



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA – UEPB**  
**CAMPUS I BODOCONGÓ**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS**  
**DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**

**CAMILA SOARES SAMPAIO**

**CONHECIMENTO E PERCEÇÃO DOS PACIENTES SOBRE SAÚDE BUCAL**

**CAMPINA GRANDE-PB**

**2012**

**CAMILA SOARES SAMPAIO**

**CONHECIMENTO E PERCEPÇÃO DOS PACIENTES SOBRE SAÚDE BUCAL**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba em cumprimento às exigências para a obtenção do grau de Bacharel em Odontologia.

**Orientadora: Profa. Dra. Katia Simone Alves dos Santos**

**CAMPINA GRANDE-PB**

**2012**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

S192c Sampaio, Camila Soares.  
Conhecimento e percepção dos pacientes sobre saúde bucal / Camila Soares Sampaio. – 2012.  
35 f. : il.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2012.

“Orientação: Prof. Dra. Katia Simone Alves dos Santos, Departamento de Odontologia”.

1. Conhecimento. 2. Saúde bucal. 3. Odontologia.  
I. Título.

21. ed. CDD 617.601

**CAMILA SOARES SAMPAIO**

**CONHECIMENTO E PERCEÇÃO DOS PACIENTES SOBRE SAÚDE BUCAL**

Artigo apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba em cumprimento às exigências para a obtenção do grau de Bacharel em Odontologia.

Aprovado em 29/11/2012

**BANCA EXAMINADORA**

*Katia Simone Alves dos Santos*

**Profª Drª Katia Simone Alves dos Santos**

**(Orientadora)**

*Criseuda Maria Benício Barros*

**Profª Criseuda Maria Benício Barros**

**(1ª Examinadora)**

*Raquel Cristina Barbosa Gomes*

**Profª Drª Raquel Cristina Barbosa Gomes**

**(2ª Examinadora)**

## **DEDICATÓRIA**

**À Deus** por ter a certeza que Ele esteve presente em todos os momentos dessa jornada, e me deu forças para continuar até nos momentos mais difíceis.

**À Meus Pais, Maria Lucia Soares Sampaio e Valdir Gomes Sampaio** que nunca mediram esforços para realização desse sonho e da minha felicidade. Meus exemplos de força e perseverança.

## **AGRADECIMENTOS**

**A minha orientadora Profa. Dra. Katia Simone Alves dos Santos**, que dedicou grande parte do seu tempo para realização desse trabalho. Que contribuiu muito para minha formação e me proporcionou um grande aprendizado durante a graduação.

**A todos os professores do Departamento de Odontologia da UEPB** pela dedicação e empenho ao longo dos 5 anos de curso. Em especial as Professoras **Criseuda Maria de Benicio Barros** pelo carinho e atenção dedicados a mim. Agradeço pelos conselhos e apoio em tantos momentos dessa caminhada, e a Professora **Raquel Cristina Barbosa Gomes** que sempre esteve disponível para nos auxiliar no desenvolvimento desta pesquisa, além de todos os ensinamentos profissionais e pessoais que me passou durante o curso.

**Aos funcionários da UEPB** pela presteza e atendimento sempre que precisamos.

**Aos meu colegas de turma**, em especial a **Thiago, Miguel, Marayza, Monalisa, Sarah e Anne** pelo companheirismo e amizade construída ao longo desses 5 anos. Vocês foram essenciais para minha formação e para realização desse sonho.

**A minha dupla Joanna Furtado**, só tenho a agradecer pela amizade, paciência e companheirismo. Aprendemos, nos divertimos e também sofremos juntas, sempre apoiando e respeitando o limite da outra. Uma amizade pra vida inteira.

**Aos alunos da turma do 3º ano velho da UEPB**, por terem papel fundamental no desenvolvimento desta pesquisa. Em especial a **Tâmara Albuquerque** pela sua presteza sempre que solicitamos sua participação na pesquisa, muito obrigada pela colaboração e tempo dedicado à realização deste trabalho.

**À toda minha família**, por estar sempre ao meu lado, vibrando a cada conquista.

**À todos os meus amigos**, que estando perto ou longe, cada um do seu jeito, tiveram uma parcela de contribuição na realização desse sonho.

**Aos meu pais Valdir e Lucia, e ao meu irmão Valdir Júnior**, que mesmo longe, estiveram sempre presentes me apoiando e incentivando a ir mais longe do que eu achava ser capaz. Obrigada pelo amor e carinho ao longo de toda minha vida.

**“Sem sonhos a vida não tem brilho,  
Sem metas, os sonhos não tem alicerces,  
Sem prioridades os sonhos não se tornam reais.”  
Augusto Cury**



## SUMÁRIO

**RESUMO**

**ABSTRACT**

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
<b>2. METODOLOGIA</b>	<b>12</b>
<b>3. RESULTADOS</b>	<b>14</b>
<b>4. DISCUSSÃO</b>	<b>18</b>
<b>5. CONCLUSÃO</b>	<b>22</b>
<b>6. REFERÊNCIAS</b>	<b>23</b>
<b>NORMAS DA REVISTA</b>	<b>26</b>

## **RESUMO**

O objetivo desta pesquisa foi avaliar o conhecimento e a percepção de saúde bucal pelos pacientes atendidos na Clínica de Periodontia da Universidade Estadual da Paraíba no início e término do tratamento. Foi realizado um estudo transversal, no qual 23 pacientes com idades de 13 a 62 anos foram entrevistados através de questionário semi-estruturado, que foi aplicado no início e término do tratamento. Para as análises estatísticas foram utilizados testes de Qui-quadrado de *Pearson* de medidas esperadas e observadas, para comparar os dados obtidos no pré e o pós-tratamento. Nas análises inferenciais, aceitou-se significância de  $p \leq 0,05$ . Dentre os principais resultados verificou-se uma melhora na concepção da importância dos dentes ao término do tratamento, como também na auto-avaliação de saúde bucal que passou de “regular” para “boa” ( $p < 0,05$ ). A frequência de escovação e uso do fio dental aumentaram. O conhecimento sobre utilidade do flúor, do dentrífico e duração dos dentes também teve uma frequência maior no pós tratamento. Observou-se que é de grande importância a educação em saúde bucal por parte dos profissionais para uma maior conscientização dos pacientes sobre a higiene oral, e assim concluiu-se que há a necessidade de maior orientação sobre saúde bucal por parte dos alunos e profissionais da Odontologia.

**Palavras chave:** Conhecimento; Educação em saúde bucal; Percepção

## **ABSTRACT**

The aim of this study was to assess the knowledge and perception of oral health for patients seen at the Clinic of Periodontics, State University of Paraíba in the beginning and end of treatment. We conducted a cross-sectional study in which 23 patients aged 13-62 years were interviewed using semi-structured questionnaire that was administered at the beginning and end of treatment. For statistical analysis we used chi-square test measures the expected and observed, to compare the data obtained in the pre and post treatment. In inferential analyzes, significance was accepted at  $p \leq 0.05$ . Among the main results there was an improvement in the design of the importance of the teeth after treatment, but also in self-rated oral health that went from "average" to "good" ( $p < 0.05$ ). The frequency of brushing and flossing increased. Knowledge about usefulness of fluoride, dentifrice and the duration of the teeth also had a higher frequency in the post treatment. It was observed that it is very important to oral health education by professionals for greater awareness of patients on oral hygiene, and so it was concluded that there is a need for more guidance on oral health by students and professionals Dentistry.

**Keywords:** Knowledge, Education in oral health; Perception

## 1. INTRODUÇÃO

Muitos estudos têm demonstrado que os hábitos de higiene bucal, presença da placa bacteriana e sangramento gengival não são igualmente distribuídos na população, e que variam de acordo com fatores sociodemográficos, como idade, gênero, nível econômico e cultural<sup>1,2</sup>

A percepção da condição bucal e a importância dada a ela é que condicionam o comportamento do indivíduo. Na maioria das vezes a razão para as pessoas não procurarem o atendimento odontológico é a não percepção de suas necessidades<sup>3</sup>. Ao avaliarem sua condição bucal, as pessoas usam critérios diferentes dos utilizados pelos profissionais, enquanto o cirurgião dentista avalia a condição com base na ausência ou presença de doença, o paciente dá mais importância aos sintomas e problemas funcionais e sociais que são ocasionados pela presença da doença<sup>4</sup>.

Educação em saúde / Saúde Oral significa aquisição de conhecimentos, desenvolvimento de habilidade, atitudes e construção de valores que levem o sujeito a agir no seu dia-a-dia, em benefício da própria saúde e da saúde da coletividade. Assim concebida, pode-se afirmar que a educação em saúde tem papel relevante na prevenção dos problemas orais, pois permite ao indivíduo ter consciência das doenças que podem acometer sua boca e da utilização de medidas preventivas<sup>5,6,7,8,9,10</sup>

Educação e motivação são procedimentos extremamente importantes, pois desenvolvem nas pessoas a consciência crítica das reais causas de seus problemas, despertando o interesse pela manutenção da saúde, ou seja, cria-se uma disposição para a ação.<sup>11</sup>

O processo de avaliação se processa através do acompanhamento das ações oferecidas, para verificar se os objetivos estão sendo ou não alcançados e se os resultados conseguirão mudar a situação desejada, ainda, a única maneira de se comprovar sua eficácia é avaliando resultados<sup>12</sup>. Para tanto, a avaliação se torna uma atividade importantíssima para o fornecimento de dados a serem utilizados para posterior reestruturação dos programas de saúde propostos. Uma forma de se avaliarem os programas é através da verificação do conhecimento adquirido pelos participantes no decorrer do processo educacional.<sup>13</sup>

A partir desta concepção, a proposta desta pesquisa será avaliar os conhecimentos e a percepção, sobre higiene e saúde oral, dos pacientes atendidos na

Clínica de Periodontia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)/Campus Campina Grande.

## **2. METODOLOGIA**

Um estudo longitudinal foi realizado com 23 pacientes de ambos os gêneros e com idades entre 13 e 62 anos, atendidos na Clínica de Periodontia da UEPB/Campus Campina Grande no semestre letivo de 2012.2. Os participantes foram selecionados de uma população de 25 pacientes que concluíram o tratamento no período em que os dados da pesquisa estavam sendo coletados e a amostra correspondeu a 92% dessa população.

A fim de garantir a representatividade, a amostra foi estratificada em duas fases. Os pacientes foram abordados e questionados antes de iniciar o tratamento periodontal e ao término foi reaplicado o mesmo questionário.

### **CrITÉRIOS de elegibilidade**

Pacientes que estavam sendo atendidos na Clínica de Periodontia da UEPB no semestre 2012.2, de ambos os sexos, que aceitaram participar da pesquisa através do termo de consentimento livre e esclarecido.

### **Coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada através de um questionário semi-estruturado, este foi testado previamente, sendo aplicado a 10 pacientes atendidos na clínica odontológica de Periodontia da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB. O questionário foi aplicado a cada paciente atendido na instituição que compuseram a amostra do estudo. O paciente recebeu um termo de consentimento livre e esclarecido para participação em pesquisa e ao concordar em participar assinaram o mesmo. Antes de iniciar o processo de coleta de dados, foi enviado ao Departamento de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, o Termo de Autorização Institucional, bem como foram enviados a Declaração de concordância com projeto de pesquisa e Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável.

Os dados foram coletados pelo pesquisador a partir das respostas dos pacientes da Clínica de Odontologia que se dispuseram a colaborar com a pesquisa respondendo ao questionário pré-estabelecido, criado pelo pesquisador. A pesquisa foi realizada entre os meses de Agosto e Novembro de 2012. Este questionário continha itens de identificação dos pacientes caracterizando a amostra, seguidos de perguntas objetivas e subjetivas referentes à temática. O questionário foi utilizado individualmente aos participantes de forma reservada, evitando qualquer tipo de constrangimento e facilitando a liberdade nas respostas.

Para a análise, os dados foram armazenados e tabulados no PASW (versão 21). Na descrição dos dados, foi utilizada a média como medida de tendência central, o desvio padrão (+) como medida de dispersão além da exposição das frequências e respectivas porcentagens. Foi utilizado ainda testes de Qui-quadrado de medidas esperadas e observadas, para comparar o pré e o pós-tratamento. Nas análises inferenciais, aceitou-se significância de  $p \leq 0,05$ .

### **Considerações éticas**

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (CAEE: 0215.0.133.000-12), em concordância com a Resolução 196/96 do Comitê Nacional de Saúde.

### 3. RESULTADOS

A amostra foi composta predominantemente por mulheres (73,9%). A maioria dos sujeitos recebe entre 1-3 salários mínimos (39,1%), seguido por 0-1 salários mínimos (34,8%). Quanto à idade, 60,9% da amostra tinha idade entre 20 a 49 anos, com uma média de 39,4 anos ( $\pm 15,5$ ). (Tabela 1)

Tabela 1. Características sócio-demográficas da amostra

Sexo	Frequência	Porcentagem
Masculino	6	26,1%
Feminino	17	73,9%
<b>Renda Mensal familiar</b>		
0-1 Salário Mínimo	8	34,8%
1-3 Salários Mínimos	9	39,1%
3-5 Salários Mínimos	5	21,7%
5-10 Salários Mínimos	1	4,3%
<b>Idade</b>		
> 19 anos	3	13%
Entre 20 a 49 anos	14	60,9%
< 50 anos	6	26,1%

A Tabela 2 descreve o grau de importância dado aos dentes antes e após o tratamento periodontal e nenhuma das variáveis apresentou diferenças estatisticamente significativas. Ainda assim, verifica-se que a maioria das pessoas avaliaram os dentes como “muito importante” para mastigação (Pré = 78,3%; Pós = 91,3%) além do aumento de 13% para essa variável na avaliação após o tratamento.

Tabela 2. Grau de importância de diferentes variáveis associadas a saúde bucal no pré e pós tratamento periodontal

Qual a importância dos dentes em sua vida?	Pré-tratamento		Pós-tratamento		Sig.
<b>Para mastigação?*</b>					
Muito importante	18	78,3%	21	91,3%	0,13
Importante	5	21,7%	2	8,7%	
<b>Para sua beleza?*</b>					
Muito importante	21	91,3%	15	65,2%	0,46
Importante	2	8,7%	8	34,8%	
<b>Para pronunciar palavras?*</b>					
Muito importante	16	69,6%	15	65,2%	0,65
Importante	7	30,4%	8	34,8%	
<b>Para conseguir emprego?*</b>					
Muito importante	16	69,6%	17	73,9%	0,65
Importante	7	30,4%	6	26,1%	
<b>Para comunicação com outras pessoas?</b>					
Muito importante	14	60,9%	17	73,9%	0,42
Importante	7	30,4%	5	21,7%	
Pouco importante	2	8,7%	1	4,3%	

\* Não possuiu frequência em “Pouco importante”.

Teste qui-quadrado de Pearson

Na tabela 3 podemos observar que a maioria dos pacientes classificou sua saúde bucal como “regular” (56,5%) antes do tratamento e “boa” (52,2%) após o tratamento. A variável “Porque você acha importante ter dentes saudáveis?”, manteve-se praticamente constante após o tratamento, com uma pequena maioria assinalando o item “para manter a saúde geral” (pré = 52,2%; pós = 56,6%). A frequência de escovação diária aumentou em (13,1%) no grupo que escova “três” vezes ao dia.

Ainda na tabela 3 podemos observar uma descrição dos pacientes que utilizam fio dental e quais os motivos. Houve um aumento na utilização de fio dental após o tratamento (pré = 31,4%; pós = 45,7%). A maioria (54,5%) relatou utilizar fio dental para remover restos de alimentos entre os dentes. Enquanto que, aqueles que relataram não utilizar fio dental justificaram por falta de hábito/esquecimento ou falta de tempo (58,3%).



Tabela 3. Distribuição dos pesquisados segundo as questões de percepção e comportamento do paciente em relação a saúde bucal no pré e pós tratamento periodontal

		Pré- tratamento	Pós-tratamento	Sig.		
<b>Como você classificaria sua saúde bucal?</b>						
Ótima		1	4,3%	3	13%	
Boa		6	26,1%	12	52,2%	
Regular		13	56,5%	6	26,1%	0,01
Ruim		2	8,7%	1	4,3%	
Péssima		1	4,3%	1	4,3%	
<b>Porque você acha importante ter dentes saudáveis?</b>						
Para manter a saúde da boca		10	43,5%	10	43,5%	
Para manter a saúde geral		12	52,2%	13	56,5%	*
Para melhorar a aparência		01	4,3%	0	0	
<b>Quantas vezes por dia você escova os dentes?</b>						
Uma		1	4,3%	3	13%	
Duas		7	30,4%	0	0	
Três		13	56,5%	16	69,6%	*
Quatro		2	8,7%	3	13%	
Mais de quatro		0	0	1	4,3%	
<b>Usa fio dental</b>	<b>Sim</b>	11	31,4%	16	45,7%	
	<b>Não</b>	12	52,2%	7	30,4%	
<b>Entre os que usam fio dental</b>						
		1	9,1%	0	0	
Somente para limpar os dentes do fundo						
		1	9,1%	1	6,3%	
Somente para limpar os dentes da frente						
		6	54,5%	5	31,3%	
Somente para remover restos de alimentos entre os dentes						
		3	27,3%	10	62,5%	
Para remover os restos de alimento e placa bacteriana entre os dentes						
<b>Não usa fio dental</b>						
Falta de hábito / esquecimento/ falta de tempo		7	58,3%	3	42,9%	
Não precisa		2	16,7%	2	28,6%	
Descuido/preguiça		3	25,0%	2	28,6%	

\* Possui frequência de zero em pelo menos um célula

Teste qui-quadrado de *Pearson*Algumas frequências não completaram 23 participantes, pois apresentaram *missing*.

Quando questionados sobre a “Utilidade do flúor” a maioria dos participantes respondeu o item “Evitar que o dente tenha cárie” (pré = 73,9%; pós = 65,2%). Para a

variável que avaliou o motivo da utilização do creme dental, o maior número de respostas esteve no item “para ajudar na limpeza” (pré = 48,2%; pós = 60%).(Tabela 4)

Com relação a pergunta “O que o (a) senhor (a) conhece sobre a duração da dentição humana?” houve um aumento significativo ( $p = 0,05$ ) entre aqueles que disseram que os dentes duram a vida toda (pré = 39,1%; pós = 60,9%). Quando questionadas sobre a forma de aquisição dos conhecimentos sobre Saúde Bucal observou-se que a maioria respondeu “Com cirurgião dentista” (pré = 60,9%; pós = 65,5%). (Tabela 4)

Ainda na tabela 4 observam-se as respostas referentes à pergunta “Os profissionais da Odontologia orientam sobre saúde bucal?” com relação a esta não foi encontrada nenhuma diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,53$ ), sendo assim, a maioria dos participantes permaneceram no grupo que afirmaram que os dentistas fazem orientação sobre saúde bucal (pré = 87%; pós = 91,3%).

Tabela 4. Distribuição dos pesquisados segundo as questões de conhecimento e orientação de saúde bucal no pré e pós tratamento periodontal

	Pré-tratamento	Pós-tratamento	Sig.
<b>Qual a utilidade do flúor?</b>			
Deixa os dentes mais brancos	4 17,4%	5 21,1%	
Impedir Sangramento gengiva	0 0	1 4,3%	
Evitar que o dente tenha cárie	17 73,9%	15 65,2%	*
Não é importante para os dentes	0 0	0 0	
Não sabe	2 8,7%	2 8,7%	
<b>Motivos para utilizar pasta dental**</b>			
Para ajudar na limpeza	27 48,2%	21 60%	
Para manter os dentes brancos	9 16%	5 14,3%	*
Para melhorar o hálito	9 16%	2 5,7%	
<b>O que o (a) senhor (a) conhece sobre a duração da dentição humana?</b>			
Os dentes duram a vida toda	9 39,1%	14 60,9%	
Os dentes não duram a vida toda	7 30,4%	7 30,4%	0,05
Outros	1 4,3%	1 4,3%	
Não sabe	6 26,1%	1 4,3%	
<b>Formas que adquiriu conhecimentos sobre Saúde Bucal?***</b>			
Com cirurgião dentista	14 60,9%	13 65,5%	
Na TV, rádio ou propagandas	8 34,8%	12 34,5%	*
Não tem conhecimento	1 4,3%	0 0	
<b>Os profissionais da Odontologia orientam sobre saúde bucal?</b>			
Sim	20 87%	21 91,3%	
Não	3 13%	2 8,2%	0,53

\* Possui frequência de zero em pelo menos um célula

\*\* Perguntas que permitiam mais de uma resposta

**Teste qui-quadrado de Pearson**

Algumas frequências não completaram 23 participantes, pois apresentaram *missing*.

A tabela 5 demonstra a frequência e os tipos de problemas dentários e gengivais e a comparação no pré e após o tratamento. A maioria (Pré = 78,3%; Pós = 73,9%) relataram ter problemas com os dentes. Sendo que, 38,9% no pré e 44,4% no pós tratamento, disseram possuir problemas com Cárie/ Restaurações Defeituosas. Foi encontrado uma diferença significativa de frequência entre o pré e o pós tratamento ( $p = 0,02$ ).

Quanto aos problemas gengivais os dados mostram que 43,5% da amostra possui algum tipo de problema na gengiva no pré teste e que no pós teste este índice aumentou para 56,5%. O problema mais frequente foi o sangramento (Pré = 50%; Pós = 69,2%), não sendo encontrado nenhuma diferença estatisticamente significativa entre o pré e o pós tratamento.

Tabela 5. Distribuição dos pesquisados segundo as questões de percepção de problemas dentários e gengivais no pré e pós tratamento periodontal

	Pré-teste		Pós-teste		Sig.
	F	P (%)	F	P (%)	
<b>Você tem algum problema com seus dentes?</b>					
Sim	18	78,3	17	73,9%	0,56
Não	5	21,7	6	26,1%	
<b>Você tem algum problema com seus dentes? Quais?</b>					
Cárie/ Restaurações Defeituosas	7	38,9%	8	44,4%	0,02
Sensibilidade/ Dor de dente	5	27,8%	2	11,1%	
Perda dentária/ Necessidade de prótese /Má oclusão	1	5,6%	2	11,1%	
Tratamento Endodontico	2	11,1%	1	2,9%	
Cálculo/ Tártaro/ Fazer limpeza	2	11,1%	3	16,7%	
Outros	1	5,6%	2	11,1%	
<b>Você tem algum problema com suas gengivas?</b>					
Sim	10	43,5%	13	56,5%	0,2
Não	13	56,5%	10	43,5%	
<b>Você tem algum problema com suas gengivas? Quais?</b>					
Sangramento	5	50%	9	69,2%	*
Gengivite	3	30%	1	7,7%	
Trauma gengival	1	10%	2	15,4%	
Hiperplasia gengival	1	10%	0	0	

\* Possui frequência de zero em pelo menos um célula.

#### 4. DISCUSSÃO

A amostra desse estudo foi composta predominantemente por mulheres, concordando com vários estudos<sup>14,15,16,17</sup> os quais constataram que as mulheres usam serviços de saúde mais frequentemente que os homens. Isto se reverte em uma situação favorável, uma vez que, a mulher quando conscientizada e adequadamente preparada, pode assumir o papel de principal agente de saúde na família.<sup>18</sup>

Considerou-se importante classificar esses indivíduos segundo sua renda, pois as doenças que afetam os indivíduos não podem ser explicadas somente pelos fatores biológicos que as caracterizam, uma vez que a qualidade de vida, decorrente dos aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais de uma sociedade, é determinante essencial<sup>19</sup>, sendo observado nesse estudo que a maioria dos sujeitos entrevistados recebia entre 1-3 salários mínimos, seguido por 0-1 salários mínimos.

A caracterização social da amostra mostrou uma média de idade entre os participantes de 39,4 anos. Hoje vivencia-se um quadro precário de saúde bucal da faixa etária adulta e idosa, resultado justamente da ausência de programas específicos para esse grupo populacional e que frente a esse abandono e dificuldades, ações voltadas à educação em saúde, com ênfase na autoproteção e autopercepção, deveriam ser mais exploradas.<sup>4</sup>

Os resultados encontrados para o grau de importância que os pacientes deram aos dentes não revelou diferenças estatisticamente significativas quando comparados os questionários do pré e pós-tratamento. Ainda assim, foi possível observar que no pré-tratamento, 91,3% dos participantes relacionaram os dentes como “muito importantes” para “beleza”. Essa grande percentagem pode ser explicada pela crescente valorização da estética na Odontologia contemporânea, tendo em vista que diariamente observa-se a valorização da beleza e da vaidade através das mais variadas práticas e artifícios.<sup>20</sup> Essas mudanças de hábitos comportamentais visam maior inclusão social e bem-estar por parte dos nossos pacientes, devido ao aumento do apelo estético imposto a eles no dia-a-dia.<sup>21</sup>

A maioria dos pacientes classificou sua saúde bucal como “regular” antes do tratamento e “boa” após o tratamento, revelando uma melhora estatisticamente significativa ( $p=0,01$ ) na percepção de saúde bucal ao longo do tratamento. Outras pesquisas<sup>4,18,19</sup> também encontraram uma autoavaliação de saúde bucal “regular” ao início do tratamento.

Embora no presente estudo não tenha sido feito o exame clínico dos participantes e, portanto, não seja possível comparar esses dados subjetivos com a situação clínica, estudos sobre autopercepção<sup>23</sup> já mostraram que a maioria das pessoas veem sua condição bucal de maneira favorável mesmo com condições clínicas não satisfatórias, provavelmente porque as medidas clínicas de saúde, utilizadas pelo profissional, são preceptores relativamente fracos da percepção de saúde bucal das pessoas.

Alguns autores<sup>22,23</sup> mostraram que existe relação entre a percepção da condição bucal e algumas variáveis clínicas, mas que se trata de uma associação relativamente fraca. De acordo com Jokovic e Locker,<sup>24</sup> uma das razões para a fraca associação entre as variáveis clínicas e a auto-avaliação deve-se ao fato de que muitas das doenças detectadas no exame clínico são assintomáticas e provavelmente desconhecidas do indivíduo.

Referente à pergunta “Por que você acha importante ter dentes saudáveis?”, uma pequena maioria dos pacientes sabe que ter dentes saudáveis é importante no quadro de saúde geral e há um pequeno aumento deste número no pós-tratamento. Este resultado vai de encontro às afirmações de outras pesquisas,<sup>25,26</sup>. Ainda assim, vale ressaltar a grande percentagem de pacientes que ainda tem a concepção que problemas dentários estão relacionados apenas com a saúde bucal, evidenciando-se a necessidade de melhoria das informações que são passadas para a população em geral.

Em relação à frequência de escovação diária houve um pequeno aumento no número de escovações do grupo que escova “três” e “quatro” vezes ao dia revelando uma maior atenção à higiene bucal após o tratamento e corroborando com os achados de outros estudos<sup>19,27</sup>. Segundo Maltz & Carvalho<sup>28</sup>, uma frequência maior de escovação é importante porque funciona como uma aplicação tópica de flúor diária, através do uso de dentífrícios fluoretados e também segundo Naressi & Moreira<sup>29</sup>, que afirmaram que escovar os dentes três vezes ao dia é importante na prevenção de doenças bucais.

Verificou-se também que houve um aumento na utilização de fio dental após o tratamento, assim como um aumento na percentagem dos pacientes que associaram seu uso com a “remoção da placa bacteriana e restos de alimentos entre os dentes” esse resultado provavelmente está associado à orientação repassada pelos alunos ao longo do tratamento. A crença de que o fio dental tem como função a remoção de restos alimentares, presentes entre os dentes, estimula a sua utilização com pequena frequência, pois os pacientes somente farão uso dele quando comerem alimentos sólidos

e estes ficarem entre os dentes. Essa atitude incorreta deve ser modificada, mediante esclarecimentos sobre a verdadeira função do fio dental.<sup>30</sup>

A escovação convencional não é efetiva para a higienização da região interproximal. Ainda, tendo-se por base que, mais frequentemente a doença periodontal se inicia nesta área, a remoção de placa bacteriana da região interproximal além de prevenir a cárie é de especial importância para a doença periodontal<sup>18</sup>.

Em relação à prevenção da cárie dentária, a utilização do flúor é reconhecidamente o método mais recomendado e utilizado pelos profissionais da área odontológica. Verificou-se que a maioria dos participantes (pré = 73,9%; pós = 65,2%) reconheceram no uso do flúor uma medida para controlar a doença, fato constatado em outros estudos.<sup>19,29,31,32</sup>

Para a variável que avaliou o motivo da utilização do creme dental, constatou-se um maior número de respostas para o item “para ajudar na limpeza” (pré = 48,2%; pós = 60%). Cury<sup>33</sup>, numa visão mais ampla, define dentifício como tudo aquilo que é usado com a escova de dente para remover restos de alimentos e ainda conferir bom hálito ao usuário. Nesta pesquisa, apenas 16% dos pacientes associaram o uso do dentifício a “melhora do hálito” no pré-tratamento, e essa percentagem diminuiu pra 5,7% no pós-tratamento. Por outro lado, deve ficar claro que o dentifício não é essencial para a remoção de placa dentária. Ele apenas auxilia na limpeza dos dentes e, no caso do dentifício fluoretado, ajuda na prevenção de cárie dental.<sup>34</sup>

Com relação às percepções dos entrevistados sobre a conservação dos dentes, foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,05$ ) entre os questionários iniciais e finais. Houve um aumento considerável entre aqueles que disseram que os dentes duram a vida toda, possivelmente esse aumento deve-se a redução no grupo que afirmavam não ter conhecimento sobre isso antes do tratamento.

Observa-se que, embora a maioria dos participantes acredite que os dentes possam durar a vida toda, isso é condicionado à responsabilidade individual pelo autocuidado e a procura pelo dentista. O fato de que 30,4% não acreditam na durabilidade dos dentes ao longo da vida pode estar relacionado a situações próprias vividas por essas pessoas, como a perda de dentes, ou por presenciarem o fato ocorrer com pessoas próximas. Outros trabalhos na literatura também constataram a mesma situação.<sup>35,36,37</sup>

Quanto a aquisição de conhecimentos sobre saúde bucal a maioria dos participantes apontaram o cirurgião dentista como principal fonte de informações sobre

saúde bucal demonstrando a importância da classe odontológica quanto à educação com vistas à manutenção de saúde bucal da população.

Pesquisas realizadas em diferentes países<sup>38,39,40</sup>, também encontraram o cirurgião-dentista como principal fonte de informações, representando 57%, 90%, 82,3% da população estudada, respectivamente.

Quando questionados se “Os profissionais da Odontologia orientam sobre saúde bucal?” não foi encontrada nenhuma diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,53$ ) entre os questionários iniciais e finais, sendo assim, a maioria dos participantes permaneceu no grupo que afirmaram que os dentistas fazem orientação sobre saúde bucal. De acordo com Garcia et al.<sup>41,42</sup>, a função de educador do cirurgião-dentista se faz tão importante quanto o domínio das técnicas curativas. A odontologia dos tempos modernos, baseada em atitudes e tratamentos preventivos, deve permitir que o profissional esteja apto a motivar e educar o paciente para a prevenção de cáries e doença periodontal.

Nesse estudo, a maioria dos participantes relatou ter problemas com os dentes. Cárie/ Restaurações Defeituosas foi o problema mais frequente citado por eles, este índice pode estar relacionado ao fato que, geralmente o paciente não conhece ou não dá importância às alterações bucais que não sejam a cáries e doença periodontal, nem mesmo o autoexame para identificá-las, devido à falta de divulgação de seus sinais e sintomas característicos.

Verificou-se que 43,5% dos pacientes que compuseram a amostra, acreditavam possuir algum tipo de problema na gengiva no pré teste, e que no pós teste este índice aumentou para 56,5%. Este padrão de resposta provavelmente está relacionado à falta de consciência dos problemas gengivais por parte dos pacientes antes do tratamento.

## **5. CONCLUSÃO**

Embora os pacientes atendidos na clínica de periodontia tenham apresentado atitudes positivas e um bom conhecimento e percepção sobre saúde bucal, os resultados observados quanto à aquisição de conhecimento durante o tratamento não foi significativa para algumas variáveis, demonstrando que há a necessidade de uma maior orientação por parte dos alunos.

## **Colaboradores**

Katia Simone Alves dos Santos participou da concepção e projeto, análise e interpretação dos dados e aprovação final da versão a ser publicada.

Camila Soares Sampaio participou da redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual.

### **Financiamento**

Este estudo foi financiado pelos próprios autores.

## **6. REFERENCIAS**

1. Al-Otaibi M., Angmar-Mansson B. Oral Hygiene habits and oral health awareness among urban Saudi Arabians. *Oral Health Prev Dent*, v.2, n.4, p. 389-396, 2004.
2. Almas K., Al-Hawish A., Al-Khamis W. Oral hygiene practices, smoking habit, and self-perceived oral malodor among dental students. *J Contemp Dent Pract*, v.4, n.4, p. 77-90, 2003.
3. Silva SRC, Fernandes RAC. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v.35, n.4, p.01-10, ago. 2001.
4. Bortoli D. et al. Associação entre percepção de saúde bucal e indicadores clínicos e subjetivos: estudo em adultos de um grupo de educação continuada da terceira idade. *UEPG Ci. Biol. Saúde*, Ponta Grossa, v. 9, n. 3/4, p. 55-65, set./dez. 2003.
5. Antunes SL. et al. Avaliação da percepção das crianças e conhecimento dos educadores frente à saúde bucal, dieta e higiene. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa, v.6, n.1, p. 79-85, jan./abr. 2006
6. Barroso MGT. et al. Ensino de educação em saúde, interdisciplinaridade e políticas públicas. *RBPS*, Fortaleza, v.19, n.3, p. 182-187, mar. 2006.
7. Brandão IMG. et al. Práticas relacionadas à saúde bucal em escolas municipais de educação infantil de Araçatuba, SP. *Ver Paul Odontol*, São Paulo, v.26, n.3, p. 23-26, mai./jun. 2004.
8. Granville-Garcia AF. et al. Conhecimento de professores do ensino fundamental sobre saúde bucal. *RGO*, Porto Alegre, v.55, n.1, p. 29-34, jan./mar. 2007.



9. Lervolino SA. Escola promotora da saúde: um projeto de qualidade de vida. Dissertação. (Mestrado) Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.
10. Pauleto ARC, Pereira MLT, Cyrino EG. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.121-130, 2004.
11. Santos PA, Rodrigues JÁ, Garcia PPNS. Avaliação do conhecimento e comportamento de saúde bucal de professores de ensino fundamental da cidade de Araraquara, *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*, Curitiba, v.6, n.33, p.389-397, set./out. 2003.
12. Gil CRR. Avaliação em saúde. *Rev Olho Mágico*, Londrina, v. 5, n.19, p.27-28,1999.
13. Orsi VME. et al. Hábitos e conhecimentos de escolares sobre saúde bucal. *RGO*, Porto Alegre, v. 57, n.3, p. 291-296, jul./set. 2009.
14. Dias NMO. Mulheres sanitárias de pés descalços. São Paulo: Hucitec; 1991.
15. Giron MCC, Oliveira JP, Klein HJ, Schutz R, Pia R. Estudo sobre a consulta preventiva em odontologia: realidade e sugestão. *Rev Odonto Cienc*, Porto Alegre, v.1, p.58-71, 1986.
16. Queiroz MS. Representações sobre saúde-doença: agentes de cura e pacientes no contexto do SUDS. Campinas: Unicamp; 1991.
17. Vasconcellos MCC, Silveira FO. Conhecimento sobre a manutenção da própria saúde bucal em população que demanda centro de saúde. *Rev Odontol Unesp*, São Paulo, v.18, p.225-32, 1989.
18. Unfer B, Saliba O. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v.34, n.2, p. 190-195, 2000.
19. Silva SRC, Rosell LF; Junior VA. Percepção das condições de saúde bucal por gestantes atendidas em uma unidade de saúde no município de Araraquara, São Paulo, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, v.6, n.4, p.405-410, out. / dez., 2006
20. Aimi E, Lopes GC. Restaurações diretas de resina composta em dentes posteriores: uma realidade no Brasil do século XXI. *Clínica; International J Braz Dent*; v. 3, n.1, Jan./Mar. 2007
21. Botta AC, Duarte SJr, Paulin FPI, Gheno SM, Powers JM. Surface roughness of enamel and four resin composites. *Am J Dent*. 2009 Oct; v.22, n. 5, p. 252-4.

22. Steele JG, Walls AWG, Ayatollahi SMT, Murray JJ. Major clinical findings from a dental survey of elderly people in three different English communities. *Br Dent J* 1996; 180: 17-23.
23. Atchison KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dental Educ* 1990; 54: 680-7.
24. Jokovic A, Locker D. Dissatisfaction with oral health status in an older adult population. *J Public Health Dent* 1997; 57:40-7.
25. Paes AMC, Rose MCP. Avaliação dos normalistas da escola normal de Ceilândia em educação em saúde bucal. *Rev Saúde*. 1997;8(3):32-43.
26. Martins EM. Educação em saúde bucal: os desafios de uma prática. *Cad Odontol*. 1998;1(2):30-40.
27. Menezes DR, Cavalcanti AL; Estudo comparativo da informação em saúde bucal entre estudantes de cursos da área de saúde. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa, v. 3, n. 2, p. 27-33, jul./dez. 2003
28. Maltz M, Carvalho J. Tratamento da doença cárie. In: Kriger L (Org.) *Promoção de saúde bucal*. São Paulo: Artes Médicas; 1997. p. 93-112.
29. Naressi WG, Moreira EJG. Odontologia preventiva: agentes mecânicos de higiene bucal. *RGO - Rev Gaúcha Odontol*. 1982;30(2):154-6.
30. Santos PA, Rodrigues JA, Garcia PPNS. Conhecimento sobre a prevenção de cárie e doença periodontal e comportamento de higiene bucal de professores de ensino fundamental. *Cienc Odontol Bras*, São José dos Campos, v.6, n. 1, p. 67-74, 2003
31. Petersen PE, Mzee MO. Oral health profile of schoolchildren, mothers and schoolteachers in Zanzibar. *Community Dent Health* 1998 Dec;15(4):256-62.
32. Lawder JAC et. al. Conhecimento e práticas em saúde bucal entre usuários de serviços odontológicos. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa, 8(3):321-326, set./dez. 2008
33. Cury JA. Dentifrícios: Como escolher e como indicar. In: APCD. (Org.). *Odontologia*. São Paulo, SP: Artes Médicas - Divisão Odontológica, 2002. v. 4. p. 281-295.
34. Kirchner UL, Mendonça LL, Costa RN. *Higienização Bucal. Educação para saúde bucal: manual para o ensino na escola de 1º. Grau*. Belo Horizonte, MG: 1992. p. 63-73.

35. Bernd B, Souza CB, Lopes CB, Pires Filho FM, Lisboa IC, Curra LCD, et al. Percepção popular sobre saúde bucal: o caso das gestantes do Valão. *Saúde Debate* 1992;(34):33-9.
36. Misrachi CL, Sáez MS. Valores, creencias y practicas populares en relación a la salud oral. *Cuad Méd Soc* 1989;30:27-33.
37. Rocha MCBS. Avaliação do conhecimento e das práticas de saúde bucal: gestantes do Distrito Sanitário Docente-Assistencial Barra/RioVermelho – Município de Salvador, BA [Tese]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo; 1993.
38. Glasrud PH, Frazier PJ. Future elementary schoolteachers' knowledge and opinions about oral health and community programs. *J Public Health Dent* 1988; 48(2):74-80.
39. Loupe MJ, Frazier PJ. Knowledge and attitudes of schoolteachers toward oral health programs and preventive dentistry. *J Am Dent Assoc* 1983; 107(2):229-34.
40. Lang P, Woolfolk MW, Faja BW. Oral health knowledge and attitudes of elementary schoolteachers in Michigan. *J Public Health Dent* 1989; 49(1):44-50.
41. Garcia PPNS, Pinto LC, Bonan RF. Avaliação de retorno periódico em escolares. *Stoma*. 2000 (57): 15-20.
42. Garcia PPNS, Dinelli W, Serra, MC, Terence, RL. Motivação do paciente para retorno: a chave para o sucesso do tratamento odontológico. *Jornal de Assessoria ao Odontologista*. 1999 (17): 39-42.

## **NORMAS**

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

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

### **1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:**

1.1 Revisão - revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à saúde pública (máximo de 8.000 palavras);

1.2 Artigos - resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras);

1.3 Notas - nota prévia, relatando resultados parciais ou preliminares de pesquisa (máximo de 1.700 palavras);

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

1.5 Cartas - crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.200 palavras);

1.6 Debates - artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelo Editor, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras);

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

## **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, espanhol ou inglês.

## **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 da BIREME/OPAS/OMS sobre

o Registro de Ensaio Clínicos a serem publicados a partir de orientações da Organização Mundial da Saúde - OMS, do International Committee of Medical Journal Editors ([www.icmje.org](http://www.icmje.org)) 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 International Committee of Medical Journal Editors, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

## **7. Agradecimentos**

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

## **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 (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 (<http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/>).

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).

## **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 e 2000), da World Medical Association.

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 Metodologia do artigo).

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

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

## **11. Processo de submissão online**

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

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](mailto:csp-artigos@ensp.fiocruz.br).

11.2 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".

11.3 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://www.ensp.fiocruz.br/csp/index.html>. 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 corrido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumo, abstract 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 (no idioma original e em inglês) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 O título corrido 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), disponível: <http://decs.bvs.br/>.

12.7 Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha ou Cartas, todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo na língua principal e em inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português ou em espanhol, além do abstract em inglês. O resumo pode ter no máximo 1100 caracteres com espaço.

12.8 Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a



colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

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

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

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

12.13 O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumo e abstract; 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, sendo aceito o máximo de cinco (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

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

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

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

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

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

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

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

12.23 Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

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

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

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

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

12.28 Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não

receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: [csp-artigos@ensp.fiocruz.br](mailto: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.

### **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 <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/index.html> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o link "Submeter nova versão".

### **15. Prova de prelo**

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

15.2 A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a secretaria editorial de CSP por e-mail ([cadernos@ensp.fiocruz.br](mailto:cadernos@ensp.fiocruz.br)) ou por fax +55(21)2598-2514 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.

Cadernos de Saúde Pública

Rua Leopoldo Bulhões 1480

Rio de Janeiro RJ 21041-210 Brasil

[cadernos@ensp.fiocruz.br](mailto:cadernos@ensp.fiocruz.br)

© 2009 Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.