras geográficas (ASSIS, JESUS, 2012), financeiras, organizacionais, culturais, dentre outras (TRAVASSOS, CASTRO, 2014). São citadas ainda as desigualdades raciais, como as disparidades sociais e discriminação étnica (KRIEGER, 2003; LEAL, GAMA, CUNHA, 2005). Tais fatores ainda são presentes em populações específicas, como os quilombolas, apesar da evolução do sistema de saúde brasileiro.

Pesquisas realizadas em comunidades quilombolas demonstraram que um fator associado à falta de acesso aos serviços de saúde por esta população é ela ainda viver em situação de vulnerabilidade (MARQUES et al., 2010; SILVA, LIMA, HAMANN, 2010), com moradias e higiene inadequadas e sob condições insalubres, sem saneamento básico, ausência de tratamento da água e de transportes, além da condição socioeconômica desfavorável

(FREITAS et al., 2011). Estes fatores acarretariam desigualdades sociais e de saúde, além de menor acesso a bens e serviços (MARQUES et al., 2010; SILVA, LIMA, HAMANN, 2010).

Um subsistema público de atenção à saúde bucal no Brasil se desenvolveu ao longo de um processo histórico (CHAVES et al., 2018). Em 28 de dezembro de 2000 foi publicada a portaria 1.444, que estabeleceu o incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios, através do Programa Saúde da Família, sendo o primeiro incentivo financeiro à saúde bucal brasileira (BRASIL, 2000). Quatro anos depois foi instituída a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), popularmente conhecida como Brasil Sorridente, tendo com um dos principais eixos a reorganização da atenção básica, especialmente por meio das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família (ESB/ESF) (BRASIL, 2004b). A PNSB promoveu aumento na oferta e cobertura potencial de serviços públicos odontológicos entre 2003 e 2006, mantendo-os estáveis no período de 2007 a 2014 (CHAVES et al., 2017).

Dentre as ações, propostas na PNSB, a serem desenvolvidas pela ESB/ESF têm-se: Ações de Promoção e Proteção da Saúde, como: Fluoretação das Águas; Educação em Saúde; Higiene Bucal Supervisionada; e Aplicação Tópica de Flúor; Ações de recuperação, envolvendo o diagnóstico e a recuperação de doenças; e Ações de reabilitação, que consistem na recuperação parcial ou total das capacidades perdidas, e na reintegração do indivíduo no seu ambiente social e/ou laboral (BRASIL, 2004b).

O acesso aos serviços de saúde bucal, que já não é universal, muitas vezes também é excludente. O acesso a estes serviços, pela população quilombola, muitas vezes se dá através de alguma situação de urgência, sendo quase sempre motivado pela dor (SILVA et al., 2011).

Estudos ressaltaram a importância de implementar ações de saúde bucal junto às populações remanescentes de quilombos, buscando garantir o estabelecimento de um programa de atendimento de caráter universal, integral e equânime, considerando as experiências e os valores culturais relacionados às práticas de higiene e alimentação de cada povo quilombola (BRASIL, 2005; PARE, OLIVEIRA, VELOSO, 2007; CARDOSO, 2010).

A percepção da saúde bucal como um direito humano, e não como um privilégio, deve ser cada vez mais fortalecida, especialmente nas populações de vulnerabilidade reconhecida (SILVA et al., 2018), como é o caso dos quilombolas. As ações de educação em saúde devem considerar a inserção cultural, levando em consideração que a saúde bucal é um componente que transcende a Odontologia (SILVA et al., 2018).

1.4 A Atenção Primária à Saúde no Brasil e o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool)

O sistema de saúde brasileiro passou por mudanças ao longo da história, sendo anteriormente caracterizado por um modelo curativista e hospitalocêntrico, centrado na consulta médica (SILVA, CALDEIRA, 2010). Essa realidade foi transformada com o passar dos anos, até a implantação de um novo sistema de saúde brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988). A mudança no modelo assistencial à saúde do brasileiro é impulsionada com a criação do Programa Saúde da Família (SILVA, CALDEIRA, 2010), posteriormente consolidado como Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL 2006; 2011). A ESF é a principal estratégia para expansão, qualificação, consolidação e organização da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil (BRASIL, 2011).

Desde a Conferência de Alma-Ata, em 1978, diversos autores vêm propondo definições sobre a APS (BRASIL, 2020). Nesse estudo, a APS foi definida como o nível do sistema de saúde que fornece entrada para todas as novas necessidades e problemas das pessoas; fornece atenção à pessoa ao longo do tempo, e todas as suas condições; além de coordenar ou integrar a atenção fornecida em outros lugares ou por terceiros (STARFIELD, 2001). Com base nessa definição, foi proposto quatro atributos essenciais para ações e serviços da APS: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação de atenção (STARFIELD, 2001). Posteriormente, foram propostos outros três atributos derivados, que qualificariam as ações e serviços da APS: orientação familiar; orientação da comunidade, e competência cultural (SHI, STARFIELD, XU, 2001).

Para a avaliação da APS, faz-se necessário identificar se os serviços ofertados são orientados por seus atributos, visto que estes indicam melhores indicadores de saúde, maior satisfação do usuário, menores custos e maior equidade, e, conseqüentemente, têm impacto positivo no estado de saúde de populações e pessoas (STARFIELD, 2001). Assim, foi desenvolvido um instrumento capaz de mensurar a presença e extensão dos atributos da APS, o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), ou Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (SHI, STARFIELD, JIHAONG, 2001). O PCATool foi criado com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian (2005), no qual fundamenta-se na mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde.

O PCATool foi originalmente criado como um instrumento autoaplicável, destinado a crianças, adultos, profissionais da saúde, e coordenador/gerente do serviço de saúde (SHI, STARFIELD, JIHAONG, 2001). Outras variações desse instrumento também surgiram, como o de avaliação da Atenção Primária à Saúde em saúde bucal para pacientes

adultos, o PCAToll – *Oral Helth* (PCATool-OH) (CARDOZO 2015; CARDOZO et al., 2020; BRASIL 2020), instrumento adaptado e utilizado neste estudo.

1.5 O *Primary Care Assessment Tool – Oral Health of Adults* (PCATool-OH)

O *Primary Care Assessment Tool – Oral Health of Adults* (PCATool-OH), instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde em saúde bucal para usuários adultos, foi originalmente criado na versão extensa, sendo formado por 86 itens, distribuídos em 10 componentes relacionados aos atributos da Atenção Primária à Saúde, como: Afiliação; Acesso de primeiro contato - utilização; Acesso de primeiro contato – acessibilidade; Longitudinalidade; Coordenação – integração de cuidados; Coordenação – sistema de informações; Integralidade – serviços disponíveis; Integralidade – serviços prestados; Orientação Familiar; e Orientação Comunitária (BRASIL, 2020).

Para este estudo, utilizamos apenas três atributos: Afiliação; Acesso de primeiro contato – utilização; e Acesso de primeiro contato – Acessibilidade. Eles foram os elencados, pois tratavam de vínculo e acesso direto aos serviços de saúde bucal (BRASIL, 2020).

O atributo Afiliação era formado por três itens, que identificava o serviço de saúde bucal ou dentista de referência para os cuidados em saúde bucal do usuário, que seria o objeto no seguimento da entrevista e, conseqüentemente, o serviço de saúde bucal ou dentista avaliado(a) (BRASIL, 2020).

O Acesso de primeiro contato – utilização, também composto por três itens, tratava do uso dos serviços de saúde bucal, no qual o usuário havia identificado no item anterior, como sendo de referência (BRASIL, 2020).

Já o Acesso de primeiro contato – acessibilidade, era formado por doze itens, que abordavam desde a disponibilidade quanto ao dia/hora dos serviços de saúde bucal; possibilidade de atendimento no mesmo dia que necessitasse; formas de comunicação com o serviço; facilidade/dificuldade de entrada no serviço quando necessário; tempo de espera; e necessidade de faltar as atividade rotineiras (trabalho/escola) quando estivesse no serviço de saúde bucal (BRASIL, 2020).

Frente à essas questões, a presente tese teve como objetivo analisar as variáveis associadas com a frequência de utilização dos serviços de saúde bucal no Brasil (Capítulo I), e avaliar o acesso aos serviços de saúde bucal da APS e as variáveis associadas, por quilombolas no Maranhão, Brasil (Capítulo II).

2. CAPÍTULO I

O USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA COM METANÁLISE

Cinthia Nara Gadelha Teixeira, Sângela Maria da Silva Pereira, Juliana Balbinot Hilgert, ,
Neurinéia Margarida Alves de Oliveira, Cecília Cláudia Costa Ribeiro, Fernando Neves
Hugo, Matheus Neves, Cláudia Maria Coelho Alves.
(Artigo científico submetido à *Brazilian Oral Research*)

Resumo

O objetivo foi analisar os fatores associados ao uso dos serviços de saúde bucal no Brasil. A estratégia de revisão incluiu as bases de dados PubMed, SciELO, LILACS, BBO, *EMBASE*, *Scopus*, *WOS* e *Google Scholar*, além de repositórios e bancos de dissertações e teses. Os estudos foram selecionados usando a estratégia PEO (População/Exposição/Desfechos), nos idiomas português, inglês, espanhol e francês. O desfecho foi o uso dos serviços de saúde bucal no último ano, pela população brasileira. Para as análises, essas variáveis foram tratadas como dicotômicas: ≤ 1 e > 1 ano. Foram testadas as variáveis explicativas: escolaridade, renda, urbanidade e tipo de serviço odontológico utilizado. Foi realizada uma metanálise de efeito randômico de Mantel-Haenszel, estimando-se Razões de Prevalência (RP) e intervalos de confiança a 95% (IC95%). Nesta etapa foram incluídos estudos que consideraram visita regular ao dentista-pelo menos uma no último ano (≤ 1 ano). Dos estudos selecionados, 94 compuseram a revisão sistemática. Para a metanálise, 25 estudos foram incluídos. O uso dos serviços de saúde bucal no último ano esteve associado com maior escolaridade (≥ 8 anos de estudo) (RP=0,49, (IC95%:0,39-0,60)); maior renda familiar (≥ 2 salários mínimos) (RP=0,79, (IC95%:0,74-0,84)); e a urbanidade (RP=0,79, (IC95%:0,64-0,97)). A oferta de serviços de saúde bucal no Sistema Único de Saúde precisa ser ampliada entre pessoas com menor renda, menor escolaridade e moradores da zona rural do Brasil.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde. Equidade em Saúde. Métodos Epidemiológicos. Saúde Bucal. Assistência Odontológica.

Introdução

Acesso é uma das principais prioridades das políticas de saúde, sendo um dos maiores desafios aos sistemas de saúde, ainda que não exista uma definição de consenso¹⁻².

Acesso é um conceito difuso, muitas vezes empregado de forma imprecisa, e que muda com o passar do tempo e segundo o contexto³. Donabedian⁴ refere-se acesso aos serviços de saúde como acessibilidade, referindo-se à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população. Já Andersen e Newman⁵ o trataram como utilização, um dos elementos dos sistemas de saúde, que se refere à entrada no serviço de saúde e à continuidade do tratamento. Este conceito é revisitado por Andersen⁶, que o considera multidimensional, composto por múltiplos elementos, como o acesso realizado.

O acesso realizado se dá com a utilização de serviços de saúde⁷. A utilização dos serviços de saúde resulta de uma interação complexa entre usuários, disponibilidade e acesso aos serviços, sendo influenciada por algumas características individuais, podendo ser vislumbrada como a percepção do estado de saúde e necessidades de saúde; fatores contextuais, como as desigualdades sociais; e organização dos serviços de saúde⁸⁻¹⁰.

A utilização e a frequência da utilização dos serviços de saúde bucal no Brasil são influenciadas por variáveis como escolaridade¹¹⁻¹⁶, e condições socioeconômicas^{11,12,16,17}. Outras características individuais associadas com maior utilização dos serviços de saúde bucal incluem, o sexo feminino^{13,14,18,19}, a raça/cor branca^{13,20} e possuir plano/seguro de saúde^{13,18,21}. Fatores contextuais associados com maior utilização dos serviços de saúde bucal incluem, urbanidade (residir em zona urbana)^{22,23} e cobertura pela Estratégia Saúde da Família¹³.

Reconhecidamente, a utilização dos serviços de saúde bucal é influenciada pela oferta e demanda por serviços²⁴. Há também as barreiras de acesso, como as financeiras e físicas, que podem impedir ou dificultar a possibilidade de as pessoas utilizarem esses serviços²⁵. Tais barreiras, tanto da demanda quanto da oferta, impactam no acesso aos serviços, em especial entre populações vulneráveis²⁶.

Apesar das modificações e evolução no sistema de saúde brasileiro, com o esforço para se criar um sistema universal, integral e equânime, a utilização dos serviços de saúde bucal é baixa^{27,28} e ainda ocorre de maneira desigual^{11,29}.

O acesso aos serviços de saúde bucal no Brasil, na perspectiva do uso, precisa ser investigado, de modo a sintetizar a evidência disponível sobre o acesso e as principais variáveis a ele associadas. Além disso, vislumbrar o acesso aos serviços de saúde bucal quanto ao uso, através da análise dos estudos já realizados com esta temática, era uma lacuna

na literatura. Assim, o objetivo desse estudo foi analisar os fatores associados com o uso dos serviços de saúde bucal no Brasil.

Métodos

Protocolo e Registro

Este estudo foi registrado no PROSPERO (CRD42020189716). Foi realizada uma revisão sistemática, com metanálise, de estudos observacionais. O trabalho foi conduzido de acordo com as diretrizes do *Meta-analysis Of Observational Study in Epidemiology* (MOOSE)³⁰.

Critérios de Elegibilidade

Foi utilizada a estratégia PEO (*Population/ População, Exposure/ Exposição e Outcome/ Desfecho*) para realizar a busca dos estudos. Para este protocolo de busca, na população foram incluídos os grupos étnicos, grupos com ancestrais do continente africano, população rural e urbana, grupo com ancestrais nativos do continente americano, índios Sul-Americanos, grupos de risco, idosos, crianças e adultos; a exposição envolveu os fatores socioeconômicos, renda familiar, classe social, escolaridade e escolaridade materna e paterna; e no desfecho foram incluídos o acesso aos serviços de saúde, avaliação em saúde, qualidade da assistência à saúde, equidade em saúde, equidade no acesso aos serviços de saúde, aceitação pelo paciente de cuidados de saúde, saúde bucal, serviços de saúde bucal, assistência odontológica e a necessidades e demanda de serviços de saúde.

A pesquisa englobou estudos nos idiomas português, inglês, espanhol e francês, além de dissertações e teses, não havendo restrições quanto à data de realização. Estudos realizados até 2020 foram incluídos na pesquisa.

Fontes de Informação

Foram utilizadas as seguintes bases de informações: PubMed, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Latin American and Caribbean Health Sciences Literature* (LILACS), Bibliografia Brasileira de Odontologia (BBO), *Excerpta Medica DataBASE* (EMBASE), *Scopus*, *Web of Science Core Collection* (WOS) e *Google Scholar*. Os estudos também foram identificados em repositórios e bancos de dissertações e teses. A pesquisa dos dados foi realizada em maio de 2020.

Busca

Os descritores utilizados nesse estudo foram identificados segundo o Descritores em Ciências da Saúde (DECs) e o *Medical Subject Headings* (MeSH). Foram utilizadas as seguintes combinações dos descritores, tanto em inglês quanto em português: (*Ethnic groups*) OR (*African continental ancestry group*) OR (*Rural population* OR *Rural community* OR

Rural communities) OR (Urban population OR Urban populations) OR (American native continental ancestry group) OR (Indians, South American) OR (Vulnerable groups OR Vulnerable communities OR At-risk groups OR At-risk communities) OR (Aged OR Elderly) OR (Child OR Children) OR (Adult OR Adults) AND (Socioeconomic Factors) OR (Income OR Family income) OR (Social class) OR (Educational status) OR (Maternal educational status) OR (Paternal educational status) AND (Health services accessibility OR Accessibility of health service) OR Access to health care OR Health services geographic accessibility OR Health services availability OR Availability of health services OR Accessibility, health services OR Program accessibility OR Accessibility, program) OR (Health evaluation) OR (Quality of Health Care OR Health care quality, access and evaluation) OR (Health equity OR Equity in health) OR (Equity in access to health services OR Equity in access) OR (Patient acceptance of health care) OR (Oral Health) OR (Dental Health Services) OR (Dental care) OR (Health services needs and Demand). A fim de garantir a reprodutibilidade, as pesquisas foram documentadas em detalhes.

Seleção dos Estudos

Após a seleção dos trabalhos, foi elaborada uma estratégia para organização, de acordo com o conceito de acesso utilizado pelos seus respectivos autores. Acesso aos serviços de saúde bucal, como a entrada nesses serviços, é o desfecho deste estudo, considerando-se o uso dos serviços de saúde bucal no último ano, pela população brasileira. Assim, foi desenvolvida a seguinte pergunta norteadora: Quais as variáveis associadas com o uso dos serviços de saúde bucal no ano anterior à realização dos estudos selecionados, no Brasil?

Foram incluídos todos os estudos observacionais identificados nos quais os pesquisadores investigaram o acesso aos serviços de saúde bucal. Foram critérios de exclusão: revisões de literatura; e os estudos que não abordavam o acesso aos serviços de saúde bucal quanto ao uso. Para a metanálise, também foram excluídos os estudos com ausência de resultados com valores absolutos.

Coleta de Dados

Os estudos foram selecionados inicialmente para inclusão com base em seus títulos e resumos, que foram selecionados e lidos por dois avaliadores independentes. Cada avaliador classificou os estudos como "incluídos", "excluídos" ou "pouco claros", segundo os critérios de elegibilidade. Resultados discrepantes foram discutidos, e os registros dos motivos de quaisquer exclusões foram mantidos. Quando não houve consenso, um terceiro avaliador foi convidado a analisar alguns estudos. Dois pesquisadores leram todos os manuscritos selecionados.

Lista dos Dados

Foram extraídas informações sobre autores, ano de publicação, título, objetivo, número da amostra, idade (anos), local de afiliação do autor principal dos estudos, delineamento do estudo, estratégia do desenho amostral, local onde os dados foram coletados, exposição principal e secundária, e principais resultados. Os dados foram registrados em uma planilha.

Avaliação do Risco de Viés

O risco de viés para cada estudo foi avaliado usando ferramentas de avaliação da qualidade específicas para os estudos observacionais. Para cada um dos 14 itens, as opções de resposta foram as seguintes: sim; e não, não é possível determinar, não aplicável ou não relatado. Estudos com resposta “sim” aos itens 7 a 11, 14 (considerados os mais importantes), e aqueles com respostas adequadas a pelo menos 10 dos 14 itens, foram considerados com baixo risco de viés³¹. Esta classificação foi realizada por dois avaliadores independentes.

Medidas de Sumarização

Variáveis como sexo, escolaridade, renda, urbanidade e tipo de serviço odontológico utilizado pelos usuários de serviços de saúde bucal no Brasil foram registradas para calcular as medidas de associação. Para a metanálise, foram incluídos estudos que consideraram visita regular ao dentista, definida como pelo menos uma visita no último ano (≤ 1 ano). Para os estudos que apresentavam diferentes categorias de frequência de utilização dos serviços de saúde bucal, quando possível, foram calculados o total de usuários e recategorizados em frequência de utilização ≤ 1 ano e > 1 ano.

Foi realizada uma metanálise de efeito randômico de Mantel-Haenszel, usando o *software Review Manager* versão 5.3.5³², que estima a quantidade de variação entre os estudos. A Razão de Prevalência (RP), com intervalo de 95%, foi utilizada como medida de associação.

Síntese dos Resultados

A heterogeneidade metodológica foi avaliada e levou em consideração as disparidades existentes entre os estudos. A heterogeneidade estatística foi avaliada com base na estimativa do valor de p do teste Q de Cochran e no Índice de Inconsistência (I^2). Os gráficos *forest plots* e *funnel plots* também foram avaliados. A heterogeneidade estatística foi observada se $p < 0,10$ para o teste Q, $I^2 \geq 50\%$, com IC de 95%, para que os estudos não se sobrepusessem nos *forest plots* e se houvesse assimetria nas medidas dos estudos no *funnel plots*.

Análises Adicionais

Sempre que houve heterogeneidades significativas, foram realizadas análises de subgrupos de acordo com a macrorregião onde foi realizada o estudo.

As análises de subgrupos foram conduzidas por região: Brasil, para estudos nacionais, e por macrorregiões (Sul, Sudeste, Norte, Nordeste e Centro-Oeste), pois se apresentaram menos heterogêneos, sendo os resultados assim apresentados. Na metanálise, a macrorregião Norte não foi analisada, devido ao pequeno número de estudos. Estes estudos e, aqueles impossibilitados de agrupamento de pelo menos dois subgrupos por macrorregião, foram alocados no grupo “Outros”.

Resultados

Após busca dos descritores, e elencados os critérios de inclusão e exclusão, foram identificados 50.088 artigos. Destes, 3.137 foram encontrados no PubMed, 152 na SciELO, 822 na LILACS, 154 na BBO, 835 no *Embase*, 24.048 na *Scopus* e 19.847 na *WOS*, quando pesquisados os descritores em inglês. A pesquisa dos descritores em português gerou 110 artigos no SciELO, 844 no LILACS, 139 na BBO e nenhum na *Scopus*. O *Google Scholar* e sites de dissertações e teses forneceram 6.699 arquivos, incluindo artigos, dissertações e teses. Assim, 56.787 arquivos foram selecionados. Em outras fontes, foram captados 9 artigos. Foram selecionados 49.232 estudos para a leitura dos títulos e dos resumos, e, em seguida, 156 para a leitura na íntegra. Destes, 62 foram excluídos, sendo, por fim, selecionados 94 arquivos para o estudo, sendo 80 artigos científicos, 8 dissertações e 6 teses (Figura 1).

O tamanho da amostra variou de 50 a 775.024 participantes. A idade dos participantes teve uma variação de 0 a ≥ 80 anos. A maioria dos estudos (98%) tinha delineamento observacional, do tipo transversal, sendo 63% oriundos de dados primários.

Os estudos selecionados foram publicados entre 2001 e 2020, com um aumento na última década (2001-2010: 25; 2011-2020: 69). Eles foram realizados por pesquisadores de 15 estados brasileiros, sendo 3 da região Norte (Amazonas: 2; Rondônia:1); 17 da região Nordeste (Bahia: 2; Ceará: 1; Maranhão: 1; Pernambuco: 6; Paraíba: 5; Rio Grande do Norte: 2); 42 da região Sudeste (Espírito Santo: 1; Minas Gerais: 17; Rio de Janeiro: 4; São Paulo: 20); e 32 da região Sul (Paraná: 6; Rio Grande do Sul: 18; Santa Catarina: 8). A maioria dos estudos foi publicada no idioma português (70%).

A tabela 1 apresenta a avaliação da qualidade dos estudos selecionados e o risco de viés. Dos 14 itens usados para avaliar o risco de viés, pelo menos 10 (71,4%) estiveram adequadamente presentes em 37 (39,3%) estudos, considerados com menor risco de viés.

Na metanálise foram incluídos 25 estudos. A estimativa sumarizada da metanálise mostrou uma associação das variáveis sexo, escolaridade, renda, urbanidade e tipo de serviço de saúde bucal, com o uso dos serviços de saúde bucal (Figuras 2-6).

O uso dos serviços de saúde bucal no último ano esteve associada com a maior escolaridade (≥ 8 anos de estudo) (RP=0,49, (IC95%:0,39-0,60)) (Figura 3); maior renda familiar (≥ 2 salários mínimos) (RP=0,79, (IC95%:0,74-0,84)) (Figura 4); e a urbanidade (RP=0,79, (IC95%:0,64-0,97)) (Figura 5).

Os estudos apresentaram heterogeneidade ($I^2 > 50\%$, $p < 0,10$). Assim, análises de subgrupos foram realizadas a fim de minimizar esta heterogeneidade, elencando os estudos nos seguintes grupos: Brasil, referente aos estudos nacionais; e por macrorregião, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-Oeste (Figuras 2-6). Apesar da heterogeneidade, ela não impactou nas estimativas ponderadas na associação entre o uso dos serviços de saúde bucal no último ano com as seguintes variáveis: escolaridade, na região Sul; urbanidade, na região Nordeste; e tipo de serviço de saúde bucal, na região Centro-Oeste.

Na região Sudeste, o uso dos serviços de saúde bucal no último ano foi associada com o sexo masculino (RP=1,19, (IC95%:1,02-1,38)) (Figura 2). O uso dos serviços de saúde bucal no último ano foi associada com a maior escolaridade, em estudos nacionais (Brasil) (RP=0,43, (IC95%:0,33-0,57)), na região Sul (RP=0,77, (IC95%:0,72-0,82)), e Centro-Oeste (RP=0,49, (IC95%:0,39-0,60)) (Figura 3). O uso dos serviços de saúde bucal no último ano também esteve associada com a maior renda, em estudos nacionais (Brasil) (RP=0,75, (IC95%:0,70-0,80)) (Figura 4), e com o serviço odontológico privado na região Sul (RP=0,69, (IC95%:0,61-0,77)).

Discussão

Essa revisão sistemática, pioneira quanto ao uso dos serviços de saúde bucal no Brasil, mostrou que este acesso é desigual, sendo menos frequente entre pessoas com menor escolaridade e renda, e que residem em áreas rurais. Uma das hipóteses para justificar esse resultado diz respeito à não consolidação dos serviços de saúde bucal no país, sendo essa implantação realizada somente há 20 anos¹¹⁸, ainda que a expansão da saúde bucal na Atenção Primária à Saúde tenha sido importante desde a publicação da Política Nacional de Saúde Bucal, em 2004¹¹⁹. Outras hipóteses que justificam esse achado são as evidentes desigualdades sociais e regionais na utilização dos serviços odontológicos. As barreiras na utilização aos serviços de saúde bucal são um exemplo destas desigualdades¹²⁰, mesmo quando consideradas condições individuais de vulnerabilidade social¹²¹. Tais barreiras também são observadas em outros países com diferentes níveis de desenvolvimento, como o

México¹²², Estados Unidos¹²³ e África do Sul¹²⁴. Ressaltam-se ainda as mudanças demográficas ocorridas na população, o que tende a modificar as demandas por serviços de saúde¹²⁵ e, conseqüentemente, impactar no acesso a estes serviços.

O uso dos serviços de saúde bucal no último ano no Brasil foi mais frequente em pessoas com maior escolaridade, corroborando achados prévios na literatura¹²⁶. Maior escolaridade é *proxy* de melhores condições materiais e, portanto, de maior utilização dos serviços de saúde, incluindo os de saúde bucal. Além disso, a escolaridade representa o nível de entendimento ou consciência sobre as doenças e cuidados bucais¹¹, o que também pode justificar este resultado. Outra hipótese é que, mesmo com o avanço da implementação das equipes de saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS), esse serviço ainda não é universal, devido, também às disparidades de cobertura populacional das equipes de saúde bucal no Brasil¹²⁷. Assim, o acesso aos serviços de saúde bucal tende a ficar mais restrito aos extratos com maior escolaridade.

Maior renda familiar esteve associada ao maior uso dos serviços de saúde bucal no último ano, no Brasil. Esse achado corrobora a literatura, pois há maior chance de falta de acesso aos serviços odontológicos entre os indivíduos com renda *per capita* domiciliar “menor que um salário mínimo”¹²⁸. Além dos serviços públicos de saúde bucal não ofertar acesso à toda população brasileira, a renda de um salário mínimo é insuficiente para a manutenção das necessidades básicas de uma família, como educação, saúde, moradia, transporte e alimentação. Assim, se não houver serviços públicos de saúde bucal acessíveis, grande parte da população brasileira não consegue pagar para acessá-los. Além disso, famílias com diferentes rendas utilizam os serviços de saúde bucal de forma diferente, sendo a frequência de utilização diretamente proporcional à renda. Assim, as diferenças na condição socioeconômica indicam iniquidade na utilização dos serviços de saúde bucal¹²⁹.

Um menor uso dos serviços de saúde bucal no último ano se deu por aqueles indivíduos que residiam em zonas rurais. Esse fato pode ser evidenciado por inúmeros fatores: o capital humano, qualidade de vida, ambiente de negócios, mercados e recursos naturais, infraestrutura social; sustentabilidade; saúde; logística (setor viário eficiente), sofisticação dos negócios; inovação; tamanho do mercado, dentre outros¹³⁰, o que tende a concentrar os profissionais cirurgiões-dentistas nos grandes centros. Essa última hipótese é corroborada por um estudo que revelou o Brasil como o país que, apesar de possuir o maior número de cirurgiões-dentistas por habitantes do mundo, representando 20% destes, tem distribuição desigual destes profissionais em seu território, onde 57% dos profissionais concentraram-se nos estados de São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro¹³¹. Além disso, é preciso revisar as

barreiras de acesso, como as geográficas e físicas, podendo ser uma hipótese a justificar esse resultado.

Na região Sudeste, foi observada um maior uso dos serviços de saúde bucal no último ano por indivíduos do sexo masculino. Porém, a magnitude encontrada neste resultado foi pequena, sendo necessários mais estudos para elucidar tal questão.

Na região Sul do Brasil, o maior uso dos serviços de saúde bucal no último ano se deu no âmbito privado. Uma hipótese que pode justificar esse resultado são as características socioeconômicas que envolvem essa região, pois possui o maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Brasil¹³² e o terceiro maior Produto Interno Bruto (PIB) per capita do país, sendo também a região cuja maioria da população é alfabetizada e com menor incidência de pobreza¹³³. Além disso, dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar revelaram que até junho de 2021 os planos exclusivamente odontológicos atingiram 14,4% da população brasileira, com maior cobertura nos estados das regiões Sudeste e Sul, nas capitais e nas regiões metropolitanas¹³⁴, podendo ser justificado pelo maior poder aquisitivo da população desta região. Além disso, os dados do SB Brasil 2010 mostram que a utilização dos serviços de saúde bucal no SUS, na região sul, foi a menor entre as regiões, com 37,2% dos indivíduos que utilizavam tais serviços¹³⁵. Tal achado reflete a realidade do serviço público odontológico, com lacunas quanto à sua relação entre oferta e demanda, o que possibilita uma maior procura pelos serviços privados pela população em geral.

O aumento dos estudos com esta temática na última década, observado neste estudo, foi auxiliado tanto pelo incremento da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, quanto pela realização dos dois últimos levantamentos epidemiológicos em saúde bucal no Brasil^{135,136}.

Este estudo tem como pontos fortes o fato de ser um trabalho inédito, pois analisou o uso dos serviços de saúde bucal no Brasil através de uma revisão sistemática, seguida de metanálise. Além disso, a análise por subgrupos segundo as macrorregiões brasileiras auxiliou a retratar um pouco como se dá o uso dos serviços de saúde bucal nestas diferentes regiões. Este estudo poderá contribuir para que profissionais, gestores e pesquisadores vislumbrem o acesso aos serviços de saúde bucal também quanto ao uso no último ano. A partir disso, diferentes estratégias poderão ser incrementadas, como uma melhor distribuição espacial das equipes de saúde bucal, bem como dos cirurgiões-dentistas. Dentre as limitações, destacam-se a dificuldade na análise de outras variáveis, como idade e raça/cor, devido a uma grande heterogeneidade dos dados; o risco de um viés de seleção na

alocação dos estudos da metanálise; além da qualidade dos estudos selecionados, o que necessitou de uma adequação metodológica para a metanálise.

Conclusões

O uso dos serviços de saúde bucal no Brasil é desigual, estando associada às variáveis como escolaridade, renda e urbanidade. Indivíduos com menor escolaridade e renda, e os residentes na zona rural, usaram menos os serviços de saúde bucal, reforçando a necessidade de políticas públicas e programas que promovam acesso e utilização por esses grupos.

Financiamento

Projeto financiado através do Edital Estágio-Nacional-07805/17, processo número 07805/17 da Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão (FAPEMA/MA) e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de nível Superior (CAPES), código financeiro 001.

Referências

1. Aday LA, Anderson R. Access to medical care. Ann Arbor: Health Administration Press; 1975.
2. Given CW. The concept and measurement of access to health services. Unpublished report; December 1973.
3. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20(Supl. 2):S190-8.
4. Donabedian A. Aspects of medical care administration. Boston: Harvard University Press; 1973.
5. Andersen RM, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q* 1973; 51:95-124.
6. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 1995; 36:1-10.
7. Andersen RM, Davidson PL. Improving access to care in America: individual and contextual indicators. In: Andersen RM, Rice TH, Kominski GF, Afifi AA, Rosenstock L, editors. Changing the U.S. health care system: key issues in health services policy and management. 3rd Ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2000;3-33.
8. Hulka BS, Wheat JR. Patterns of utilization: the patient perspective. *Med Care* 1985; 23(5):438-60.
9. Pavão ALB, Coeli CM, Lopes CS, Faerstein E, Werneck GL, Chor D. Social determinants of the use of health services among public university workers. *Rev Saude Publica* 2012; 46(1):98-103.
10. Garcia-Subirats I, Vargas Lorenzo I, Mogollón-Pérez AS, De Paepe P, da Silva MR, Unger JP, Vázquez Navarrete ML. Determinants of the use of different healthcare

levels in the General System of Social Security in Health in Colombia and the Unified Health System in Brazil. *Gac Sanit* 2014; 28(6):480-8.

11. Fonseca SGO, Fonseca EP, Meneghin MC. Fatores associados ao uso de serviços odontológicos públicos por adultos no estado de São Paulo, Brasil, 2016. *Cienc Saúde Colet* 2020; 25(1):365-74.
12. Herkrath FJ, Vettore MV, Werneck GL. Contextual and individual factors associated with dental services utilisation by Brazilian adults: A multilevel analysis. *PloS One* 2018; 13(2):e0192771.
13. Mullachery P, Silver D, Macinko J. Changes in health care inequity in Brazil between 2008 and 2013. *Int J Equity Health* 2016; 15:140.
14. Miranda CD, Peres MA. Determinantes da utilização de serviços odontológicos entre adultos: um estudo de base populacional em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Cad Saude Publica* 2013; 29(11):2319-32.
15. Silva AE, Langlois CO, Feldens CA. Use of dental services and associated factors among elderly in southern Brazil. *Rev. bras. epidemiol* 2013; 16(4):1005-16.
16. Gomes AM, Thomaz EB, Alves MT, Silva AA, Silva RA. Fatores associados ao uso dos serviços de saúde bucal: estudo de base populacional em municípios do Maranhão, Brasil. *Cienc Saúde Colet* 2014; 19(2):629-40.
17. Ferreira CO, Antunes JL, Andrade FB. Fatores associados à utilização dos serviços odontológicos por idosos brasileiros. *Rev Saúde Pública* 2013;47(Supl 3):90-7.
18. Pinto RS, Abreu MHNG, Vargas AMD. Comparing adult users of public and private dental services in the state of Minas Gerais, Brazil. *BMC Oral Health* 2014; 14:100.
19. Machado LP, Camargo MBI, Jeronymo JCM, Bastos GAN. Regular use of dental services among adults and older adults in a vulnerable region in Southern Brazil. *Rev Saúde Pública* 2012; 46(3):526-33.

20. Peres MA, Iser BPM, Boing AF, Yocota RTC, Malta DC, Peres KG. Desigualdades no acesso e na utilização de serviços odontológicos no Brasil: análise do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL 2009). *Cad. Saúde Pública* 2012a; 28 Suppl:90-100.
21. Manhães ALD, Costa AJL. Acesso a e utilização de serviços odontológicos no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 1998: um estudo exploratório a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(1):207-18.
22. Matos DL, Giatti L, Lima-Costa MF. Fatores sociodemográficos associados ao uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20(5):1290-97.
23. Travassos C, Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(10):2490-2502.
24. Salkever DS. Accessibility and the demand for preventive care. *Soc Sci Med* 1976, 10:469-75.
25. Austregésilo SC, Leal MCDC, Marques APDO, Vieira JDCM, Alencar DLD. Elderly's accessibility to oral health services: an integrative review. *Rev. bras. geriat. gerontol* 2015; 18(1):189-99.
26. Jacobs B, Ir P, Bigdeli M, Annear PL, Van Damme W. Addressing access barriers to health services: an analytical framework for selecting appropriate interventions in low-income Asian countries. *Health Policy Plan* 2012; 27(4):288-300.
27. Schroeder FMM, Mendonza-Sassi RA, Meucci RD. Condição de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos entre idosos em área rural no sul do Brasil. *Cienc Saúde Colet* 2020; 25(6):2093-2102.
28. Camerini AV et al. Atendimento odontológico regular em pré-escolares da área rural do Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2020; 54:37.

29. Pinheiro RS, Torres TZG. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. *Cienc Saúde Colet* 2006; 11(4):999-1010.
30. Stroup DF et al. Meta-analysis of observational studies in epidemiology: A proposal for reporting. Meta-analysis Of Observational Studies in Epidemiology (MOOSE) group. *Journal of the American Medical Association* 2000; 283(15):2008-12.
31. National Institutes of Health & National Heart, Lung, and Blood Institute. *Quality assessment tool for observational cohort and cross-sectional studies*; 2014. [cited 2020 Jun 10]. Available from: <https://www.nhlbi.nih.gov/healthpro/guidelines/in-develop/cardiovascular-risk-reduction/tools/cohort>
32. Cochrane Collaboration. *RevMan 5.3 user guide*; 2014. [cited 2020 Jun 10]. Available from: http://community.cochrane.org/sites/default/files/uploads/inline-files/RevMan_5.3_User_Guide.pdf
- ~~33. Deeks JJ, Higgins JP. Statistical algorithms in review manager 5. *Statistical methods group of the Cochrane Collaboration*; 2010. [cited 2020 Jun 10]. Available from: <http://www.cochrane.org/>~~
34. Matos DL, Lima-Costa MFFL, Guerra HL, Marcenes W. Projeto Bambuí: estudo de base populacional dos fatores associados com o uso regular de serviços odontológicos em adultos. *Cad. Saúde Pública* 2001; 17(3):661-8.
35. Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Cienc Saúde Colet* 2002; 7(4):709-17.
36. Cunha-Cruz J et al. Routine Dental Visits Are Associated with Tooth Retention in Brazilian Adults: the Pró-Saúde Study. *J Public Health Dent* 2004; 64(4): 216-22.
37. Lacerda JT et al. Dor de origem dental como motivo de consulta odontológica em uma população adulta. *Rev. Saúde Pública* 2004; 38(3):453-8.

38. Lisboa IC; Abegg C. Hábitos de higiene bucal e uso dos serviços odontológicos por adolescentes e adultos do Município de Canoas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2006; 15(4):29-39.
39. Mialhe FL; Oliveira CSR; Silva DD. Acesso e avaliação dos serviços de saúde bucal em uma localidade rural da região sul do Brasil. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar* 2006; 10(3); 145-9.
40. Silva DD et al. Saúde bucal e autopercepção em adultos e idosos de Piracicaba, SP. *Rev da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre* 2006; 47(2):37-42.
41. Barbato PR et al. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003). *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(8):1803-14.
42. Benedetti TRB; Melo ARSF; Gonçalves LHT. Idosos de Florianópolis: autopercepção das condições de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos. *Cienc Saúde Colet* 2007; 12(6):1683-90.
43. Castro RD. *Avaliação em saúde bucal na percepção do usuário: enfoque ao estudo da acessibilidade organizacional*. Natal, RN. 2007. 63f.
44. Martins AMEBL, Barreto SM, Pordeus IA. Uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros. *Rev Panam Salud Publica* 2007; 22(5):308-16.
45. Matos DL, Lima-Costa DF. Tendência na utilização de serviços odontológicos entre idosos brasileiros e fatores associados: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998 e 2003). *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(11):2740-48.
46. Martins AMEBL, Haikal DS, Pereira SM, Barreto SM. Uso de serviços odontológicos por rotina entre idosos brasileiros: Projeto SB Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(7):1651-66.

47. 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. Saúde Pública* 2008; 24(1):81-92.
48. Fredo SL et al. Hábitos de higiene bucal e utilização de serviços odontológicos em escolares de uma cidade da Região Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(9):1991-2000.
49. Noro LRA, Roncalli AG, Mendes Júnior FIR, Lima KC. A utilização de serviços odontológicos entre crianças e fatores associados em Sobral, Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(7):1509-16.
50. Rocha RACP; Goes PSA. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(12):2871-80.
51. Araújo CS et al. Utilização de serviços odontológicos e fatores associados: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(5):1063-72.
52. Camargo MBJ; Dumith SC; Barros AJD. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos: padrões de utilização e tipos de serviços. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(9):1894-1906.
53. Cohen-Carneiro F et al. Oferta e utilização de serviços de saúde bucal no Amazonas, Brasil: estudo de caso em população ribeirinha no município de Coari. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(8):1827-38.
54. Davoglio RS, Aerts DRGC, Abegg C, Fredo SL, Montieor L. Fatores associados a hábitos de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos entre adolescentes. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(3):655-67.

55. Silva BDM; Forte FDS. Acesso a Serviço Odontológico, Percepção de Mães Sobre Saúde Bucal e Estratégias de Intervenção em Mogeiro, PB, Brasil. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2009; 9(3):313-19.
56. Queiroz RCS. *Saúde Bucal no Brasil: correção e complementação do desenho amostral da pesquisa SB Brasil 2003 e sua aplicação no estudo sobre uso dos serviços odontológicos*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2009.
57. Baldani MH et al. Determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda. *Rev. Bras. Epidemiol* 2010; 13(1): 150-62.
58. Gibilini C et al. Acesso a serviços odontológicos e autopercepção da saúde bucal em adolescentes, adultos e idosos. *Arq. Odontol* 2010; 46(4): 213-23.
59. Aragão AKR et al. Acessibilidade da Criança e do Adolescente com Deficiência na Atenção Básica de Saúde Bucal no Serviço Público: Estudo Piloto. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2011; 11(2): 159-64.
60. Baldani MH et al. Inequalities in dental services utilization among Brazilian low-income children: the role of individual determinants. *J Public Health Dent* 2011; 71(1):46-53.
61. Baldani MH; Antunes JLF. Inequalities in access and utilization of dental services: a cross-sectional study in an área covered by the Family Health Strategy. *Cad. Saúde Pública* 2011; 27(Sup 2):s272-s283.
62. Peres KG et al. Oral health studies in the 1982 Pelotas (Brazil) birth cohort: methodology and principal results at 15 and 24 years of age. *Cad. Saúde Pública* 2011; 27(8):1569-80.
63. Piovesan C et al. Influence of self-perceived oral health and socioeconomic predictors on the utilization of dental care services by schoolchildren. *Braz. oral res* 201; 25(2):143-9.
64. Carvalho FS. *Medo, ansiedade e dor de dente em adolescentes: impacto na qualidade de vida, na saúde bucal e no acesso aos serviços de saúde*. Bauru, 2012. 138p.

65. Mendonça HLC; Szwarcwald CL; Damacena GN. Autoavaliação de saúde bucal: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde - Atenção Básica em quatro municípios do estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2005. *Cad. Saúde Pública* 2012; 28(10):1927-38.
66. Cavalcanti RP; Gaspar GS; Goes PSA. Utilização e Acesso aos Serviços de Saúde Bucal no SUS – Uma Comparação entre Populações Rurais e Urbanas. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2012; 12(1): 121-6.
67. Peres KG, Peres MA, Boing AF, Bertoldi AD, Bastos JL, Barros AJD. Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. *Rev Saúde Pública* 2012b; 46(2):250-58.
68. Barbosa AMF. *Condição de saúde bucal de adolescentes asmáticos atendidos em centros de referência públicos e sua relação com o acesso à serviços odontológicos*. Camaragibe, 2013. 114p.
69. Kasai MLHI. *Condições de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos entre adultos de 40 anos ou mais: estudo de base populacional*. Londrina, 2013. 115f.
70. Oliveira LJC et al. Iniquidades em saúde bucal: escolares beneficiários do Bolsa Família são mais vulneráveis? *Rev. Saúde Pública* 2013; 47(6):1039-47.
71. Soares FF; Chaves SCL; Cangussu MCT. Desigualdade na utilização de serviço de saúde bucal na atenção básica e fatores associados em dois municípios brasileiros. *Rev Panam Salud Publica* 2013 34(6): 401-6.
72. Monteiro AX. *Relação do medo, dor, ansiedade e condições de saúde bucal com o acesso aos serviços de saúde bucal e qualidade de vida de adolescentes*. Bauru, 2013. 177p.
73. Ferreira-Nóbilo NP et al. Relations between Dental Caries, Socioeconomic Variables and Access to Dental Services of Children from a Countryside city in the State of São Paulo, Brazil. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2014; 14(3): 259-66.

74. Goetems ML et al. Impact of dental anxiety and fear on dental care use in Brazilian women. *J Public Health Dent* 2014; 74(4):310-6.
75. Martins AMEB et al. A avaliação negativa dos serviços odontológicos entre idosos brasileiros está associada ao tipo de serviço utilizado? *Rev. bras. epidemiol* 2014; 17(1):71-90.
76. Naspolini DRS. *Ocorrência de consulta odontológica entre idosos de município de pequeno porte*. Florianópolis, 2014. 129p.
77. Rodrigues LAM et al. Uso de serviços odontológicos entre pré-escolares: estudo de base populacional. *Cienc Saúde Colet* 2014; 19(10):4247-56.
78. Costa VPP et al. Nonuse of dental service by schoolchildren in Southern Brazil: impact of socioeconomic, behavioral and clinical factors. *Int J Public Health* 2015; 60(4):411-6.
79. Emerich TB, Pacheco KTS, Carvalho RB, Muniz EM, Sarcinelli GP, Sarti TD. Access to Dental Services and Related Factors in Adolescents from Vitória, Espírito Santo, Brazil, 2011. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2015; 15(1):253-62.
80. Müller IB et al. Experiência de cárie e utilização do serviço público odontológico por escolares: estudo descritivo em Arroio do Padre, Rio Grande do Sul, 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2015; 24(4):759-70.
81. Palma ABO et al. Determinantes do não uso de serviços odontológicos por crianças de cinco anos. *Arq. Odontol* 2015; 51(1):14-24.
82. Paredes SO, Fernandes JLR, Fernandes JMFA, Menezes VA. Utilização dos serviços odontológicos por pré-escolares em um município de pequeno porte do Estado da Paraíba. *Rev Odontol UNESP* 2015; 44(3):181-87.
83. Prado RL et al. Oral impacts on the daily performance of Brazilians assessed using a sociodental approach: analyses of national data. *Braz. oral res* 2015; 29(1):1-9.

84. Soares FF; Chaves SCL; Cangussu MCT. Governo local e serviços odontológicos: análise da desigualdade na utilização. *Cad. Saúde Pública* 2015; 31(3):586-96.
85. Araújo LC et al. Manifestações bucais e uso dos serviços odontológicos por indivíduos com doença renal crônica. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent* 2016; 70(1):30-6.
86. Bocolini CS; Souza Junior PR. Inequities in Healthcare utilization: results of the Brazilian National Health Survey, 2013. *Int J Equity in Health* 2016; 15:150.
87. Damiance PRM. *Acesso da pessoa com deficiência múltipla aos serviços de saúde bucal*. Bauru, 2016. 194p.
88. Fontoura ARR. *Uso dos serviços de saúde bucal entre crianças de famílias elegíveis ao programa Bolsa Família*. Belo Horizonte, 2016. 79f.
89. Monteiro CN et al. Socioeconomic inequalities in dental health services in Sao Paulo, Brazil, 2003-2008. *BMC Health Serv Res* 2016; 16:683.
90. Nuernberg MAA et al. Access to oral care before hematopoietic stem cell transplantation: understand to improve. *Support Care Cancer* 2016; 24(8):3307-13.
91. Oliveira RFR, Souza JGS, Haikal DS, Ferreira EF, Martins AMEBL. Equidade no uso de serviços odontológicos provenientes do SUS entre idosos: estudo de base populacional. *Cienc Saúde Colet* 2016; 21(11):3509-23.
92. Teixeira DSC et al. Estudo prospectivo da perda dentária em uma coorte de idosos dentados. *Cad. Saúde Pública* 2016; 32(8):e00017215.
93. Albuquerque AFC et al. Access to Dental Care among Adolescents with Heart Disease. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2017; 17(1): 1-9.
94. Andrade FB; Andrade FCD; Noronha K. Measuring socioeconomic inequalities in the use of dental care services among older adults in Brazil. *Community Dent Oral Epidemiol* 2017; 45(6):559-66.

95. Baldani MH et al. Assessing the role of appropriate primary health care on the use of dental services by Brazilian low-income preschool children. *Cad. Saúde Pública* 2017; 33(11):e00158116.
96. Dornelas CS. *Impacto da saúde bucal na qualidade de vida de idosos residentes na região metropolitana do Recife*. Recife, 2017. 58f.
97. Filgueira AA. *Uso dos serviços odontológicos e fatores associados em jovens do nordeste brasileiro*. Natal, 2017. 105f.
98. Fonseca EP et al. Factors associated with last dental visit or not to visit the dentist by Brazilian adolescents: A population-based study. *Plos One* 2017a; 12(8):e0183310.
99. Fonseca EP; Fonseca SGO; Meneghim MC. Fatores associados ao uso dos serviços odontológicos por idosos residentes no estado de São Paulo, Brasil. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol* 2017b; 20(6):790-801.
100. Piovesan C et al. Individual and contextual factors influencing dental health care utilization by preschool children: a multilevel analysis. *Braz Oral Res* 2017;31:e27.
101. Rocha-Madruga RC, Coelho-Soares RS, Cardoso AMR, Cavalcanti SDLB, Góes PSA, Cavalcanti AL. Access to Oral Health Services in Areas Covered by the Family Health Strategy, Paraíba, Brazil. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2017, 17(1):e3006.
102. Azevedo MB. *Fatores associados às necessidades de tratamento odontológico especializado no estado de Minas Gerais*. Belo Horizonte, 2018. 79f.
103. Pilotto LM; Celeste RK. Tendências no uso de serviços de saúde médicos e odontológicos e a relação com nível educacional e posse de plano privado de saúde no Brasil, 1998-2013. *Cad. Saúde Pública* 2018; 34(4):e00052017.
104. Rós DT. *Condição bucal autorreferida e o uso do serviço odontológico por gestantes de alto risco*. Araçatuba, 2018. 127f.

105. Souza JGS et al. Socioeconomic inequalities in the use of dental care services during early childhood: an epidemiological survey. *Int J Paediatr Dent* 2018; 28(4):400-9.
106. Silva ERA et al. Uso regular de serviços odontológicos e perda dentária entre idosos. *Cienc Saúde Colet* 2018; 23(12):4269-76.
107. Barasuol JC et al. Dental care utilization among children in Brazil: an exploratory study based on data from national household surveys. *Cienc Saúde Colet* 2019; 24(2):649-57.
108. Bastos TF et al. Income inequalities in oral health and access to dental services in the Brazilian population: National Health Survey, 2013. *Rev. bras. epidemiol* 2019; 22(SUPPL 2): E190015.SUPL.2.
109. Konzen Júnior DJ; Marmitt LP; Cesar JA. Não realização de consulta odontológica entre gestantes no extremo sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cienc Saúde Colet* 2019; 24(10):3889-96.
110. Oliveira RFR et al. Abordagem multinível quanto ao uso de serviços odontológicos no sistema Único de Saúde entre adultos brasileiros. *Cad. saúde colet* 2019; 27(4):455-67.
111. Oliveira CR et al. Condição de Saúde bucal, Acesso aos Serviços Odontológicos e Avaliação do Cuidado Ofertado a Pacientes Pediátricos Oncológicos em um Hospital de Referência. *R bras ci Saúde* 2019; 23(1):5-14.
112. Ortega MM. *Condição da saúde bucal de pessoas com deficiência visual: análise da percepção, do acesso e da satisfação em relação aos serviços de saúde bucal*. Araçatuba, 2019. 74f.
113. Pilotto LM; Celeste RK. The relationship between private health plans and use of medical and dental health services in the Brazilian health system. *Cienc Saúde Colet* 2019 24(7):2727-36.

114. Pires OMDA et al. Fatores associados ao tipo de serviço odontológico utilizado por adultos. *Arq. Odontol* 2019; 55:1-12.
115. Sória GS, Nunes BP, Bavaresco CS, Vieira LS, Facchini LA. Acesso e utilização dos serviços de saúde bucal por idosos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2019, 35(4):e00191718.
116. Roberto et al. Contextual and individual determinants of tooth loss in adults: a multilevel study. *BMC Oral Health* 2020; 20:73.
117. Ruas BM et al. Integrality of care for hemodialysis patient in Brazil: an analysis of access to dental care. *Cienc Saúde Colet* 2020; 25(2):533-40.
118. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. *Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família*. Diário Oficial da União; 2000.
119. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília (DF): MS; 2004a.
120. Moreira RS et al. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21(6):1665-75.
121. Bhandari B, Newton JT, Bernabe E. Income inequality, disinvestment in health care and use of dental services. *J Public Health Dent* 2015; 75(1):58-63.
122. Maupome G, Martinez-Miez EA, Holt A, Medina-Solis CE, Mantilla-Rodriguez A, Carlton B. The association between geographical factors and dental caries in a rural area in Mexico. *Cad. Saúde Pública* 2013; 29(7):1407-14.

123. Mueller CD, Schur CL, Paramore LC. Access to dental care in the United States. *J Am Dent Assoc* 1998; 129(4):429-37.
124. Gilbert L. Social Factors and self-assessed oral health in South Africa. *Community Dent Oral Epidemiol* 1994; 22(1):47-51.
125. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet* 2011; 377(9779):1778-97.
126. Roncalli AG. The SB Brasil 2010 Project: a key strategy for developing an oral health surveillance model. *Cad. Saúde Pública* 2010; 26(3):429.
127. Pinho JRO et al. Evolução da cobertura das equipes de saúde bucal nas macrorregiões brasileiras. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent* 2015; 69(1):80-5.
128. Carreiro DL, Souza JGS, Coutinho WLM, Harikal DS, Martins SMEBL. Acesso aos serviços odontológicos e fatores associados: estudo populacional domiciliar. *Cienc Saúde Colet* 2019; 24(3):1021-32.
129. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 1995; 36(1):1-10.
130. Resende MCRA, Rossini Neto MJ, Limirio JPJO. Sociologia da Odontologia: aspectos da densidade da relação habitante/cirurgião-dentista/PIB per capita em municípios do interior paulista com cursos de graduação em Odontologia. *Arch Health Invest* 2018; 7(11):497-501.
131. Bleicher L. *Autonomia ou assalariamento precário? O trabalho dos cirurgiões-dentistas na cidade de Salvador*. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2011.
132. Brasil. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. *Radar IDHM: evolução do IDHM e de seus índices componentes no período de 2012 a 2017*. Brasília (DF): IPEA: PNUD: FJP; 2019.

133. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasília (DF): Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2017b. [cited 2020 Jun 13]. Available from: <http://www.ibge.gov.br>
134. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Sala de Situação. Setor: Exclusivamente Odontológica. Todas as operadoras. [cited 2021 Sep 08]. Available from: https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/sala-de-situacao.html
135. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Projeto SB Brasil 2010: condições de saúde bucal da população brasileira - resultados principais*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
136. 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; 2004b.

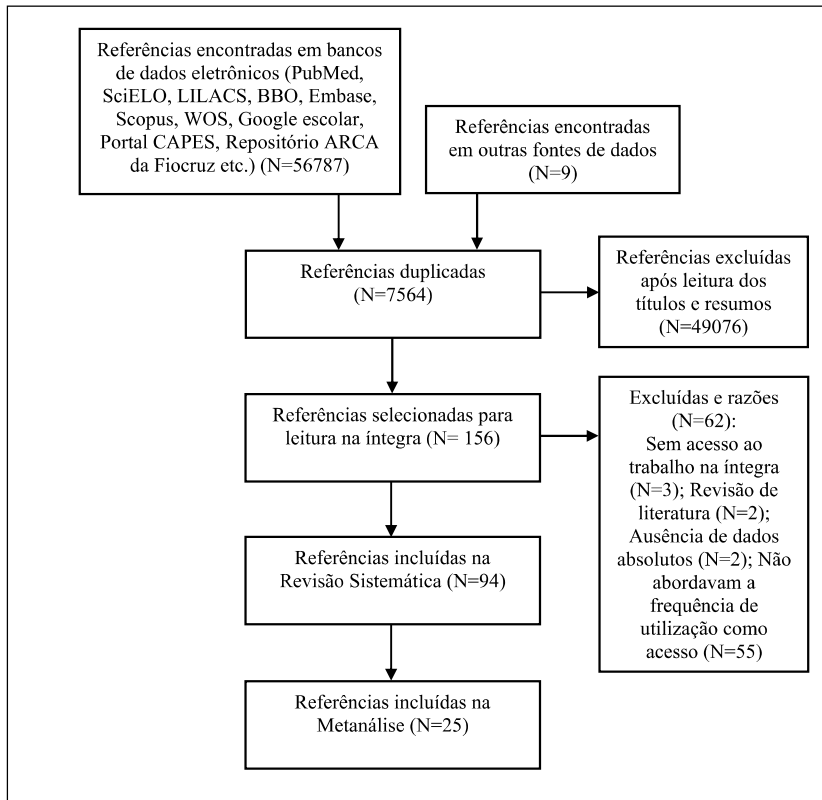


Figura 1: Fluxograma da seleção dos artigos quanto à frequência de utilização dos serviços de saúde bucal no Brasil.

Tabela 1: Avaliação da qualidade dos estudos selecionados e risco de viés.

Autor/Ano	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	Total
Matos et al., 2001 ³⁴	x	x	x	x	x	x		x	x		x			x	10
Barros et al., 2002 ³⁵	x	x	x	x		x		x	x		x				8
Cunha-Cruz et al., 2004 ³⁶	x	x	x	x				x	x					x	9
Matos et al., 2004 ²²	x	x	x	x		x		x	x					x	9
Lacerda et al., 2004 ³⁷	x	x	x	x		x		x	x		x			x	9
Lisboa et al., 2006 ³⁸	x	x	x	x	x	x		x	x		x				9
Mialhe et al., 2006 ³⁹		x	x	x		x		x	x		x				7
Silva et al., 2006 ⁴⁰		x	x	x	x	x		x	x		x				8
Barbato et al., 2007 ⁴¹	x	x	x	x		x		x	x		x			x	9
Benedetti et al 2007 ⁴²	x	x	x	x	x	x		x	x		x				9
Castro, 2007 ⁴³		x	x	x	x	x		x	x		x				8
Martins et al., 2007 ⁴⁴	x	x	x	x		x		x	x		x				8
Matos et al., 2007 ⁴⁵	x	x	x	x		x		x	x		x			x	9
Martins et al., 2008a ⁴⁶	x	x	x	x		x		x	x		x			x	9
Martins, 2008b ⁴⁷	x	x	x	x		x		x	x		x				8
Freddo et al., 2008 ⁴⁸	x	x	x	x	x	x		x	x		x				9
Noro et al., 2008 ⁴⁹	x	x	x	x	x	x		x	x		x			x	10
Rocha et al., 2008 ⁵⁰	x	x	x	x	x	x		x	x		x			x	10
Araújo et al., 2009 ⁵¹	x	x	x	x	x	x		x	x		x			x	10
Camargo et al., 2009 ⁵²	x	x	x	x	x	x		x	x		x			x	10
Cohen-Carneiro et al., 2009 ⁵³	x	x	x	x		x		x	x		x				8
Davoglio et al., 2009 ⁵⁴	x	x	x	x	x	x		x	x		x				9
Silva et al., 2009 ⁵⁵		x	x	x		x		x	x		x				7
Queiroz, 2009 ⁵⁶	x	x	x	x	x	x		x	x		x			x	10
Baldani et al., 2010 ⁵⁷	x	x	x	x	x	x		x	x		x			x	10
Gibilini et al., 2010 ⁵⁸	x	x	x	x		x		x	x		x				8
Aragão et al., 2011 ⁵⁹	x	x	x	x		x		x	x		x				8
Baldani et al., 2011a ⁶⁰	x	x	x	x	x	x		x	x		x			x	10
Baldani et al., 2011b ⁶¹	x	x	x	x	x	x		x	x		x			x	10
Peres et al., 2011 ⁶²	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			x	x	13
Piovesan et al., 2011 ⁶³	x	x	x	x	x	x		x	x		x			x	10
Carvalho, 2012 ⁶⁴	x	x	x	x	x	x		x	x		x			x	10
Cavalcanti et al., 2012 ⁶⁵	x	x	x	x	x	x		x	x		x				9
Mendonça et al., 2012 ⁶⁶	x	x	x	x	x	x		x	x		x				9
Peres et al., 2012 ⁶⁷	x	x	x	x		x		x	x		x				8
Barbosa, 2013 ⁶⁸	x	x	x	x		x		x	x		x				8
Ferreira et al., 2013 ¹⁷	x	x	x	x		x		x	x		x			x	9
Kasai, 2013 ⁶⁹	x	x	x	x	x	x		x	x		x			x	10
Miranda & Peres, 2013 ¹⁴	x	x	x	x	x	x		x	x		x			x	10
Oliveira et al., 2013 ⁷⁰	x	x	x	x	x	x		x	x		x			x	10
Silva et al 2013 ¹⁵	x	x	x	x	x	x		x	x		x			x	10
Soares et al., 2013 ⁷¹	x	x		x	x	x		x	x		x			x	9
Xavier, 2013 ⁷²	x	x	x	x	x	x		x	x		x			x	10
Ferreira-Nóbilo et al., 2014 ⁷³	x	x	x	x		x		x	x		x			x	9
Goettems et al., 2014 ⁷⁴	x	x	x	x	x	x		x	x		x			x	10
Gomes et al., 2014 ¹⁶	x	x	x	x	x	x		x	x		x			x	10
Martins et al., 2014 ⁷⁵	x	x	x	x		x		x	x		x			x	9
Naspolini, 2014 ⁷⁶	x	x	x	x	x	x		x	x		x			x	10
Pinto et al 2014 ¹⁹¹⁸	x	x	x	x	x	x		x	x		x			x	10
Rodrigues et al., 2014 ⁷⁷	x	x	x	x	x	x		x	x		x			x	10
Costa et al., 2015 ⁷⁸	x	x	x	x	x	x		x	x		x			x	10
Emerich et al., 2015 ⁷⁹	x	x	x	x	x	x		x	x		x				9
Muller et al., 2015 ⁸⁰	x	x	x	x		x		x	x		x				8
Palma et al., 2015 ⁸¹	x	x	x	x	x	x		x	x		x			x	10
Paredes et al., 2015 ⁸²	x	x	x	x	x	x		x	x		x				9
Prado et al., 2015 ⁸³	x	x	x	x		x		x	x		x			x	9
Soares et al., 2015 ⁸⁴	x	x	x	x	x	x		x	x		x				9
Araújo et al., 2016 ⁸⁵	x	x	x	x	x	x		x	x		x				9
Bocollini et al., 2016 ⁸⁶	x	x	x	x		x		x	x		x			x	9
Damiance, 2016 ⁸⁷	x	x	x	x		x		x	x		x				8
Fontoura, 2016 ⁸⁸	x	x	x	x		x		x	x		x				8
Monteiro et al., 2016 ⁸⁹	x	x	x	x		x		x	x		x			x	9
Nuemberg et al., 2016 ⁹⁰	x	x	x	x		x		x	x		x				8

Oliveira et al., 2016⁹¹	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	10
Teixeira et al., 2016⁹²	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	13
Albuquerque et al., 2017 ⁹³	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	8
Andrade et al., 2017 ⁹⁴	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	9
Baldani et al., 2017⁹⁵	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	10
Dornelas, 2017 ⁹⁶	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	9
Filgueira, 2017⁹⁷	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	10
Fonseca et al., 2017a⁹⁸	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	10
Fonseca et al., 2017b ⁹⁹	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	9
Piovesan et al., 2017¹⁰⁰	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	10
Rocha-Madruga et al., 2017¹⁰¹	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	10
Azevedo, 2018¹⁰²	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	10
Herkhath et al., 2018 ¹²	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	9
Pilloto et al., 2018 ¹⁰³	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	9
Rós, 2018 ¹⁰⁴	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	9
Souza et al., 2018 ¹⁰⁵	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	9
Silva et al., 2018¹⁰⁶	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	10
Barasuol et al., 2019 ¹⁰⁷	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	8
Bastos et al., 2019 ¹⁰⁸	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	9
Konzen et al., 2019¹⁰⁹	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	10
Oliveira et al., 2019a ¹¹⁰	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	9
Oliveira et al., 2019b ¹¹¹	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	8
Ortega, 2019¹¹²	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	10
Pilotto et al., 2019 ¹¹³	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	8
Pires et al., 2019¹¹⁴	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	10
Soria et al., 2019 ¹¹⁵	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	9
Camerini et al., 2020 ²⁸	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	9
Fonseca et a., 2020 ¹¹	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	9
Roberto et al., 2020 ¹¹⁶	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	9
Ruas et al., 2020 ¹¹⁷	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	9
Schroeder et al 2020²⁷	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	10

Legenda: 1-Pergunta da pesquisa indicada claramente; 2-População claramente identificada e definida; 3-Taxa dos participantes elegíveis no mínimo de 50%; 4-Sujeitos recrutados adequadamente; 5-Cálculo amostral especificado; 6-Exposição mensurada antes do resultado; 7-Prazo suficiente para uma associação entre exposição e resultado; 8-Exame de diferentes níveis de exposição em relação aos resultados?; 9-Medidas de exposição existentes e adequadamente utilizadas; 10-Exposição mensurada ao longo do tempo; 11-Resultados mensurados e adequadamente apresentados; 12-Avaliadores cegos para a exposição; 13-Perdas menores que 20%; 14-Principais variáveis de confusão mensuradas e ajustadas. Negrito-estudos da metanálise.

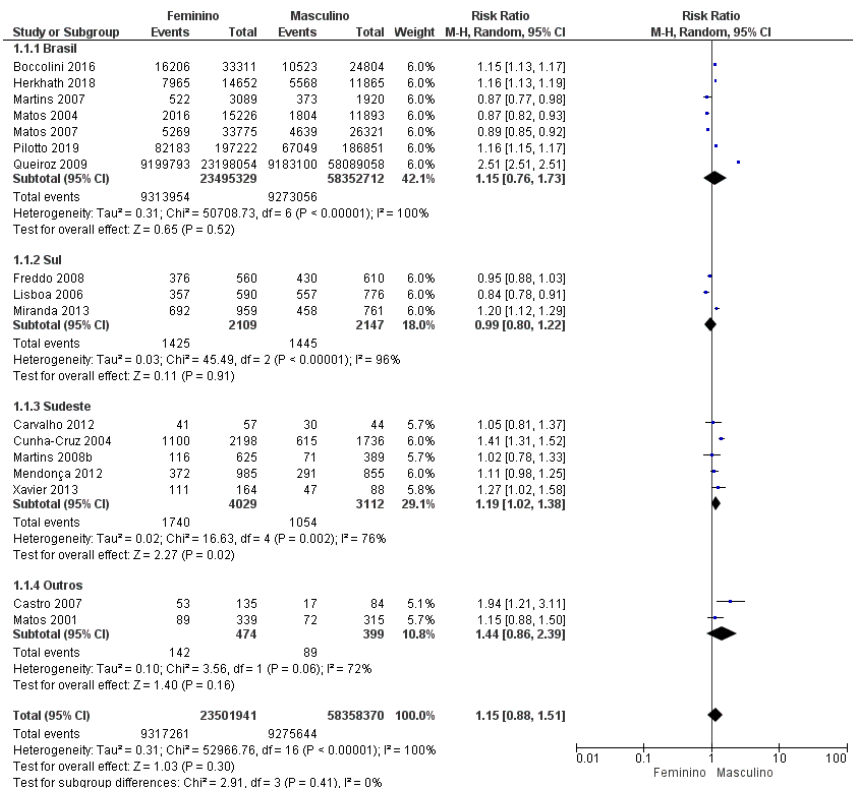


Figura 2: Uso dos serviços de saúde bucal no Brasil segundo o sexo: análise de subgrupos de acordo com a macrorregião. M-H = Mantel-Haenszel; CI = Intervalo de confiança

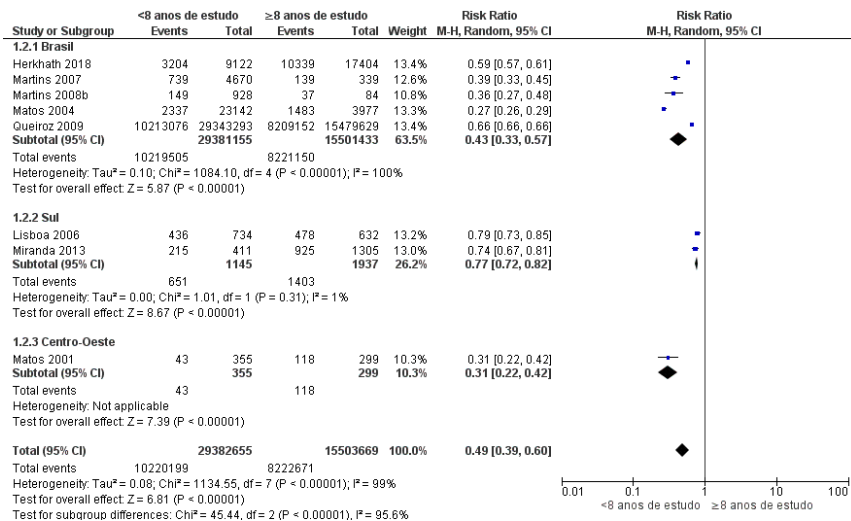


Figura 3: Uso dos serviços de saúde bucal no Brasil segundo a escolaridade: análise de subgrupos de acordo com a macrorregião. M-H = Mantel-Haenszel; CI = Intervalo de confiança.

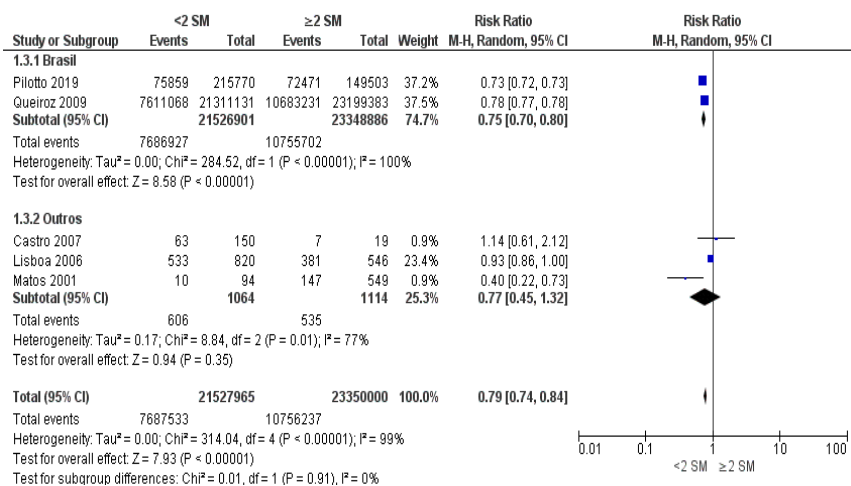


Figura 4: Uso dos serviços de saúde bucal no Brasil segundo a renda familiar: análise de subgrupos de acordo com a macrorregião. M-H = Mantel-Haenszel; CI = Intervalo de confiança.

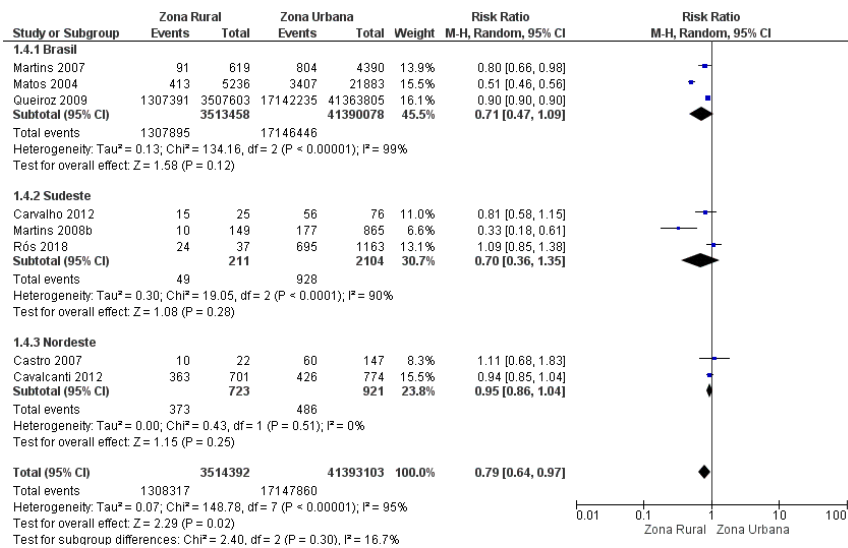


Figura 5: Uso dos serviços de saúde bucal no Brasil segundo à urbanidade: análise de subgrupos de acordo com a macrorregião. M-H = Mantel-Haenszel; CI = Intervalo de confiança.

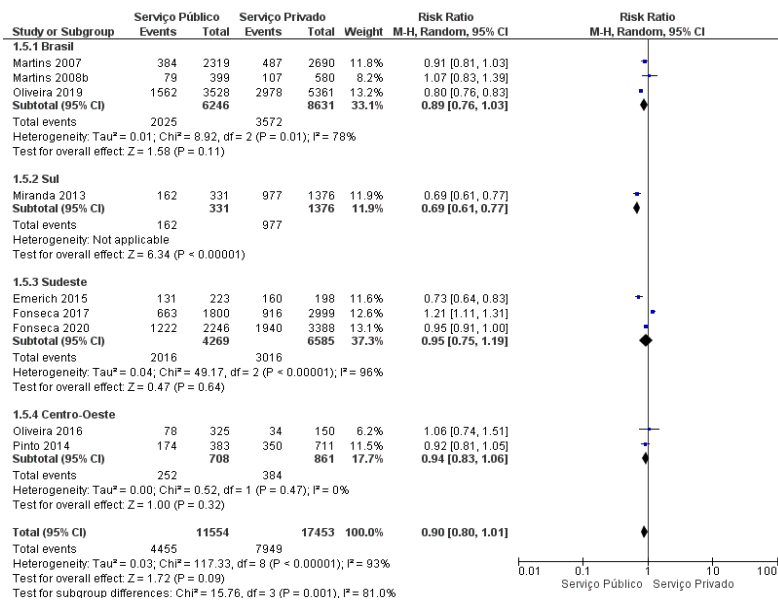


Figura 6: Uso dos serviços de saúde bucal no Brasil segundo o tipo de serviço de saúde bucal: análise de subgrupos de acordo com a região. M-H = Mantel-Haenszel; CI = Intervalo de confiança.

3. CAPÍTULO II

AVALIAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E VARIÁVEIS ASSOCIADAS, POR QUILOMBOLAS DO MARANHÃO, BRASIL

Cinthia Nara Gadelha Teixeira; Neurinéia Margarida Alves de Oliveira; Paulo Goberlânio de Barros Silva; Fernando Neves Hugo; Cláudia Maria Coelho Alves

(Artigo científico a ser submetido à Revista Cadernos de Saúde Pública)

Resumo

Avaliar o acesso aos serviços de saúde bucal da Atenção Primária à Saúde (APS) e as variáveis a este associadas, por quilombolas do Maranhão, Brasil. Estudo transversal, de base populacional, no quilombo Santa Rosa dos Pretos, em Itapecuru Mirim, Maranhão, Brasil. A amostragem utilizada foi de 293 indivíduos, sendo incluídos os quilombolas adultos com 18 anos ou mais de idade, residentes há pelo menos 12 meses no domicílio, e excluídos os ausentes do domicílio por 6 ou mais meses, além daqueles que não tiveram condições de saúde para responder os questionários. Os dados foram coletados por pesquisadoras previamente treinadas, por meio de questionários estruturados, com informações sociodemográficas, socioeconômicas, de autopercepção à saúde bucal, e de discriminação, através da Escala de Discriminação Explícita. O instrumento *Primary Care Assessment Tool – Oral Health of Adults* (PCATool-OH) foi utilizado para avaliação do acesso à saúde bucal na APS. Para presença do acesso aos serviços de saúde bucal da APS foi utilizado o ponto de corte $>5,5$ (escore máximo=10). A existência de diferenças entre as médias dos escores em relação às variáveis independentes foi avaliada por meio dos testes Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis. Na análise multivariada foi utilizada a Regressão de Poisson. As análises foram realizadas adotando nível de significância de 5%. Participaram do estudo 293 quilombolas e o acesso apresentou um escore de $3,93 \pm 1,37$, sendo avaliado como ausente por 91,4% dos entrevistados. Houve associação entre a autopercepção de saúde bucal com os componentes afiliação ($p=0,049$), acesso de primeiro contato (utilização) ($p=0,014$), e com o atributo acesso ($p=0,002$). Também foi observada associação entre a renda mensal familiar e o componente acesso de primeiro contato (acessibilidade) ($p=0,012$). A avaliação do acesso aos serviços de saúde bucal da APS pelos quilombolas foi ruim, numa população reconhecidamente vulnerável.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Saúde Bucal; Grupo com Ancestrais do Continente Africano.

Introdução

O acesso aos serviços de saúde ainda é “seletivo, focalizado e excludente”¹, devido à fatores como barreiras geográficas², financeiras, organizacionais, informacionais, culturais,³ além das desigualdades raciais, como expressão de disparidades sociais e discriminação étnica.^{4,5}

As diferentes abordagens do acesso aos serviços de saúde retratam o nível de pluralidade e complexidade desse assunto⁶. Andersen prioriza o termo acesso⁷, abrangendo a entrada nos serviços e o recebimento de cuidados subseqüentes.⁸ Já Donabedian utiliza o termo acessibilidade em vez de acesso, considerando-a mais relacionada à oferta de serviços a fim de atender às necessidades da população, do que apenas a simples disponibilidade dos recursos em um determinado tempo e espaço.⁹

Com os serviços de saúde bucal não é diferente, pois indivíduos residentes nas áreas urbanas, com maior escolaridade e renda têm mais acesso aos serviços de saúde bucal no Brasil.¹⁰ Tal constatação vai na contramão da realidade das comunidades quilombolas, onde muitas vezes as condições de moradia, o tratamento da água, e os transportes são inadequados¹¹, além de saneamento básico precário.¹² Além disso, indivíduos que identificam a cor da pele como parda ou preta, como os quilombolas, geralmente pertencem a grupos de menor renda e escolaridade, tendendo a enfrentar maiores desigualdades nas condições de saúde.¹³⁻¹⁵ Diante disso, os quilombolas tendem à um maior risco de agravos à saúde bucal¹⁶, além de pior autopercepção de saúde bucal.¹⁷ Muitas vezes o acesso à estes serviços por esta população se dá apenas em situações de urgência, quase sempre motivado pela dor.¹⁸

A implementação de ações de saúde bucal nas comunidades quilombolas visa garantir o acesso universal, integral e com equidade, considerando as experiências e os valores culturais relacionados às práticas de saúde e alimentação de cada povo quilombola.¹⁹⁻²² A melhor estratégia para a implementação e consolidação destas ações de saúde bucal junto aos quilombolas se dá através da Atenção Primária à Saúde (APS). A APS é a porta de entrada para todas as novas necessidades e problemas da população, além de prestar cuidado à pessoa ao longo do tempo e a todas suas condições, exceto as muito incomuns ou raras, coordenando ou integrando a atenção integralmente fornecida aos indivíduos.²³

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é o principal método para expansão, qualificação, consolidação e organização da APS²⁴, favorecendo uma reorganização do processo de trabalho, com maior potencial para ampliar os princípios, diretrizes e fundamentos da APS.²⁵ Na saúde bucal, a ampliação desse serviço à população

brasileira foi iniciado com a implementação da Equipe de Saúde Bucal na ESF²⁶, que hoje atende mais de 85 milhões de brasileiros.²⁷

O Maranhão, estado do Nordeste brasileiro e penúltimo no ranking do Índice de Desenvolvimento Humano do país,²⁸ é atualmente o maior estado do Brasil em número de comunidades quilombolas certificados, tendo 816.²⁹ Investigar como se dá a avaliação do acesso aos serviços de saúde bucal da APS pelos quilombolas no Maranhão, além de preencher uma lacuna na literatura, retratará a oferta e utilização destes serviços por esta população.

Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar o acesso aos serviços de saúde bucal da APS e as variáveis a este associadas, por quilombolas no Maranhão, Brasil.

Métodos

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo transversal, de base populacional, no quilombo Santa Rosa dos Pretos, estado do Maranhão, cujos dados foram coletados entre dezembro de 2018 e fevereiro de 2020. Trata-se de um estudo primário, oriundo do Projeto “Avaliação do acesso aos serviços de saúde, saúde bucal e a relação com a insegurança alimentar e consumo de alimentos ultraprocessados em comunidades quilombolas do estado do Maranhão”.

O quilombo Santa Rosa dos Pretos, também conhecido como Santa Rosa do Barão, fica localizado à aproximadamente 100 quilômetros da capital do estado do Maranhão, São Luís, no município de Itapecuru Mirim.³⁰ Itapecuru Mirim é um município localizado no norte maranhense. Fundado em 1870, possui cerca de 68.000 habitantes, sendo a cidade mais importante da microrregião de Itapecuru-Mirim.³¹

Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado (nº 2.421.894) pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão. As lideranças do quilombo Santa Rosa dos Pretos foram previamente contactadas, e os objetivos do estudo foram apresentados. Todas as dúvidas sobre o estudo foram esclarecidas e, posteriormente, foi emitida a autorização para sua realização. As entrevistas com os participantes foram realizadas após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), seguindo os princípios éticos estabelecidos na Declaração de Helsinki e na legislação brasileira.

Critérios de elegibilidade

Foram incluídos neste estudo os quilombolas adultos com 18 anos ou mais de idade, residentes há pelo menos 12 meses no domicílio. Foram excluídos os indivíduos ausentes do domicílio por 6 ou mais meses, além daqueles que não tiveram condições de saúde para responder os questionários.

Cálculo da amostra

A amostra foi calculada com base numa estimativa da população quilombola, realizada pela Secretaria de Políticas para Comunidades Tradicionais (SPCT)³². A partir dos dados da Chamada Nutricional Quilombola, a SPCT considerou que havia, em média, 6 indivíduos por família quilombola. Como no quilombo Santa Rosa dos Pretos havia 326 famílias cadastradas³⁰, estimou-se uma população de 1.956 indivíduos.

O cálculo amostral considerou uma prevalência de 33.6%, por se tratar do valor de quilombolas que mencionam boa autopercepção de saúde em uma comunidade no norte de Minas Gerais.³³ A margem de erro aceitável foi de 5%, e o nível de confiança de 95%. Assim, a amostra calculada para a população do quilombo Santa Rosa dos Pretos foi de 293 indivíduos.

Poder da amostra

Baseado nas médias dos escores de acesso dos pacientes com a autopercepção de saúde bucal, na categoria saudáveis ($3,49 \pm 1,23$, $n=78$) *versus* doentes ($4,28 \pm 1,29$, $n=131$), estimou-se o poder de rejeitar a hipótese de nulidade da amostra deste estudo, tendo como parâmetro aceitável um poder $>80\%$.

Coleta de dados e variáveis

Os domicílios da comunidade Santa Rosa dos Pretos foram selecionados aleatoriamente e, a partir de um ponto de referência, sendo neste estudo o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) Quilombola, foram visitados em espiral, dada a variabilidade da ocupação do espaço (comunidade localizada em zona rural). Em cada domicílio foram entrevistados todos os membros da família que lá se encontravam, e que atendiam aos critérios de inclusão.

Na coleta dos dados, as entrevistas foram realizadas por pesquisadoras, previamente treinadas, por meio de questionários estruturados, com duração média de 40 minutos. Ao todo, quatro entrevistadoras participaram da coleta de dados deste estudo. Todas foram treinadas e calibradas pela pesquisadora principal. Um manual de campo foi confeccionado, para orientar e guiar as pesquisadoras ao longo da coleta de dados.

As primeiras informações coletadas foram relativas às variáveis sociodemográficas, como: idade (em anos), sexo (masculino; feminino), raça/cor (não preta; preta), estado civil (casado/companheiro; solteiro; separado/divorciado; viúvo); variáveis socioeconômicas, incluindo: renda mensal familiar (≤ 1 salário mínimo; >1 salário mínimo), benefício assistencial (não; sim), escolaridade (analfabeto/fundamental I incompleto/primário incompleto/nunca estudou; fundamental completo/médio incompleto/ginásio incompleto/colegial incompleto; médio completo/superior incompleto/colegial completo/superior); e a autopercepção de saúde bucal, por meio da saúde dos dentes (saudáveis; indiferente; doentes).

Para discriminação, utilizou-se a Escala de Discriminação Explícita (EDE). Originalmente, este instrumento possuía 18 itens. Neste estudo foram utilizados 16 itens, sendo recomendada a aplicação de perguntas sobre experiências de discriminação na escola e na faculdade apenas às pessoas que frequentaram esses locais³⁴. Como no geral, cerca de 25% dos quilombolas não sabem ler e 75% dessas famílias encontram-se em situação de extrema pobreza³⁰, optou-se por remover três itens (7, 8 e 14) e acrescentar o item 19. Os escores da escala EDE foram distribuídos numa escala do tipo *Likert* de 4 pontos (0 a 3), podendo o escore final variar de 0 a 48. O escore de discriminação foi categorizado em dois grupos: indivíduos que marcaram ou não pelo menos uma vez o item 2 do instrumento (“Sim, isso aconteceu comigo várias vezes”), indicando maior ($>$) e menor ($<$) frequência de exposição à discriminação, respectivamente. A escala EDE possui boa consistência interna e confiabilidade teste-reteste.³⁴

Segundo a definição da APS utilizada neste estudo, ela é orientada por atributos essenciais e derivados.³⁵ Dentre os atributos essenciais, destacam-se neste estudo os componentes afiliação, o acesso de primeiro contato-utilização, e o acesso de primeiro contato-acessibilidade. O atributo afiliação corresponde ao grau de vínculo entre o profissional e o usuário, identificando o serviço de saúde ou o profissional de saúde de referência para os cuidados em saúde do indivíduo.³⁵ O acesso de primeiro contato-utilização refere-se à extensão e ao tipo de uso dos serviços de saúde, podendo começar pelo usuário, ser exigência/orientação de um profissional de saúde, ou até mesmo administrativa.²³ Já o acesso de primeiro contato-acessibilidade envolve a proximidade do estabelecimento de saúde da população, dias e horários de funcionamento, o grau de tolerância das consultas não-agendadas, além do quanto a população percebe a conveniência destes aspectos.²³

O *Primary Care Assessment Tool – Oral Health of Adults* (PCATool-OH) foi o instrumento utilizado para avaliação do serviço da saúde bucal da APS. Esse questionário originalmente possui 81 itens, sendo as respostas apresentadas numa escala *Likert* de 4 pontos, variando de “absolutamente” (4) a “certamente não” (1).³⁶ Neste estudo, foram utilizados 18 itens desse instrumento, distribuídos em três componentes dos atributos essenciais do PCATool-OH: afiliação (3 itens - A1 a A3); acesso de primeiro contato (utilização) (3 itens - B1 a B3); acesso de primeiro contato (acessibilidade) (12 itens - C1 a C12); além do atributo acesso. Inicialmente foi realizada a conversão de valores na escala dos itens C9 a C12. Em seguida, calculou-se o escore de cada atributo, sendo depois transformados numa escala de 0 a 10.³⁶ Neste estudo, foi mensurado o atributo acesso, sendo calculado pela média dos componentes acesso de primeiro contato (utilização e acessibilidade). Foi utilizado como ponto de corte >5,5 para a presença do acesso aos serviços de saúde bucal da APS³⁷, devido à baixa média geral dos escores na amostra estudada.

Os questionários foram estruturados e inseridos no submódulo do software *KoBoCollectt*®. Em seguida, as respostas foram organizadas numa planilha do *Microsoft Excel*®, sendo posteriormente exportadas para um banco de dados do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0 para Windows (IBM®, San Diego, California, EUA).

Análise estatística

Foi realizada a análise descritiva dos dados. Os escores dos atributos e componentes utilizados foram expressos em forma de média \pm desvio-padrão e mediana (mínimo - máximo), e variáveis existência de diferenças dos escores em relação às diferentes características da amostra estudada foram verificadas através dos testes de Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis. As análises foram realizadas adotando um nível de significância de 5%. As variáveis que representavam características sociodemográficas, socioeconômicas, autopercepção de saúde bucal e discriminação foram desdobradas em blocos de relação com o grau de orientação para a APS, sob um modelo conceitual hierárquico.

Nessa estrutura de análise, a associação entre as variáveis explicativas e o desfecho (avaliação do acesso à saúde bucal da APS) foi avaliada dentro do bloco hierárquico a que pertenciam. Implementou-se significância $\leq 0,20$ para a permanência da variável no modelo multivariado, de acordo com o ajuste observado em seu bloco hierárquico. O modelo multivariado final do tipo *Poisson count* incluiu todas as variáveis que foram significativas ($p < 0,05$).

Resultados

Durante a coleta de dados, cerca de 25% dos participantes não foram encontrados em casa após três visitas, e 22 recusaram-se a participar ou abandonaram o estudo em uma das etapas, sendo a amostra final foi composta de 293 participantes. Os entrevistados tiveram uma média de idade de 43,2 (DP \pm 19,7) anos. A maioria dos participantes era do sexo feminino (60,4%), e se autodeclararam pretos (59,4%). O estado civil que prevaleceu foi o casado/com companheiro (54,3%). Cerca de 77,1% tinham renda mensal familiar \leq 1 salário mínimo, e 68,6% recebiam algum benefício assistencial. O nível de escolaridade mais prevalente foi o menor (analfabeto/fundamental I incompleto/primário incompleto/nunca estudou) (51,9%). Quanto à autopercepção em saúde bucal, prevaleceu a indiferença quanto à saúde dos dentes (28,7%). Na variável discriminação, 63,8% foram classificados quanto à menor frequência de exposição à discriminação (Tabela 1).

Todos os componentes do acesso foram avaliados como ausentes quanto aos serviços de saúde bucal na APS. A afiliação foi assim classificada por 82,3% dos entrevistados; a utilização por 88,7%; enquanto a acessibilidade por 58,8%. Já o acesso (geral) foi classificado como ausente por 91,4% dos participantes deste estudo (Tabela 1).

As médias dos componentes afiliação, acesso de primeiro contato (utilização) e acesso de primeiro contato (acessibilidade) foram 2,41 (DP \pm 2,49), 2,95 (DP \pm 2,33) e 4,91 (DP \pm 1,62), respectivamente. O atributo acesso apresentou média de 3,93 (DP \pm 1,37) (Tabela 2).

Na análise bivariada, houve associação entre a renda mensal familiar e o atributo acesso de primeiro contato (acessibilidade) ($p=0,003$) (Tabela 2). Também foi observada associação entre a autopercepção de saúde bucal e o escore acesso aos serviços de saúde bucal ($p=0,006$) (Tabela 3).

Quanto ao modelo multivariado, a variável que permaneceu significativa em relação aos atributos afiliação ($p=0,049$) ($\beta=0,69$) e acesso de primeiro contato (utilização) ($p=0,014$) ($\beta=-1,00$), bem como ao escore acesso ($p=0,002$) ($\beta=-0,74$), foi a autopercepção de saúde bucal. A renda mensal familiar também permaneceu significativa quando associada ao atributo acesso de primeiro contato (acessibilidade) ($p=0,012$) ($\beta=-0,72$) (Tabela 4).

O poder da amostra foi de 99,28% em rejeitar a hipótese de nulidade da amostra deste estudo.

Discussão

Comentado [CMCA1]: Não vi nada na discussão sobre discriminação. Não houve nenhuma sugestão da banca? Não foi relevante??

Comentado [FH2R1]: Concordo com a Cláudia...

No geral, os quilombolas do Maranhão avaliaram o acesso aos serviços de saúde bucal da Atenção Primária à Saúde (APS) como ausente. Em Itapecuru Mirim havia 14 Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF), totalizando 71% da população municipal coberta pelos serviços de saúde bucal na APS.³⁸ No quilombo Santa Rosa dos Pretos havia 1 equipe da ESF com 1 ESB responsável pela atenção à saúde bucal desta comunidade. Isto reflete numa exclusão de atenção à saúde bucal aos quilombolas, já que o município possuía uma razoável cobertura deste serviço, tendo, inclusive 1 ESB responsável ao atendimento também daquela comunidade. Apesar da não exclusão desta população quanto à oferta dos serviços de saúde bucal, questões como a não fixação do cirurgião-dentista; o descumprimento da carga-horária preconizada para a ESB da ESF; bem como a falta de qualificação das ESB, talvez possam justificar este resultado. Tal resultado também é reflexo da falta de acesso aos serviços de saúde bucal por esta população, sendo ainda insuficientes a assistência de prevenção e reabilitação prestadas à população quilombola, refletindo na necessidade de ampliação da oferta destes serviços à esta população específica, bem como na qualidade dos serviços ofertados.³⁹

Apesar da proposta do novo modelo de atenção à saúde bucal⁴⁰, a cobertura da atenção à saúde bucal no Brasil ainda não corresponde à metade da população²⁷, o que indica a necessidade de se ampliar a oferta, priorizando grupos e populações vulneráveis, como é o caso dos quilombolas. Além disso, a melhoria na qualidade dos serviços necessária à atenção da saúde bucal na APS, perpassa pela adequação de uma estrutura mínima⁴¹, qualificação das ESB⁴², e pela competência técnica gerencial dos gestores⁴¹, a fim de minimizar a abrangência seletiva já existente da assistência odontológica brasileira^{43,44}, conferindo um acesso mais equitativo à tais serviços.⁴⁵ Isto implica que a avaliação negativa do acesso aos serviços de saúde bucal pelos quilombolas, pode ser um reflexo da baixa cobertura e/ou qualidade dos serviços ofertados. Além disso, a quantidade de “dentistas” práticos ainda existentes no interior do Maranhão, aliado ao crescente número de clínicas populares, pode ser justificativa para a falta de acesso aos serviços de saúde bucal da APS por esta população.

A variável discriminação não foi identificada pela maioria dos participantes deste estudo. Este resultado pode ser justificado ao ser constatado que os adultos e os idosos não se sentem discriminados por serem negros e moradores de quilombo⁴⁶, talvez consequência da falta de acesso destes a um nível de escolaridade mais elevado, minimizando a sua capacidade crítico-reflexiva de um preconceito velado.⁴⁶

A avaliação do acesso aos serviços de saúde bucal esteve inversamente associada à autopercepção de saúde bucal, retratando que quanto pior a autopercepção da saúde dos dentes, maior é o acesso aos serviços de saúde bucal. Tal resultado sugere uma relação do acesso aos serviços de saúde bucal a percepção de problemas bucais pelos indivíduos, sendo a procura desta população por tais serviços quase sempre numa situação de urgência.¹⁸ Isto também reflete numa escassez das ações de prevenção e promoção à saúde bucal, preconizadas pela Política Nacional de Saúde Bucal, envolvendo um conceito amplo de saúde, como a construção de políticas públicas saudáveis, o desenvolvimento de estratégias direcionadas a todos, e a disponibilidade de cuidados odontológicos básicos apropriados.⁴⁰

A Odontologia baseada na queixa-consulta, fundamentada na livre demanda⁴⁷, é o modelo predominante no Brasil, reforçando a ideia de que só procurarão os serviços quem já tem problemas de saúde, comprometendo a integralidade do atendimento⁴⁷ e, conseqüentemente, o acesso aos serviços de saúde bucal. Esta pode ser uma possível explicação para a associação encontrada neste estudo, entre a autopercepção de problemas de saúde bucal e maiores escores do acesso aos serviços de saúde bucal.

O atributo afiliação buscou identificar o serviço de saúde bucal ou cirurgião-dentista de referências para a atenção em saúde bucal do entrevistado³⁵, sendo o pior atributo avaliado neste estudo. Ele esteve diretamente associado à autopercepção de saúde bucal, indicando que os indivíduos que identificaram seus dentes como saudáveis avaliaram melhor os serviços de saúde bucal da APS. Um estudo realizado com quilombolas, mostrou que a insatisfação com a aparência bucal e com a performance mastigatória esteve associada com uma pior autopercepção de saúde bucal.⁴⁸ Assim, a autopercepção de saúde bucal tem uma relação direta com o reconhecer-se acolhido por um serviço de saúde bucal e/ou cirurgião-dentista, pois indivíduos com mais recursos financeiros ou que residem numa área com maior cobertura pelas ESB, tendem a construir um maior vínculo com o serviço/profissional, realidade diferente da qual estão inseridos os quilombolas. Isto sugere que, apesar de haver ESB nessa comunidade quilombola, talvez houvesse uma dificuldade na fixação dos profissionais nas equipes, o que poderia explicar a associação observada entre o atributo afiliação e a autopercepção de saúde bucal.

O atributo acesso de primeiro contato (utilização) esteve inversamente associado à autopercepção de saúde bucal, indicando que quanto melhor a autopercepção quanto a saúde dos dentes, menor seria a utilização dos serviços de saúde bucal na APS pelos quilombolas. Este resultado pode ser justificado por estar a saúde dos dentes muitas vezes relacionada à

ausência de dor, e, conseqüentemente, ao entendimento da não necessidade de utilização dos serviços de saúde bucal, visto que os quilombolas procuram os serviços de saúde bucal quase sempre motivados pela dor¹⁸, reforçando a ideia da Odontologia baseada na queixa-consulta.⁴⁷

O atributo acesso de primeiro contato (acessibilidade) apresentou o maior escore neste estudo, estando inclusive acima do escore acesso, mas ainda avaliado como ruim pelos quilombolas. Este resultado ruim está de acordo com estudos onde este atributo, na avaliação dos serviços da APS, apresentou escore médio abaixo do adequado.^{49,50} Além disso, este atributo esteve inversamente associado com a renda mensal familiar, indicando que indivíduos com menor renda possuíam maior acessibilidade aos serviços de saúde bucal da APS. Indivíduos com menor renda, como é o caso dos quilombolas, não dispõem de recursos financeiros para a assistência à saúde, sendo o Sistema Único de Saúde, na figura da APS, o local de primeiro acesso para atenção em saúde bucal desta população.

Assim, a população quilombola, que já é imersa em inúmeras vulnerabilidades^{4,5}, e historicamente sem acesso aos serviços públicos de saúde⁵¹⁻⁵³, também não possui acesso aos serviços básicos de saúde bucal, como constatado no quilombo Santa Rosa dos Pretos. Isto reforça a constatação de que o sistema de saúde brasileiro ainda tem dificuldade em garantir o acesso à toda população.⁵⁴

Este estudo tem como pontos fortes a importância em avaliar o acesso aos serviços de saúde bucal da APS por uma população imersa em vulnerabilidades, como os quilombolas, num estado de baixo IDH, como o Maranhão; e o uso do PCATool-OH, instrumento validado de avaliação da saúde bucal na APS. Além disso, poderá contribuir para a implementação de estratégias pró-equidade, como o fortalecimento dos serviços de saúde bucal na APS; formação profissional; educação permanente em saúde bucal; melhorias nas condições de trabalho; maior estabilidade profissional; além de mobilização da sociedade, possibilitando um maior acesso à tais serviços por populações vulneráveis e com saúde bucal precária, como os quilombolas. No entanto, tem como limitações, o uso de apenas um atributo do PCATool, não sendo explorados outros importantes atributos da APS; além da avaliação dos serviços de saúde bucal da APS em apenas um quilombo no Maranhão. Apesar de ser um estudo pioneiro na avaliação dos serviços de saúde bucal da APS de uma população quilombola, estudos futuros, que investiguem a avaliação do acesso aos serviços de saúde bucal da APS em todos os quilombos do Maranhão são importantes, a fim de retratar fielmente como se dá tal avaliação por esta população.

Conclusões

A avaliação do acesso aos serviços de saúde bucal da Atenção Primária à Saúde (APS) pelos quilombolas de Santa Rosa dos Pretos foi ruim, sendo associada com a autopercepção de saúde bucal e a renda mensal familiar. Há a necessidade da implantação e efetivação de políticas públicas de fortalecimento da atenção à saúde bucal na APS, com foco nas populações mais vulneráveis.

Referências

1. Assis MMA, Villa TCS, Nascimento MAA. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Ciênc Saúde Colet* 2003; 8(3):815-23.
2. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc Saúde Colet* 2012; 17(11):2865-75.
3. Travassos C, Castro MSM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Fiocruz; 2012. p. 183-206.
4. Krieger N. Does racism harm health? Did child abuse exist before 1962? On explicit questions, critical science, and current controversies: an ecosocial perspective. *Am J Public Health* 2003; 93:194-9.
5. Leal MC, Gama SGN, Cunha CB. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(01):100-7.
6. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(Supl. 2):S190-8.
7. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 1995; 36:1-10.
8. Andersen RM, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q* 1973; 51:95-124.
9. Donabedian A. Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care. Cambridge Harvard University; 1973.
10. Rohr RIT, Barcellos AL. As barreiras de acesso para os serviços odontológicos. *UFES Rev Odontol* 2008; 10(3):37-41.
11. Freitas DA, Caballero AD, Marques AS, Hernandez CIV, Antunes SLNO. Saúde e comunidades Quilombolas: uma revisão da literatura. *Revista CEFAC* 2011; 13(5):937-43.
12. Silva JAN. Condições sanitárias e de saúde em Caiana dos Crioulos, uma comunidade Quilombola do Estado da Paraíba. *Saúde e Soc* 2007; 16(2):111-24.
13. Silva ZPS, Ribeiro MCS, Barata RB, Almeida MF. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003 – 2008. *Ciênc Saúde Colet* 2011; 16:3807-16.

14. Dias-Da-Costa JS, Olinto MTA, Soares AS, Nunes MF, Bagatini T, Marques MC. et al. Utilização de serviços de saúde pela população adulta de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil: resultados de um estudo transversal. *Cad Saúde Pública* 2011; 27:868-76.
15. Bastos GAN, Duca GFD, Hallal PC, Santos IS. Utilização de serviços médicos no sistema público de saúde no Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2011; 45:475-84.
16. Mello TRC, Antunes JLF, Waldman EA. Áreas rurais: pólos de concentração de agravos à saúde bucal? *Arq Med* 2005; 19(1-2):67-74.
17. Moura C, Gusmão ES, Santillo PMH, Soares RDSC, Cimdões R. Autoavaliação da saúde bucal e fatores associados entre adultos em áreas de assentamento rural, Estado de Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2014; 30(3): 611-22.
18. Silva MEA, Rosa PCF, Neves ACC, Rode SM. Necessidade protética da população quilombola de Santo Antônio do Guaporé-Rondônia-Brasil. *Braz Dent Sci* 2011; 14(1-2):62-6.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. A saúde da população negra e o SUS: ações afirmativas para avançar na equidade/Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Brasília: MS; 2005.
20. Pare ML, Oliveira LP, Velloso AD. A educação para quilombolas: experiências de São Miguel Dos Pretos Em Restinga Seca (RS) e da comunidade Kalunga Do Engenho II (GO). *Cad Cedes* 2007; 27(72):215-32.
21. Cardoso LFC. Sobre imagens e quilombos: notas a respeito da construção da percepção acerca das comunidades quilombolas. *R Est Pesq Educ* 2010; 12(1):11-20.
22. Silva DO, Guerrero AFH, Guerrero CH, Toledo LM. A rede de causalidade da insegurança alimentar e nutricional de comunidades quilombolas com a construção da rodovia BR-163, Pará, Brasil. *Rev Nutr* 2008; 21(Supl. 0):83-97.
23. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*; 2011.

25. Bulgareli J, Cortellazzi KL, Ambrosano GMB, Meneghim MC, Faria ET, Mialhe FL, et al. Resolubility in oral health for primary care as an instrument for the evaluation of health systems. *Ciênc Saúde Colet* 2014; 19:383-91.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444/GM, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. *Diário Oficial da União*; 2000.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica. <http://https://sage.saude.gov.br/#> (acessado em 27/09/2020).
28. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Brasil/Maranhão. Panorama. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/pesquisa/37/30255?tipo=ranking&ano=2010&indicador=30255> (acessado em 27/09/2020).
29. Brasil. Diário Oficial da União. Portaria nº 118, de 20 de julho de 2020. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-118-de-13-de-julho-de-2020-267508084> (acessado em 27/09/2020).
30. Lucchesi F. Quilombo Santa Rosa dos Pretos. Belo Horizonte: FAFICH, 2016.
31. Brasil. Itapecuru Mirim. O município. Dados do município. Disponível em: <https://www.itapecurumirim.ma.gov.br/omunicipio.php> (acesso em 20/07/2021).
32. Brasil. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Secretaria de Políticas para Comunidades Tradicionais. Programa Brasil Quilombola. Guia de políticas públicas para comunidades quilombolas. Brasília/DF; 2013.
33. Oliveira SKM, Pereira MM, Guimarães ALS, Caldeira AP. Autopercepção de saúde em quilombolas do norte de Minas Gerais, Brasil. *Ciênc Saúde Colet* 2015; 20(9):2879-90.
34. Bastos JL, Faerstein E, Celeste RK, Barros AJD. Explicit discrimination and health: development and psychometric properties of an assessment instrument. *Rev Saúde Pública* 2012; 46(2):269-78.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: PCATool-Brasil – 2020 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
36. Cardozo DD. Validação e aplicação PCATool-SB para avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde Bucal – versão usuários. 2015. Tese (Doutorado) – Faculdade

- de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre; 2015. <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/133142/000985763.pdf?sequence=1> (acessado em 26/Set/2020).
37. Cardozo DD, Hilgert JB, Stein C, Hauser L, Harzheim E, Hugo FN. Presence and extension of the attributes of primary health care in public dental services in Porto Alegre, Rio Grande do Sul State, Brazil. *Cad Saúde Pública* 2020; 36(2):e00004219.
 38. Brasil. Ministério da Saúde. Informação e Gestão na Atenção Básica. E-Gestor Atenção Básica. Cobertura de Saúde Bucal. Itapecuru mirim, Maranhão, Nordeste, Brasil. Dezembro de 2018 a novembro de 2019. <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaSB.xhtml?jsessionid=+OprdOxpJlwM6t647I90ZqD8> (acessado em 19/10/2020).
 39. Araújo RLMS, Araújo EM, Miranda SS, Chaves JNT, Araújo JA. Extrações dentárias autorrelatadas e fatores associados em comunidades quilombolas no Semiárido baiano, em 2016. *Epidemiol Serv Saude* 2020; 29(2):e2018428,2020.
 40. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília; 2004.
 41. Baumgarten A, Hugo FN, Bulgarelli AF, Hilgert JB. Curative procedures of oral health and structural characteristics of primary dental care. *Rev Saúde Pública* 2018; 52:35.
 42. Santos NML, Hugo FN. Formação em Saúde da família e sua associação com processos de trabalho das Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica. *Ciênc Saúde Colet* 2018; 23(12):4319-4329.
 43. Bulgareli J, Cortellazzi KL, Ambrosano GMB, Meneghim MC, Faria ET, Mialhe FL, et al. A resolutividade em saúde bucal na atenção básica como instrumento para avaliação dos modelos de atenção. *Ciênc Saúde Colet* 2014; 19(2):383-91.
 44. Mello ALSF, Andrade SR, Moysés SJ, Erdmann AL. Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização. *Ciênc Saúde Colet* 2014; 19(1):205-14.
 45. Antunes DS, Naidoo S, Myburgh N, Balbinot J, Fisher PD, Hugo FN. A Framework for Equity Access to Primary Dental Care. *Ciênc Saúde Colet* 2020; 25(9):3669-3676.
 46. Gredrat GC, Alves GG, Silva AMP. Percepção de preconceito num quilombo urbano no sul do Brasil. *Psicol., Ciênc. Prof. (Impr)*. 2020; 40(e215919):1-12.
 47. Chaves SCL. Oral health in Brazil: the challenges for dental health care models*. *Braz Oral Res* 2012; 26(Spec Iss 1):71-80.

48. Gontijo TL, Duarte AGS, Guimarães EAA, Silva J. Avaliação da atenção primária: o ponto de vista de usuários. *Saúde Debate* 2017; 41(114):741-52.
49. Bidinotto AB, D'Ávila OP, Martins SB, Hugo FN, Neutzling MB, Bairros FS et al. Autopercepção de saúde bucal em comunidades quilombolas do Rio Grande do Sul: um estudo transversal exploratório. *Rev Bras Epidemiol* 2017; 20(1):91-101.
50. Perillo RD, Bernal RTI, Poças KC, Duarte EC, Malta DC. Avaliação da Atenção Primária à Saúde na ótica dos usuários: reflexões sobre o uso do *Primary Care Assessment Tool*-Brasil versão reduzida nos inquéritos telefônicos. *Rev Bras Epidemiol* 2020; 23:E200013.SUPL.1.
51. Vieira ABD, Monteiro PS. Comunidade quilombola: análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da bioética de intervenção. *Saúde Debate* 2013; 37(99):610-18.
52. Gomes KO, Reis EA, Guimarães MDC, Cherchiglia ML. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do sudoeste da Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2013; 29(9):1829-42.
53. Carvalho M, Santos NR, Campos GWS. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica. *Saúde Debate* 2013; 37(98):372-87.
54. Almeida CB, Santos AS, Vilela ABA, Casotti CA. Reflexão sobre o controle do acesso de quilombolas à saúde pública brasileira. *Av Enferm*; 2019; 37(1):92-103.

Fund. completo/Médio inc./Ginásio inc./Colegial inc.	49 (16,7%)	43 (17,8%)	6 (11,5%)	26 (15,8%)	4 (19,0%)	16 (14,5%)	14 (18,2%)	28 (16,5%)	2 (12,5%)
Médio comp./Sup. Completo/Superior	92 (31,4%)	72 (29,9%)	20 (38,5%)	54 (32,7%)	5 (23,8%)	43 (39,1%)	17 (22,1%)	54 (31,8%)	5 (31,3%)
Autopercepção de saúde bucal									
Saudáveis	78 (26,6%)	58 (24,1%)	20 (38,5%)	50 (30,3%)	2 (9,5%)	35 (31,8%)	18 (23,4%)	51 (30,0%)	1 (6,3%)
Indiferente	84 (28,7%)	70 (29,0%)	14 (26,9%)	42 (25,5%)	10 (47,6%)	34 (30,9%)	18 (23,4%)	46 (27,1%)	6 (37,5%)
Doentes	131 (44,7%)	113 (46,9%)	18 (34,6%)	73 (44,2%)	9 (42,9%)	41 (37,3%)	41 (53,2%)	73 (42,9%)	9 (56,3%)
Discriminação									
< frequência de exposição	187 (63,8%)	149 (61,8%)	38 (73,1%)	113 (68,5%)	16 (76,2%)	74 (67,3%)	56 (72,7%)	119 (70,0%)	10 (62,5%)
> frequência de exposição	106 (36,2%)	92 (38,2%)	14 (26,9%)	52 (31,5%)	5 (23,8%)	36 (32,7%)	21 (27,3%)	51 (30,0%)	6 (37,5%)

Legenda: DP-desvio padrão; sm-salário mínimo (RS 1.045,00); Ponto de corte para Alto score da APS: >5,5. Valores expressos em forma de dados brutos (n) e %.

Tabela 2: Associação das variáveis sociodemográficas e socioeconômicas com os atributos afiliação, acesso de primeiro contato (utilização e acessibilidade) do instrumento *Primary Care Assessment Tool – Oral Health of Adults (PCATool-OH)* e o acesso aos serviços de saúde bucal da APS. São Luís, Maranhão, Brasil, 2018-2020.

Variáveis	Afiliação		Utilização		Acessibilidade		ACESSO	
	2,41±2,49 [3,33 (0,00-6,67)]	2,95±2,33 [3,25 (0,00-10,00)]	4,91±1,62 [5,20 (0,00-8,33)]	3,93±1,37 [4,03 (0,00-8,23)]				
Sexo								
Masculino	2,46±2,63 [3,33 (0,00-6,67)]	2,91±2,24 [3,25 (0,00-10,00)]	4,97±1,43 [5,00 (0,00-7,70)]	3,94±1,41 [4,13 (0,00-7,23)]				
Feminino	2,35±2,39 [3,33 (0,00-6,67)]	3,00±2,40 [3,25 (0,00-10,00)]	4,87±1,73 [5,20 (0,00-8,33)]	3,93±1,34 [3,92 (0,00-8,23)]				
p-valor	0,770	0,894	0,993	0,850				
Raça/cor								
Preta	2,31±2,26 [3,33 (0,00-6,67)]	3,01±2,15 [3,25 (0,00-10,00)]	4,98±1,64 [5,20 (0,00-8,33)]	3,99±1,37 [4,03 (0,00-8,23)]				
Não preta	2,52±2,78 [3,33 (0,00-6,67)]	2,90±2,60 [3,25 (0,00-10,00)]	4,79±1,61 [5,00 (0,00-7,92)]	3,85±1,36 [4,03 (0,00-7,92)]				
p-valor	0,867	0,587	0,503	0,366				
Estado civil								
Casado(a)/Tem companheiro(a)	2,36±2,53 [3,33 (0,00-6,67)]	2,83±2,41 [3,25 (0,00-10,00)]	4,79±1,56 [5,00 (0,00-7,70)]	3,81±1,29 [3,77 (0,42-8,23)]				
Solteiro(a)	2,32±2,47 [3,33 (0,00-6,67)]	3,01±2,18 [3,25 (0,00-10,00)]	5,00±1,75 [5,43 (0,00-7,50)]	4,01±1,40 [4,22 (0,00-7,23)]				
Separado/Divorciado(a)	3,12±2,27 [3,33 (0,00-6,67)]	3,50±2,33 [3,25 (0,00-7,50)]	5,16±1,15 [4,80 (3,95-8,33)]	4,33±1,22 [4,65 (2,19-5,94)]				
Viúvo	2,44±2,35 [3,33 (0,00-6,67)]	3,31±2,63 [3,25 (0,00-10,00)]	5,00±1,99 [5,53 (0,00-7,08)]	4,16±1,85 [4,52 (0,00-7,92)]				
p-valor	0,604	0,309	0,416	0,151				
Renda mensal familiar								
≤1 sm	2,43±2,53 [3,33 (0,00-6,67)]	3,00±2,37 [3,25 (0,00-10,00)]	4,74±1,65 [5,00 (0,00-7,70)]	3,87±1,38 [3,92 (0,00-8,23)]				
>1 sm	2,29±2,34 [3,33 (0,00-6,67)]	2,83±2,21 [3,25 (0,00-10,00)]	5,55±1,38 [5,63 (0,00-8,33)]	4,19±1,29 [4,39 (1,88-7,23)]				
p-valor	0,747	0,795	0,003*	0,217				
Benefício assistencial								
Não	2,60±2,48 [3,33 (0,00-6,67)]	3,06±2,12 [3,25 (0,00-10,00)]	5,22±1,13 [5,43 (1,68-7,30)]	4,14±1,17 [4,34 (1,98-7,92)]				
Sim	2,30±2,49 [3,33 (0,00-6,67)]	2,92±2,43 [3,25 (0,00-10,00)]	4,75±1,80 [5,00 (0,00-8,33)]	3,84±1,44 [3,92 (0,00-8,23)]				
p-valor	0,312	0,402	0,124	0,128				
Escolaridade								

Analf./Fund. I Inc./Primário Inc./Nunca Estudou	2,43±2,46 [3,33 (0,00-6,67)]	3,17±2,36 [3,25 (0,00-10,00)]	4,93±1,73 [5,43 (0,00-8,33)]	4,05±1,35 [4,10 (0,00-7,92)]
Fund. completo/Médio inc./Ginásio inc./Colegial inc.	2,24±2,30 [3,33 (0,00-6,67)]	2,48±2,32 [2,88 (0,00-10,00)]	5,37±1,10 [5,32 (1,68-7,50)]	3,93±1,31 [3,87 (2,09-8,23)]
Médio comp./Sup. Inc./Colegial Completo/Superior	2,41±2,65 [3,33 (0,00-6,67)]	2,88±2,30 [3,25 (0,00-10,00)]	4,62±1,64 [5,00 (0,00-7,08)]	3,75±1,41 [3,97 (0,00-7,23)]
p-valor	0,930	0,289	0,125	0,488

Legenda: sm-salário mínimo (R\$ 1.045,00); *p<0,05, teste de Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis/Dunn; Valores expressos em forma de média±DP [mediana (mínimo máximo)].

Tabela 3: Associação das variáveis autopercepção de saúde bucal e discriminação com os atributos afiliação, acesso de primeiro contato (utilização e acessibilidade) do instrumento *Primary Care Assessment Tool – Oral Health of Adults (PCATool-OH)* e o acesso aos serviços de saúde bucal da APS. São Luís, Maranhão, Brasil, 2018-2020.

Variáveis	Acessibilidade			Utilização			ACESSO			
	Afiliação	Utilização	Acessibilidade	Afiliação	Utilização	Acessibilidade	Afiliação	Utilização	Acessibilidade	
Autopercepção de saúde bucal										
Saudáveis	3,03±2,60 [3,33 (0,00-6,67)]	2,32±2,15 [2,50 (0,00-10,00)]	4,65±1,61 [4,80 (0,00-7,08)]	3,49±1,23 [3,60 (0,42-7,23)]						
Indiferente	2,02±2,54 [0,00 (0,00-6,67)]	2,97±2,52 [2,50 (0,00-10,00)]	4,72±1,85 [5,20 (0,00-7,70)]	3,85±1,48 [3,68 (0,00-7,92)]						
Doentes	2,26±2,32 [3,33 (0,00-6,67)]	3,38±2,25 [3,25 (0,00-10,00)]	5,17±1,45 [5,55 (0,00-8,33)]	4,28±1,29 [4,44 (1,63-8,23)]						
p-valor	0,024	0,059	0,199	0,006*						
Discriminação										
< frequência de exposição	2,59±2,53 [3,33 (0,00-6,67)]	2,96±2,44 [3,25 (0,00-10,00)]	5,04±1,45 [5,20 (0,00-8,33)]	4,00±1,36 [4,07 (0,00-8,23)]						
> frequência de exposição	2,04±2,37 [0,00 (0,00-6,67)]	2,98±2,09 [3,25 (0,00-8,25)]	4,60±1,95 [5,00 (0,00-7,50)]	3,79±1,38 [3,92 (0,00-6,78)]						
p-valor	0,059	0,531	0,325	0,614						

*p<0,05, teste de Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis/Dunn; Dados expressos em forma de média±DP [mediana (mínimo-máximo)].

Tabela 4: Variáveis associadas com os atributos afiliação, acesso de primeiro contato (utilização e acessibilidade) do instrumento *Primary Care Assessment Tool* – *Oral Health of Adults* (PCATool-OH) e o acesso aos serviços de saúde bucal da APS. São Luís, Maranhão, Brasil, 2018-2020.

Variáveis	β	EPM	IC95%	β expandido	IC95%	Wald χ^2	p-Valor
Afiliação							
Autopercepção de saúde bucal							
Saudáveis	0,69	0,35	0,00	1,38	4,90	1,01	23,86
Indiferente	-0,26	0,34	-0,93	0,40	0,54	0,12	2,54
Doentes	CR					0,60	0,439
Discriminação							
< frequência de exposição	0,50	0,30	-0,08	1,09	3,18	0,83	12,23
> frequência de exposição	CR					2,84	0,092
Utilização							
Autopercepção de saúde bucal							
Saudáveis	-1,00	0,41	-1,79	-0,20	0,10	0,02	0,63
Indiferente	-0,37	0,41	-1,16	0,43	0,43	0,07	2,67
Doentes	CR					0,83	0,363
Acessibilidade							
Renda mensal familiar							
\leq 1 sm	-0,72	0,28	-1,27	-0,16	0,19	0,05	0,69
> 1 sm	CR					6,37	0,012
Benefício assistencial							
Não	0,46	0,24	-0,02	0,93	2,86	0,95	8,61
Sim	CR					3,49	0,062
Escolaridade							
Analf./Fund. I Inc./Primário Inc./Nunca Estudou	0,19	0,26	-0,31	0,70	1,56	0,49	4,96
						0,57	0,449

Fund. completo/Médio inc./Ginásio inc./Colegial inc.	0,56	0,35	-0,13	1,24	3,62	0,75	17,48	2,56	0,110
Médio comp./Sup. Inc./Colegial Completo/ Superior	CR								
Autopercepção de saúde bucal									
Saudáveis	-0,47	0,27	-1,01	0,06	0,34	0,10	1,15	3,04	0,081
Indiferente	-0,37	0,27	-0,91	0,17	0,42	0,12	1,46	1,84	0,175
Doentes	CR								
ACESSO									
Estado civil									
Casado(a)/Tem companheiro(a)	-0,32	0,40	-1,11	0,46	0,47	0,08	2,91	0,65	0,421
Solteiro(a)	-0,18	0,41	-1,00	0,63	0,65	0,10	4,22	0,20	0,654
Separado/Divorciado(a)	0,19	0,53	-0,84	1,23	1,55	0,14	16,80	0,13	0,717
Vívio	CR								
Benefício assistencial									
Não	0,34	0,21	-0,07	0,75	2,18	0,84	5,64	2,58	0,108
Sim	CR								
Autopercepção de saúde bucal									
Saudáveis	-0,74	0,23	-1,19	-0,28	0,18	0,06	0,52	10,03	0,002
Indiferente	-0,40	0,23	-0,86	0,06	0,40	0,14	1,15	2,92	0,088
Doentes	CR								

Legenda: sm-salário mínimo (R\$ 1.045,00); p-Valor do teste de Omnibus = 0,017, 0,049, 0,008, 0,021, respectivamente; Modelo de regressão de Poisson count; EPM = Erro padrão da média; CR = Categoria de referência.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso dos serviços de saúde bucal no Brasil é desigual. Maior escolaridade, maior renda e urbanidade estiveram associados à um maior uso dos serviços de saúde bucal no Brasil.

A avaliação do acesso aos serviços de saúde bucal da Atenção Primária à Saúde pelos quilombolas de Santa Rosa dos Pretos foi ruim, sendo associada com a autopercepção de saúde bucal e a renda mensal familiar.

Este estudo é pioneiro na avaliação dos serviços de saúde bucal pelos quilombolas do Maranhão, retratando o panorama da comunidade investigada quanto a esta temática. Além disso, reforça à comunidade científica a necessidade de investigar este assunto numa população específica e imersa em vulnerabilidades, como é o caso dos quilombolas.

Avaliar esta questão num quilombo no interior do Maranhão foi uma experiência desafiadora, pois apesar do financiamento para este estudo, o deslocamento, a logística e o ser acolhido pela comunidade eram desafios a serem vencidos. Porém, este desafio tornou-se encorajador ao se constatar que aquela população precisava ser ouvida; ser acolhida; de atenção.

Mensurar como se dá acesso aos serviços de saúde bucal no Brasil é complexo, pois além das diferentes definições que envolvem esta temática, quando esta análise é realizada num país plural em diversas questões, como o Brasil, este desafio se torna ainda maior. Além disso, é preciso enxergar todas as dimensões que envolvem os indivíduos, mas é necessário e urgente que o foco esteja voltado para aqueles que mais necessitam de atenção.

Analisar o acesso aos serviços de saúde no Brasil foi importante, por ser um direito resguardado pela Constituição Federal. Porém, este direito ainda não é universal, sendo restrito a determinados grupos, estando os que mais dele necessitam, desassistidos. Assim, novos estudos que investiguem o acesso à saúde, em especial em populações vulneráveis, e levando em consideração as diversas dimensões do acesso, são fundamentais para o planejar as ações em saúde, auxiliando na resolutividade das reais necessidades de saúde da população.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, C. B.; SANTOS, A. S.; VILELA, A. B. A.; CASOTTI, C. A. Reflexão sobre o controle do acesso de quilombolas à saúde pública brasileira. *Av Enferm.* v. 37, n. 1, p. 92-103, 2019.
2. ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav*, v. 36, p. 1-10, 1995.
3. ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 8, n. 3, p. 815-23, 2003.
4. ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 17, n. 11, p. 2865-75, 2012.
5. BARBOSA, M. C. L.; GUERRA, L. F. A.; BARBOSA, M. L. R.; BARBOSA, F. L.; GUIDA, D. L. et al. Dyslipidemia and cardiovascular risk in Afro-descendants: a study of the Quilombola communities in Maranhão, Brazil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, v. 10, n. 36, p. 1-10, 2015.
6. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília : Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. 496 p
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.444/GM de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. *Diário Oficial da União*; 2000.
8. BRASIL. Decreto Nº 4.887, de 20 de novembro de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. *Diário Oficial da União*; 2003; Seção 1(227): 4.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.434/GM de 14 de julho de 2004. Define mudanças no financiamento da atenção básica em saúde no âmbito da estratégia Saúde da Família, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*; 2004a; 1(36).
10. BRASIL. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Coordenação Geral de Saúde Bucal. 2004b. Acesso em: 5 out 2020. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/cisb/doc/politica_nacional.pdf

11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. A saúde da população negra e o SUS: ações afirmativas para avançar na equidade/Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento; Brasília: MS; 2005.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 648/GM; 2006.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – SEPPIR. Brasília (DF): MS; 2007a.
14. BRASIL. Decreto Nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007. Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. Diário Oficial da União; 2007b; Seção 1(28): 316.
15. BRASIL. Lei nº 12.288, de 20 julho de 2010. Institui sobre a Igualdade Racial. Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos, 20 julho de 2010.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 2.488/GM; 2011.
17. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Rio de Janeiro: IBGE; 2016.
18. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. Brasília: IBGE; 2017.
19. BRASIL. Diário Oficial da União. Portaria Nº 118, de 20 de julho de 2020. Acesso em: 27 set 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-118-de-13-de-julho-de-2020-267508084>.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde : PCATool-Brasil – 2020 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2020.
21. CARDOSO, L. F. C. Sobre imagens e quilombos: notas a respeito da construção da percepção acerca das comunidades quilombolas. R. Est. Pesq. Educ., 2010; v. 12, n. 1, p. 11-20, 2010.
22. CARDOZO, D. D. Validação e aplicação PCATool-SB para avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde Bucal – versão usuários. 2015. Tese (Doutorado) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015. Acesso

- em 26 set 2020. Disponível em:
<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/133142/000985763.pdf?sequence=1>.
23. CARDOZO, D. D.; HILGERT, J. B.; STEIN, C.; HAUSER, L.; HARZHEIM, E.; HUGO, F. N. Presence and extension of the attributes of primary health care in public dental services in Porto Alegre, Rio Grande do Sul State, Brazil. *Cad. Saúde Pública*, v. 36, n. 2:e00004219, 2020.
 24. CHAVES, S. C. L.; ALMEIDA, A. M. F. L.; ROSSI, T. R. A.; SANTANA, S. F.; BARROS, S. G.; SANTOS, C. M. L. Oral health policy in Brazil between 2003 and 2014: scenarios, proposals, actions, and outcomes. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 22, n. 6, p. 1791-1803, 2017.
 25. CHAVES, S. C.; ALMEIDA, A. M. F. L.; REIS, C. S.; ROSSI, T. R. A.; BARROS, S. G. Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017. *Saúde Debate*, v. 42, número especial 2, p. 76-91, 2018.
 26. DONABEDIAN, A. Aspects of medical care administration. Boston: Harvard University Press; 1973.
 27. DONABEDIAN, A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press; 2003.
 28. DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care, 1966. *Milbank Q*, v. 83, n. 4, p. 691-729, 2005.
 29. FREITAS, D. A.; CABALLERO, A. D.; MARQUES, A. S.; HERNANDEZ, C. I. V.; ANTUNES, S. L. N. O. Saúde e comunidades Quilombolas: uma revisão da literatura. *Revista CEFAC*, v. 13, n. 5, p. 937-43, 2011.
 30. FURTADO, M. L. S. Aquilombamento no Maranhão: um Rio Grande de (im)possibilidades/Marivania Leonor Souza Furtado. - Presidente Prudente: [s.n.], 2012. 313F.
 31. GOMES, K. O.; REIS, E. A.; GUIMARÃES, M. D. C.; CHERCHIGLIA, M. L. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do sudoeste da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 29, n. 9, p. 1829-42, 2013.
 32. KRIEGER, N. Does racism harm health? Did child abuse exist before 1962? On explicit questions, critical science, and current controversies: an ecosocial perspective. *Am J Public Health*, v. 93, p. 194-9, 2003.

33. LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N.; CUNHA, C. B. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Rev. Saúde Pública*, v. 39, n. 01, p. 100-7, 2005.
34. LUCHESI, F. *Quilombo Santa Rosa dos Pretos*. Belo Horizonte: FAFICH, 2016.
35. MARQUES, A. S.; CALDEIRA, A. P.; SOUZA, L. R.; ZUCCHI, P.; CARDOSO, W. D. A. População quilombola no norte de Minas Gerais: invisibilidade, desigualdades e negação de acesso ao sistema público de saúde. *BIS*, v. 12, p. 154-61, 2010.
36. PAIXÃO, R. M. M. *Enriba datterra: da sinergia da luta individual para a coletiva, refletindo a partir do quilombo de Cana Brava [Dissertação]*. São Luís: Universidade Estadual do Maranhão; 2015.
37. PARE, M. L.; OLIVEIRA, L. P.; VELLOSO, A. D. A educação para quilombolas: experiências de São Miguel Dos Pretos Em Restinga Seca (RS) e da comunidade Kalunga Do Engenho II (GO). *Cad. Cedes*, v. 27, n. 72, p. 215-32, 2007.
38. PAVÃO, A. L. B. SUS: em construção ou desconstrução? *RECHIS – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde*, v. 10, n. 3, p. 1-3, 2016.
39. SANTOS, R. S.; LEITE, A. R. L.; ROCHA, A, H, C.; BARBOSA, G. S. Possibilidades e Realidades em Comunidades Quilombolas do Maranhão: o turismo como resgate da memória e identidade. *RTC*, v. 8, n. 2, p. 316-36, 2020.
40. SARDINHA, A. H. L.; ARAGÃO, F. B. A.; SILVA, C. M.; RODRIGUES, Z. M. R.; REIS, A. D.; VARGA, I. V. D. Qualidade de vida em idosos quilombolas no nordeste brasileiro. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, v. 22, n. 3, e190011, 2019.
41. SHI, L.; STARFIELD, B.; XU, J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *The Journal of Family Practice*, v. 50, n. 2, p. 161-175, 2001. Disponível em: <http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/PCAT%20pubs/Shi%202001.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2020.
42. SHI, L.; STARFIELD, B.; JIHAONG, X. Validating the adult Primary Care Assessment Tool. *J Family Praticce*, v. 50, p. 161-175, 2001.
43. SILVA, O. S. Quilombos do Sul do Brasil: movimento social emergente na sociedade contemporânea. *Rev Identidade*, v. 15, n. 1, p. 51-64, 2010.
44. SILVA. J. M. CALDEIRA, A. P. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 26, n. 6, p. 1187-1193, 2010.

45. SILVA, M. J. G.; LIMA, F. S. S.; HAMANN, E. M. Uso dos serviços públicos de saúde para DST/HIV/AIDS por comunidades remanescentes de quilombos no Brasil. *Saúde Soc*, v. 19, p. 109-20, 2010.
46. SILVA, M. E. A.; ROSA, P. C. F.; NEVES, A. C. C.; RODE, S. M. Necessidade protética da população quilombola de Santo Antônio do Guaporé-Rondônia-Brasil. *Braz Dent Sci*, v. 14, n. 1-2, p. 62-6, 2011.
47. SILVA, C. B. R.; FERREIRA, C. G. S.; RODRIGUES, F. L. Saúde quilombola no Maranhão. *Revista Ambivalências*, v. 4, n. 7, p. 106-133, 2016.
48. SILVA, E. K. P.; SANTOS, P. R.; CHEQUER, T. P. R.; MELO, C. M. A.; SANTANA, K. C.; AMORIM, M. M. et al. Saúde bucal de adolescentes rurais quilombolas e não quilombolas: um estudo dos hábitos de higiene e fatores associados. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 23, n.9, p. 2963-2978, 2018.
49. SILVEIRA, V. N. C.; PADILHA, L. L.; FROTA, M. T. B. A. Desnutrição e fatores associados em crianças quilombolas menores de 60 meses em dois municípios do estado do Maranhão, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 25, n. 7, p. 2583-2594, 2020.
50. SOUSA, I. T. S.; BRUSTOLIN, C. Quilombos na cena política: os experimentos organizativos do Maranhão-Brasil. *Revista PerCursos*, Florianópolis, v. 19, n. 39, p. 28-49, 2018.
51. STARFIELD, B. *Atención Primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Barcelona: Masson; 2001.
52. TEIXEIRA, T. G.; SAMPAIO, C. A. M. Análise orçamentária do Programa Brasil Quilombola no Brasil e no Maranhão: o ocaso de uma política pública. *RAP*, v. 53, n. 2, p. 461-480, 2019.
53. THORKILDSEN, K. Social-ecological changes in a quilombola community in the atlantic forest of southeastern Brazil. *Hum Ecol.*, v. 42, n. 6, p. 913-27, 2014.
54. TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 20, n. Supl. 2, p. S190-8, 2004.
55. TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2 ed, rev., amp; 2014; 183-206, tab, graf.

56. VARGA, I. V. D.; CARDOSO, L. R. S. Controle da hipertensão arterial sistêmica na população negra no Maranhão: problemas e desafios. *Saúde Soc.*, v. 25, n. 3, p. 664-671, 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Tabela 1 - Características dos estudos revisados que compuseram a análise final da Revisão Sistemática (N=94). São Luís, Maranhão, Brasil, 2020 (Artigo 1).

Estudo	N	Idade (Anos)	Local do estudo (IES/UF)	Delimitação do estudo	Estratégia de desenho amostral	Tipo de coleta de dados	Local onde foram avaliados	Exposição principal	Exposição secundária	Principais resultados (acesso aos serviços de saúde bucal)
Matos et al., 2001 ^{34*}	656	≥ 18	Universidade Federal de Minas Gerais/MG	Transversal	Adultos que possuíam pelo menos um dente natural e haviam visitado o dentista pelo menos uma vez na vida.	Entrevista	Domicílio	Uso de serviços odontológicos	Sexo, faixa etária, renda, fatores relacionados à saúde bucal	O uso regular de serviços odontológicos foi significativamente associado a ter ≥ 8 e 4-7 anos de escolaridade, ter preferência para tratamento dentário restaurador em comparação à extração, não ter necessidade atual de tratamento dentário e acreditar que ir ao dentista previne a cárie e a doença na gengiva
Barros et al., 2002 ³⁵	344975	≥ 0	Universidade Federal de Pelotas/RS	Transversal	Entrevista com 344.975 residentes em 112.434 domicílios e 793 municípios	Dados da PNAD 1998	Domicílio/ Dados secundários	Acesso aos serviços de saúde bucal	Renda, idade; caracterização do atendimento em relação à remuneração, de utilização de plano de saúde, tipo de estabelecimento onde ocorreu o serviço prestado.	Dentre toda a população, o grupo mais numeroso (33%) consultou dentista no período de um ano anterior à entrevista. Por outro lado, uma parcela considerável (19%) declarou nunca ter consultado um dentista.
Cunha-Cruz et al., 2004 ^{36*}	4030	40 anos-média	Universidade Estadual do Rio de Janeiro/RJ	Transversal	A população-alvo era composta por todo o pessoal técnico e administrativo da	Questionário	Local de trabalho	Padrão de visitas dentárias relatado para check-up de	Idade, sexo, raça, educação, renda, tabagismo e dieta.	As chances de manter uma dentição funcional natural eram as mesmas para indivíduos que realizavam exames odontológicos de rotina pelo menos uma vez por ano ou a cada dois anos ou com menos frequência.

	universidade			rotina					
Matos et al., 2004 ^{2*}	29943	≥ 60	Fundação Oswaldo Cruz/MG	Transversal	Idosos participantes da PNAD 1998, exceto zona rural da Região Norte.	Dados da PNAD/1998 Domicílio/Dados secundários	Tempo decorrido após a última visita ao dentista	Sexo, faixa etária, macrorregião da residência, do macrorregião de residência, escolaridade e renda domiciliar per capita. Todas essas variáveis, acrescidas de sexo masculino e situação rural do domicílio, apresentaram associações independentes com jamais ter ido ao dentista.	Dos participantes, 13,2% haviam visitado há <1 ano, 80,5% há >1 ano e 6,3% nunca visitaram o dentista. Associações independentes com visita ao dentista há mais tempo (>1 ano) foram encontradas para idade, escolaridade e renda domiciliar per capita. Todas essas variáveis, acrescidas de sexo masculino e situação rural do domicílio, apresentaram associações independentes com jamais ter ido ao dentista.
Lacerda et al., 2004 ³⁷	860	18-58	Universidade do Sul de Santa Catarina/SC	Transversal	Funcionários de uma cooperativa da unidade de Maravilha, Estado de Santa Catarina	Questionário Empresa	Queixa de dor de origem dental como motivo da última consulta odontológica	Condições socioeconômicas, demográficas; acesso ao serviço odontológico; turno de trabalho; e ataque de cárie por meio do índice CPO-D	Foram associados independentes para a presença de dor de origem dental a escolaridade menor ou igual a oito anos de estudo (OR=1,9[1,1-3,1], a perda por cárie de quatro a 15 dentes (OR=2,6[1,4-4,9]) e de 16 a 32 dentes (OR=2,5[1,1-5,8]) e não ter frequentado o serviço odontológico da empresa (OR=2,8[1,6-5,1]).
Lisbôa et al., 2006 ^{38*}	1415	14-49	Universidade Federal do Rio Grande do Sul/RS	Transversal	População do município de Canoas/RS	Dados da pesquisa Hábitos de Higiene Bucal e Uso de Serviços Odontológicos : um estudo de base populacional em Canoas, RS, Brasil	Hábitos de higiene bucal e uso dos serviços odontológicos	A quase totalidade da amostra visitou o dentista pelo menos uma vez na vida, sendo o motivo mais frequente a revisão da saúde bucal. A maioria das pessoas fazia uso dos serviços odontológicos privados.	
Mialhe et al., 2006 ³⁹	54	NE	Universidade Estadual de	Transversal	Moradores da Vila Rural Serra	Questionário Domicílio	Acesso e avaliação dos	A maioria (94,5%) já tinha ido ao dentista e boa parte	

	Campinas/SP			dos Dourados			serviços de saúde bucal			visita ao dentista; avaliação do atendimento odontológico; e informações, e quantidades suficientes destas, de como evitar problemas bucais. Número de dentes presentes; uso e necessidade de próteses totais e edentulismo; acesso a serviços odontológicos e fatores sociodemográficos	(41% não procurava o profissional há mais de 3 anos.
Silva et al., 2006 ⁶⁰	77	35-44 65-74	Universidade Estadual de Campinas/SP	Transversal	Adultos e idosos de Piracicaba/SP	Exame clínico e questionário	Domicílio	Prevalência de cárie		A grande parte dos adultos (96,3%) e os idosos já foram ao dentista alguma vez; quanto ao tempo da última visita ao dentista, 56,5% dos idosos foram há 3 anos ou mais e 46,3% dos adultos há menos de 1 ano. A maioria (idosos e adultos) foi informada de como evitar problemas bucais e considera que tem necessidade de tratamento	
Barbato et al., 2007 ⁶¹	12811	35-44	Universidade Federal de Santa Catarina/SC	Transversal	Adultos brasileiros	Dados do SB Brasil 2000	Domicílio/ Dados secundários	Ocorrência de perdas dentárias		Os mais pobres, os com consultas odontológicas realizadas há mais de dois anos e aqueles que se consultaram no serviço público tiveram maior prevalência de perdas dentárias (RP de 1,65, 1,53 e 1,28 respectivamente). Todas estas variáveis apresentaram forte associação com as perdas dentárias (p < 0,01).	
Benedetti et al., 2007 ⁶²	875	≥ 60	Universidade Federal de Santa Catarina/SC	Transversal	Idosos Florianópolis	Dados da pesquisa Perfil do Idoso do Município de Florianópolis	Domicílio/ Dados secundários	Utilização de Serviços Médicos e Odontológicos		Perguntados se nos últimos três meses consultaram dentista, 10,7% responderam afirmativamente, dos quais 4,8% foram ao dentista mais de uma vez nos três últimos meses antes da pesquisa. A maioria dos idosos (89,3%) relatou não ter ido ao dentista	

Castro, 2007 ^{4*}	194	NE	Universidade Federal do Rio Grande do Norte/RN	Transversal	Usuários dos serviços de saúde bucal de Santa Cruz/RX	Entrevistas-questionário	Domicílio	Accessibilidade dos serviços de saúde bucal	Sexo, escolaridade, ocupação, renda familiar	geral e saúde bucal; utilização de Serviços Médicos Odontológicos; dados sobre assistência odontológica.	nos últimos três meses, dos quais 52% relataram não procurar o cirurgião-dentista há muito tempo.
Martins et al., 2007 ^{4*}	5319	65-74	Universidade de Montes Claros/MG	Transversal	Indivíduos representativos da população de idosos levantamentos epidemiológicos de saúde bucal	Dados do SB Brasil 2000	Domicílio/Dados secundários	Uso de serviços odontológicos	Raça; Macrorregiões do Brasil; Local de residência; Escolaridade; Tipo de serviço odontológico; Fatores relacionados à saúde bucal; Renda	quanto à utilização dos serviços de saúde bucal, 12,9% dos entrevistados nunca tinha ido ao dentista; 36,1% foram à menos de 1 ano; 21,6% de 1 a 2 anos; e 29,4% há 3 anos ou mais. A prevalência de uso de serviço odontológico no último ano foi 26,6 e 10,4%, respectivamente. Entre dentados, o uso foi maior entre aqueles com maior escolaridade, que percebiam sua mastigação como péssima/ruim e que relataram sensibilidade dolorosa; e menor entre os que não receberam informações sobre saúde bucal, que percebiam sua saúde bucal como ruim/péssima, que tinham menor renda per capita, que precisavam de prótese e já a usavam, que precisavam de prótese e não a usavam, que tinham problemas periodontais e maior número de dentes extraídos. Entre edentados, o uso foi maior entre aqueles com maior escolaridade e os que relataram sensibilidade dolorosa; e menor entre os idosos identificados como não-brancos e os que não receberam informações sobre saúde bucal.	
Matos et al., 2007 ^{4*}	63983	≥ 60	Fundação Oswaldo Cruz/MG	Transversal	Idosos participantes da PNAD 1998 e 2003	Dados da PNAD 1998 e 2003	Domicílio/Dados secundários	Tempo decorrido após a última	Sexo, faixa etária, escolaridade, renda, plano de	A prevalência de visitas ao dentista há < 1 ano aumentou de 13,2 para 17,4%. Características de predisposição	

				visita dentista	ao saúde; macroregião de residência	(sexo, idade e escolaridade), de necessidade (percepção da saúde geral) e de facilitação (renda domiciliar per capita, filiação a plano de saúde, situação rural/urbana do domicílio e macroregião de residência) apresentaram associações independentes e significativas com o uso de serviços odontológicos.
Martins et al 2008 ⁴⁶	5009	65-74	Universidade Estadual Montes Claros/MG	Transversal	Dados do SB Brasil 2000	Domicílio/ Dados secundários
			Idosos brasileiros que fizeram uso dos serviços odontológicos ao menos uma vez na vida			Uso dos serviços odontológicos por rotina
Martins et al 2008 ^{47*}	1014	65-75	Universidade Estadual Montes Claros/MG	Transversal	Dados do SB Brasil 2000	Domicílio/ Dados secundários
			Idosos residentes na Região Sudeste e participantes do Projeto SB Brasil.			Uso de serviços odontológicos
Fredo et al., 2008 ^{48*}	1170	14- média	Universidade Luterana Brasil/RS	Transversal	Questionário	Escola
			Alunos matriculados nas sétimas séries das escolas públicas municipais de Fundamental de Gravatá, em março de 2005			Hábitos de higiene bucal; frequência de utilização dos serviços odontológicos e motivos

da PNAD 2003.

Ambiente
externo;
sistemas
de
atenção à saúde
bucal;
características
pessoais;
condições de
saúde bucal e
auto percepção
da saúde bucalSistema
de
atenção à saúde
bucal,
características
pessoais,
condições de
saúde bucal e
percepção da
condição de saúdeEntre os jovens estudados, 77,8%
escovavam os dentes \geq 3 vezes/dia,
31,9% utilizavam fio dental, 68,9%
visitavam o dentista anualmente e
50% consultaram por motivo curativo.
As meninas apresentaram maior
frequência de escovação do que os
meninos. Os jovens com baixa
inserção socioeconômica, os com
estilo de vida sedentário e os que187 (18%) usaram serviços
odontológicos há menos de um ano,
827 (82%) usaram há um ano ou mais.
Do total de 1.014 idosos, 345 (34%)
eram dentados e 669 (66%),
edentados. Dos dentados, 111 (32%)
usaram os serviços há menos de um
ano e entre os edentados, 76 (11%)
usaram esses serviços no mesmo
período.Dentre os 5.009 idosos, que fizeram
uso dos serviços odontológicos pelo
menos uma vez na vida, 912 (18%)
usaram o serviço odontológico por
rotina e 4.097 (82%) por problemas
bucais. Nos estratos, a prevalência do
uso, por rotina, foi
de 444 (20%) entre dentados e de 468
(17%) entre os edentados.

Noro et al., 2008 ⁴⁹	3425	5-9	Universidade de Fortaleza/CE	Transversal	Responsáveis por crianças residentes na área urbana do Município de Sobral, nos anos de 1999 a 2000.	Questionário	Domicílio	Ida ao dentista	Fatores socioeconômicos e consumo de serviços	Observou-se que 50,9% das crianças tiveram acesso a serviço dentário pelo menos uma vez na vida. Desse total, 65,3% o realizaram no decorrer do último ano pesquisado, sendo que 85,4% na rede pública.
Rocha et al., 2008 ⁵⁰	827	≥ 18	Universidade de Pernambuco/PE	Transversal	Pessoas residentes na cidade de Campina Grande/PB	Formulários	Domicílio	Acesso aos serviços de saúde,	Fatores de predisposição, de fatores de facilitação e necessidades de saúde.	Um percentual de 40,6% só visitou o dentista há três ou mais anos, e 2,3% da amostra nunca foi ao dentista.
Araújo et al., 2009 ⁵¹	4226	> 10	Universidade Federal de Pelotas/RS	Transversal	Indivíduos a partir de dez anos de idade, moradores da zona urbana de Pelotas/RS	Entrevista	Domicílio	Ida ao dentista no último ano	Sexo, idade, raça, nível econômico, escolaridade, situação conjugal; Fatores relacionados à saúde bucal	50,9% (IC95%: 49,3- 52,4) dos entrevistados consultaram com dentista no último ano. A proporção da população que realizou consultas, no último ano, entre adolescentes, adultos e idosos, foi de 52,2%, 53,6% e 37,2%, respectivamente. Após ajuste para fatores de confusão, os determinantes da utilização de serviços para essas três faixas etárias foram: escolaridade ≥ 9 anos, maior nível econômico e autorreferência à existência de problemas bucais.
Camargo et al., 2009 ⁵²	2961	20 ≥ 60	Universidade Federal de Pelotas/RS	Transversal	Indivíduos de Pelotas/RS	Entrevista	Domicílio	Usar o serviço de forma regular	Idade, sexo, estado conjugal, cor da pele	A prevalência de uso regular de serviço odontológico foi de 32,8% (IC95%: 30,0-35,7), e para este

experimentaram tabaco apresentaram menor uso diário de fio dental e consultas odontológicas anuais, e mais consultas curativas. O consumo de balas associou-se à menor utilização de serviços odontológicos e o de refrigerantes à maior frequência de consultas curativas. O estilo de vida saudável associou-se com melhores hábitos de higiene bucal e utilização de serviços odontológicos.

Cohen- Cameiro et al., 2009 ⁵³	126	≥ 18	Universidade Federal Amazonas/AM	Transversal	Indivíduos de comunidades ribeirinhas, do Divino Espírito Santo do Isidoro e Lauro Sodré	Questionário	Comunidades ribeirinhas	Utilização dos serviços de saúde bucal	Sexo, idade, renda, anos de estudo, número de pessoas no domicílio	desfecho foi obtido um coeficiente de correlação intraclass de 0,07, gerando um EDA de 2,8 para o desenho do estudo.
Davoglio et al., 2009 ⁵⁴	1170	12 a 18	Universidade Luterana Brasil/RS	Transversal	Adolescentes da rede pública municipal de Gravataí.	Questionário	Escola	Hábitos de higiene bucal; frequência de utilização dos serviços odontológicos e motivos	Sociodemográfica s; psicossociais; estilo de vida	Em relação à utilização de serviços de saúde bucal foi observado que em Lauro Sodré, mais indivíduos já foram ao dentista pelo menos uma vez na vida, o tempo decorrido desde a última consulta foi maior, uma menor proporção dos indivíduos relatou atendimento pelo serviço público e barcos de saúde
Silva et al., 2009 ⁵⁵	78	NI	Universidade Federal Paraíba/PB	Transversal	Mães cadastradas na Unidade da Saúde da Família II, no município de Mogéiro/PB.	Entrevista	Domicílio	Acesso e utilização dos serviços odontológicos	Condições socioeconômicas; conduta das mães em relação à higiene bucal de seus filhos e o atendimento (82,1%).	A frequência anual de utilização de serviços odontológicos foi maior entre os de inserção socioeconômica mais alta. Verificou-se que a quase totalidade das mães (98,7%) já foi ao cirurgiã- dentista, a menos de um ano (67,9%) sendo o setor público o local de atendimento (82,1%).

Queiroz, 2009 ^{66*}	34854	≥ 14	Fundação Oswaldo Cruz/RJ	Transversal	Brasileiros nas idades de 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos	Dados do SB Brasil 2000	Domicílio/Dados secundários	Frequência da visita ao dentista	saber sobre saúde bucal; autopercepção de saúde bucal Macrorregiões do Brasil, local de residência, porte populacional; idade; sexo, grupo étnico, escolaridade, renda domiciliar, número de pessoas por cômodo, posse de automóvel; características individuais referentes à necessidade de cuidados avaliada profissionalmente e quanto à necessidade de cuidados autopercebida	No que concerne ao uso de serviços odontológicos há menos de um ano, destacam-se os percentuais de 44,6%, 38,7% e 17,5%, entre adolescentes, adultos e idosos, respectivamente, sugerindo uma relação inversa entre o padrão de uso mais adequado e idade.
Baldani et al., 2010 ⁵⁷	252	≥ 35	Universidade Estadual Ponta Grossa/PR	Transversal de	Adultos e idosos cadastrados nas áreas cobertas por Equipes de saúde bucal no final de 2005, Estratégia Saúde da Família em Ponta Grossa/PR	Questionário	Domicílio	Ida regular ao dentista	Fatores sociodemográfico ; relacionados à saúde bucal; situação na ESF	Cerca de 40% dos adultos e 67% dos idosos não iam ao dentista há de três anos. Indivíduos que não residiam em domicílios próprios, realizavam higiene bucal com menor frequência e utilizavam próteses totais apresentaram maiores chances de haver utilizado os serviços odontológicos há mais tempo. O fato de possuir um dentista regular foi identificado como fator de proteção

Gibilini et al., 2010 ⁵⁸	4217	15-74	Universidade Estadual de Campinas/SP	Transversal	Indivíduos residentes no estado de São Paulo	Exame clínico e entrevistas	Domicílio	Acesso a serviços odontológicos	Autopercepção da saúde bucal; CPD (adolescentes) e presença de dentes (adultos e idosos)	<p>na análise.</p> <p>Com relação ao acesso a serviços odontológicos, verificou-se para todas as faixas etárias que a maioria já foi ao dentista ao menos uma vez. Com relação ao tempo da última visita ao dentista, 60,1% dos adolescentes e 47,9% dos adultos foram ao dentista há menos de 1 ano. Mais da metade (58,5%) dos idosos foi ao dentista há 3 anos ou mais.</p> <p>Aproximadamente a metade (50,7%) dos pesquisados já havia procurado o cirurgião-dentista da Unidade de Saúde do PSF onde sua a família era cadastrada para o atendimento do filho(a). Entre os que já haviam procurado o serviço, 50% afirmaram não ter conseguido o atendimento; 33 dos entrevistados (49,3%) afirmaram não ter procurado o cirurgião-dentista do PSF onde a criança ou o adolescente era cadastrado, sendo o motivo mais citado (60,6%) ter procurado outro serviço público e 24,2% porque julgaram não haver necessidade.</p>
Aragão et al., 2011 ⁵⁹	67	0-19	Faculdade de Odontologia de Pernambuco/PE	Transversal	Crianças e adolescentes com deficiência e cadastrados nas Unidades de Saúde da Família da cidade de Recife	Entrevistas	Domicílio	Acessibilidade aos serviços de saúde bucal na atenção básica	Idade, sexo e outros dados pessoais, condições sócio-econômicas, tipo de deficiência	<p>pesquisados já havia procurado o cirurgião-dentista da Unidade de Saúde do PSF onde sua a família era cadastrada para o atendimento do filho(a). Entre os que já haviam procurado o serviço, 50% afirmaram não ter conseguido o atendimento; 33 dos entrevistados (49,3%) afirmaram não ter procurado o cirurgião-dentista do PSF onde a criança ou o adolescente era cadastrado, sendo o motivo mais citado (60,6%) ter procurado outro serviço público e 24,2% porque julgaram não haver necessidade.</p>
Baldani et al., 2011 ⁶⁰	350	0-14	Universidade Estadual de Ponta Grossa/PR	Transversal	Bebês, pré-escolares e escolares cobertos pela ESF de Ponta Grossa, Paraná	Questionário	Domicílio	Nunca teve uma consulta odontológica	Idade e sexo; nível educacional da mãe ou cuidadora e propriedade da casa da família; frequência de escovação; visitaria um dentista regularmente ou apenas em caso	<p>Para a maioria das crianças, os pais recordaram uma visita odontológica no ano anterior à pesquisa (47%) ou pelo menos nos 2 anos anteriores (18%), mas 31% das crianças nunca foram ao dentista.</p>

Baldani et al., 2011b ⁶¹	747	0-88	Universidade Estadual de Ponta Grossa/PR	Transversal	Pessoas residentes na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF) em Ponta Grossa, Paraná	Questionário	Domicílio	Relato de visitas odontológicas recentes	de dor; renda mensal familiar; frequência escolar; ter sua condição de saúde monitorada regularmente pela equipe do PSF Efetividade no acesso aos serviços de saúde bucal; Idade e sexo; propriedade da casa da família; condição de saúde bucal autorizada pelo indivíduo e na necessidade de relacionada de atendimento odontológico; renda mensal familiar; cadastro na ESF; ter uma fonte regular de atendimento odontológico e o tipo de serviço de saúde referenciado (público ou privado).	Entre os entrevistados, 48% relataram ter uma fonte regular de atendimento odontológico, sendo escolares (58%) e adultos (56%) os que mais relataram ter um dentista regular.
Peres et al., 2011 ⁶²	900	15-24	Universidade Federal de Santa Catarina/SC	Longitudinal	Indivíduos acompanhados pela coorte de Pelotas, Rio Grande do Sul	Exame clínico e questionário	Domicílio	Agravos bucais, cuidados com a saúde bucal e uso de serviços odontológicos	Sexo, renda mensal familiar, escolaridade da mãe.	Aproximadamente metade dos sujeitos relatou ter visitado um serviço odontológico no ano anterior ao estudo. Dos que visitaram serviços odontológicos, a maioria utilizou consultórios ou clínicas particulares, tanto em 1997 (54,4%) como em 2006

Provesan et al., 2011 ⁶³	792	12	Universidade de São Paulo/SP	Transversal	Escolares de Santa Maria, Rio Grande do Sul.	Exame clínico e questionário	Escola	Idade, sexo, cor da pele, nível de escolaridade dos pais e renda familiar; percepção de saúde utilizado (privado ou público)	<p>(69,7%). Proporcionalmente, mais indivíduos com maior renda familiar ao nascer haviam visitado o dentista no ano anterior (p = 0,02), mas o oposto ocorreu quando a consulta foi no Sistema Único de Saúde (SUS) (p = 0,02). Entre os mais pobres, proporcionalmente menos pessoas visitaram o dentista no ano anterior aos 15 e 24 anos de idade.</p> <p>De todas as crianças incluídas no estudo, apenas 47,8% (intervalo de confiança de 95%: 44,3% -51,4%) foram ao dentista.</p>
Carvalho, 2012 ^{64*}	101	11-16	Universidade de São Paulo/SP	Transversal	Escolares de Reginópolis, São Paulo	Exame clínico e questionário	Escola	Medo, ansiedade e dor dentária	<p>Qualidade de vida, saúde bucal e acesso aos serviços de saúde; idade, sexo, tipo de atendimento odontológico (público ou privado)</p> <p>Idade, sexo, estado civil/estado marital, escolaridade; renda respondente, renda familiar, existência de plano de saúde, acesso à fonte</p> <p>A maioria dos adolescentes utilizou os serviços odontológicos já menos de 1 ano (70,3%), sendo que 53,47% deles procuraram por atendimento nos últimos 6 meses. A procura por atendimento foi maior entre os adolescentes de 11 a 13 anos, os do sexo feminino, os brancos, e aqueles que residiam na localidade urbana. Foi analisado também o tempo em que realizada a última consulta odontológica não havendo diferença entre os municípios em função da zona de residência do indivíduo e o tempo de realização da consulta. Deve-se ressaltar que a maioria dos indivíduos consultaram o dentista no último ano, independente do município e da zona de residência, a</p>
Cavalcanti et al., 2012 ^{65*}	1998	5-34	Universidade de Pernambuco/PE	Transversal	População registrada nas unidades de saúde da família de dois municípios pernambucanos de pequeno porte populacional	Exame clínico oral e questionário	Domicílio	Acesso e utilização dos serviços de saúde bucal	<p>Idade, sexo, estado civil/estado marital, escolaridade; renda respondente, renda familiar, existência de plano de saúde, acesso à fonte</p> <p>A maioria dos adolescentes utilizou os serviços odontológicos já menos de 1 ano (70,3%), sendo que 53,47% deles procuraram por atendimento nos últimos 6 meses. A procura por atendimento foi maior entre os adolescentes de 11 a 13 anos, os do sexo feminino, os brancos, e aqueles que residiam na localidade urbana. Foi analisado também o tempo em que realizada a última consulta odontológica não havendo diferença entre os municípios em função da zona de residência do indivíduo e o tempo de realização da consulta. Deve-se ressaltar que a maioria dos indivíduos consultaram o dentista no último ano, independente do município e da zona de residência, a</p>

Mendonça et al., 2012 ^{66*}	1871	≥ 18	Fundação Oswaldo Cruz/RJ	Transversal	Indivíduos de quatro municípios do estado do Rio de Janeiro	Dados de PMS-AB da Domicílio/ Dados secundários	Autoavaliação da saúde bucal	Perda dentária; frequência de visita odontológica; uso de prótese; sexo; idade, escolaridade, raça/cor, renda domiciliar; cadastramento do domicílio da ESF	regular cidadão; percepção do indivíduo em relação à sua condição de saúde.	de exceção dos indivíduos da zona rural do município B.
Peres et al., 2012 ⁶⁷	775024	3-19	Universidade Federal de Santa Catarina/SC	Transversal	Crianças e adolescentes brasileiros	Dados de PNAD 2003 e 2008	Acesso e utilização de serviços odontológicos	Renda familiar per capita; tipo de serviço em que foi atendido; avaliação do atendimento odontológico;	As mulheres apresentam maiores percentuais relacionados à frequência de visita odontológica regular; 37,4% relataram ir ao dentista ao menos uma vez por ano, enquanto, entre os homens, o percentual foi de 33,2%. A visita odontológica regular foi maior entre os moradores de domicílios não cobertos pelo PSF, nos quais 25,8% dos indivíduos relataram visita regular e 64,4% mencionaram só procurar o dentista quando apresentam um problema odontológico. Já para os moradores de domicílios cobertos pelo PSF, tais percentuais foram, respectivamente, de 21,3% e 74%.	Uso recente de serviço odontológico (consultas no último ano) aumentou ligeiramente de 2003 para 2008 e a proporção da população que nunca tinha consultado dentista diminuiu cerca de 30% no mesmo período. Dentre os que procuraram o serviço odontológico nas duas últimas semanas, cerca de um quinto o fez nos centros ou postos de saúde e 96,0% dos que procuraram atendimento odontológico foram atendidos na primeira tentativa nos dois anos. A utilização dos serviços odontológicos aumentou em todas as idades entre 1998 e 2008.

									Diferenças expressivas intra-idade foram observadas entre os mais pobres (Q1) e os mais ricos (Q5) nas três pesquisas	
Barbosa, 2013 ⁶⁸	215	12-15	Universidade de Pernambuco/PE	Transversal	Adolescentes que apresentaram episódios característicos de asma, atendidos em centros de referência para o controle da asma de Recife	Exame clínico e entrevistas	Sala de espera dos ambulatórios	Sala de espera dos ambulatórios	Exames clínicos intrarrais; Identificação e caracterização da população, condições socioeconômicas, dados relativos a doença asma	Os dados relativos à acessibilidade demonstraram que 90,7% dos adolescentes tiveram acesso ao cirurgião-dentista, destes 62,1% tinham realizado suas consultas a menos de um ano e tinham frequentado o serviço público (63,1%). Observou-se que 46,5% dos idosos foram ao dentista há dois anos ou menos. A partir da análise múltipla observou-se que a escolaridade, a renda e a macroregião foram independentemente associadas ao defecho. Indivíduos com zero a 20 dentes e necessidade de prótese apresentaram menor prevalência de consulta odontológica recente. Maiores prevalências de consulta recente foram observadas entre os indivíduos com necessidade de tratamento odontológico e usuários de prótese.
Ferreira et al., 2013 ¹⁷	6702	65-74	Universidade de São Paulo/SP	Transversal	Indivíduos de 65-74 anos que participaram da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal em 2010	Dados do SB Brasil 2010	Domicílio/Dados secundários	Última ida ao dentista: < 1 ano, 1-2 anos, ≥ 3 anos, não se aplica, não sabe/não respondeu	Fatores socioeconômicos; Medidas clínicas de saúde bucal; Medidas subjetivas de saúde bucal	Observou-se que 46,5% dos idosos foram ao dentista há dois anos ou menos. A partir da análise múltipla observou-se que a escolaridade, a renda e a macroregião foram independentemente associadas ao defecho. Indivíduos com zero a 20 dentes e necessidade de prótese apresentaram menor prevalência de consulta odontológica recente. Maiores prevalências de consulta recente foram observadas entre os indivíduos com necessidade de tratamento odontológico e usuários de prótese.
Kasai, 2013 ⁶⁹	1180	≥ 40	Universidade Estadual Londrina/PR	Transversal	Indivíduos residentes na região urbana de Cambé, no Paraná	Exame clínico e questionário	Domicílio	Perdas dentárias	Sexo, faixa etária, estado civil, raça, escolaridade, situação ocupacional, classe econômica; tabagismo, consumo de bebida alcoólica; utilização de serviços de saúde;	Quase a totalidade já foi a um consultório odontológico, porém, procurou por serviço particular ou plano de saúde/convênio (76,5%). A consulta há menos de 3 anos foi relatada por 62,2% dos indivíduos.

									condições de saúde; realização de consultas odontológicas; necessidade de tratamento dentário
Miranda; Peres, 2013 ^{14*}	2016	20-59	Universidade Federal de Santa Catarina/SC	Transversal	Adultos participantes do EpiFloriopa-2010	Dados do EpiFloriopa-2010	Domicílio/ Dados secundários	Última consulta ao dentista, tipo de serviço	Fatores socioeconômicos; percepção de necessidade de tratamento; visita do ACS; plano de saúde
Oliveira et al., 2013 ¹⁰	1107	8-12	Universidade Federal Pelotas/RS	Transversal	Escolares beneficiários do programa Bolsa Família provenientes de escolas públicas e particulares de Pelotas, Rio Grande do Sul	Exame clínico e questionário	Escola	Receber o benefício do Bolsa família e condições de saúde bucal	Sexo, idade, estrutura familiar, escolaridade materna, renda; questões comportamentais; utilização dos serviços odontológicos
Silva et al., 2013 ¹⁵	700	≥ 60	Universidade Luterana do Brasil/RS	Transversal	Idosos que frequentavam Unidades de Saúde da Família em Pelotas, Rio Grande do Sul	Questionário	Unidades Básicas de Saúde	Última consulta odontológica	Fatores ambientais externos; Fatores predisponentes; variáveis de disponibilidade; Necessidade; Sistema de saúde; Práticas pessoais; (Razão de Prevalências [RP] = 1,36;

A prevalência do uso de serviços odontológicos foi de 66% (IC95%: 62,9-70,7). A prevalência de consulta odontológica foi 20% maior entre as mulheres e 72% entre os mais escolarizados; estes, também foram a maioria nos serviços público e privado. A proporção de pessoas que tinham plano de saúde e utilizaram o serviço foi 13% maior do que as que não tinham.

Alunos de família não nuclear, que apresentavam CPOD \geq 1 e que nunca haviam feito uso de serviço odontológico estiveram associados ao recebimento do benefício. Entre os alunos que haviam visitado o dentista pelo menos uma vez na vida, a prevalência de beneficiários do PBF foi maior naqueles que haviam feito a consulta há mais de um ano, em comparação àqueles que realizaram a visita em até um ano antes da realização do estudo

A prevalência do uso dos serviços odontológicos há menos de três anos foi de 41,1% (IC95% 36,5 – 45,7). Análise multivariável demonstrou que a probabilidade de não ter usado serviços odontológicos foi maior em indivíduos que autopercebiam a saúde geral como ruim ou muito ruim (Razão de Prevalências [RP] = 1,36;

Soares et al., 2013 ⁷¹	2539	37-média	Universidade Federal Bahia/BA	Transversal	População de dois municípios da Bahia, com 100% de cobertura da ESF	Questionário	Domicílio	Realização de exodontia	Estado de saúde bucal	Beneficiário de programa social, renda mensal familiar, sexo, idade, etnia, escolaridade, local de residência; utilização de serviços de saúde bucal da ESF	IC95% 1,05 – 1,78), tinham menos de 8 anos de escolaridade (< 4 anos: RP = 1,43; IC95% 1,01 – 2,02; 4 a 7 anos: RP = 1,43; IC95% 1,00 – 2,04), fizeram uso de álcool (RP = 1,31; IC95% 1,08 – 1,59) e não apresentavam dentes (RP = 1,73; IC95% 1,29 – 2,32).
Xavier, 2013 ^{72*}	256	15-19	Universidade de São Paulo/SP	Transversal	Adolescentes matriculados em escolas públicas, no município de Agudos, São Paulo	Exame clínico intra-oral e questionário	Escola	Condições de saúde bucal, dor, medo e ansiedade odontológica	Qualidade de vida; acesso aos serviços de saúde bucal; Idade, sexo, raça	1,56% dos adolescentes nunca foram ao dentista e 61,7% compareceram ao dentista há menos de 1 ano, com maiores percentuais aos 16 anos, sexo feminino e etnia não branca. 48,4% foram ao dentista nos últimos 6 meses, com maior prevalência aos 18 anos, sexo feminino e etnia não branca. Quanto mais distante o período da última consulta, maior o impacto da saúde bucal na incapacidade física e na dor física dos adolescentes.	
Ferreira-Nóbilo et al., 2014 ⁷³	483	5 e 12	Universidade Estadual Campinas/SP	Transversal	Crianças matriculadas em escolas públicas e privadas de Amparo, São Paulo	Exame clínico e questionário	Escola	Experiência de cárie	Sexo e etnia autodeclarada, renda familiar, escolaridade dos pais e mães e número de pessoas residentes por quarto, visita	A maioria dos participantes visitou o dentista no último ano (160), sendo a maioria destes com nenhuma experiência de cárie.	

Goettens et al., 2014 ⁷⁴	608	16-50	Universidade Federal Pelotas/RS	Transversal	Mulheres que levaram seus filhos à campanha de imunização em Pelotas, no Rio Grande do Sul	Questionário	Unidades Básicas de Saúde	Ansiiedade e medo odontológico	Padrão de atendimento odontológico; renda mensal familiar, nível de escolaridade, estado civil e idade	ao dentista, motivo da consulta e local	<p>A prevalência de atendimento irregular, definida como nunca visitar um dentista ou apenas visitar um dentista quando estiver com dor, foi de 60,2 por cento (366 mulheres). A análise bruta revelou que a ansiedade e o medo dentários estavam associados a faixas etárias mais jovens, menores níveis de renda familiar, menores níveis de escolaridade e padrões irregulares de atendimento odontológico.</p> <p>Observou-se que 91% das crianças e 71,9% dos adultos não utilizaram serviços odontológicos nos seis meses anteriores à entrevista. A utilização dos SSB foi maior entre as crianças cujos chefes de família tinham mais de 11 anos de estudo ($p = 0,014$) e nas ($p < 0,001$), naquelas cujas mães tinham mais de 35 anos ($p < 0,001$), bem como nas que realizaram seis ou mais consultas pré-natais ($p = 0,007$) e pertenciam a famílias das classes econômicas A/B ($p = 0,01$), e naquelas que precisaram de tratamento nos seis meses anteriores à entrevista ($p < 0,001$). Nos adultos, o uso dos SSB foi maior entre aqueles com maior escolaridade ($p < 0,001$) e que viviam sem companheiro ($p = 0,049$), bem como nos pertencentes às classes econômicas A/B ($p < 0,001$), e nos que consideravam sua saúde excelente/muito boa ($p < 0,001$) e que relataram necessidade de tratamento</p>
Gomes et al., 2014 ¹⁶	2273	≤ 5 20-59	Universidade Federal Maranhão/MA	Transversal	Crianças e adultos residentes em cidade acima de 100.000 habitantes do Maranhão	Questionário	Domicílio	Utilização dos serviços odontológicos	Tipo e natureza do serviço odontológico utilizados; município de residência, área, escolaridade e situação conjugal do chefe da família e do adulto, raça, número de irmãos, idade materna e da criança, idade do adulto, sexo da criança e do adulto		

									odontológico nos seis meses anteriores à entrevista (p<0,001).
Martins et al., 2014 ⁷⁵	5013	65-74	Faculdades Unidas do Norte de Minas/MG	Transversal	Idosos brasileiros usuários de serviços de saúde bucal, particulares ou de planos de saúde	Dados do SB Brasil 2000	Domicílio/Dados secundários	Avaliação dos Serviços Odontológicos	Sistema de atenção à saúde utilizado; macrorregiões brasileiras e local de residência; idade, sexo, raça, escolaridade; renda domiciliar; acesso às informações sobre como evitar problemas bucais; o uso de serviços odontológicos; condições normativas de saúde; condições subjetivas relacionadas à saúde bucal.
Naspolini, 2014 ⁷⁶	401	≥ 60	Universidade Federal de Santa Catarina/SC	Transversal	Idosos de um município de pequeno porte de Santa Catarina	Dados do Levantamento Epidemiológico os com idosos residentes em Antônio Carlos (SC), um referente à Saúde Bucal e outro relacionado à Atividade Física	Domicílio/Dados secundários	Ocorrência de consulta odontológica remota	Fizeram uso de serviços odontológicos há três anos ou menos 31,8% dos participantes e há mais de três anos, 68,2% dos idosos.
Pinto et al., 2014 ^{18*}	1207	35-44	Universidade Federal Minas	Transversal	Adultos que residiam no estado de Minas	Dados do Projeto SB Minas Gerais	Domicílio/Dados secundários	Tipo de serviços odontológicos	Houve maior proporção de indivíduos com menos de 80 anos, alfabetizados, que viviam acompanhados e que consultaram pela última vez o dentista no serviço privado. A maioria dos indivíduos que consultaram o dentista havia 3 ou mais anos tinham idade igual ou superior a 80 anos, 26 ou mais dentes perdidos por doença cárie e eram não edêntulos. Na análise ajustada haver consultado um dentista pela última vez no serviço privado esteve associada ao desfecho.
									Dentre os que utilizaram os serviços odontológicos no último ano, prevaleceu o tipo de serviço privado.

	Gerais/MG		Gerais		utilizados		social, crenças; de recursos de saúde para a família e comunidade;			
Rodrigues et al., 2014 ⁷⁷	Universidade Estadual de Montes Claros/MG	1,5-3	877	Transversal	País/responsáveis das crianças de Montes Claros, em Minas Gerais	Questionário	Domicílio	Ida ao dentista	Determinantes primários; comportamento de saúde bucal; desfechos de saúde bucal	Já a maior prevalência de usuários que utilizaram os serviços odontológicos do tipo público, o fizeram há mais de um ano. 15,5% havia usado serviço odontológico. Ser mais velho (3,27/1,71-6,24), ter maior renda per capita (2,65/1,50-4,65), ter moradia própria (1,83/1,04-3,23), ter acesso a informações preventivas de saúde bucal (5,44/3,00-9,86), usar fio dental (2,75/1,50-5,02) ocasionaram chances mais elevadas de uso desses serviços. Não possuir experiência de cárie (0,22/0,13-0,38) e não apresentar lesões fundamentais em tecidos moles (0,10/0,01-0,77) ocasionaram menores chances.
Costa et al., 2015 ⁷⁸	Universidade Federal Pelotas/RS	8-12	1211	Transversal	Crianças escolares de Pelotas, no Rio Grande do Sul	Exame clínico e questionário	Escola	Nunca ter ido a uma consulta odontológica	Sexo, idade, escolaridade dos pais, renda familiar, auto percepção sobre saúde bucal e medo dentário; dados sobre a saúde bucal.	Um total de 291 crianças (24,3%, IC 95% 22,0-26,9) nunca teve uma consulta odontológica. No momento da coleta de dados, 614 (68,2%) crianças haviam visitado um dentista no último ano e 287 (31,8%) há mais de um ano.
Emerich et al., 2015 ^{79*}	Universidade Federal Espírito Santo/ES	15-19	464	Transversal	Adolescentes em um distrito de saúde de Vitória, ES.	Questionário	Domicílio	Ida ao dentista; Tempo desde a última consulta; Tipo de serviço	Fatores sociodemográfico s; Auto percepção de saúde bucal	A maioria dos entrevistados visita o dentista pelo menos uma vez por ano, tendo como principal motivo a visita de rotina, é atendida em serviços públicos e avalia positivamente o serviço prestado. Os fatores associados ao maior acesso aos serviços odontológicos (consulta uma vez ao ano) foram atendimento em serviço privado (p=0,000), escolaridade (p=0,019) e auto percepção de saúde bucal positiva

Müller et al., 2015 ⁸⁰	50	5-12	Universidade Federal Pelotas/RS	Transversal de	Escolares, moradores do município Arroio do Padre, no Rio Grande do sul	Exame clínico e questionário	Unidades Básicas de Saúde	Experiência de cárie	Variáveis socioeconômicas e demográficas da família; resolubilidade do último atendimento do filho na UBS, auto percepção de sua saúde bucal; utilização do serviço público odontológico;	(p=0,047). Entre os 42 escolares que consultaram na UBS, 31 realizaram sua consulta há menos de um ano, a última consulta foi na UBS-ESF, o serviço de urgência da UBS-ESF para a última consulta foi pouco usado e o atendimento na UBS-ESF variou de sete dias a dois meses.
Palma et al., 2015 ⁸¹	997	5	Universidade Estadual Montes Claros/MG	Transversal de	Crianças residentes em Montes Claros, Minas Gerais	Exame clínico e questionário	Domicílio	Uso dos serviços odontológicos	Raça, sexo, renda per capita; escolaridade materna em anos de estudo; localização geográfica de residência, sistema de atenção à saúde bucal; práticas pessoais de saúde bucal; condição e percepção da condição de saúde bucal; experiência de sangramento gengival e mal oclusão;	Uma proporção de 64,3% (n = 603) nunca usou serviços odontológicos na vida. Houve maior prevalência de crianças que não usaram os serviços odontológicos entre aquelas que não receberam informações sobre como evitar problemas bucais (1,38; IC95% 1,27-1,50), com menor renda (1,73; IC95% 1,22-2,47); filhos de mães com menor escolaridade, que não utilizavam flúor (1,41; IC95% 1,20-1,65) e crianças filhas de mães que não percebiam necessidade odontológica nos seus filhos (1,31; IC95% 1,17-1,47). A prevalência de não uso de serviços odontológicos foi menor nas crianças sem cobertura pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) (0,90; IC95% 0,80-1,00) e diminuiu com o aumento do número de dentes deciduos obturados (0,26; IC95% 0,14-0,47).
Paredes et al., 2015 ⁸²	82	1-5	Faculdade Integrada Patos/PB	Transversal de	Crianças, matriculadas em creche pública municipal.	Entrevista	Creche	Utilização e acesso aos serviços de saúde	Fatores sociodemográficos	Observou-se que 76,8% das crianças nunca utilizaram os serviços odontológicos. Do total de crianças que procuraram atendimento, 84,2%

Prado et al., 2015 ⁸³	17398	35-44; 65-74	Universidade Estadual Paulista/SP	Transversal	Adultos e idosos brasileiros	Dados do SB Brasil 2010	Domicílio	Qualidade de vida relacionada à saúde bucal	doença periodontal, perda dentária. necessidades de tratamento, características socioeconômicas e demográficas, percepção relacionada à saúde e uso de serviços odontológicos.	foram conduzidas aos serviços públicos de saúde bucal. O principal motivo entre aqueles que levaram suas crianças aos serviços de saúde bucal foi "consulta de rotina", correspondendo a 62,9% dos casos. A maioria dos entrevistados (62,2%) acredita que as crianças não necessitam de atendimento odontológico. Observou-se, ainda, que 79,3% dos responsáveis pelas crianças, não encontraram nenhuma dificuldade quanto ao acesso aos serviços odontológicos.
Soares et al., 2015 ⁸⁴	1290	NE	Universidade Federal Bahia/BA	Transversal	Indivíduos residentes de dois municípios de médio porte, da região metropolitana de Salvador, na Bahia	Exame clínico e questionário	Domicílio	Utilização dos serviços odontológicos	Idade, escolaridade, número de bens e pessoas/cômodo, renda familiar mensal, raça, local de residência e trabalho remunerado; organização do serviço de saúde	Do total de 1.290 indivíduos, 38,76% usaram o serviço privado, 33,80% atenção básica e 17,29% atenção básica e o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Um perfil de vulnerabilidade social foi associado ao uso do serviço público, quando comparado ao privado. Menor escolaridade (OR = 1,47; IC95%: 1,03-2,10) e pior organização do serviço (OR = 1,74; IC95%: 1,22-2,48) foram associados ao menor uso da rede de serviços atenção básica e

									CEO em comparação ao uso exclusivo da atenção básica.	
Araújo et al., 2016 ⁸⁵	130	≥ 18	Centro Odontológico Estudo Pesquisa/PB	Transversal e	Indivíduos com Doença Renal Crônica (DRC) em tratamento hemodialítico	Exame clínico e questionário	Centro de hemodíalise	Uso dos serviços odontológicos	Dados socioeconômicos, saúde geral, higiene bucal, autopercepção dos problemas bucais	A maioria dos entrevistados procurava o Cirurgião-Dentista apenas em casos de urgência (47,7%), e quando procurava o atendimento odontológico, este era realizado na rede pública de saúde (50,8%). Houve relato de 31,5% dos participantes de dificuldade no atendimento odontológico.
Bocollini; Souza Junior., 2016 ⁸⁶	60202	NE	Fundação Oswaldo Cruz/RJ	Transversal	Indivíduos brasileiros que participaram da Pesquisa Nacional de Saúde	Dados da PNS 2013	Domicílio/Dados secundários	Subutilização dos cuidados em saúde	Bens do agregado familiar, escolaridade do chefe da família e presença de empregada paga; Sexo, idade, estado civil, raça, escolaridade, renda familiar, recebimento do BPC; necessidade percebida, disponibilidade, aceitabilidade, acessibilidade, adaptação funcional capacidade financeira, dos serviços de saúde bucal	Entre os homens, cerca de 60% não visitaram um dentista no último ano; entre as mulheres, essa proporção foi de 52%.
Damiance, 2016 ⁸⁷	71	0-50	Universidade de São Paulo/SP	Transversal	Pais/responsáveis por pessoas com deficiência múltipla que necessitavam de apoio pervasivo	Questionário	Domicílio	Utilização dos serviços odontológicos	Utilização dos serviços odontológicos de forma regular. A periodicidade do atendimento foi menos expressiva entre os períodos de < 1 ano a 1-2 anos, com 45,1% e 29,6%, respectivamente.	
Fontoura, 2016 ⁸⁸	84	0-7	Universidade Federal Minas Gerais/MG	Transversal	Crianças de famílias elegíveis para o Programa Bolsa Família, em um município de Minas Gerais	Questionário	Central de atendimento ao Programa Bolsa Família	Utilização dos serviços odontológicos	Houve predominância de relatos de não uso dos serviços odontológicos (67,86%). Entre os que relataram uso, 92,31% encontraram o tratamento e 100% dos relatados buscaram atendimento odontológico de maior responsabilidade sobre crianças mais velhas e cujos pais relataram menor utilização de serviços odontológicos na saúde bucal da família.	

Monteiro et al, 2016 ⁸⁹	3753	≥ 20	Universidade de São Paulo/SP	Transversal	Indivíduos residentes não-institucionalizados do município de São Paulo	Dados do Inquérito de Saúde Município de São Paulo, 2003 e 2008	Domicílio/Dados secundários	Utilização dos serviços odontológicos	Idade, sexo, raça, escolaridade, renda familiar, condição de moradia e plano de saúde; tipo de serviços odontológicos utilizados	criança	satisfação com a saúde bucal de seus filhos. As variáveis significativamente associadas ao uso dos serviços de saúde bucal foram faixa etária da criança (p = 0,000) e percepção do responsável sobre a saúde bucal da criança (p = 0,040). O aumento no uso esteve presente em todos os grupos socioeconômicos, incluindo os grupos socioeconômicos mais baixos. O uso de serviços de saúde odontológica, ajustado por idade e sexo, foi associado a educação superior, maior renda, condições adequadas de moradia e ser caucasiano em 2003 e em 2008. Em 2008, o uso de serviços de saúde odontológica também foi associado a ter um serviço de saúde privado plano (não medido em 2003). A proporção de pessoas que utilizavam serviços de saúde odontológica aumentou entre 2003 e 2008 para todos os grupos socioeconômicos, incluindo os grupos socioeconômicos mais baixos. No entanto, as desigualdades nos serviços de saúde odontológica permaneceram semelhantes nesse período.
Nuernberg et al, 2016 ⁹⁰	110	≥ 4	Universidade Federal Paraná/PR	Transversal	Todos os candidatos a um TCTH halogênico de uma unidade de transplante de medula óssea	Questionário	Unidade de transplante de medula óssea do HUFFP	Acesso aos serviços odontológicos	Informações pessoais; doença hematológica; história do tratamento odontológico; preferências dos pacientes; auto avaliação de saúde bucal e estatisticamente ao hábito de visitar um dentista fora do hospital (p<0,001).		Vinte e nove participantes (26%) relataram ter visitado o dentista 1 a 2 anos antes, 10 (9%) de 2 a 3 anos antes e 10 (9%) de 3 anos ou mais antes. Seis pacientes relataram (5%) que nunca haviam consultado um dentista. Visitar um dentista no ano anterior esteve associado estatisticamente ao hábito de visitar um dentista fora do hospital (p<0,001).

Oliveira et al., 2016 ^{91*}	480	65-74	Universidade Estadual Montes Claros/MG	Transversal	Idosos residentes em Montes Claros/MG.	Entrevista	Domicílio	Uso dos serviços odontológicos	Fatores socioeconômicos e demográficos; acesso a informações de saúde bucal; comportamentos de saúde bucal/sistemas de saúde; resultados de saúde	Dos 480 idosos incluídos, 138 (31,2%) utilizavam serviços odontológicos do SUS. O uso desses serviços foi maior à medida que a renda per capita e o nível de escolaridade diminuíam. Foi menor entre aqueles que não realizaram exames de boca própria (autoexame oral) e maior entre aqueles que utilizaram serviços odontológicos para procedimentos não rotineiros. Além disso, pessoas cujo relacionamento havia sido afetado por problemas de saúde bucal e uma percepção negativa de sua aparência usavam o SUS com mais frequência.
Teixeira et al., 2016 ⁹²	446	≥ 60	Universidade de São Paulo/SP	Longitudinal	Idosos dentados e observados num período de quatro anos, em grandes cidades da América Latina e do Caribe	Exame clínico e questionário	Domicílio	Incidência de dentes perdidos entre os anos de 2006 a 2010	Características demográficas, socioeconômicas, de uso e acesso a serviços de saúde, comportamento, morbidade referida, estado cognitivo, capacidade funcional, estado da dentição e uso de prótese	Mais de 50% dos participantes foram ao dentista há mais de um ano. O motivo foi tratamento ou consulta de urgência (70%).
Albuquerque et al., 2017 ⁹³	83	15-19	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira/PE	Transversal	Adolescentes com doçanças de um hospital referência em Recife	Questionário	Clínica de cardiologia do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira	Acesso aos serviços odontológicos	Características sociodemográfica , comportamentais e psicossociais	Cinquenta e dois adolescentes (62,7%) nunca receberam atendimento odontológico devido à sua condição.
Andrade et al.,	6677	65-74	Fundação Oswaldo	Transversal	Idosos brasileiros	Dados do SB Brasil 2010	Domicílio/Dados	Uso dos serviços	Demográficas, saúde bucal, auto	O 5º quintil foi associado a maiores chances de ter visitado um dentista

2017 ⁹⁴				secundários	odontológicos	satisfação quanto à saúde bucal	recentemente (referência: 1º quintil, (OR) 2,26, intervalo de confiança de 95% (IC) 1,51-3,38). Além disso, estar entre os dois primeiros quintis de riqueza estava negativamente associado ao uso de serviços públicos de odontologia. Ter oito anos ou mais de estudo estava associado a maiores chances de ter uma visita odontológica recente e receber cuidados preventivos (em relação a ter 0-3 anos de escolaridade) e negativamente associado ao uso de serviços odontológicos públicos. 42% das crianças incluídas na amostra foram ao dentista pelo menos uma vez na vida. Apenas 19,8% deles procuraram o dentista nas instalações da ESF. A rotina foi o principal motivo da última consulta odontológica para 52,9% das crianças que visitaram o dentista. Os resultados mostraram que apenas 25,1% da amostra referia atendimento odontológico regular para a criança.				
Baldani et al., 2017 ⁹⁵	438	3-5	Universidade Estadual de Ponta Grossa/PR	Transversal	Pré-escolares assistidos pela Estratégia Saúde da Família	Exame clínico e questionário	Domicílio	Assistência da Estratégia Saúde da Família	Características socioeconômicas e comportamentais, necessidade percebida e uso de serviços odontológicos; qualidade dos serviços odontológicos	Aspectos socioeconômico; serviços de saúde bucal; percepção da saúde bucal e de necessidades de tratamento e condições de saúde bucal	Idas ao dentista com menos de um ano apresentaram chances 2,6 vezes maiores da saúde bucal influenciar na qualidade de vida
Dornelas, 2017 ⁹⁶	780	≥ 65	Universidade Federal de Pernambuco/PE	Transversal	Idosos de cidade da região metropolitana do Recife (Itapissuma, Moreno e Recife)	Exame clínico e questionário /dados secundários	Domicílio/Dados secundários	Impacto da saúde bucal sobre a qualidade de vida	Fatores demográficos, socioeconômicos e condições de saúde bucal	Renda familiar <2 salários mínimos, e elevado aglomerado domiciliar estiveram associados ao uso do serviço público e ao fato de nunca terem ido ao dentista. Ter recebido	
Filgueira, 2017 ⁹⁷	482	17-21	Universidade Federal do Rio Grande do Norte/RN	Transversal	Adolescentes residentes em Sobral, no Ceará	Exame clínico e questionário /dados secundários	Domicílio/Dados secundários	Acesso aos serviços de saúde bucal	Fatores demográficos, socioeconômicos e condições de saúde bucal	Renda familiar <2 salários mínimos, e elevado aglomerado domiciliar estiveram associados ao uso do serviço público e ao fato de nunca terem ido ao dentista. Ter recebido	

Cruz/MG

Fonseca et al., 2017a ⁹⁸	5558	≥ 15	Universidade Estadual de Campinas/SP	Transversal	Adolescentes residentes no estado de São Paulo	Dados do Projeto de Condições de Saúde Bucal da população do estado de São Paulo	Domicílio/Dados secundários	Ausência de consultas odontológicas	Renda familiar média, sexo, raça, número de indivíduos por domicílio; acesso à água fluoretada, razão entre habitantes e dentistas; índice de assistência odontológica municipal; cobertura pela equipe da ESF; insatisfação com condição bucal e dentária; modelo de pagamento da última consulta odontológica; condição periodontal	algum tipo de tratamento odontológico curativo apresentou associação com a ida ao dentista no último ano e com o uso do serviço privado.
Fonseca et al., 2017b ^{99*}	5234	≥ 65	Universidade Estadual de Campinas/SP	Transversal	Idosos residentes no estado de São Paulo	Dados do Projeto de Condições de Saúde Bucal da população do estado de São Paulo	Domicílio/Dados secundários	Tipo de serviço odontológico utilizado pela última vez	Sexo, escolaridade, raça e histórico de dor de dente, renda familiar, quando consultou o dentista pela última vez, motivo da última consulta e satisfação com o tratamento; presença de	Uma alta porcentagem de adolescentes (84,9%) relatou visitar o dentista nos últimos 2 anos. Enquanto 62,6 (11,6%) não visitam o dentista há mais de 3 anos e 188 (3,4%) nunca o visitaram. Uma proporção significativamente maior de mulheres do que homens relatou visitar o dentista nos últimos 2 anos (p = 0,003). A prevalência do uso do serviço público por idosos foi de 1.981 (37,8%) e 3.253 (62,2%) utilizaram o serviço privado/plano de saúde/outra tipo de serviço. A análise múltipla hierarquizada (p≤0,05) identificou que idosos menos escolarizados ou que nunca estudaram, não brancos, com menor renda e motivados por dor/exatção foram associados ao uso dos serviços odontológicos públicos.

Piovesan et al., 2017 ¹⁰⁰	639	1-5	Faculdade São Lucas/RO	São Transversal	Pré-escolares de Santa Maria, no Rio Grande do Sul	Questionário	Centros de Saúde	Última utilização dos serviços odontológicos	cálculo dental, necessidade de tratamento endodôntico, necessidade de prótese superior e inferior e satisfação com a condição bucal/dentes Idade, sexo da criança, raça, renda familiar, escolaridade dos responsáveis, participação das mães nas atividades escolares; presença de dentistas e associações de moradores na vizinhança	Foi encontrada uma prevalência de 21,6% para uso regular de serviços odontológicos. A avaliação não ajustada das associações de utilização dos cuidados de saúde dentária com fatores individuais e contextuais incluiu a idade das crianças, renda familiar, escolaridade dos pais, participação das mães nas atividades escolares dos filhos, cárie dentária e presença de trabalhadores associações do bairro
Rocha-Madruga et al., 2017 ¹⁰¹	752	≥ 6	Universidade Estadual da Paraíba/PB	Transversal	Indivíduos cadastrados na ESF de Campina Grande/PB	Entrevista	Domicílio	Última visita ao dentista	Fatores demográficos, socioeconômicos; necessidades de saúde; participação em atividades de promoção de saúde	61,7% dos indivíduos tinham acesso a serviços odontológicos, 53,5% deles no setor público. Por meio da regressão multivariada de Poisson, os indivíduos com maior probabilidade de ter acesso total foram estudantes (RP: 3,085, IC 95% 1,75-5,43), adolescentes (RP: 2,297, IC 95% 1,30-4,04), adultos em fase reprodutiva (RP: 2,127, IC95% 1,24-3,62) e com dor de dente nos últimos seis meses (PR: 1,314, IC95% 1,08-1,59). Analfabetos e indivíduos com até o ensino fundamental completo foram associados à menor probabilidade de ter acesso total aos

		serviços de saúde bucal.						
Azevedo, 2018 ⁰²	1207	35-44	Universidade Federal Minas Gerais/MG	Transversal	Adultos residentes no estado de Minas Gerais	Dados da pesquisa das Condições de Saúde Bucal da população mineira e de dados municipais, obtidos de bancos de dados públicos	Dados sociodemográfico s: frequência de utilização, tipo de serviço utilizado e motivo da consulta; variáveis de níveis contextuais/municipais	Os indivíduos com maior renda (OR = 0,53; IC95% 0,31-0,93) e com maior acesso aos cuidados em saúde bucal, mensurado pela cobertura de primeira consulta da atenção primária (OR = 0,94; IC95% 0,90-0,99), apresentaram menor necessidade de tratamento odontológico na atenção secundária
Herkhath et al., 2018 ^{12*}	27017	≥ 18	Universidade do Estado Amazonas/AM	Transversal	Adultos brasileiros	Dados da PNS 2013	Dados sociodemográfico s; seguro de saúde e registro na atenção primária à saúde; autopercepção da saúde bucal e a falta de auto registro dos dentes	Fatores contextuais predisponentes (OR = 0,89; IC95% 0,81 ± 0,97) e facilitadores (OR = 0,90; IC95% 0,85 ± 0,96) foram associados a não utilização de serviços odontológicos. A predisposição individual (sexo, raça / cor da pele, escolaridade), habilitação (renda, seguro de saúde) e necessidade (autopercepção de saúde bucal, falta de dentes) foram associadas à não utilização de serviços odontológicos e à última consulta odontológica há mais de 12 meses.
Pilotto et al., 2018 ⁰³	760767	18-59	Universidade do Vale Taquari/RS	Transversal	Adultos brasileiros	Dados da PNAD 1998, 2003, 2008 e PNS 2013	Plano privado de saúde; sexo, faixa etária, nível educacional,	O uso dos serviços médico e odontológico foi maior entre os adultos com posse de plano privado, dentre as mulheres e para pessoas com maior nível de escolaridade em todos os anos. No entanto, houve tendência de aumento do uso dos serviços ao longo dos anos por todos os indivíduos. De 1998 para 2013, houve um aumento no uso de serviços médicos e odontológicos por indivíduos com e sem plano privado, por homens e mulheres.

									independentemente do nível de instrução e faixa etária.
Rós, 2018 ^{104*}	1200	NE	Universidade Estadual Paulista/SP	Transversal	Gestantes de alto risco, que realizaram acompanhamento pré-natal no Ambulatório Médico de Especialidades do município de Araçatuba	Entrevista	Ambulatório do Médico de Especialidades	Alterações que levaram a gestação de alto risco, uso do serviço odontológico e condição referida sobre seus dentes e gengivas	Dados sociodemográfico s; semana gestacional, realizaram sua última consulta odontológica com mais de 1 ano. A condição bucal autorreferida esteve associada com a idade (p=0,0156), escolaridade (p<0,0001), renda (p<0,0001), ocupação (p<0,0001), estado civil (p<0,0001) e com o uso do serviço (p<0,0001).
Souza et al., 2018 ¹⁰⁵	7241	5	Universidade Estadual de Campinas/SP	Transversal	Crianças brasileiras	Dados do SB Brasil 2010	Domicílio/Dados secundários	Utilização dos serviços odontológicos	Quanto à caracterização do uso do serviço odontológico, a maioria das crianças utilizou o serviço há menos de 1 ano e utilizou o serviço público. No modelo final ajustado de variáveis associadas ao uso do serviço de atendimento odontológico (P ≤ 0,05), esse uso foi maior entre indivíduos com renda familiar de 501 a 1.500 reais (IC95% 1,08 a 1,95) e mais de 1.500 reais (IC95% 2,33-4,96), entre os indivíduos com impacto da saúde bucal na qualidade de vida (IC95% 1,03-1,69) e com dor dentária (IC95% 1,30-2,27)
Silva et al., 2018 ¹⁰⁶	438	≥ 60	Universidade Federal de Pelotas/RS	Transversal	Idosos vinculados a onze Unidades de Saúde da Família no sul do Brasil	Exame clínico e questionário	Domicílio	Perda dentária	Associação positiva do relato do uso regular dos serviços de saúde bucal dos idosos com 9-11 anos de estudo (RP=3,89; IC95%1,77-8,58) em comparação aos idosos com menos de 4 anos de estudo, com até 9 dentes autopercepção de saúde bucal; (RP=2,50;IC95%19,0-5,72) e 10 ou mais dentes (RP=3,89;IC95%1,58-9,57) em comparação aos idosos sem dentária; dentes.

								utilização dos serviços de saúde bucal		
Barasuel et al., 2019 ⁰⁷	185658	4-12	Universidade Federal de Santa Catarina/SC	Transversal	Crianças brasileiras	Dados das PNAD 1998, 2003, 2008	Domicílio/ Dados secundários	Utilização dos serviços odontológicos	Dados sociodemográfico da região brasileira situação do domicílio	Além disso, à medida que a idade das crianças avançava, aumentava o número de crianças que já haviam visto um dentista nos três anos anteriores. Em relação à variável cor da pele, os entrevistados branco/amarelo apresentaram maior probabilidade de comparecer a consultas odontológicas do que as crianças brasileiras negras/pardas/indígenas.
Bastos et al., 2019 ⁰⁸	60202	≥ 18	Faculdade de Medicina São Leopoldo Mandic/SP	Transversal	Adultos e idosos brasileiros	Dados da PNS 2013	Domicílio/ Dados secundários	Condições de saúde bucal	Renda per capita; autopercepção da saúde bucal; uso dos serviços odontológicos	A renda mostrou-se um fator que persiste limitando o acesso aos serviços odontológicos e, mesmo os segmentos de menor renda apresentaram elevados percentuais que pagam por consulta odontológica
Konsen Junior et al., 2019 ⁰⁹	2653	≥ 13	Universidade Federal do Rio Grande/RS	Transversal	Gestantes residentes no município de Rio Grande, no Rio Grande do Sul	Questionário	Hospitais	Não utilização dos serviços odontológicos na gestação	Características demográficas, socioeconômicas, história reprodutiva, padrão de morbidade no período gestacional, hábitos de vida e tipo de assistência recebida durante a gestação e o parto.	A prevalência de não utilização de serviços odontológicos durante a gestação foi de 60,1%. A prevalência de não utilização de serviços odontológicos na gestação variou de 51% entre as mulheres com 12 anos ou mais de escolaridade a 83% entre aquelas que realizaram de 1 a 3 consultas de pré-natal.
Oliveira et al., 2019a ^{10*}	8978	34-44	Universidade Estadual Montes Claros/MG	Transversal	Adultos brasileiros	Dados do IBGE, do Atlas Brasil e do SB	Domicílio/ Dados secundários	Uso dos serviços odontológicos provenientes do Sistema individual	Variáveis ecológicas contextuais; variáveis em nível individual	A prevalência do uso de serviços no SUS foi de 37,9%. O uso de serviços no SUS foi maior nos municípios com pior acesso à coleta de lixo, em indivíduos com menor escolaridade e

	Brasil/2010		Único de Saúde	menor renda familiar, em negros/pardos/americanos/indígenas, que avaliaram a consulta odontológica como regular/ruim/péssima.
Oliveira et al., 2019b ¹¹	61	0-18	Universidade Federal Paraíba/PB	<p>Pacientes oncológicos pediátricos assistidos no Hospital Napoléão Lauroano, em João Pessoa, na Paraíba</p> <p>Exame clínico, questionário e entrevista</p> <p>Consultório odontológico da ala pediátrica do hospital</p> <p>Condições de saúde bucal</p> <p>Acesso aos cuidados em saúde bucal; meio de locomoção da residência ao hospital, distância e tempo de deslocamento;</p> <p>21,3% dos pacientes (n=13) nunca tinham ido ao dentista e o principal motivo de consulta dos demais foram revisões (26,2%, n=16). Para 41% dos pacientes (n=26), o último acesso à consulta odontológica ocorreu em consultório particular.</p>
Ortega, 2019 ¹²	72	NI	Universidade Estadual Paulista/SP	<p>Pessoas com deficiência visual de um instituto para cegos</p> <p>Entrevista-questionários</p> <p>Instituto dos cegos</p> <p>Condições de saúde bucal</p> <p>deficiência, condição socioeconômica, percepção, acesso e satisfação em relação aos serviços de saúde bucal</p> <p>Sexo, tipo de deficiência visual, tempo dessa deficiência, percepção, acesso e satisfação em relação aos serviços de saúde bucal</p> <p>No que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde bucal, 56,9% dos entrevistados relataram que a última visita ao dentista foi há menos de um ano.</p>
Pilotto et al., 2019 ^{13*}	391868	NE	Universidade do Vale do Taquari/RS	<p>Indivíduos cadastrados na Estratégia Saúde</p> <p>Dados da PNAD 2008</p> <p>Domicílio/Dados secundários</p> <p>Plano de saúde privado e médico</p> <p>Entre os indivíduos que visitaram o dentista no ano anterior, 77,1% da amostra não possuía nenhum tipo de</p>

	da Família		odontológico		Estratégia Saúde da Família	plano de saúde e 11,1% possuíam um plano de saúde com cobertura odontológica.				
Pires et al., 2019 ¹⁴	345	35-44	Prefeitura Municipal Embu das Artes/SP	Transversal das Artes	Adultos de Embu das Artes	Dados de Embu das Artes do SB Brasil 2010	Domicílio/Dados secundários	Agravos bucais	Condições socioeconômicas, demográficas, hábitos, utilização dos serviços de saúde bucal, percepção de saúde bucal	53% dos usuários, o utilizando para tratamento regular ou urgência odontológica. Este, foi associado ao sexo feminino, possuir maior número de filhos, aglomeração domiciliar, menor renda familiar, relato de dor nos últimos seis meses, considerar que a condição bucal afeta os relacionamentos com outras pessoas e ser fumante ou ex-fumante.
Soria et al., 2019 ¹⁵	1451	≥ 60	Universidade Federal de Pelotas/RS	Transversal	Idosos de Pelotas, no Rio Grande do Sul	Entrevistas	Domicílio	Acesso e utilização dos serviços odontológicos	Variáveis sociodemográficas e de necessidade autorreferidas;	Falta de acesso no último ano alcançou uma prevalência de 1,8% (IC95%: 0,7-3,0). Idosos que nunca consultaram somaram 3,1% (IC95%: 2,2-4,0) e a utilização de serviços de saúde bucal no último ano registrou prevalência de 38,3% (IC95%: 36,0-41,0). A utilização no último ano apresentou associação positiva com as seguintes variáveis: faixa etária mais jovem (RP = 1,16), ter companheiro (RP = 1,28), alta escolaridade (RP = 1,31), problema na boca ou nos dentes (RP = 1,93), necessidade de prótese dentária (RP = 1,36) e ser edêntulo (RP = 3,11).
Camerini et al., 2020 ²⁸	524	NE	Universidade Federal do Rio Grande/RS	Transversal	Pré-escolares e suas mães, residentes na área rural do município de Rio Grande, no Rio Grande do Sul	Exame clínico e questionário	Domicílio	Orientação prévia materna sobre cuidados de saúde bucal	Frequência da criança em creches e escolas; dados sociodemográfico s; número de consultas de pré-natal, uso regular de serviços odontológicos, consulta	A prevalência de uso regular foi 11,4% (IC95% 7,5-15,2). Na análise ajustada o uso regular de serviços foi associado à criança frequentar creche/escola (RP = 2,44; IC95% 1,38-4,34) e a mãe ter recebido orientação de saúde bucal (RP = 4,13; IC95% 1,77-9,61), mesmo com controle para variáveis socioeconômicas, maternas e da criança.

Fonseca et al., 2020 ^{11*}	5709	35-44	Universidade Estadual de Campinas/SP	Transversal	Adultos residentes do estado de São Paulo	Dados do Levantamento Epidemiológico das Condições de Saúde Bucal da População do Estado de São Paulo 2015	Domicílio/Dados secundários	Tipo de serviço odontológico utilizado pela última vez	odontológica na gravidez e tipo de serviço utilizado; ansiedade dental; criança: idade, sexo, frequência de escovação, percepção de saúde bucal relatada pela mãe, medo de dentista da criança; experiência de cárie	Dados sociodemográfico s; última consulta odontológica e motivo, e satisfação com o tratamento; necessidade de tratamento endodôntico, de prótese e satisfação com a condição bucal	Vistaram o serviço privado 3.421 (59,9%) adultos e 2.288 (40,1%), o público. Os serviços odontológicos públicos foram mais acessados por mulheres (41,8%) e menos escolarizados (50,2%). Indivíduos não brancos (OR=1,32; IC95%:1,16; 1,50), menor renda familiar (OR=2,37; IC95%:2,11; 2,65), histórico de dor de dente (OR=1,60; IC95%:1,39; 1,83) e necessidade de tratamento endodôntico (OR=1,44; IC95%:1,12; 1,85) foram associados ao uso dos serviços odontológicos públicos
Roberto et al., 2020 ¹¹⁶	9564	35-44	Universidade Estadual Montes Claros/MG	Transversal	Adultos brasileiros	Dados do SB Brasil 2010	Domicílio/Dados secundários	Número de dentes perdidos	Contexto socioeconômico e político; posição socioeconômica, fatores comportamentais e biológicos e serviços de saúde	A maioria dos adultos utilizou serviços odontológicos públicos e percebeu a necessidade de tratamento odontológico. Entre as variáveis individuais, a perda dentária foi maior entre os que se declararam amarelos/pretos/ pardos/ indígenas, eram mais velhos, tinham renda mais baixa, nunca haviam consultado um dentista, que usavam serviços odontológicos há mais de um ano e aqueles cuja.	

Ruas et al., 2020 ¹⁷	467	19-90	Universidade Federal Minas Gerais/MG	Transversal	Adultos hemodíalise em hemodíalise	Exame clínico bucal e questionário	Centros de hemodíalise	Acesso aos serviços odontológicos	Características sociodemográfica s; hábitos comportamentais, histórico médico e odontológico	Um terço da amostra afirmou ter ido ao dentista nos últimos seis meses (27,8%). O acesso odontológico dos pacientes em hemodíalise foi associado à escolaridade (OR = 1,5 [1,1-2,4]), orientação profissional para ir ao dentista (OR=2,1 [1,2- 3,8]) e prevalência de cárie dentária (OR=2,1 [1,3-3,2]).
Schroeder et al., 2020 ²⁷	1030	≥ 60	Universidade Federal do Rio Grande/RS	Transversal	Indivíduos residentes em área rural de um município de porte médio do extremo sul do Brasil	Questionário	Domicílio	Condições de saúde bucal	Utilização dos serviços de saúde bucal; fatores demográficos, socioeconômicos, situação conjugal; fatores comportamentais, depressão, plano de saúde; percepção de saúde bucal	13,9% consultaram com dentista no último ano. A probabilidade de consultar foi maior em idosos do sexo feminino, com companheiros(as), com maior escolaridade, pertencentes aos melhores níveis econômicos e que referiram ter algum problema de saúde bucal. Por sua vez, idosos que relataram ser ex-fumantes ou fumantes consultaram menos.

Legenda: NE - Não especificado; NI - Não informado; SB - Saúde Bucal; PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios; PMS - Pesquisa Mundial de Saúde; IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; AB - Atenção Básica; SUS - Sistema Único de Saúde; CPOD - Dentes Cariados, Perdidos e Obturados. * Estudos que entraram na Metaanálise

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



_____, ____ de _____ de ____.

Estimado (a) participante (a),

Estamos realizando uma pesquisa científica intitulada “Avaliação do acesso aos serviços de saúde, saúde bucal e a relação com a insegurança alimentar e consumo de alimento ultraprocessados em comunidades quilombolas do estado do Maranhão”, que será realizada através de entrevista com questionários estruturados, junto aos quilombolas de comunidade Santa Rosa dos Pretos, cujo objetivo será avaliar o do acesso aos serviços de saúde, a saúde bucal e a relação com a insegurança alimentar e consumo de alimento ultraprocessados, em comunidades quilombolas do estado do Maranhão.

Como benefícios, espera-se que esta pesquisa avalie o do acesso aos serviços de saúde, a saúde bucal e a relação com a insegurança alimentar e consumo de alimento ultraprocessados por quilombolas maranhenses, observando os pontos críticos que interferem nessas questões, propondo, assim, estratégias que melhorem tais aspectos. Quanto aos riscos, estes serão mínimos ou não-previsíveis.

Esclarecemos que a sua participação é voluntária e decorrente de sua livre decisão após receber todas as informações que julgar necessárias, podendo sair a qualquer momento da pesquisa. Asseguramos que seus dados individuais serão mantidos em sigilo e não serão divulgados em nenhuma hipótese.

Certa de contar com sua compreensão, desde já, coloco-me à disposição para eventuais esclarecimentos e agradecemos sua participação.

Para dirimir qualquer dúvida ou receber informação a mais, seguem os dados:

Nome do pesquisador: Cinthia Nara Gadelha Teixeira

Endereço: Av. dos Portugueses, 1966. Vila Bacanga. São Luís/MA.

Instituição: Universidade Federal do Maranhão/PPGO

Telefone: (85) 999141300 E-mail: cinthia_n80@yahoo.com.br

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMA – Avenida dos Portugueses s/n, Campus Universitário do Bacanga, Prédio do CEB Velho, em frente ao auditório Multimídia da PPPGI.
E-mail para contato: cepufma@ufma.br Telefone: (98) 32728708

AUTORIZAÇÃO

Após ter sido informado (a) sobre as características da pesquisa, **AUTORIZO** a realização dos questionários e permito que os resultados obtidos sejam publicados em revistas científicas e apresentados em congressos, desde que mantido o sigilo absoluto das nossas identidades.

_____, ____ de _____ de ____.

Nome do(a) Participante(a)

Nome do(a) pesquisador(a)

Assinatura do(a) Participante(a)

Assinatura do(a) pesquisador(a)

**APÊNDICE C - Variáveis Sociodemográficas, Socioeconômicas e de
Autopercepção em Saúde Bucal**

Variáveis Sociodemográficas

Idade: _____

Sexo:

1. Masculino 2. Feminino

Raça/cor (autodeclarada):

1. Não Preta 2. Preta

Estado civil:

1. Casado/companheiro 2. Solteiro 3. Separado/divorciado 4. Viúvo

Variáveis Socioeconômicas

Renda mensal familiar:

1. ≤1 salário mínimo 2. >1 salário mínimo

Benefício assistencial:

1. Não 2. Sim

Escolaridade:

1. Analfabeto/Fundamental I incompleto/Primário incompleto/Nunca estudou
2. Fundamental completo/Médio incompleto/Ginásio incompleto/Colegial incompleto
3. Médio completo/Superior incompleto/Colegial completo/Superior

Autopercepção de Saúde Bucal

Saúde dos dentes:

1. Saudáveis 2. Indiferente 3. Doentes

ANEXOS

ANEXO A - Registro no PROSPERO

NIHR | National Institute for Health Research **PROSPERO**
International prospective register of systematic reviews

Frequency of use of oral health services in Brazil: a meta-analysis study
Cinthia Teixeira, Juliana Hilgert, Sângela Pereira, Neurinéia Oliveira, Cecília Ribeiro, Fernando Hugo, Matheus Neves, Cláudia Alves

To enable PROSPERO to focus on COVID-19 registrations during the 2020 pandemic, this registration record was automatically published exactly as submitted. The PROSPERO team has not checked eligibility.

Citation

Cinthia Teixeira, Juliana Hilgert, Sângela Pereira, Neurinéia Oliveira, Cecília Ribeiro, Fernando Hugo, Matheus Neves, Cláudia Alves. Frequency of use of oral health services in Brazil: a meta-analysis study. PROSPERO 2020 CRD42020189716 Available from: https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?ID=CRD42020189716

Review question

How does the population use oral health services in Brazil?

Searches

Electronic bibliographic databases: PubMed, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Latin American and Caribbean health literature (LILACS), Brazilian Dentistry Base (BBO), Excerpta Medica DataBASE (EMBASE), Scopus, Web of Science Core Collection (WOS). Gray literature will also be included.

Restrictions on the search: will include every year every year and in Portuguese, English, Spanish and French.

The research will not be performed again immediately before the final analysis and published scientific articles will be searched, in addition to Dissertations and Theses concluded.

Types of study to be included

We will include observational studies to ascertain the frequency of use of Oral Health services in Brazil.

Observational studies such as Case Studies and Case-Control will be excluded.

Condition or domain being studied

Frequency of use of oral health services in Brazil

Participants/population

Inclusion: Ethnic groups, African continental ancestry group, Rural population, Urban populations, American native continental ancestry group, Indians, South American, Vulnerable groups, Elderly, Children and Adults

Exclusion: There were no exclusion criteria.

Intervention(s), exposure(s)

Exposures used: Socioeconomic factors; Family income; Social class; Education; Maternal education; and paternal education.

Socioeconomic Factors include social and economic factors that characterize the individual or the group within the social structure.

Family income inculcates earnings obtained from investments, work or businesses obtained by the family, such as salaries, among others.

Social class is defined as the stratum of the population with the same position and prestige, including social stratification. Social class is defined by criteria such as education, occupation, income.

Educational status is defined as an individual's level of education.

Maternal educational status is understood as the level of education of the individual's family matriarch.

Paternal educational status is defined as the level of education of the individual's family patriarch.

Comparator(s)/control
"Not applicable"

Main outcome(s)

Health services accessibility refers to the possibility for individuals to enter and use health care services.

Health evaluation involves the critical-reflective, continuous and systematic process on practices and processes developed in the field of health.

Quality of Health Care addresses the levels of excellence that characterize health services or care provided based on quality standards.

Health equity is the opportunity to achieve full health potential without anyone being at a disadvantage to achieve it due to their social position or other socially determined circumstance.

Equity in access to health services is the possibility for the health system to offer alternatives for individuals who have more difficulties to enter and use the health services offered.

Patient acceptance of health care addresses patients' willingness to receive health services.

Oral Health is the set of biological and psychological conditions that enable the human being to perform functions such as chewing, swallowing and phonation.

Dental Health Services are services for the promotion, rehabilitation, maintenance and restoration of oral health.

Dental care is understood as the totality of diagnostic, preventive and restorative dental services provided in order to satisfy the needs of a patient.

Health services needs and Demand are the health services required by a population or community.

* **Measures of effect**

Not applicable

Additional outcome(s)
Not applicable

* **Measures of effect**

Not applicable

Data extraction (selection and coding)

The studies will be selected for inclusion based on their titles and curricula, by two independent evaluators. Each evaluator, independently, will classify the studies as "included", "excluded" or "unclear", according to the eligibility criteria. Differing results will be discussed until consensus is reached and records of reasons for exclusion will be provided. Two researchers will read all selected manuscripts. Possible disagreements will be resolved by a third evaluator, specialized in the subject.

The data will be extracted by two evaluators, independently, with information about authors, year of publication, title, objective, sample number, age (years), study location, study design, sample design

strategy, location where the data is collected, were evaluated, main and secondary exposure, and main results. The data will be recorded in an Excel spreadsheet. Disagreements between the two evaluators will be resolved by consensus. If missing data is detected, the study authors will be contacted to provide the unreported data or additional details.

Risk of bias (quality) assessment

The risk of bias for each study will be assessed, by two evaluators, independently, using specific quality assessment tools for observational studies. For each of the 14 items, the answer options will be as follows: yes and no, it is not possible to determine, not applicable or not reported. Studies with a "yes" answer to items 7 to 11 and 14 and those with adequate responses to at least 10 of the 14 items will be considered to have a lower risk of bias.

Some items assessed for bias will:

1. Was the question or purpose of the research in this article clearly stated?

[--]

7. Was the time long enough to reasonably expect to see an association between exposure and outcome, if it existed?

8. For exposures that may vary in quantity or level, did the study examine different levels of exposure related to the outcome?

9. Were exposure measures clearly defined, valid, reliable and implemented consistently in all study participants?

10. Has exposure been assessed more than once over time?

11. Were the outcome measures clearly defined, valid, reliable and implemented consistently in all study participants?

[--]

14. Were the main potential confounding variables measured and adjusted statistically for their impact on the relationship between exposure and result?

Strategy for data synthesis

The following measures of effect of exposures and their respective 95% confidence intervals (95% CI) will be collected: relative risk (RR) for cohort studies; prevalence ratio (PR) for cross-sectional studies.

Analysis of subgroups or subsets

No subgroup or subset analysis will be performed.

Contact details for further information

Cinthia Teixeira
cinthia_n80@yahoo.com.br

Organisational affiliation of the review

Federal University of Maranhão

Review team members and their organisational affiliations

Ms Cinthia Teixeira. Federal University of Maranhão
Dr Juliana Hilgert. Federal University of Rio Grande do Sul
Ms Sângela Pereira. Federal University of Maranhão
Ms Neufênia Oliveira. Federal University of Maranhão
Dr Cecília Ribeiro. Federal University of Maranhão
Dr Fernando Hugo. Federal University of Rio Grande do Sul

Dr Matheus Neves. Federal University of Rio Grande do Sul
Dr Cláudia Alves. Federal University of Maranhão

Type and method of review

Epidemiologic, Meta-analysis, Systematic review

Anticipated or actual start date

02 June 2020

Anticipated completion date

31 July 2020

Funding sources/sponsors

FAPEMA - FOUNDATION OF AMPARO TO RESEARCH AND SCIENTIFIC AND TECHNOLOGICAL
DEVELOPMENT OF MARANHÃO, Through the Public Notice ESTAGIO-NACIONAL-07805/1713.

Grant number(s)

State the funder, grant or award number and the date of award

07805/1713

Conflicts of interest**Language**

English, Portuguese-Brazil

Country

Brazil

Stage of review

Review Ongoing

Subject index terms status

Subject Indexing assigned by CRD

Subject index terms

MeSH headings have not been applied to this record

Date of registration in PROSPERO

05 July 2020

Date of first submission

01 June 2020

Details of any existing review of the same topic by the same authors

Not applicable

Stage of review at time of this submission

Stage	Started	Completed
Preliminary searches	Yes	No
Piloting of the study selection process	Yes	No
Formal screening of search results against eligibility criteria	Yes	No
Data extraction	No	No
Risk of bias (quality) assessment	No	No
Data analysis	No	No

The record owner confirms that the information they have supplied for this submission is accurate and complete and they understand that deliberate provision of inaccurate information or omission of data may be construed as scientific misconduct.

The record owner confirms that they will update the status of the review when it is completed and will add publication details in due course.

Versions

05 July 2020

PROSPERO

This information has been provided by the named contact for this review. CRD has accepted this information in good faith and registered the review in PROSPERO. The registrant confirms that the information supplied for this submission is accurate and complete. CRD bears no responsibility or liability for the content of this registration record, any associated files or external websites.

ANEXO B - Diretrizes para publicação na Revista *Brazilian Oral Research*

30/09/2020

Braz. oral res. - Instruções aos autores



ISSN 1807-3107 versão online

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Missão, escopo e política de submissão](#)
- [Apresentação do manuscrito](#)
- [Características e formatação dos tipos de manuscritos](#)
- [Termo de transferência de direitos autorais e declarações de responsabilidade](#)
- [Custo para publicação](#)
- [Exemplos de referências](#)

MISSÃO, ESCOPO E POLÍTICA DE SUBMISSÃO

A *Brazilian Oral Research* - BOR (versão online ISSN 1807-3107) é a publicação oficial da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica - SBPqO (Divisão brasileira da *International Association for Dental Research* - IADR). A revista tem classificação A2 Qualis Capes (Odontologia), Fator de Impacto™/2018/2019 1,508 (Institute for Scientific Information - ISI), é revisada por pares (sistema duplo-cego) e tem como missão disseminar e promover o intercâmbio de informações sobre as diversas áreas da pesquisa odontológica e com acesso aberto, modalidade dourada, sem embargo.

A BOR aceita submissão dos seguintes tipos de artigos originais e de revisão, nas seguintes tipologias: Pesquisa Original (artigo completo ou *Short Communication*), Revisão Sistemática (e Meta-Análise), além de Cartas ao Editor. Todas as submissões deverão ser exclusivas à BOR. As revisões críticas de literatura são artigos escritos à convite do editor.

A submissão dos manuscritos, e de toda documentação relacionada, deve ser realizada exclusivamente pelo ScholarOne Manuscripts™, através do link de submissão online (<http://mc04.manuscriptcentral.com/bor-scielo>).

O processo de avaliação do conteúdo científico do manuscrito será iniciado somente após o atendimento dos requisitos descritos nestas Instruções aos Autores. O manuscrito em desacordo com estes requisitos será devolvido ao autor de correspondência para adequações.

Importante! Após ser aceito por seu mérito científico, todo manuscrito deverá ser submetido a uma revisão gramatical e estilística do idioma inglês. Para conhecer as empresas recomendadas, entre em contato com bor@sbpgo.org.br. Os autores deverão encaminhar o texto revisado juntamente com o certificado de revisão fornecido pela empresa de edição escolhida. **Não serão aceitas revisões linguísticas realizadas por empresas que não estejam entre as indicadas pela BOR.**

APRESENTAÇÃO DO MANUSCRITO

30/09/2020

Braz. oral res. - Instruções aos autores

O texto do manuscrito deverá estar redigido em inglês e fornecido em arquivo digital compatível com o programa "Microsoft Word" (em formato DOC, DOCK ou RTF).

Cada uma das figuras (inclusive as que compõem esquemas/combos) deverá ser fornecida em arquivo individual e separado, conforme as recomendações descritas em tópico específico.

Fotografias, micrografias e radiografias deverão ser fornecidas em formato TIFF, conforme as recomendações descritas em tópico específico.

Gráficos, desenhos, esquemas e demais ilustrações vetoriais deverão ser fornecidos em formato PDF, em arquivo individual e separado, conforme as recomendações descritas em tópico específico.

Arquivos de vídeo poderão ser submetidos, respeitando as demais especificidades, inclusive o anonimato dos autores (para fins de avaliação) e respeito aos direitos dos pacientes.

Importante: o ScholarOne™ permite que o conjunto dos arquivos somem no máximo 10 MB. No caso de a inclusão do arquivo de vídeo acarretar em tamanho superior, é possível informar o link de acesso ao vídeo. Na reprodução de documentação clínica, o uso de iniciais, nomes e/ou números de registro de pacientes são proibidos. A identificação de pacientes não é permitida. Um termo de consentimento esclarecido, assinado pelo paciente, quanto ao uso de sua imagem deverá ser fornecido pelo(s) autor(es) quando solicitado pela BOR. Ao reproduzir no manuscrito algum material previamente publicado (incluindo textos, gráficos, tabelas, figuras ou quaisquer outros materiais), a legislação cabível de Direitos Autorais deverá ser respeitada e a fonte citada.

As seções do manuscrito devem ser apresentadas observando-se as características específicas de cada tipo de manuscrito: folha de rosto (*Title Page*), introdução, metodologia, resultados, discussão, conclusão, agradecimentos e referências.

Folha de rosto (*Title Page*; dados obrigatórios)

- Indicação da área temática da pesquisa enfocada no manuscrito.

Áreas Temáticas: Anatomia; Biologia Craniofacial; Biologia Pulpar; Bioquímica; Cariologia; Ciências do Comportamento; Cirurgia Bucomaxilo; Controle de Infecção; Dentística; Disfunção Temporomandibular; Estomatologia; Farmacologia; Fisiologia; Imaginologia; Implantodontia - Clínica Cirúrgica; Implantodontia - Clínica Protética; Implantodontia Básica e Biomateriais; Imunologia; Materiais Dentários; Microbiologia; Oclusão; Odontogeriatría; Odontologia Legal; Odontologia Social; Odontopediatria; Ortodontia; Ortopedia; Patologia Oral; Periodontia; Prótese; Saúde Coletiva; Terapia Endodôntica.

- Título informativo e conciso, limitado a um máximo de 110 caracteres incluindo espaços.
- Nomes completos e por extenso de todos os autores, incluindo os respectivos e-mails e ORCID.

Recomenda-se aos autores confrontar seus nomes anotados na Folha de Rosto (*Title Page*) com o perfil criado no ScholarOne™, de modo a evitar incompatibilidades.

- Dados de afiliação institucional/profissional de todos os autores, incluindo universidade (ou outra instituição), faculdade/curso em inglês, departamento em inglês, cidade, estado e país. **Só é aceita uma afiliação por autor.** Verificar se as afiliações foram inseridas corretamente no ScholarOne™.

Texto Principal

Resumo: deve ser apresentado na forma de um parágrafo único estruturado (sem sub-divisões em seções), contendo objetivo, metodologia, resultados e conclusões. No Sistema, utilizar a ferramenta *Special characters* para caracteres especiais, se aplicável.

Descritores: devem ser fornecidos de 3 (três) a 5 (cinco) descritores principais, escolhidos dentre os descritores cadastrados em <https://meshb.nlm.nih.gov/search> (não serão aceitos sinônimos).

Introdução: deve apresentar o estado da arte do assunto pesquisado, a relevância do estudo e sua relação com outros trabalhos publicados na mesma linha de pesquisa ou área, identificando suas limitações e possíveis vieses. O objetivo do estudo deve ser apresentado concisamente ao final dessa seção.

Metodologia: devem ser fornecidas todas as características do material pertinente ao assunto da pesquisa (ex.: amostras de tecido, sujeitos da pesquisa). Os métodos experimentais, analíticos e estatísticos devem ser descritos de forma concisa, porém suficientemente detalhada para permitir que outros possam repetir o trabalho. Os dados de fabricantes ou fornecedores de produtos, equipamentos, ou softwares devem ser explicitados na primeira menção feita nesta seção, como segue: nome do fabricante, cidade e país. Os programas de computador e métodos estatísticos também devem ser especificados. A menos que o objetivo do trabalho seja comparar produtos ou sistemas específicos, os nomes comerciais de técnicas, bem como de produtos ou equipamentos científicos ou clínicos só devem ser citados nas seções de "Metodologia" e "Agradecimentos", de acordo com o caso. No restante do manuscrito, inclusive no título, devem ser utilizados os nomes genéricos. Nos manuscritos que envolvam radiografias, microrradiografias ou imagens de MEV, devem ser incluídas as seguintes informações: fonte de radiação, filtros e níveis de kV utilizados. Os manuscritos que relatem estudos em humanos devem incluir comprovação de que a pesquisa foi conduzida eticamente de acordo com a Declaração de Helsinki (*World Medical Association*, <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>). O número de protocolo de aprovação emitido por um Comitê Institucional de Ética deve ser citado. Estudos observacionais devem seguir as diretrizes STROBE (<http://stroke-statement.org/>) e o check list deve ser submetido. Ensaios clínicos devem ser relatados de acordo com o protocolo padronizado da CONSORT Statement (<http://www.consort-statement.org/>), revisões sistemáticas e meta-análises devem seguir o PRISMA (<http://www.prisma-statement.org/>), ou Cochrane (<http://www.cochrane.org/>).

Ensaios Clínicos

Os ensaios clínicos segundo as diretrizes CONSORT disponíveis em www.consort-statement.org. O número de registro do ensaio clínico e o nome do registro da pesquisa serão publicados com o artigo.

Manuscritos que relatem a realização de estudos em animais devem também incluir comprovação de que

a pesquisa foi conduzida de maneira ética, e o número de protocolo de aprovação emitido por um Comitê Institucional de Ética deve ser citado. Caso a pesquisa envolva um registro gênico, antes da submissão, as novas sequências genéticas devem ser incluídas num banco de dados público, e o número de acesso deve ser fornecido à BOR. Os autores poderão utilizar as seguintes bases de dados:

- GenBank: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/genbank/submit>
- EMBL: <http://www.ebi.ac.uk/emb/Submission/index.html>
- DDBJ: <http://www.ddbj.nig.ac.jp>

As submissões de manuscritos que incluam dados de *microarray* devem incluir a informação recomendada pelas diretrizes MIAME (*Minimum Information About a Microarray Experiment* - <http://www.mged.org/index.html>) e/ou descrever, na forma de itens, como os detalhes experimentais foram submetidos a uma das bases de dados publicamente disponíveis, tais como:

- ArrayExpress: <http://www.ebi.ac.uk/arrayexpress/>
- GEO: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/geo/>

Resultados: devem ser apresentados na mesma ordem em que o experimento foi realizado, conforme descrito na seção "Metodologia". Os resultados mais significativos devem ser descritos. Texto, tabelas e figuras não devem ser repetitivos. Os resultados com significância estatística devem vir acompanhados dos respectivos valores de *p*.

Tabelas: devem ser numeradas e citadas consecutivamente no texto principal, em algarismos arábicos. As tabelas devem ser submetidas separadamente do texto em formato DOC, DOCK ou XLS (podem estar reunidas em um único arquivo).

Discussão: deve discutir os resultados do estudo em relação à hipótese de trabalho e à literatura pertinente. Deve descrever as semelhanças e as diferenças do estudo em relação aos outros estudos correlatos encontrados na literatura, e fornecer explicações para as possíveis diferenças encontradas. Deve também identificar as limitações do estudo e fazer sugestões para pesquisas futuras.

Conclusões: devem ser apresentadas concisamente e estar estritamente fundamentadas nos resultados obtidos na pesquisa. O detalhamento dos resultados, incluindo valores numéricos etc., não deve ser repetido.

Agradecimentos: as contribuições de colegas (por assistência técnica, comentários críticos etc.) devem ser informadas, e qualquer vinculação de autores com firmas comerciais deve ser revelada. Esta seção deve descrever a(s) fonte(s) de financiamento da pesquisa, incluindo os respectivos números de processo.

Referências: só serão aceitas como referências as publicações em periódicos revisados por pares.

As citações de referências devem ser identificadas no texto por meio de números arábicos sobrescritos. A lista completa de referências deve vir após a seção de "Agradecimentos", e as referências devem ser numeradas e apresentadas de acordo com o Estilo Vancouver, em conformidade com as diretrizes

30/09/2020

Braz. oral res. - Instruções aos autores

fornecidas pelo *International Committee of Medical Journal Editors*, conforme apresentadas em *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals* (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>). Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com o *List of Journals Indexed in Index Medicus* (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>). A correta apresentação das referências é de responsabilidade exclusiva dos autores.

Grafia de termos científicos: nomes científicos (binômios de nomenclatura microbiológica, zoológica e botânica) devem ser escritos por extenso, bem como os nomes de compostos e elementos químicos, na primeira menção no texto principal.

Unidades de medida: devem ser apresentadas de acordo com o Sistema Internacional de Medidas (<http://www.bipm.org> ou <http://www.inmetro.gov.br/consumidor/unidLegaisMed.asp>).

Notas de rodapé no texto principal: devem ser indicadas por meio de asteriscos e restritas ao mínimo indispensável.

Figuras: fotografias, micrografias e radiografias devem ter uma largura mínima de 10 cm, resolução mínima de 500 dpi, e devem ser fornecidas em formato TIFF. Gráficos, desenhos, esquemas e demais ilustrações vetoriais devem ser fornecidas em formato PDF. Todas as figuras devem ser submetidas, individualmente, em arquivos separados (Figure 1a, Figure 1b, Figure 2...) e não inseridas no arquivo de texto. As figuras devem ser numeradas e citadas consecutivamente no corpo do texto, em algarismos arábicos. As legendas das figuras devem ser inseridas todas juntas no final do texto, após as referências.

CARACTERÍSTICAS E FORMATAÇÃO DOS TIPOS DE MANUSCRITOS

Pesquisa Original

Devem ser limitados a 30.000 caracteres incluindo espaços (considerando-se introdução, metodologia, resultados, discussão, conclusão, agradecimentos, tabelas, referências e legendas de figuras). Será aceito um máximo de 8 (oito) figuras e 40 (quarenta) referências. O resumo deve conter, no máximo, 250 palavras.

Formatação Folha de rosto (Title Page)

- Texto principal (30.000 caracteres incluindo espaços)
- Resumo - máximo de 250 palavras
- Descritores - de 3 (três) a 5 (cinco) descritores principais
- Introdução
- Metodologia
- Resultados
- Discussão
- Conclusão

- Agradecimentos
- Referências - máximo de 40 referências
- Legendas de figuras
- Figuras - máximo de 8 (oito) figuras, conforme descrito acima
- Tabelas.

Resumo de Pesquisa Original (*Short Communication*)

Devem ser limitados a 10.000 caracteres incluindo espaços (considerando-se, introdução, metodologia, resultados, discussão, conclusão, agradecimentos, tabelas, referências e legendas de figuras). É permitido um máximo de 2 (duas) figuras e 12 (doze) referências. O resumo deve conter, no máximo, 100 palavras.

Formatação

- Folha de rosto
- Texto principal (10.000 caracteres incluindo espaços)
- Resumo - máximo de 100 palavras
- Descritores - de 3 (três) a 5 (cinco) descritores principais
- Introdução
- Metodologia
- Resultados
- Discussão
- Conclusão
- Agradecimentos
- Referências - máximo de 12 referências
- Legendas de figuras
- Figuras - máximo de 2 (duas) figuras, conforme descrito acima
- Tabelas.

Revisão Crítica de Literatura

A submissão desse tipo de manuscrito será realizada apenas a convite da Comissão de Publicação da BOR. Todos os manuscritos serão submetidos à revisão por pares. Esse tipo de manuscrito deve ter um conteúdo descritivo-discursivo, com foco numa apresentação e discussão abrangente de questões científicas importantes e inovadoras, e ser limitado a 30.000 caracteres incluindo espaços (considerando-se, introdução, metodologia, resultados, discussão, conclusão, agradecimentos, tabelas, referências e legendas de figuras). Incluir uma apresentação clara do objeto científico de interesse, argumentação lógica, uma análise crítica metodológica e teórica dos estudos e uma conclusão resumida. É permitido um máximo de 6 (seis) figuras e 50 (cinquenta) referências. O resumo deve conter, no máximo, 250 palavras.

Formatação

- Folha de rosto

30/09/2020

Braz. oral res. - Instruções aos autores

- Texto principal (30.000 caracteres incluindo espaços)
- Resumo - máximo de 250 palavras
- Descritores - de 3 (três) a 5 (cinco) descritores principais
- Introdução
- Metodologia
- Resultados
- Discussão
- Conclusão
- Agradecimentos
- Referências - máximo de 50 referências
- Legendas de figuras
- Figuras - máximo de 6 (seis) figuras, conforme descrito acima
- Tabelas.

Revisão Sistemática e Meta-Análise

Ao resumir os resultados de estudos originais, sejam eles quantitativos ou qualitativos, esse tipo de manuscrito deve responder a uma questão específica, ser limitado a 30.000 caracteres, incluindo espaços, e seguir o estilo e formato Cochrane (www.cochrane.org). O manuscrito deve informar detalhadamente como se deu o processo de busca e recuperação dos trabalhos originais, o critério de seleção dos estudos incluídos na revisão e fornecer um resumo dos resultados obtidos nos estudos revisados (com ou sem uma abordagem de meta-análise). Não há limite para a quantidade de referências e figuras. Tabelas e figuras, caso sejam incluídas, devem apresentar as características dos estudos revisados, as intervenções que foram comparadas e respectivos resultados, além dos estudos excluídos da revisão. Demais tabelas e figuras pertinentes à revisão devem ser apresentadas como descrito anteriormente. O resumo deve conter, no máximo, 250 palavras.

Formatação

- Folha de rosto
- Texto principal (30.000 caracteres incluindo espaços)
- Resumo - máximo de 250 palavras
- Formulação da pergunta
- Localização dos estudos
- Avaliação crítica Coleta de dados
- Análise e apresentação dos dados
- Aprimoramento
- Atualização da revisão
- Referências - não há limite para a quantidade de referências
- Figuras - não há limite para a quantidade de figuras
- Tabelas.

Carta ao Editor

Cartas devem incluir evidências que sustentem a opinião do(s) autor(es) sobre o conteúdo científico ou

editorial da BOR, e ser limitadas a 500 palavras. Figuras ou tabelas não são permitidas.

"Checklist" para Submissão Inicial

- Arquivo de folha de rosto (*Title Page*, em formato DOC, DOCX ou RTF).
- Arquivo do texto principal (*Main Document*, manuscrito), em formato DOC, DOCX ou RTF.
- Tabelas, em formato DOC, DOCX ou EXCELL.
- Figuras: Fotografias, micrografias e radiografias (largura mínima de 10 cm e resolução mínima de 500 DPI) em formato TIFF. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/pub/filespec-images>). Gráficos, desenhos, esquemas e demais ilustrações vetoriais em formato PDF. Cada uma das figuras deve ser submetida em arquivos separados e individuais (não inseridas no arquivo de texto).
- Declaração de interesses e de financiamento, submetida em um documento separado e em formato PDF.

TERMO DE TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS E DECLARAÇÕES DE RESPONSABILIDADE

O manuscrito submetido para publicação deve ser acompanhado do Termo de Transferência de Direitos Autorais e Declarações de Responsabilidade, disponível no sistema online e de preenchimento obrigatório.

Plágio

A BOR emprega um sistema de detecção de plágio. Ao enviar o seu manuscrito para a Revista, este manuscrito poderá ser rastreado. Isto não tem relação com a simples repetição de nomes / filiações, mas envolve frases ou textos utilizados.

Custo para publicação

Os autores não são submetidos a uma taxa de submissão de artigos e de avaliação.

EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS

Periódicos

Bhutta ZA, Darmstadt GL, Hasan BS, Haws RA. Community-based interventions for improving perinatal and neonatal health outcomes in developing countries: a review of the evidence. *Pediatrics*. 2005;115(2 Suppl):519-617. <https://doi.org/10.1542/peds.2004-1441>

Artigos com Título e Texto em Idioma Diferente do Inglês

Li YJ, He X, Liu LN, Lan YY, Wang AM, Wang YL. [Studies on chemical constituents in herb of Polygonum

30/09/2020

Braz. oral res. - Instruções aos autores

orientale]. Zhongguo Ahong Yao Za Zhi. 2005 Mar;30(6):444-6. Chinese.

Suplementos ou Edições Especiais

Pucca Junior GA, Lucena EHG, Cavahisa PT. Financing national policy on oral health in Brazil in the context of the Unified Health System. Braz Oral Res. 2010 Aug;24 Spec Iss 1:26-32.

Livros

Stedman TL. Stedman's medical dictionary: a vocabulary of medicine and its allied sciences, with pronunciations and derivations. 20th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1961.

Livros Online

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [monograph on the Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>

Websites

Cancer-Pain.org [homepage on the Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000 [cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.cancer-pain.org/>
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage]. Brasília (DF): Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010 [cited 2010 Nov 27]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/default.php>

World Health Organization [homepage]. Geneva: World Health Organization; 2011 [cited 2011 Jan 17]. Available from: <http://www.who.int/en/>

[\[Home\]](#) [\[Sobre esta revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)



Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica SBPqO
Avenida Prof. Lineu Prestes, 2227
05508-000 São Paulo SP - Brazil
Tel.: (55 11)3044-2393
Cel.: (55 11)97557-1244



office.bor@ingroup.srv.br

ANEXO C - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE, SAÚDE BUCAL E A RELAÇÃO COM A INSEGURANÇA ALIMENTAR E CONSUMO DE ALIMENTO ULTRAPROCESSADOS EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS DO ESTADO DO MARANHÃO.

Pesquisador: Cláudia Maria Coêlho Alves

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 79264216.6.0000.5087

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHAO

Patrocinador Principal: FUNDACAO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DO MARANHAO - FAPEMA

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.421.894

Apresentação do Projeto:

As comunidades quilombolas são grupos étnico-raciais com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais. Em 2006, foi aprovada a Política Nacional de Saúde da População Negra, que promove a equidade no acesso ao Sistema Único de Saúde dessa população e apesar dos avanços obtidos ainda são observadas desigualdades sociogeográficas no acesso, utilização e qualidade dos serviços de saúde no Brasil. Onde aqueles pardos, pretos ou índios possuem maior desigualdades nas condições de saúde, piores indicadores de mortalidade, menor esperança de vida ao nascer e acesso desigual aos serviços de saúde. E onde os afrodescendentes relatam experiências de discriminação com mais frequência no acesso aos serviços de saúde. Apesar do Maranhão ser o segundo estado brasileiro que possui mais comunidades quilombolas certificadas, há uma escassez na literatura de estudos sobre estas comunidades. Portanto o objetivo do presente estudo é avaliar o acesso aos programas de desenvolvimento social e combate à fome, saúde geral e saúde bucal, visando conhecer as condições de saúde, a prevalência de insegurança alimentar e a existência de discriminação no acesso aos serviços de saúde referente aos quilombolas do Maranhenses. Trata-se de um estudo transversal de base populacional. Inicialmente, serão avaliadas as comunidades de Santa Rosa dos Pretos localizada no município de Itapecuru Mirim e que possui 750 famílias e 3700 indivíduos e comunidade de Recurso, situada

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

Continuação do Parecer: 2.421.894

no município de Santa Rita e que possui 188 famílias e 1282 pessoas. O cálculo do número de famílias a serem entrevistadas em cada comunidade será através da amostragem com probabilidade proporcional ao tamanho da mesma. Serão utilizados questionários padronizados, pré-codificados e pré-testados. O questionário abordará temas referentes às condições demográficas, socioeconômicas, o acesso ao programa Bolsa Família, Programa de Aquisição de Alimentos, atividades agrícolas, segurança alimentar e nutricional, saúde bucal, saúde mental, acesso aos serviços de saúde, experiência de discriminação no acesso aos serviços de saúde e consumo de fumo e bebidas alcoólicas. Para avaliação do estado nutricional, será utilizada balança digital portátil, estadiômetro portátil e fita métrica para aferição de medidas de peso, altura e circunferência da cintura. As condições de segurança alimentar e os diferentes graus de insegurança alimentar serão investigados mediante o uso da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar. Para avaliação da saúde bucal, será realizado o exame clínico por examinadores treinados e calibrados. Serão utilizados o índice CPO-D para avaliar a cárie dentária e o índice CPI (Community Periodontal Index, além do uso e ou da necessidade do uso de próteses e também o exame das mucosas bucais. A apuração dos resultados do questionário e do levantamento epidemiológico será realizada por programa estatístico SPSS 18.0.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o acesso aos programas de desenvolvimento social e combate à fome, saúde geral e saúde bucal, visando conhecer as condições de saúde bucal, a prevalência de insegurança alimentar e nutricional, consumo de alimentos ultraprocessados e a existência discriminação no acesso aos serviços de saúde em quilombolas do Estado do Maranhão bem como avaliar as associações existentes.

Objetivo Secundário:

Descrever as características demográficas e socioeconômicas das famílias residentes em comunidades quilombolas.

Avaliar a cobertura dos programas de desenvolvimento social, como o bolsa família e de combate à fome, como o programa de aquisição de alimentos nas comunidades quilombolas do Maranhão e o acesso aos serviços de saúde.

Identificar as condições de saúde geral e saúde bucal dos indivíduos e a prevalência de insegurança alimentar nas famílias residentes nas comunidades quilombolas.

Avaliar a associação entre as condições de saúde oral, insegurança alimentar, consumo de alimentos ultraprocessados e demais fatores associados à saúde de quilombolas.

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

Continuação do Parecer: 2.421.894

Descrever a prevalência de discriminação relacionada com o serviço de saúde, suas motivações e fatores associados enfrentados pelos indivíduos das comunidades quilombolas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Este estudo não constitui nenhuma espécie de risco aos participantes.

Benefícios:

Dentre os benefícios, além de ações de promoção de saúde. Os resultados obtidos também serão disponibilizados para que sejam coordenadas políticas para a população negra do estado do Maranhão.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa esta elaborada com todos os elementos necessários para o seu pleno desenvolvimento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatórios foram entregues e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

Recomendações:

Não existem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_728251.pdf	19/10/2017 01:09:47		Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_quilombolas_ma_2.pdf	19/10/2017 01:07:56	Neurinéia Margarida Alves de Oliveira	Aceito
Outros	anuencia_lider_comunidade_quilombola. pdf	19/10/2017 01:04:22	Neurinéia Margarida Alves de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_assentimento_quilombolas_MA_cep.docx	19/10/2017 01:03:05	Neurinéia Margarida Alves de Oliveira	Aceito

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
 Bairro: Bloco C,Sala 7, Comitê de Ética CEP: 65.080-040
 UF: MA Município: SAO LUIS
 Telefone: (98)3272-8708 Fax: (98)3272-8708 E-mail: cepufma@ufma.br

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



Continuação do Parecer: 2.421.894

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_quilombolas_MA_cep.docx	19/10/2017 01:02:50	Neurinéia Margarida Alves de Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Quilombolas_MA_PlatBr.pdf	19/10/2017 01:00:58	Neurinéia Margarida Alves de Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Quilombolas_MA_PlatBr.doc	19/10/2017 01:00:25	Neurinéia Margarida Alves de Oliveira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 07 de Dezembro de 2017

Assinado por:
FRANCISCO NAVARRO
(Coordenador)

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética CEP: 65.080-040
UF: MA Município: SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 Fax: (98)3272-8708 E-mail: cepufma@ufma.br

ANEXO D - Escala de Discriminação Explícita (EDE)

Instruções

Este questionário é totalmente confidencial. Seu nome não aparecerá nele e ninguém poderá saber que foi você quem forneceu as informações solicitadas.

Por favor, leia todas as opções de resposta até o final, antes de responder cada pergunta.

Não deixe perguntas ou itens em branco, a não ser que o próprio questionário o(a) instrua a pular as perguntas.

Mesmo que você não se lembre com precisão da situação abordada na pergunta, tente responder da forma mais aproximada possível.

Para todas as perguntas há sempre uma resposta que se aplica melhor ao seu caso.

Em caso de dúvida, consulte o aplicador.

Muito obrigado!

Esta seção do questionário tem dezenove perguntas sobre situações em que você pode ter sido discriminado por outras pessoas, de acordo com diferentes motivos e em diferentes locais. Não há respostas certas ou erradas, queremos saber apenas o que ocorreu com você e algumas opiniões suas em relação a essas ocasiões.

C1. Você já foi confundido com um funcionário de um estabelecimento, quando, na verdade, você era um cliente? Por exemplo, confundido com um vendedor, balconista ou garçom?

- Não, isto nunca aconteceu comigo – pule para a questão C2, deixando os itens A, B e C abaixo em branco
 Sim, isso aconteceu comigo uma ou poucas vezes
 Sim, isso aconteceu comigo várias vezes
 Sim, isso sempre aconteceu comigo

a) Quando isto aconteceu, qual ou quais podem ter sido os motivos para você ter sido tratado assim? Se escolher mais de uma opção, escreva 1 para a mais importante e X para as outras nas caixas de resposta.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Condição econômica ou classe social | <input type="checkbox"/> Religião ou culto |
| <input type="checkbox"/> Cor ou raça | <input type="checkbox"/> Ser gordo ou magro |
| <input type="checkbox"/> Deficiência física | <input type="checkbox"/> Sotaque ou forma de falar |
| <input type="checkbox"/> Doença | <input type="checkbox"/> Tipo de comportamento ou hábito de vida |
| <input type="checkbox"/> Forma de vestir | <input type="checkbox"/> Usar óculos |
| <input type="checkbox"/> Idade | <input type="checkbox"/> Ter determinados valores morais, éticos ou estéticos |
| <input type="checkbox"/> Local de moradia | <input type="checkbox"/> Outro(s) motivo(s). Qual(is), então?
_____ |
| <input type="checkbox"/> Ser homem ou mulher | <input type="checkbox"/> Não sei |
| <input type="checkbox"/> Orientação política | |
| <input type="checkbox"/> Orientação sexual | |

b) Nessas ocasiões, você se sentiu incomodado?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim, razoavelmente |
| <input type="checkbox"/> Sim, um pouco | <input type="checkbox"/> Sim, muito |

c) Ainda nessas ocasiões, você se sentiu discriminado?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
|------------------------------|------------------------------|

→ Por favor, continue a responder o questionário na próxima página.

C2. Ao frequentar lojas, restaurantes ou lanchonetes, você já foi tratado de maneira inferior em relação a outros clientes?

- Não, isto nunca aconteceu comigo – pule para a questão C3, deixando os itens A, B e C abaixo em branco
 Sim, isso aconteceu comigo uma ou poucas vezes
 Sim, isso aconteceu comigo várias vezes
 Sim, isso sempre aconteceu comigo

a) Quando isto aconteceu, qual ou quais podem ter sido os motivos para você ter sido tratado assim? Se escolher mais de uma opção, escreva 1 para a mais importante e X para as outras nas caixas de resposta.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Condição econômica ou classe social | <input type="checkbox"/> 10. Religião ou culto |
| <input type="checkbox"/> 2. Cor ou raça | <input type="checkbox"/> 11. Ser gordo ou magro |
| <input type="checkbox"/> 3. Deficiência física | <input type="checkbox"/> 12. Sotaque ou forma de falar |
| <input type="checkbox"/> 4. Doença | <input type="checkbox"/> 13. Tipo de comportamento ou hábito de vida |
| <input type="checkbox"/> 5. Forma de vestir | <input type="checkbox"/> 14. Usar óculos |
| <input type="checkbox"/> 6. Idade | <input type="checkbox"/> 15. Ter determinados valores morais, éticos ou estéticos |
| <input type="checkbox"/> 7. Local de moradia | <input type="checkbox"/> 16. Outro(s) motivo(s). Qual(is), então? |
| <input type="checkbox"/> 8. Ser homem ou mulher | _____ |
| <input type="checkbox"/> 9. Orientação política | _____ |
| <input type="checkbox"/> 10. Orientação sexual | <input type="checkbox"/> 17. Não sei |

b) Nessas ocasiões, você se sentiu incomodado?

- Não Sim, razoavelmente
 Sim, um pouco Sim, muito

c) Ainda nessas ocasiões, você se sentiu discriminado?

- Não Sim

C3. Ao frequentar repartições públicas, como receita federal, cartório, departamentos de trânsito, companhias de água, luz, esgoto ou outras, você já foi tratado de maneira inferior em relação às outras pessoas lá presentes?

- Não, isto nunca aconteceu comigo – pule para a questão C4, deixando os itens A, B e C abaixo em branco
 Sim, isso aconteceu comigo uma ou poucas vezes
 Sim, isso aconteceu comigo várias vezes
 Sim, isso sempre aconteceu comigo

a) Quando isto aconteceu, qual ou quais podem ter sido os motivos para você ter sido tratado assim? Se escolher mais de uma opção, escreva 1 para a mais importante e X para as outras nas caixas de resposta.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Condição econômica ou classe social | <input type="checkbox"/> 10. Religião ou culto |
| <input type="checkbox"/> 2. Cor ou raça | <input type="checkbox"/> 11. Ser gordo ou magro |
| <input type="checkbox"/> 3. Deficiência física | <input type="checkbox"/> 12. Sotaque ou forma de falar |
| <input type="checkbox"/> 4. Doença | <input type="checkbox"/> 13. Tipo de comportamento ou hábito de vida |
| <input type="checkbox"/> 5. Forma de vestir | <input type="checkbox"/> 14. Usar óculos |
| <input type="checkbox"/> 6. Idade | <input type="checkbox"/> 15. Ter determinados valores morais, éticos ou estéticos |
| <input type="checkbox"/> 7. Local de moradia | <input type="checkbox"/> 16. Outro(s) motivo(s). Qual(is), então? |
| <input type="checkbox"/> 8. Ser homem ou mulher | _____ |
| <input type="checkbox"/> 9. Orientação política | _____ |
| <input type="checkbox"/> 10. Orientação sexual | <input type="checkbox"/> 17. Não sei |

b) Nessas ocasiões, você se sentiu incomodado?

- Não Sim, razoavelmente
 Sim, um pouco Sim, muito

c) Ainda nessas ocasiões, você se sentiu discriminado?

- Não Sim

→ Por favor, continue a responder o questionário na próxima página.

C4. Você já foi vigiado, perseguido ou detido por seguranças ou policiais sem que tenha dado motivos para isso? Pense que isso pode ter acontecido em lojas, bancos, na rua, festas, locais públicos, entre outros.

- Não, isto nunca aconteceu comigo – pule para a questão C5, deixando os itens A, B e C abaixo em branco
 Sim, isso aconteceu comigo uma ou poucas vezes
 Sim, isso aconteceu comigo várias vezes
 Sim, isso sempre aconteceu comigo

a) Quando isto aconteceu, qual ou quais podem ter sido os motivos para você ter sido tratado assim? Se escolher mais de uma opção, escreva 1 para a mais importante e X para as outras nas caixas de resposta.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Condição econômica ou classe social | <input type="checkbox"/> Religião ou culto |
| <input type="checkbox"/> Cor ou raça | <input type="checkbox"/> Ser gordo ou magro |
| <input type="checkbox"/> Deficiência física | <input type="checkbox"/> Sotaque ou forma de falar |
| <input type="checkbox"/> Doença | <input type="checkbox"/> Tipo de comportamento ou hábito de vida |
| <input type="checkbox"/> Forma de vestir | <input type="checkbox"/> Usar óculos |
| <input type="checkbox"/> Idade | <input type="checkbox"/> Ter determinados valores morais, éticos ou estéticos |
| <input type="checkbox"/> Local de moradia | <input type="checkbox"/> Outro(s) motivo(s). Qual(is), então? |
| <input type="checkbox"/> Ser homem ou mulher | _____ |
| <input type="checkbox"/> Orientação política | _____ |
| <input type="checkbox"/> Orientação sexual | <input type="checkbox"/> Não sei |

b) Nessas ocasiões, você se sentiu incomodado?

- Não Sim, razoavelmente
 Sim, um pouco Sim, muito

c) Ainda nessas ocasiões, você se sentiu discriminado?

- Não Sim

C5. Você já foi agredido fisicamente por policiais, seguranças, desconhecidos ou até por conhecidos, sem que tenha dado motivos para isso?

- Não, isto nunca aconteceu comigo – pule para a questão C6, deixando os itens A, B e C abaixo em branco
 Sim, isso aconteceu comigo uma ou poucas vezes
 Sim, isso aconteceu comigo várias vezes
 Sim, isso sempre aconteceu comigo

a) Quando isto aconteceu, qual ou quais podem ter sido os motivos para você ter sido tratado assim? Se escolher mais de uma opção, escreva 1 para a mais importante e X para as outras nas caixas de resposta.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Condição econômica ou classe social | <input type="checkbox"/> Religião ou culto |
| <input type="checkbox"/> Cor ou raça | <input type="checkbox"/> Ser gordo ou magro |
| <input type="checkbox"/> Deficiência física | <input type="checkbox"/> Sotaque ou forma de falar |
| <input type="checkbox"/> Doença | <input type="checkbox"/> Tipo de comportamento ou hábito de vida |
| <input type="checkbox"/> Forma de vestir | <input type="checkbox"/> Usar óculos |
| <input type="checkbox"/> Idade | <input type="checkbox"/> Ter determinados valores morais, éticos ou estéticos |
| <input type="checkbox"/> Local de moradia | <input type="checkbox"/> Outro(s) motivo(s). Qual(is), então? |
| <input type="checkbox"/> Ser homem ou mulher | _____ |
| <input type="checkbox"/> Orientação política | _____ |
| <input type="checkbox"/> Orientação sexual | <input type="checkbox"/> Não sei |

b) Nessas ocasiões, você se sentiu incomodado?

- Não Sim, razoavelmente
 Sim, um pouco Sim, muito

c) Ainda nessas ocasiões, você se sentiu discriminado?

- Não Sim

Por favor, continue a responder o questionário na próxima página.

C6. Você já foi tratado como se fosse pouco inteligente ou incapaz de realizar alguma atividade curricular na escola ou na universidade? Considere situações atuais (universidade) e passadas (escola) nas quais você foi tratado assim por professores ou colegas, mesmo achando que tinha todas as condições de realizar as atividades.

- Não, isto nunca aconteceu comigo – pule para a questão C7, deixando os itens A, B e C abaixo em branco
 Sim, isso aconteceu comigo uma ou poucas vezes
 Sim, isso aconteceu comigo várias vezes
 Sim, isso sempre aconteceu comigo

a) Quando isto aconteceu, qual ou quais podem ter sido os motivos para você ter sido tratado assim? Se escolher mais de uma opção, escreva 1 para a mais importante e X para as outras nas caixas de resposta.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Condição econômica ou classe social | <input type="checkbox"/> Religião ou culto |
| <input type="checkbox"/> Cor ou raça | <input type="checkbox"/> Ser gordo ou magro |
| <input type="checkbox"/> Deficiência física | <input type="checkbox"/> Sotaque ou forma de falar |
| <input type="checkbox"/> Doença | <input type="checkbox"/> Tipo de comportamento ou hábito de vida |
| <input type="checkbox"/> Forma de vestir | <input type="checkbox"/> Usar óculos |
| <input type="checkbox"/> Idade | <input type="checkbox"/> Ter determinados valores morais, éticos ou estéticos |
| <input type="checkbox"/> Local de moradia | <input type="checkbox"/> Outro(s) motivo(s). Qual(is), então? |
| <input type="checkbox"/> Ser homem ou mulher | _____ |
| <input type="checkbox"/> Orientação política | _____ |
| <input type="checkbox"/> Orientação sexual | <input type="checkbox"/> Não sei |

b) Nessas ocasiões, você se sentiu incomodado?

- Não Sim, razoavelmente
 Sim, um pouco Sim, muito

c) Ainda nessas ocasiões, você se sentiu discriminado?

- Não Sim

C7. Você já foi tratado como se fosse pouco inteligente ou incapaz de realizar alguma atividade no trabalho ou no estágio profissional? Considere as situações em que você foi tratado assim por alguém da sua equipe ou algum cliente, mesmo achando que tinha todas as condições de realizar as atividades.

- Não, isto nunca aconteceu comigo – pule para a questão C8, deixando os itens A, B e C abaixo em branco
 Sim, isso aconteceu comigo uma ou poucas vezes
 Sim, isso aconteceu comigo várias vezes
 Sim, isso sempre aconteceu comigo

a) Quando isto aconteceu, qual ou quais podem ter sido os motivos para você ter sido tratado assim? Se escolher mais de uma opção, escreva 1 para a mais importante e X para as outras nas caixas de resposta.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Condição econômica ou classe social | <input type="checkbox"/> Religião ou culto |
| <input type="checkbox"/> Cor ou raça | <input type="checkbox"/> Ser gordo ou magro |
| <input type="checkbox"/> Deficiência física | <input type="checkbox"/> Sotaque ou forma de falar |
| <input type="checkbox"/> Doença | <input type="checkbox"/> Tipo de comportamento ou hábito de vida |
| <input type="checkbox"/> Forma de vestir | <input type="checkbox"/> Usar óculos |
| <input type="checkbox"/> Idade | <input type="checkbox"/> Ter determinados valores morais, éticos ou estéticos |
| <input type="checkbox"/> Local de moradia | <input type="checkbox"/> Outro(s) motivo(s). Qual(is), então? |
| <input type="checkbox"/> Ser homem ou mulher | _____ |
| <input type="checkbox"/> Orientação política | _____ |
| <input type="checkbox"/> Orientação sexual | <input type="checkbox"/> Não sei |

b) Nessas ocasiões, você se sentiu incomodado?

- Não Sim, razoavelmente
 Sim, um pouco Sim, muito

c) Ainda nessas ocasiões, você se sentiu discriminado?

- Não Sim

→ Por favor, continue a responder o questionário na próxima página.

C8. Você já foi avaliado em provas ou outros trabalhos acadêmicos da escola ou da universidade de forma diferente, negativamente injusta em relação a seus colegas?

- Não, isto nunca aconteceu comigo – pule para a questão C9, deixando os itens A, B e C abaixo em branco
 Sim, isso aconteceu comigo uma ou poucas vezes
 Sim, isso aconteceu comigo várias vezes
 Sim, isso sempre aconteceu comigo

a) Quando isto aconteceu, qual ou quais podem ter sido os motivos para você ter sido tratado assim? Se escolher mais de uma opção, escreva 1 para a mais importante e X para as outras nas caixas de resposta.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Condição econômica ou classe social | <input type="checkbox"/> Religião ou culto |
| <input type="checkbox"/> Cor ou raça | <input type="checkbox"/> Ser gordo ou magro |
| <input type="checkbox"/> Deficiência física | <input type="checkbox"/> Sotaque ou forma de falar |
| <input type="checkbox"/> Doença | <input type="checkbox"/> Tipo de comportamento ou hábito de vida |
| <input type="checkbox"/> Forma de vestir | <input type="checkbox"/> Usar óculos |
| <input type="checkbox"/> Idade | <input type="checkbox"/> Ter determinados valores morais, éticos ou estéticos |
| <input type="checkbox"/> Local de moradia | <input type="checkbox"/> Outro(s) motivo(s). Qual(is), então? |
| <input type="checkbox"/> Ser homem ou mulher | _____ |
| <input type="checkbox"/> Orientação política | _____ |
| <input type="checkbox"/> Orientação sexual | <input type="checkbox"/> Não sei |

b) Nessas ocasiões, você se sentiu incomodado?

- Não Sim, razoavelmente
 Sim, um pouco Sim, muito

c) Ainda nessas ocasiões, você se sentiu discriminado?

- Não Sim

C9. Você já foi avaliado de forma diferente, negativamente injusta em relação a seus colegas em algum estágio ou trabalho profissional?

- Não, isto nunca aconteceu comigo – pule para a questão C10, deixando os itens A, B e C abaixo em branco
 Sim, isso aconteceu comigo uma ou poucas vezes
 Sim, isso aconteceu comigo várias vezes
 Sim, isso sempre aconteceu comigo

a) Quando isto aconteceu, qual ou quais podem ter sido os motivos para você ter sido tratado assim? Se escolher mais de uma opção, escreva 1 para a mais importante e X para as outras nas caixas de resposta.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Condição econômica ou classe social | <input type="checkbox"/> Religião ou culto |
| <input type="checkbox"/> Cor ou raça | <input type="checkbox"/> Ser gordo ou magro |
| <input type="checkbox"/> Deficiência física | <input type="checkbox"/> Sotaque ou forma de falar |
| <input type="checkbox"/> Doença | <input type="checkbox"/> Tipo de comportamento ou hábito de vida |
| <input type="checkbox"/> Forma de vestir | <input type="checkbox"/> Usar óculos |
| <input type="checkbox"/> Idade | <input type="checkbox"/> Ter determinados valores morais, éticos ou estéticos |
| <input type="checkbox"/> Local de moradia | <input type="checkbox"/> Outro(s) motivo(s). Qual(is), então? |
| <input type="checkbox"/> Ser homem ou mulher | _____ |
| <input type="checkbox"/> Orientação política | _____ |
| <input type="checkbox"/> Orientação sexual | <input type="checkbox"/> Não sei |

b) Nessas ocasiões, você se sentiu incomodado?

- Não Sim, razoavelmente
 Sim, um pouco Sim, muito

c) Ainda nessas ocasiões, você se sentiu discriminado?

- Não Sim

→ Por favor, continue a responder o questionário na próxima página.

C10. Ao tentar ficar ou namorar com alguém, você já foi tratado com desprezo pela outra pessoa, sem ter dado motivos para isso? Considere apenas as situações em que você foi tratado pior em relação aos outros que também tentaram ficar ou namorar com esta ou estas pessoas.

- Não, isto nunca aconteceu comigo – pule para a questão C11, deixando os itens A, B e C abaixo em branco
 Sim, isso aconteceu comigo uma ou poucas vezes
 Sim, isso aconteceu comigo várias vezes
 Sim, isso sempre aconteceu comigo

a) Quando isto aconteceu, qual ou quais podem ter sido os motivos para você ter sido tratado assim? Se escolher mais de uma opção, escreva 1 para a mais importante e X para as outras nas caixas de resposta.

<input type="checkbox"/> Condição econômica ou classe social	<input type="checkbox"/> Religião ou culto
<input type="checkbox"/> Cor ou raça	<input type="checkbox"/> Ser gordo ou magro
<input type="checkbox"/> Deficiência física	<input type="checkbox"/> Sotaque ou forma de falar
<input type="checkbox"/> Doença	<input type="checkbox"/> Tipo de comportamento ou hábito de vida
<input type="checkbox"/> Forma de vestir	<input type="checkbox"/> Usar óculos
<input type="checkbox"/> Idade	<input type="checkbox"/> Ter determinados valores morais, éticos ou estéticos
<input type="checkbox"/> Local de moradia	<input type="checkbox"/> Outro(s) motivo(s). Qual(is), então?
<input type="checkbox"/> Ser homem ou mulher	_____
<input type="checkbox"/> Orientação política	_____
<input type="checkbox"/> Orientação sexual	<input type="checkbox"/> Não sei

b) Nessas ocasiões, você se sentiu incomodado?

Não Sim, razoavelmente
 Sim, um pouco Sim, muito

c) Ainda nessas ocasiões, você se sentiu discriminado?

Não Sim

C11. A família de alguma pessoa com quem você se relacionou afetivamente, ficou, namorou ou casou rejeitou você ou tentou impedir sua relação com ele(a)?

- Não, isto nunca aconteceu comigo – pule para a questão C12, deixando os itens A, B e C abaixo em branco
 Sim, isso aconteceu comigo uma ou poucas vezes
 Sim, isso aconteceu comigo várias vezes
 Sim, isso sempre aconteceu comigo

a) Quando isto aconteceu, qual ou quais podem ter sido os motivos para você ter sido tratado assim? Se escolher mais de uma opção, escreva 1 para a mais importante e X para as outras nas caixas de resposta.

<input type="checkbox"/> Condição econômica ou classe social	<input type="checkbox"/> Religião ou culto
<input type="checkbox"/> Cor ou raça	<input type="checkbox"/> Ser gordo ou magro
<input type="checkbox"/> Deficiência física	<input type="checkbox"/> Sotaque ou forma de falar
<input type="checkbox"/> Doença	<input type="checkbox"/> Tipo de comportamento ou hábito de vida
<input type="checkbox"/> Forma de vestir	<input type="checkbox"/> Usar óculos
<input type="checkbox"/> Idade	<input type="checkbox"/> Ter determinados valores morais, éticos ou estéticos
<input type="checkbox"/> Local de moradia	<input type="checkbox"/> Outro(s) motivo(s). Qual(is), então?
<input type="checkbox"/> Ser homem ou mulher	_____
<input type="checkbox"/> Orientação política	_____
<input type="checkbox"/> Orientação sexual	<input type="checkbox"/> Não sei

b) Nessas ocasiões, você se sentiu incomodado?

Não Sim, razoavelmente
 Sim, um pouco Sim, muito

c) Ainda nessas ocasiões, você se sentiu discriminado?

Não Sim

→ Por favor, continue a responder o questionário na próxima página.

C12. Você já foi tratado de modo inferior por algum de seus pais, tios, primos ou avós em relação aos outros familiares?

- Não, isto nunca aconteceu comigo – pule para a questão C13, deixando os itens A, B e C abaixo em branco
 Sim, isso aconteceu comigo uma ou poucas vezes
 Sim, isso aconteceu comigo várias vezes
 Sim, isso sempre aconteceu comigo

a) Quando isto aconteceu, qual ou quais podem ter sido os motivos para você ter sido tratado assim? Se escolher mais de uma opção, escreva 1 para a mais importante e X para as outras nas caixas de resposta.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Condição econômica ou classe social | <input type="checkbox"/> Religião ou culto |
| <input type="checkbox"/> Cor ou raça | <input type="checkbox"/> Ser gordo ou magro |
| <input type="checkbox"/> Deficiência física | <input type="checkbox"/> Sotaque ou forma de falar |
| <input type="checkbox"/> Doença | <input type="checkbox"/> Tipo de comportamento ou hábito de vida |
| <input type="checkbox"/> Forma de vestir | <input type="checkbox"/> Usar óculos |
| <input type="checkbox"/> Idade | <input type="checkbox"/> Ter determinados valores morais, éticos ou estéticos |
| <input type="checkbox"/> Local de moradia | <input type="checkbox"/> Outro(s) motivo(s). Qual(is), então?
_____ |
| <input type="checkbox"/> Ser homem ou mulher | <input type="checkbox"/> Não sei |
| <input type="checkbox"/> Orientação política | |
| <input type="checkbox"/> Orientação sexual | |

b) Nessas ocasiões, você se sentiu incomodado?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim, razoavelmente |
| <input type="checkbox"/> Sim, um pouco | <input type="checkbox"/> Sim, muito |

c) Ainda nessas ocasiões, você se sentiu discriminado?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
|------------------------------|------------------------------|

C13. Você já foi chamado por nomes, palavras das quais não gostou ou termos pejorativos? Pense que isto pode ter acontecido em ruas, ônibus, shoppings, bancos, lojas, festas, escola, local de trabalho ou outros locais públicos.

- Não, isto nunca aconteceu comigo – pule para a questão C14, deixando os itens A, B e C abaixo em branco
 Sim, isso aconteceu comigo uma ou poucas vezes
 Sim, isso aconteceu comigo várias vezes
 Sim, isso sempre aconteceu comigo

a) Quando isto aconteceu, qual ou quais podem ter sido os motivos para você ter sido tratado assim? Se escolher mais de uma opção, escreva 1 para a mais importante e X para as outras nas caixas de resposta.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Condição econômica ou classe social | <input type="checkbox"/> Religião ou culto |
| <input type="checkbox"/> Cor ou raça | <input type="checkbox"/> Ser gordo ou magro |
| <input type="checkbox"/> Deficiência física | <input type="checkbox"/> Sotaque ou forma de falar |
| <input type="checkbox"/> Doença | <input type="checkbox"/> Tipo de comportamento ou hábito de vida |
| <input type="checkbox"/> Forma de vestir | <input type="checkbox"/> Usar óculos |
| <input type="checkbox"/> Idade | <input type="checkbox"/> Ter determinados valores morais, éticos ou estéticos |
| <input type="checkbox"/> Local de moradia | <input type="checkbox"/> Outro(s) motivo(s). Qual(is), então?
_____ |
| <input type="checkbox"/> Ser homem ou mulher | <input type="checkbox"/> Não sei |
| <input type="checkbox"/> Orientação política | |
| <input type="checkbox"/> Orientação sexual | |

b) Nessas ocasiões, você se sentiu incomodado?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim, razoavelmente |
| <input type="checkbox"/> Sim, um pouco | <input type="checkbox"/> Sim, muito |

c) Ainda nessas ocasiões, você se sentiu discriminado?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
|------------------------------|------------------------------|

Por favor, continue a responder o questionário na próxima página.

C14. Você já foi excluído ou deixado de lado por um grupo de colegas da escola ou da universidade? Pense que isto pode ter acontecido recentemente (universidade) ou no passado (escola), durante a prática de esportes, aulas, realização de trabalhos em grupo, festas, reuniões importantes ou outros encontros com os colegas.

- Não, isto nunca aconteceu comigo – pule para a questão C15, deixando os itens A, B e C abaixo em branco
 Sim, isso aconteceu comigo uma ou poucas vezes
 Sim, isso aconteceu comigo várias vezes
 Sim, isso sempre aconteceu comigo

a) Quando isto aconteceu, qual ou quais podem ter sido os motivos para você ter sido tratado assim? Se escolher mais de uma opção, escreva 1 para a mais importante e X para as outras nas caixas de resposta.

<input type="checkbox"/> Condição econômica ou classe social	<input type="checkbox"/> Religião ou culto
<input type="checkbox"/> Cor ou raça	<input type="checkbox"/> Ser gordo ou magro
<input type="checkbox"/> Deficiência física	<input type="checkbox"/> Sotaque ou forma de falar
<input type="checkbox"/> Doença	<input type="checkbox"/> Tipo de comportamento ou hábito de vida
<input type="checkbox"/> Forma de vestir	<input type="checkbox"/> Usar óculos
<input type="checkbox"/> Idade	<input type="checkbox"/> Ter determinados valores morais, éticos ou estéticos
<input type="checkbox"/> Local de moradia	<input type="checkbox"/> Outro(s) motivo(s). Qual(is), então? _____
<input type="checkbox"/> Ser homem ou mulher	<input type="checkbox"/> Não sei
<input type="checkbox"/> Orientação política	
<input type="checkbox"/> Orientação sexual	

b) Nessas ocasiões, você se sentiu incomodado?

<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim, razoavelmente
<input type="checkbox"/> Sim, um pouco	<input type="checkbox"/> Sim, muito

c) Ainda nessas ocasiões, você se sentiu discriminado?

<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
------------------------------	------------------------------

C15. Você já foi excluído ou deixado de lado por um grupo de colegas de estágio ou trabalho? Pense que isto pode ter acontecido durante a realização de trabalhos em equipe, reuniões de trabalho, congressos, eventos ou festas e reuniões informais.

- Não, isto nunca aconteceu comigo – pule para a questão C16, deixando os itens A, B e C abaixo em branco
 Sim, isso aconteceu comigo uma ou poucas vezes
 Sim, isso aconteceu comigo várias vezes
 Sim, isso sempre aconteceu comigo

a) Quando isto aconteceu, qual ou quais podem ter sido os motivos para você ter sido tratado assim? Se escolher mais de uma opção, escreva 1 para a mais importante e X para as outras nas caixas de resposta.

<input type="checkbox"/> Condição econômica ou classe social	<input type="checkbox"/> Religião ou culto
<input type="checkbox"/> Cor ou raça	<input type="checkbox"/> Ser gordo ou magro
<input type="checkbox"/> Deficiência física	<input type="checkbox"/> Sotaque ou forma de falar
<input type="checkbox"/> Doença	<input type="checkbox"/> Tipo de comportamento ou hábito de vida
<input type="checkbox"/> Forma de vestir	<input type="checkbox"/> Usar óculos
<input type="checkbox"/> Idade	<input type="checkbox"/> Ter determinados valores morais, éticos ou estéticos
<input type="checkbox"/> Local de moradia	<input type="checkbox"/> Outro(s) motivo(s). Qual(is), então? _____
<input type="checkbox"/> Ser homem ou mulher	<input type="checkbox"/> Não sei
<input type="checkbox"/> Orientação política	
<input type="checkbox"/> Orientação sexual	

b) Nessas ocasiões, você se sentiu incomodado?

<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim, razoavelmente
<input type="checkbox"/> Sim, um pouco	<input type="checkbox"/> Sim, muito

c) Ainda nessas ocasiões, você se sentiu discriminado?

<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
------------------------------	------------------------------

→ Por favor, continue a responder o questionário na próxima página.

C16. Você já foi excluído ou deixado de lado por um grupo de amigos do bairro, de pessoas de sua vizinhança ou de seu condomínio? Pense que isto pode ter acontecido em encontros da vizinhança, reuniões de condomínio, festas e outras datas de comemorações.

- Não, isto nunca aconteceu comigo – pule para a questão C17, deixando os itens A, B e C abaixo em branco
 Sim, isso aconteceu comigo uma ou poucas vezes
 Sim, isso aconteceu comigo várias vezes
 Sim, isso sempre aconteceu comigo

a) Quando isto aconteceu, qual ou quais podem ter sido os motivos para você ter sido tratado assim? Se escolher mais de uma opção, escreva 1 para a mais importante e X para as outras nas caixas de resposta.

<input type="checkbox"/> 1. Condição econômica ou classe social	<input type="checkbox"/> 10. Religião ou culto
<input type="checkbox"/> 2. Cor ou raça	<input type="checkbox"/> 11. Ser gordo ou magro
<input type="checkbox"/> 3. Deficiência física	<input type="checkbox"/> 12. Sotaque ou forma de falar
<input type="checkbox"/> 4. Doença	<input type="checkbox"/> 13. Tipo de comportamento ou hábito de vida
<input type="checkbox"/> 5. Forma de vestir	<input type="checkbox"/> 14. Usar óculos
<input type="checkbox"/> 6. Idade	<input type="checkbox"/> 15. Ter determinados valores morais, éticos ou estéticos
<input type="checkbox"/> 7. Local de moradia	<input type="checkbox"/> 16. Outro(s) motivo(s). Qual(is), então?
<input type="checkbox"/> 8. Ser homem ou mulher	_____
<input type="checkbox"/> 9. Orientação política	_____
<input type="checkbox"/> 10. Orientação sexual	<input type="checkbox"/> 17. Não sei

b) Nessas ocasiões, você se sentiu incomodado?

<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim, razoavelmente
<input type="checkbox"/> Sim, um pouco	<input type="checkbox"/> Sim, muito

c) Ainda nessas ocasiões, você se sentiu discriminado?

<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
------------------------------	------------------------------

C17. Você já participou de um processo seletivo para conseguir emprego ou estágio e foi recusado, mesmo tendo os melhores pré-requisitos dentre todos os candidatos?

- Não, isto nunca aconteceu comigo – pule para a questão C18, deixando os itens A, B e C abaixo em branco
 Sim, isso aconteceu comigo uma ou poucas vezes
 Sim, isso aconteceu comigo várias vezes
 Sim, isso sempre acontece comigo

a) Quando isto aconteceu, qual ou quais podem ter sido os motivos para você ter sido tratado assim? Se escolher mais de uma opção, escreva 1 para a mais importante e X para as outras nas caixas de resposta.

<input type="checkbox"/> 1. Condição econômica ou classe social	<input type="checkbox"/> 10. Religião ou culto
<input type="checkbox"/> 2. Cor ou raça	<input type="checkbox"/> 11. Ser gordo ou magro
<input type="checkbox"/> 3. Deficiência física	<input type="checkbox"/> 12. Sotaque ou forma de falar
<input type="checkbox"/> 4. Doença	<input type="checkbox"/> 13. Tipo de comportamento ou hábito de vida
<input type="checkbox"/> 5. Forma de vestir	<input type="checkbox"/> 14. Usar óculos
<input type="checkbox"/> 6. Idade	<input type="checkbox"/> 15. Ter determinados valores morais, éticos ou estéticos
<input type="checkbox"/> 7. Local de moradia	<input type="checkbox"/> 16. Outro(s) motivo(s). Qual(is), então?
<input type="checkbox"/> 8. Ser homem ou mulher	_____
<input type="checkbox"/> 9. Orientação política	_____
<input type="checkbox"/> 10. Orientação sexual	<input type="checkbox"/> 17. Não sei

b) Nessas ocasiões, você se sentiu incomodado?

<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim, razoavelmente
<input type="checkbox"/> Sim, um pouco	<input type="checkbox"/> Sim, muito

c) Ainda nessas ocasiões, você se sentiu discriminado?

<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
------------------------------	------------------------------

Por favor, continue a responder o questionário na próxima página.

C18. Ao frequentar postos de saúde, hospitais, prontos-socorros ou outros serviços de saúde, você já foi tratado de maneira inferior em relação às outras pessoas lá presentes?

- Não, isto nunca aconteceu comigo – pule para a questão C19, deixando os itens A, B e C abaixo em branco
 Sim, isso aconteceu comigo uma ou poucas vezes
 Sim, isso aconteceu comigo várias vezes
 Sim, isso sempre acontece comigo

a) Quando isto aconteceu, qual ou quais podem ter sido os motivos para você ter sido tratado assim? Se escolher mais de uma opção, escreva 1 para a mais importante e X para as outras nas caixas de resposta.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Condição econômica ou classe social | <input type="checkbox"/> Religião ou culto |
| <input type="checkbox"/> Cor ou raça | <input type="checkbox"/> Ser gordo ou magro |
| <input type="checkbox"/> Deficiência física | <input type="checkbox"/> Sotaque ou forma de falar |
| <input type="checkbox"/> Doença | <input type="checkbox"/> Tipo de comportamento ou hábito de vida |
| <input type="checkbox"/> Forma de vestir | <input type="checkbox"/> Usar óculos |
| <input type="checkbox"/> Idade | <input type="checkbox"/> Ter determinados valores morais, éticos ou estéticos |
| <input type="checkbox"/> Local de moradia | <input type="checkbox"/> Outro(s) motivo(s). Qual(is), então?
_____ |
| <input type="checkbox"/> Ser homem ou mulher | _____ |
| <input type="checkbox"/> Orientação política | _____ |
| <input type="checkbox"/> Orientação sexual | <input type="checkbox"/> Não sei |

b) Nessas ocasiões, você se sentiu incomodado?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim, razoavelmente |
| <input type="checkbox"/> Sim, um pouco | <input type="checkbox"/> Sim, muito |

c) Ainda nessas ocasiões, você se sentiu discriminado?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
|------------------------------|------------------------------|

C19. Por fim, é possível que alguma das situações acima não tenham acontecido com você, mas você pode ter visto alguém ser tratado de maneira diferente. Por acaso, você já viu alguém ser tratado de modo diferente em alguma das situações colocadas acima?

- Não – pule para a questão da próxima página, deixando os itens A em branco
 Sim, uma ou poucas vezes
 Sim, várias vezes
 Sim, sempre

a) Você acha que esta(s) pessoa(s) foi(ram) discriminada(s)?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim, várias vezes |
| <input type="checkbox"/> Sim, às vezes | <input type="checkbox"/> Sim, sempre |

Por favor, continue a responder o questionário na próxima página.

ANEXO E - Questionário PCATool-OH

A - GRAU DE AFILIAÇÃO	
<p>A1 - Há um dentista ou serviço de saúde bucal onde você geralmente vai quando tem uma doença na boca ou nos dentes ou quando precisa de conselhos sobre a sua saúde bucal?</p> <p><input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim (Por favor, dê o nome e endereço)</p> <p>Nome do profissional ou serviço de saúde bucal: <input type="text"/></p> <p>Endereço <input type="text"/></p>	
<p>A2 - Há um dentista ou serviço de saúde bucal que o/a conhece melhor como pessoa?</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, mesmo dentista/serviço de saúde bucal que acima</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, dentista/ serviço de saúde bucal diferente (Por favor, me dê o nome e endereço)</p> <p>Nome do profissional ou serviço de saúde bucal: <input type="text"/></p> <p>Endereço <input type="text"/></p>	
<p>A3 - Há um dentista ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde bucal?</p> <p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, o mesmo que A2 somente.</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, o mesmo que A1 & A2 acima. <input type="checkbox"/> Sim, diferente de A1 & A2</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, o mesmo que A1 somente.</p> <p>Nome do profissional ou serviço de saúde bucal: <input type="text"/></p> <p>Endereço <input type="text"/></p>	
<p>Para o entrevistador:</p> <p>IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE BUCAL OU DENTISTA A SER AVALIADO.</p> <p>AGORA, o entrevistador identifica o serviço de saúde bucal que será avaliado, conforme as orientações abaixo:</p> <p>- Se o entrevistado indicou o mesmo serviço de saúde bucal nas três perguntas, continue o restante do questionário sobre este dentista ou serviço de saúde bucal. (Preencha o item abaixo).</p> <p>- Se o entrevistado respondeu duas perguntas iguais, continue o restante do questionário sobre este dentista ou serviço de saúde bucal (Preencha o item abaixo).</p> <p>- Se o entrevistado respondeu NÃO a duas perguntas, continue o restante do questionário sobre esse dentista ou serviço de saúde bucal identificado na pergunta à qual o entrevistado respondeu SIM. (Preencha o item abaixo).</p> <p>- Se o entrevistado respondeu NÃO à pergunta A1 e indicar respostas diferentes para as perguntas A2 e A3, continue o restante do questionário sobre esse dentista ou serviço de saúde bucal indicado na resposta A3. (Preencha o item abaixo).</p> <p>- Se o entrevistado respondeu NÃO a todas as três perguntas, por favor pergunte o nome do último dentista ou serviço de saúde bucal onde este(a) consultou e continue o restante do questionário sobre esse dentista ou serviço de saúde bucal (Preencha o item abaixo).</p> <p>Nome do dentista ou serviço de saúde bucal procurado pela última vez:</p> <p><input type="text"/></p> <p>Esclareça ao entrevistado que: a partir de agora, todas as perguntas seguintes serão sobre o (a):</p> <p><input type="text"/></p> <p style="text-align: center;">("nome do serviço de saúde bucal/nome do dentista")</p> <p>Após a identificação deste serviço de saúde bucal/dentista, pergunte todo o restante do questionário sobre este, substituindo "nome do serviço de saúde bucal/nome do dentista" pelo nome identificado.</p>	

B - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - UTILIZAÇÃO					
Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta 1.					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
B1. Quando você necessita de uma consulta de revisão de saúde bucal com o dentista (consulta de rotina, check-up), você vai ao seu "nome do serviço de saúde bucal/nome do dentista" antes de ir a outro serviço de saúde bucal?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B2. Quando você tem um novo problema na boca ou nos dentes, você vai ao seu "nome do serviço de saúde bucal/nome do dentista" antes de ir a outro serviço de saúde bucal?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B3. Quando você tem que consultar um dentista especialista (por exemplo: para fazer um tratamento de canal - endodontista ou tratamento de gengivas - periodontista), o seu "nome do serviço de saúde bucal/nome do dentista" tem que encaminhar você obrigatoriamente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

C - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - ACESSIBILIDADE					
Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta 1.					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
C1. O "nome do serviço de saúde bucal/nome do dentista" fica aberto no sábado ou no domingo?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C2. O "nome do serviço de saúde bucal/nome do dentista" fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até as 20 horas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C3. Quando o seu "nome do serviço de saúde bucal/nome do dentista" está aberto e você apresenta algum problema na boca ou nos dentes, alguém de lá atende você no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C4. Quando o seu "nome do serviço de saúde bucal/nome do dentista" está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C5. Quando o seu "nome do serviço de saúde bucal/nome do dentista" está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando apresenta um problema na boca ou nos dentes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C6. Quando o seu "nome do serviço de saúde bucal/nome do dentista" está fechado no sábado e domingo e você tem um problema na boca ou nos dentes, alguém deste serviço atende você no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C7. Quando o seu "nome do serviço de saúde bucal/nome do dentista" está fechado e você tem um problema na boca ou nos dentes durante a noite, alguém deste serviço atende você naquela noite?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C8. É fácil marcar hora para uma consulta de revisão com o dentista (consulta de rotina, "check-up") neste "nome do serviço de saúde bucal/nome do dentista"?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C9. Quando você chega no seu "nome do serviço de saúde bucal/nome do dentista", você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com dentista (sem contar triagem ou acolhimento)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C10. Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora no seu "nome do serviço de saúde bucal/nome do dentista"?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C11. É difícil para você conseguir atendimento com o dentista no "nome do serviço de saúde bucal/nome do dentista" quando pensa que é necessário?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C12. Quando você tem que ir ao "nome do serviço de saúde bucal/nome do dentista", você tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde bucal?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

ANEXO F - Diretrizes para publicação na Revista Cadernos de Saúde Pública

01/10/2020

Cad. Saúde Pública- Instruções aos autores



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 contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista adota apenas a versão on-line, em sistema de publicação continuada de artigos em periódicos indexados na base SciELO. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração. (leia mais - [link resumo](#)).

Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

A Revista adota o sistema Ephorous para identificação de plágio.

Os artigos serão avaliados preferencialmente por três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito pelo Corpo Editorial de CSP se atender aos critérios de qualidade, originalidade e rigor metodológico adotados pela revista.

Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo a publicação Cadernos de Saúde Pública, o direito de primeira publicação.

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 - Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);
- 1.2 - Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo

- principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.3 - Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;
- 1.4 - Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como por exemplo o PROSPERO (<http://www.crd.york.ac.uk/prospero/>); as revisões sistemáticas deverão ser submetidas em inglês (leia mais - [LINK 3](#));
- 1.5 - Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras (leia mais - [LINK 4](#));
- 1.6 - Questões Metodológicas ([LINK 5](#)): artigos cujo foco é a discussão, comparação ou 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); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);
- 1.7 - Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica ([LINK 1](#)) na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa ([LINK 2](#));
- 1.8 - 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);
- 1.9 - Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras);
- 1.10 - Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras).

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, de fim de página e anexos não serão aceitos.
- 2.4 - A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.
- 2.5 - Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

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

01/10/2020

Cad. Saúde Pública- Instruções aos autores

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. 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro 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](#).

Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página

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 site 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://cademos.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 no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados.

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.
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 (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo. Cada dado na tabela deve ser inserido em uma célula separadamente, e dividida em linhas e colunas.

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. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.

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 (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.

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 - A prova de prelo será acessada pelo(a) autor(a) de correspondência via sistema

[<http://cademos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>]. 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 - Para acessar a prova de prelo e as declarações, o(a) autor(a) de correspondência deverá acessar o link do sistema: <http://cademos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>, utilizando login e senha já cadastrados em nosso site. Os arquivos estarão disponíveis na aba "Documentos". Seguindo o passo a passo:

15.2.1 - Na aba "Documentos", baixar o arquivo PDF com o texto e as declarações (*Aprovação da Prova de Prelo, Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica) e Termos e Condições*);

15.2.2 - Encaminhar para cada um dos autores a prova de prelo e a declaração de Cessão de Direitos Autorais (*Publicação Científica*);

15.2.3 - Cada autor(a) deverá verificar a prova de prelo e assinar a declaração Cessão de Direitos Autorais (*Publicação Científica*);

15.2.4 - As declarações assinadas pelos autores deverão ser escaneadas e encaminhadas via sistema, na aba "Autores", pelo autor de correspondência. O upload de cada documento deverá ser feito no espaço referente a cada autor(a);

15.2.5 - Informações importantes para o envio de correções na prova:

15.2.5.1 - A prova de prelo apresenta numeração de linhas para facilitar a indicação de eventuais correções;

15.2.5.2 - Não serão aceitas correções feitas diretamente no arquivo PDF;

15.2.5.3 - As correções deverão ser listadas na aba "Conversas", indicando o número da linha e a correção a ser feita.

15.3 - As Declarações assinadas pelos autores e as correções a serem feitas deverão ser encaminhadas via sistema [<http://cademos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>] no prazo de 72 horas.

[[Home](#)] [[Sobre esta revista](#)] [[Corpo editorial](#)] [[Assinaturas](#)]

 Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

Rua Leopoldo Bulhões, 1480
21041-210 Rio de Janeiro RJ Brazil
Tel.: +55 21 2598-2511
Fax: +55 21 2598-2737 / +55 21 2598-2514



cademos@fiocruz.br