

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Odontologia



Trabalho de Conclusão de Curso

O Modelo de Crenças em Saúde
Estratégia para a Odontologia em Adultos

Ana Clara Rodrigues Souza

Brasília, 17 de janeiro de 2025

Ana Clara Rodrigues Souza

O Modelo de Crenças em Saúde

Estratégia para a Odontologia em Adultos

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito parcial para conclusão do curso de Graduação em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Tiago Araújo Coelho de Souza

Coorientador: Prof. Dr. Fábio Carneiro Martins

Brasília, 2025

Ana Clara Rodrigues Souza

O Modelo de Crenças em Saúde

Estratégia para a Odontologia em Adultos

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado, como requisito parcial para a conclusão do curso de Graduação em Odontologia, Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Data da defesa: 17/01/2025

Banca examinadora:

Presidente (Orientador): Prof. Dr. Tiago Araújo Coelho de Souza;

Membro 1: Prof. Dra. Renata Saraiva Guedes

Membro 2: Prof. Dra. Emília Carvalho Leitão Biato

Membro Suplente: Prof. Dra. Cristine Miron Stefani

Prof. Dr. Tiago Araújo Coelho de Souza (Orientador)

Prof. Dra. Renata Saraiva Guedes

Prof. Dra. Emília Carvalho Leitão Biato

Dedico este trabalho a Deus, por sempre me guiar e proteger. À minha família, pelo apoio e incentivo, que me fizeram chegar até aqui. E a todos a quem o conhecimento aqui compartilhado possa contribuir.

AGRADECIMENTOS

A Deus, meu eterno sustentador e fonte de força, que iluminou meu caminho e me lembrou, a cada passo, do meu verdadeiro propósito. Obrigada por Sua presença constante, que me ajudou a superar os desafios dessa caminhada acadêmica.

Aos meus pais, que se dedicaram incansavelmente para que eu pudesse sonhar e realizar. Vocês foram mais do que um apoio financeiro; foram meu alicerce emocional e espiritual, sempre acreditando em mim, mesmo quando eu duvidava de mim mesma. O amor e o sacrifício de vocês são a base de todas as minhas conquistas.

Aos meus irmãos, que são minha luz e inspiração diária. Vocês sempre estiveram ao meu lado, acreditando em mim e me incentivando a seguir em frente.

Aos meus cunhados, por todos os sábios conselhos e por sempre me acolherem com amor; e à minha sobrinha, o amor da minha vida, que cresceu ao meu lado durante essa jornada. Sua inocência e alegria foram um alívio para o meu coração, mesmo sem você entender.

Aos meus avós e ao meu querido tio José, que, mesmo não estando fisicamente presentes, sinto que estão comigo em espírito, orgulhosos por essa conquista.

Ao meu namorado, que foi essencial para que este trabalho fosse concluído, agradeço imensamente por toda ajuda que me ofereceu com toda a paciência, por ter entendido meus momentos de ausência para me dedicar aos estudos e por nunca deixar de me apoiar. Seu amor foi uma fortaleza para mim.

À minha dupla, Rafaela, que foi um presente cuidadosamente dado por Deus a mim. Sua paciência e cumplicidade incondicional tornaram esses anos mais leves e cheios de significado. Não poderia escolher alguém melhor para dividir essa fase.

Às minhas amigas Amanda e Sara, que estiveram ao meu lado nas alegrias e tristezas, me mostrando o verdadeiro significado de companheirismo e generosidade. Serei eternamente grata a vocês.

Ao trio, Isabella, Nathalia e Mariana, por sempre estarem dispostas a me ajudar e apoiar, por todas as risadas e momentos incríveis que passamos juntas.

Aos meus amigos Gustavo e Gyovanna, por serem meu ombro amigo nos momentos de desespero, por alegrarem como ninguém e por me acompanharem fielmente em mais uma etapa.

Por fim, agradeço ao meu orientador e ao meu coorientador, que aceitaram meu convite de bom grado e me guiaram com tanta gentileza e atenção. Sua orientação foi essencial para que eu pudesse concluir essa fase tão desafiadora.

*“De todos os conhecimentos possíveis,
o mais sábio e útil é o de conhecer a si
mesmo”*

- *Willian Shakespeare*

RESUMO

Introdução: Atualmente, a situação global de saúde bucal revela que, apesar de avanços em vários países, os problemas orais globais ainda persistem e muitas pessoas ainda não se beneficiam de programas de prevenção e promoção de saúde bucal, principalmente em países em desenvolvimento. Dessa forma, percebe-se a necessidade de ferramentas que possam aprimorar esses programas e tornar a educação em saúde oral mais eficaz. A aplicação de modelos comportamentais, como o Modelo de Crenças em Saúde (MCS), surge como um caminho promissor para ajudar a compreender e abordar as escolhas de saúde bucal dos indivíduos. **Objetivo:** O objetivo desse estudo é propor a implementação do MCS como estratégia de intervenção para compreender as escolhas de saúde bucal de pacientes adultos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). **Metodologia:** A princípio, houve a criação da pergunta de pesquisa através do acrônimo “PECOT” e, então foi buscado na literatura informações para a construção de um questionário *on-line* na plataforma “*Google Forms*” baseado nos constructos do Modelo de Crenças em Saúde, tendo como público-alvo pacientes adultos. **Resultados:** Foi criado um questionário estruturado que inclui idade, sexo, perfil socioeconômico, comportamento de saúde bucal, autoavaliação do estado de saúde e perguntas relacionadas a cada constructo do MCS, utilizando a escala Likert. **Conclusão:** Este estudo destacou a importância da saúde bucal, salientando a necessidade de estratégias mais inclusivas para a promoção de saúde nessa área, focando também no público adulto. Propôs-se, então, a aplicação do MCS, mediante a um questionário *on-line*, para auxiliar profissionais de saúde bucal a entender as escolhas de saúde oral de seus pacientes adultos, trazendo benefícios para ambos. Assim, espera-se contribuir para melhorias contínuas nas condições bucais e no bem-estar geral dos usuários desse serviço.

Palavras-chave: Saúde bucal; Modelo de Crenças em Saúde; Questionário; Adultos.

ABSTRACT

Background: Currently, the global oral health situation reveals that, despite advances in several countries, global oral problems still persist and many people still do not benefit from oral health prevention and promotion programs, especially in developing countries. Therefore, there is a need for tools that can improve these programs and make oral health education more effective. The application of behavioral models, such as the Health Belief Model, appears as a promising way to help understand and address individuals' oral health choices. **Objective:** The objective of this study is to propose the implementation of the Health Belief Model as an intervention strategy to understand the oral health choices of adult patients at the Unified Health System (SUS). **Methodology:** Initially, the research question was created using the acronym "PECOT" and then information was sought in the literature to create an online questionnaire on the "Google Forms" platform based on the constructs of the Belief Model in Health, with the target audience being adult patients. **Results:** A structured questionnaire was created that includes age, gender, socioeconomic profile, oral health behavior, self-assessment of health status and questions related to each HBM construct, using the Likert scale. **Conclusion:** This study highlighted the importance of oral health, highlighting the need for more inclusive strategies for health promotion in this area, also focusing on adult population. Therefore, the application of the HBM was proposed through an online questionnaire, to assist oral health professionals in understanding the oral health choices of their adult patients, bringing benefits to both. It hoped to contribute to continuous improvements in the oral conditions and general well-being of users of this service.

Keywords: Oral health; Health Belief Model; Questionnaire; Adults.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Gráfico retirado do artigo de McNeil, 2022. Frequência ao longo do tempo de citações de artigos do PubMed para o Health Belief Model com os termos Dentistry or Dental or Oral Health.
Figura 2	Gráfico retirado do SB Brasil, 2010. Média do CEO/CPO e respectivos componentes, segundo o grupo etário.
Figura 3	Tabela retirada do SB Brasil, 2010. Percentual de indivíduos segundo a condição periodontal, medida pelo Índice Periodontal Comunitário (CPI), o grupo etário e a região.
Figura 4	Tabela retirada do SB Brasil, 2010. Necessidade de prótese dentária, segundo o tipo, a idade e a região.
Figura 5	Gráfico retirado da Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. Proporção de pessoas que escovam os dentes pelo menos duas vezes por dia, na população de 18 anos ou mais de idade, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo o sexo, os grupos de idade, a cor ou raça e o nível de instrução - Brasil – 2019.
Figura 6	Gráfico retirado da Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. Proporção de pessoas que usavam escova de dente, pasta de dente e fio dental para a limpeza dos dentes, na população de 18 anos ou mais de idade, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo o sexo, os grupos de idade, a cor ou raça e o nível de instrução - Brasil – 2019.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Estratégia de pesquisa pelo acrônimo “PECOT”.
Quadro 2	Número de artigos encontrados a partir da estratégia de busca, em cada base de dados escolhida.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
2. METODOLOGIA	14
2.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	14
2.2 PROTOCOLO DE BUSCA DOS ARTIGOS.....	14
3. RESULTADOS	15
3.1 PERFIL SOCIOECONÔMICO.....	15
3.2 COMPORTAMENTOS DE SAÚDE BUCAL	16
3.2 ESTADO DE SAÚDE BUCAL AUTODECLARADO E ESTADO DE SAÚDE AUTOAVALIADO	17
3.3 MODELO DE CRENÇAS EM SAÚDE	17
4. DISCUSSÃO E RESULTADOS ESPERADOS	19
4.1 SITUAÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA DO BRASIL	19
4.2 SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO ADULTA BRASILEIRA	19
4.3 O MODELO DE CRENÇAS EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA MELHORA DA SAÚDE BUCAL.....	25
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS	29

INTRODUÇÃO

Segundo o Relatório Mundial de Saúde Oral (2022), publicado pela Organização Mundial de Saúde, a saúde bucal vem sendo negligenciada na saúde global, além disso, doenças e condições bucais afetam principalmente grupos populacionais mais vulneráveis e desfavorecidos dentro e entre as sociedades. O relatório aponta que os altos índices de doenças como cárie dentária e periodontite se dão pelo crescente consumo de açúcares, álcool e tabaco e à exposição aos fluoretos de forma inadequada, gerando efeitos marcantes na saúde como um todo e no bem-estar do indivíduo [1]. Os problemas de uma má saúde oral podem abranger a dor, problemas na alimentação, mastigação, problemas estéticos e de comunicação, como resultado da falta dos dentes ou de suas más condições, o que gera um grande impacto negativo na vida cotidiana e no bem-estar das pessoas. Além disso, diversas condições orais deletérias estão relacionadas com doenças crônicas, como a diabetes mellitus, por exemplo [2].

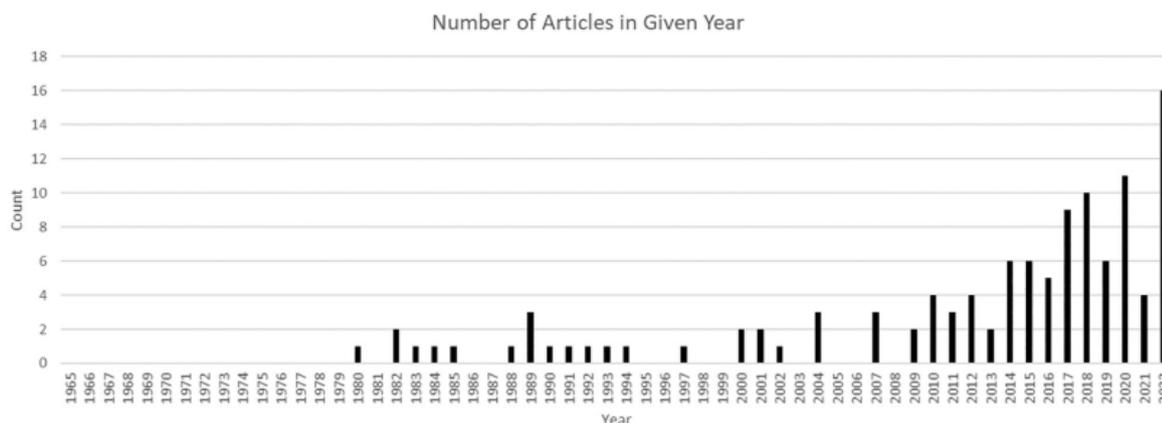
Assim, as doenças bucais, como a cárie dentária, gengivite, periodontite, câncer, entre outras, podem incapacitar o indivíduo, impedindo que realize suas atividades rotineiras ou até mesmo levando à mortalidade prematura, como apontado no Global Burden of Disease (GBD) de 2010. Esse estudo mostra que as condições bucais combinadas foram responsáveis por 15 milhões de DALYs (“Disability Adjusted Life Years” – Anos de vida ajustados por incapacidade) em todo o mundo e são classificadas entre as suas 100 principais causas [3]. Ademais, segundo Petersen et al., em vários países em desenvolvimento a população em geral não se beneficia dos cuidados preventivos de programas de saúde bucal [2], o que, junto às condições socioeconômicas, culturais e sociocomportamentais, pode justificar os quadros citados.

Diante a esses pontos, pode-se inferir que a saúde oral possui um papel de extrema importância na qualidade de vida do indivíduo e de sua comunidade, tendo implicações significativas para a saúde pública. Sua importância extrapola os parâmetros estéticos e sociais, abrangendo aspectos fundamentais para a saúde global. Assim, faz-se necessário um reforço e melhoria dos programas de saúde pública que trabalhem a partir da educação em saúde oral de forma eficaz, baseada na prevenção e promoção de saúde, utilizando estratégias para atingir melhores resultados.

Uma ferramenta que pode contribuir com esse processo é o uso de modelos comportamentais e cognitivo-comportamentais, que se baseiam na análise do comportamento e proporcionam uma abordagem simples e compreensível, tanto para os pacientes e acompanhantes, quanto para os profissionais de saúde, enfatizando as relações entre o meio e o comportamento, e a grande influência dos ambientes sociais em sua determinação. Dentre essas metodologias, o Modelo de Crenças em Saúde (Health Belief Model) apresenta alvos potenciais para intervenções ligadas à saúde bucal, como o entendimento de sua importância para a saúde geral do corpo humano [4, 5].

O Modelo de Crenças em Saúde (MCS) é uma estrutura teórica que busca compreender e prever os comportamentos relacionados à saúde de determinado grupo, baseando-se na ideia de que as crenças individuais sobre saúde, doença e prevenção influenciam suas ações. Desenvolvido na década de 1950 por pesquisadores da saúde pública, o MCS tem sido associado a diversos estudos relacionados à saúde bucal ao longo dos anos, como mostra a figura a seguir, segundo McNeil (figura 1), particularmente nos que abordam esforços intervencionistas na promoção de saúde oral [4].

Figura 1: Gráfico retirado do artigo de McNeil, 2022. Frequência ao longo do tempo de citações de artigos do PubMed para o Health Belief Model com os termos Dentistry or Dental or Oral Health.



Fonte: McNeil, 2022.

O modelo inclui os seguintes componentes (constructos): a) percepção da suscetibilidade: a crença de uma pessoa sobre sua probabilidade de desenvolver uma condição específica; b) percepção da gravidade: a crença sobre a gravidade das

consequências de uma condição específica, se não for tratada ou prevenida; c) percepção dos benefícios: a crença sobre a eficácia das medidas preventivas ou de tratamento para reduzir o risco ou gravidade da condição de saúde; d) percepção das barreiras: as crenças sobre os obstáculos percebidos que podem dificultar a adoção de comportamentos saudáveis; e) sinais para a ação: fatores que desencadeiam ações ou comportamentos relacionados à saúde, como sinais físicos, conselhos médicos, mídia, etc. [6].

Além dos constructos, o modelo também considera fatores demográficos, sociais e psicológicos que podem influenciar as crenças e comportamentos relacionados à saúde. O MCS tem sido amplamente utilizado em pesquisas e intervenções de saúde pública para compreender e promover hábitos saudáveis, como adesão a tratamentos, participação em programas de prevenção e mudanças de estilo de vida. Ele fornece *insights* valiosos sobre como as percepções individuais podem moldar as decisões de saúde, sendo frequentemente adaptado para diferentes contextos e populações [6].

O presente estudo tem como objetivo desenvolver um questionário fundamentado nos constructos do MCS, com a finalidade de conhecer e compreender as escolhas em saúde bucal de pacientes adultos brasileiros. Com a aplicação deste instrumento, será possível identificar os fatores que influenciam as atitudes e comportamentos relacionados à saúde bucal, bem como as percepções dos indivíduos acerca de sua própria saúde oral. Isso poderá viabilizar a identificação de formas de aprimorar os programas de prevenção e promoção de saúde bucal, tornando-os mais eficazes e assertivos. Como consequência, poderá haver uma melhora na aprendizagem e adesão da população.

2. METODOLOGIA

2.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

O estudo se iniciou a partir de criação da pergunta de pesquisa (“Qual a compreensão/entendimento que pacientes adultos do SUS têm acerca da saúde bucal?”) através do acrônimo “PECOT” (tabela 1). Depois foi feita uma revisão de literatura sobre o histórico do MCS na saúde e, em especial, na odontologia pelo mundo. A revisão teve ênfase na procura por artigos que permitiram compreender como ocorrem as escolhas em saúde bucal na população adulta. Tendo isso como base, foi criado um questionário inspirado pelo presente na pesquisa de Sumita et.al. [7].

Após a pesquisa inicial e montagem do questionário, esse estudo será submetido ao Comitê de Ética e o início da sua execução se dará apenas após sua aprovação.

P - População	Pessoas adultas (20 – 59 anos).
E - Exposição	Pacientes/ usuários do SUS em tratamento odontológico.
C - Controle	Pacientes/ usuários do SUS que não estão em atendimento odontológico.
O - Outcome/ Desfecho	Tratamento de saúde bucal.
T - Temporalidade	2 décadas (2004 - 2024).

Quadro 1 - Estratégia de pesquisa pelo acrônimo “PECOT”.

2.2 PROTOCOLO DE BUSCA DOS ARTIGOS

A busca dos artigos foi realizada nas seguintes bases de dados: Pubmed, Lilacs e Scielo; e para a busca na literatura cinzenta: Google Acadêmico (Quadro 2). A estratégia de busca foi desenvolvida através de palavras-chave (DECS/ MESH terms), as quais foram combinadas com o operador booleano “AND”, resultando em: “*Oral Health AND Health Belief Model AND Questionnaire*”.

Base	Nº de artigos
Pubmed	6
Lilacs	2
Scielo	4
Google Acadêmico	7
Total	19

Quadro 2 - Número de artigos encontrados a partir da estratégia de busca, em cada base de dados escolhida.

Dos 19 artigos encontrados, 5 foram escolhidos após a leitura de seus títulos, resumos e questionários e, desses 5, apenas 1 foi selecionado. Esse artigo foi utilizado como referência apenas para a estrutura do questionário do presente estudo, sendo todo o seu conteúdo criado de forma original.

3. RESULTADOS

A partir da metodologia supracitada, foi criado um questionário estruturado aplicado de forma *on-line* por meio do aplicativo “*Google Forms*”. Ele inclui idade, sexo, perfil socioeconômico, comportamentos de saúde bucal, autoavaliação do estado de saúde e perguntas baseadas no MCS.

3.1 PERFIL SOCIOECONÔMICO

As perguntas relacionadas ao perfil socioeconômico foram:

1. Quantas pessoas moram com você? (Moro sozinho(a)/ Uma pessoa/ Duas pessoas/ Três ou mais pessoas).
2. A cada onde você mora é: (Própria/ Alugada/ Cedida).
3. Sua moradia é localizada em: (Zona rural/ Zona urbana/ Comunidade indígena/ Comunidade quilombola).
4. Qual é o seu nível de escolaridade? (Ensino Fundamental incompleto/ Ensino Fundamental completo/ Ensino Médio incompleto/ Ensino Médio completo/ Ensino Superior incompleto/ Ensino Superior completo/ Não estudei/ Não sei).
5. Você trabalha ou já trabalhou? (Sim/ Não).

6. No que você trabalha atualmente? (Agricultura, campo, fazenda ou pesca/ Indústria/ Construção civil/ Comércio, banco, transporte, hotelaria ou outros serviços/ Funcionário(a) do Governo Federal, Estadual ou Municipal/ Profissional liberal, professor(a) ou técnico(a) de nível superior/ Atividades informais (pintor(a), eletricista, encanador, feirante, ambulante, catador(a) de lixo, guardador(a) de carros ou outras atividades)/ Trabalho caseiro informal (costura, aulas particulares, cozinha, artesanato, carpintaria ou outros)/ Trabalho doméstico [cozinheiro(a), jardineiro(a), babá, faxineiro(a), entre outros)/ No lar (sem remuneração)/ Outro/ Não trabalho].
7. Quanto é, aproximadamente, sua renda mensal familiar? [Nenhuma renda/ Até 1 salário mínimo (até R\$ 1.518,00)/ 1 a 3 salários mínimos (de R\$ 1.518,00 até R\$ 4.554,00)/ 3 a 6 salários mínimos (de R\$ 4.554,00 até R\$ 9.108,00)/ 6 a 9 salários mínimos (de R\$ 9.108,00 até R\$ 13.662,00)/ Acima de 9 salários mínimos (Acima de R\$ 13.662,00)].

3.2 COMPORTAMENTOS DE SAÚDE BUCAL

As perguntas acerca dos comportamentos de saúde bucal foram as seguintes:

1. Quantas vezes por dia você escova os dentes? [Frequência de escovação dentária (vezes/dia)] - (Uma ou menos/ Duas vezes/ Três ou mais vezes).
2. Com qual frequência você usa o fio dental ou escova interdental? [Uso de fio dental ou escova interdental] - (Diariamente/ Só quando me lembro/ Não uso).
3. Você fez algum exame e/ou tratamento odontológico no último ano? (Consulta odontológica no último ano) - (Sim/ Não).
4. Com qual frequência você consome alimentos e bebidas doces? (Frequência do consumo de açúcares) - (Não consumo/ Uma vez ao dia/ Duas vezes ao dia/ Três ou mais vezes ao dia).

3.2 ESTADO DE SAÚDE BUCAL AUTODECLARADO E ESTADO DE SAÚDE AUTOAVALIADO

As perguntas sobre a autoavaliação do estado de saúde bucal e a autoavaliação do estado de saúde foram as seguintes:

1. De modo geral, como você considera sua saúde bucal? (Autoavaliação do estado de saúde bucal) - (Muito boa/ Boa/ Regular/ Ruim/ Muito ruim).
2. Como você considera sua saúde, no geral? (Autodeclaração do estado de saúde) - (Muito boa/ Boa/ Regular/ Ruim/ Muito ruim).

3.3 MODELO DE CRENÇAS EM SAÚDE

As perguntas sobre o MCS, de acordo com os seus constructos, foram apresentadas a partir de uma escala Likert de 1 a 5, na qual 1 significa “discordo totalmente” e 5 “concordo totalmente”. As questões foram as seguintes:

Susceptibilidade percebida:

1. Eu acredito que tenho uma alta chance de desenvolver problemas dentários ou gengivais.
2. Acredito que minha saúde bucal é mais vulnerável em comparação com outras pessoas.
3. Eu sinto que estou em risco de perder dentes devido a problemas de saúde bucal.

Severidade percebida:

1. Acho que problemas dentários podem causar sérios problemas de saúde.
2. Eu acredito que a perda de dentes afetaria significativamente minha qualidade de vida.
3. Acho que problemas de saúde bucal podem levar a complicações graves.

Benefícios percebidos:

1. Acredito que consultas regulares ao dentista ajudam a prevenir problemas dentários.
2. Acho que manter uma boa higiene bucal melhora minha saúde geral.

3. Acredito que usar fio dental diariamente reduz o risco de cáries e doenças gengivais.

Barreiras percebidas:

1. Acho difícil encontrar tempo para ir ao dentista regularmente.
2. Sinto que tratamentos dentários são muito caros e inacessíveis.
3. Tenho medo ou desconforto em ir ao dentista, o que me impede de fazer consultas regulares.

Sinais para a ação:

1. Estou motivado a manter uma boa higiene oral.
2. Ver propagandas sobre saúde bucal me motiva a cuidar melhor dos meus dentes.
3. Receber orientações de profissionais de saúde me faz prestar mais atenção à minha higiene bucal.
4. Sentir dor ou desconforto na boca me leva a tomar medidas imediatas para cuidar dos meus dentes.
5. Tenho confiança de que posso manter uma boa saúde bucal seguindo práticas recomendadas.

4. DISCUSSÃO E RESULTADOS ESPERADOS

4.1 SITUAÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA DO BRASIL

Ao analisar o Brasil demograficamente, nota-se uma transição acelerada, caracterizada por mudanças relevantes na estrutura etária da população. Apesar da diminuição das taxas de fecundidade, a sociedade brasileira continuará a crescer nas próximas décadas, fato que se deriva, em grande parte, dos padrões de fecundidade que prevaleceram nas décadas anteriores. Tais mudanças demográficas não só indicam uma expectativa de vida crescente, como também sugerem uma inversão na pirâmide etária, na qual o número de idosos superará o de jovens [8].

Já no contexto epidemiológico brasileiro, há um distanciamento da transição epidemiológica clássica, observada em países desenvolvidos, sendo atualmente definida como uma tripla carga de doenças. Essa definição envolve infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o desafio das doenças crônicas e seus fatores de risco (como o tabagismo, sobrepeso, obesidade, sedentarismo, estresse e má alimentação); além do crescimento expressivo das causas externas [8].

Nesse cenário, o modelo queixa-conduta, que tradicionalmente se concentra na resposta a demandas de saúde específicas, revela-se insuficiente frente à crescente necessidade de práticas voltadas para a promoção de saúde e a mudança comportamental. As transições demográfica e epidemiológica apontam a necessidade de maior coerência nos serviços de saúde [8], com a reorientação das estratégias de saúde pública para a prevenção de doenças e a promoção de hábitos saudáveis. Essa mudança de paradigma pode auxiliar o enfrentamento dos desafios atrelados ao envelhecimento populacional e a crescente carga de doenças crônicas, não se restringindo ao tratamento, mas promovendo uma maior qualidade de vida.

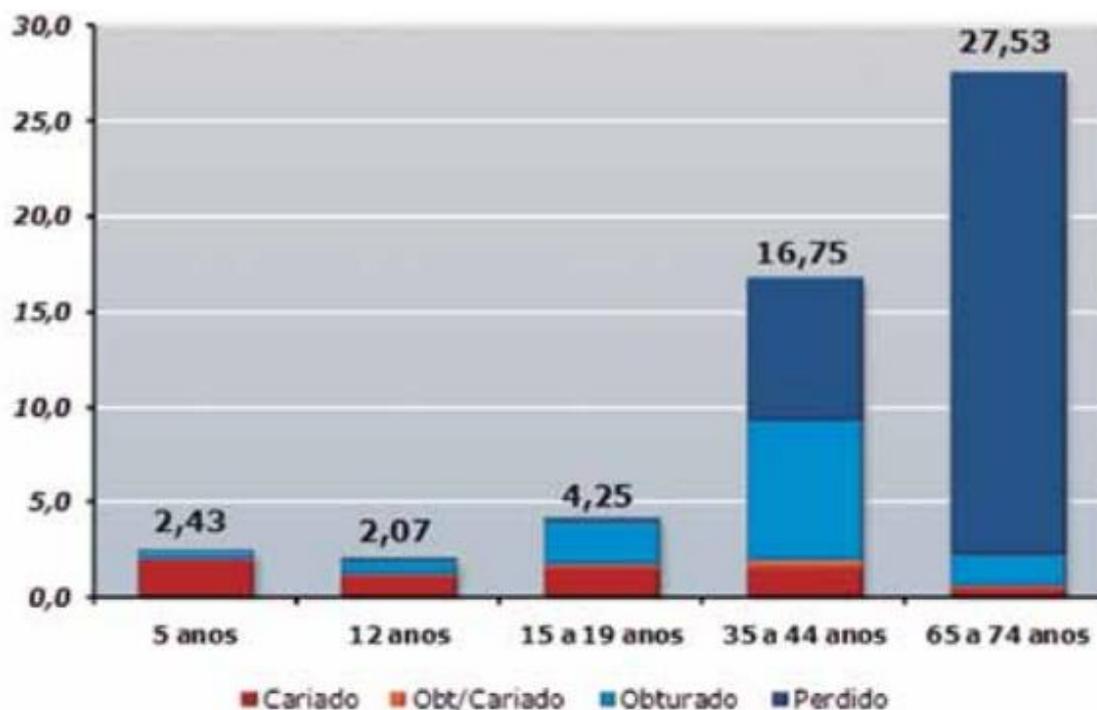
4.2 SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO ADULTA BRASILEIRA

Historicamente, a atenção à saúde bucal dos adultos no sistema público brasileiro tem sido marcada por uma abordagem limitada, concentrando-se predominantemente em exodontias e atendimentos de urgência, frequentemente mutiladores. Essa realidade reflete uma política de saúde que, por muitos anos, priorizou a atenção ao escolar, focando no tratamento dos dentes permanentes de

crianças e adolescentes entre 7 e 14 anos. Tal estratégia, apesar de importante, não conseguiu promover os efeitos desejados em termos de saúde bucal da população adulta, gerando um cenário no qual muitos adultos ainda enfrentam sérios problemas odontológicos [9].

Os dados apresentados pela Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – SB Brasil, de 2010, mostram que houve um avanço significativo em comparação ao levantamento de 2003, com a redução do CPO (índice que avalia a saúde bucal a partir do número de dentes cariados, perdidos e obturados) no grupo etário de 35 a 44 anos, que caiu de 20,1 para 16,7, o que representou um declínio de 17% (figura 2). Essa diminuição foi mais expressiva nos componentes “cariado” e “perdido”, enquanto o componente “obturado” cresceu em termos relativos, indicando uma maior eficácia no acesso a serviços odontológicos e na realização de tratamentos restauradores, em detrimento dos procedimentos invasivos que antes predominavam. Diante a esses fatos, pode-se sugerir um progresso na abordagem da saúde bucal no país, visto que o Brasil passou de uma condição de média prevalência de problemas bucais em 2003, para uma condição de baixa prevalência em 2010 [10].

Figura 2: Gráfico retirado do SB Brasil, 2010. Média do CEO/CPO e respectivos componentes, segundo o grupo etário.



Fonte: SB Brasil, 2010.

Contudo, mesmo com esses avanços, desafios ainda persistem, especialmente em relação à saúde periodontal. Dados apontam que a prevalência de problemas periodontais tende a aumentar com a idade, com apenas 17,8% dos adultos de 35 a 44 anos apresentando saúde periodontal. Além disso, formas mais graves de periodontite foram observadas com frequência significativa nessa faixa etária, com uma prevalência de 19,4%. A necessidade do uso de próteses, tanto parciais, quanto totais, também é motivo de atenção, já que atingiu 68,8% da população adulta [10].

Figura 3: Tabela retirado do SB Brasil, 2010. Percentual de indivíduos segundo a condição periodontal, medida pelo Índice Periodontal Comunitário (CPI), o grupo etário e a região.

Região	n	Higião		Sangramento		Cálculo		Bolsa Rasa		Bolsa Profunda		Excluído				
		%	IC (95%) L.I. L.S.	%	IC (95%) L.I. L.S.	%	IC (95%) L.I. L.S.									
12 a 19 anos	Norte	1.690	41,6	33,6	50,2	9,7	6,6	14,1	36,5	51,9	-	-	-	4,5	2,1	9,4
	Nordeste	2.003	59,4	53,6	64,9	12,1	9,1	15,9	26,1	31,9	-	-	-	2,5	1,5	4,2
	Sudeste	1.332	67,9	60,7	74,5	10,8	7,7	14,9	19,9	25,7	-	-	-	1,3	0,6	2,8
	Sul	1.000	57,1	47,7	65,9	17,6	12,7	23,9	24,5	31,9	-	-	-	0,9	0,2	3,1
	Centro-Oeste	1.175	63,7	56,3	70,5	11,1	7,4	16,4	23,8	30,5	-	-	-	1,4	0,7	2,6
Brasil	7.200	62,9	57,8	67,7	11,7	9,5	14,3	23,7	20,1	27,7	-	-	-	1,7	1,1	2,6
15 a 19 anos	Norte	1.335	30,8	26,2	35,9	7,1	5,1	9,7	37,4	45,7	17,9	13,5	23,4	1,7	0,7	3,8
	Nordeste	1.394	44,7	38,7	50,9	7,9	5,8	10,6	35,7	40,9	9,7	7,0	13,2	0,5	0,1	1,5
	Sudeste	904	56,8	48,1	65,1	9,9	6,6	14,5	24,1	19,0	30,0	7,5	4,7	11,7	0,7	0,3
	Sul	804	45,9	37,9	54,1	11,7	7,8	17,1	33,7	26,3	41,9	8,2	4,6	14,0	0,1	0,0
	Centro-Oeste	868	48,3	41,1	55,5	10,1	7,2	14,0	30,5	23,5	38,6	8,3	6,0	11,3	0,1	0,0
Brasil	5.305	50,9	45,4	56,4	9,7	7,5	12,3	28,4	24,8	32,4	8,8	6,9	11,3	0,7	0,3	
20 a 24 anos	Norte	2.471	8,3	5,6	12,2	1,1	0,7	1,9	20,2	16,9	23,9	14,6	10,9	19,3	1,8	1,1
	Nordeste	2.367	17,9	15,2	21,0	2,6	1,9	3,6	26,2	22,0	30,9	13,1	10,8	15,7	2,8	2,1
	Sudeste	1.568	18,3	15,1	21,9	1,5	0,8	2,6	30,5	26,6	34,5	16,7	13,6	20,4	5,0	3,1
	Sul	1.610	19,9	15,5	25,1	3,2	2,1	4,7	27,6	22,6	33,3	11,4	9,1	14,2	2,9	1,7
	Centro-Oeste	1.425	17,2	13,7	21,3	2,8	1,1	6,7	25,3	21,3	29,8	14,1	10,8	18,2	5,0	3,3
Brasil	9.441	17,8	15,7	20,2	1,9	1,4	2,6	28,6	26,0	31,2	15,2	13,1	17,5	4,2	3,0	
65 a 74 anos	Norte	1.581	0,2	0,1	0,5	0,2	0,0	0,9	2,8	1,6	4,9	1,6	0,8	3,1	0,3	0,1
	Nordeste	2.171	2,1	1,4	3,1	0,3	0,1	0,7	4,0	2,8	5,6	2,6	1,9	3,5	0,8	0,4
	Sudeste	1.158	1,8	1,0	3,4	0,1	0,0	0,3	4,2	2,6	6,6	2,6	1,4	4,8	0,9	0,4
	Sul	1.119	2,5	1,4	4,5	0,6	0,2	2,0	5,2	3,5	7,9	2,2	1,3	3,8	0,7	0,3
	Centro-Oeste	1.087	1,0	0,6	1,8	0,0	0,0	0,2	3,0	1,8	5,0	3,4	1,9	6,0	1,3	0,5
Brasil	7.116	1,8	1,2	2,8	0,2	0,1	0,4	4,2	3,1	5,6	2,5	1,7	3,8	0,8	0,5	
Brasil	92,4	90,5	88,1	87,5	91,3	88,7	86,6	87,9	92,2	96,7	95,0	92,5	92,2	90,5	88,1	92,4

Fonte: SB Brasil 2010

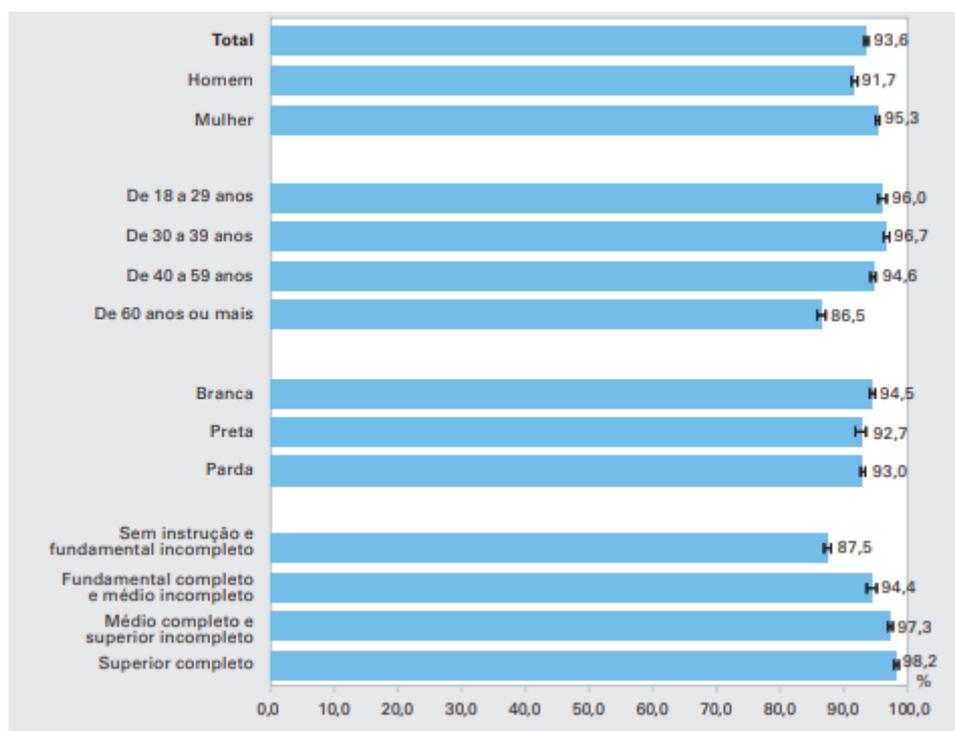
Figura 4: Tabela retirada do SB Brasil, 2010. Necessidade de prótese dentária, segundo o tipo, a idade e a região.

	Região	n	Não Necessita			Necessidade de Prótese																				
			%	IC (95%)		Parcial 1 maxilar			Parcial 2 maxilar			Total 1 maxilar			Parcial + Total			Total 2 maxilar								
				L.I.	L.S.	%	IC (95%)	L.I.	L.S.	%	IC (95%)	L.I.	L.S.	%	IC (95%)	L.I.	L.S.	%	IC (95%)	L.I.	L.S.					
15 a 19 anos	Norte	1.342	71,0	63,9	77,1	21,7	16,2	28,5	7,3	4,8	11,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
	Nordeste	1.409	83,0	79,2	86,3	12,5	9,9	15,8	4,4	2,9	6,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
	Sudeste	900	88,1	83,1	91,7	8,9	6,1	12,8	3,1	1,7	5,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
	Sul	808	90,8	86,3	93,9	6,8	4,3	10,3	2,5	1,2	5,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
	Centro-Oeste	878	88,5	84,2	91,7	10,3	7,1	14,9	1,2	0,7	2,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
15 a 44 anos	Brasil	5.337	86,3	83,3	88,9	10,3	8,3	12,6	3,4	2,4	4,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
	Norte	2.275	16,7	13,5	20,5	47,5	40,9	54,2	34,0	26,6	42,3	0,4	0,2	1,0	1,1	0,5	2,4	0,3	0,1	1,4	0,6	0,3	0,1	0,6		
	Nordeste	2.204	21,1	18,4	24,1	45,6	42,5	48,7	31,2	28,4	34,1	0,7	0,4	1,4	1,1	0,6	2,2	0,3	0,1	0,6	0,3	0,1	0,7	0,7		
	Sudeste	1.471	33,2	28,2	38,6	39,5	35,1	44,1	26,1	22,6	29,8	0,7	0,3	1,6	0,2	0,1	0,9	0,3	0,1	0,7	0,3	0,1	1,4	1,4		
	Sul	1.489	37,1	30,3	44,6	41,8	35,7	48,2	19,9	16,8	23,5	0,4	0,1	1,2	0,4	0,1	1,2	0,3	0,1	1,4	0,3	0,1	1,4	1,4		
35 a 74 anos	Centro-Oeste	1.297	26,6	22,4	31,4	44,0	40,1	48,0	27,9	24,5	31,6	0,5	0,2	1,2	0,8	0,4	1,9	0,1	0,0	0,7	0,3	0,1	0,7	0,7		
	Brasil	8.736	31,2	27,9	34,8	41,3	38,3	44,3	26,1	23,8	28,6	0,6	0,3	1,1	0,4	0,3	0,7	0,3	0,2	0,5	0,3	0,1	0,7	0,5		
	Norte	985	2,8	1,3	5,6	36,3	28,8	44,5	15,4	11,2	20,9	23,4	17,2	30,9	4,6	3,1	6,7	17,6	13,4	22,8	6,7	4,9	9,0	12,6	20,4	
	Nordeste	1.303	3,9	2,6	5,8	29,0	25,3	33,1	26,0	22,0	30,5	18,3	14,5	22,8	6,7	4,9	9,0	16,1	12,6	20,4	4,2	1,8	9,2	11,5	24,2	
	Sudeste	613	7,3	4,4	11,7	33,0	25,4	41,6	20,8	15,0	27,9	17,9	14,2	22,4	4,2	1,8	9,2	16,9	11,5	24,2	6,1	3,0	12,1	3,8	12,1	
55 a 74 anos	Sul	523	12,7	8,6	18,4	45,7	39,3	52,1	14,3	10,3	19,5	14,3	9,4	21,1	6,1	3,0	12,1	6,9	3,8	12,1	8,2	5,2	12,6	18,0	12,2	25,9
	Centro-Oeste	501	5,2	3,2	8,5	26,9	21,5	33,2	21,3	15,4	28,8	20,3	15,3	26,5	8,2	5,2	12,6	18,0	12,2	25,9	5,0	3,3	7,7	15,4	11,9	19,8
	Brasil	3.925	7,3	5,3	9,9	34,2	29,3	39,5	20,1	16,4	24,4	17,9	15,4	20,8	5,0	3,3	7,7	15,4	11,9	19,8	5,0	3,3	7,7	15,4	11,9	19,8

Fonte: SB Brasil 2010

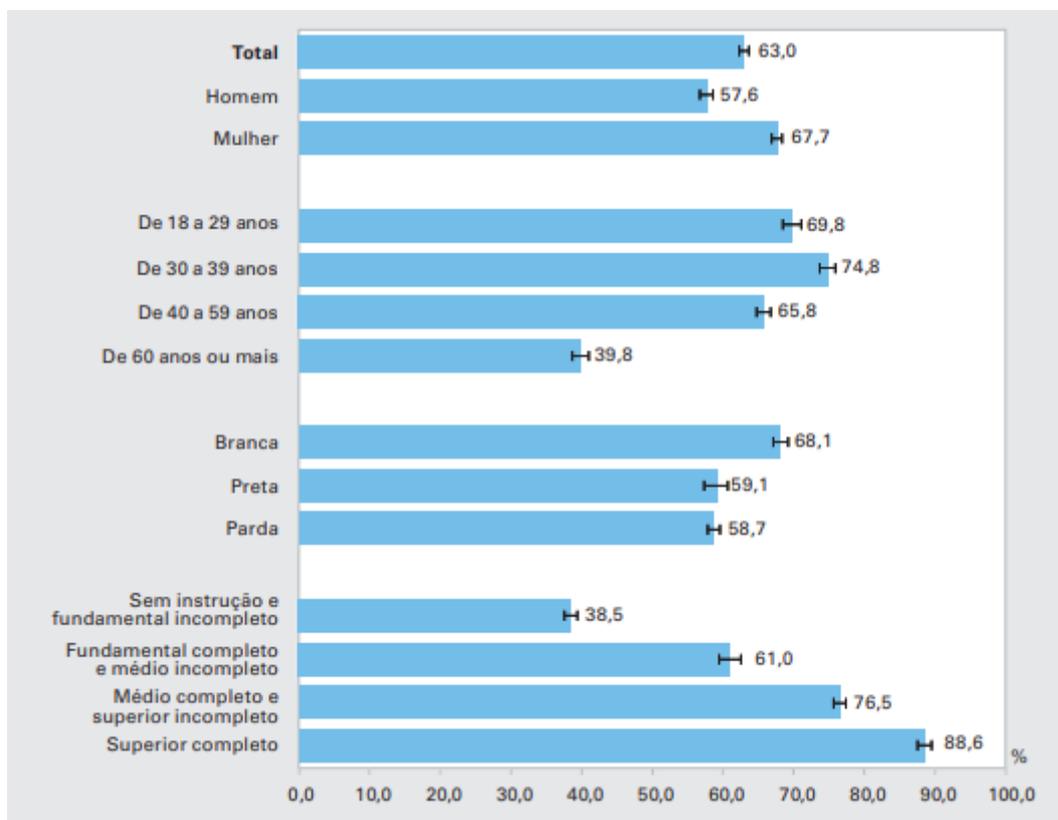
Outro ponto relevante foi apontado pelo IBGE através da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019: A diminuição do hábito de escovar os dentes adequadamente entre adultos a partir dos 30 anos. Esse estudo mostrou que a proporção de pessoas que mantinham o hábito de escovar os dentes pelo menos duas vezes ao dia, decrescia com o aumento da idade, assim como a utilização de escova de dente e fio dental. Em suma, embora a saúde bucal dos brasileiros adultos tenha tido avanços, ainda existem lacunas importantes que carecem de atenção [11].

Figura 5: Gráfico retirado da Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. Proporção de pessoas que escovam os dentes pelo menos duas vezes por dia, na população de 18 anos ou mais de idade, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo o sexo, os grupos de idade, a cor ou raça e o nível de instrução - Brasil - 2019



Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

Figura 6: Gráfico retirado da Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. Proporção de pessoas que usavam escova de dente, pasta de dente e fio dental para a limpeza dos dentes, na população de 18 anos ou mais de idade, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo o sexo, os grupos de idade, a cor ou raça e o nível de instrução - Brasil - 2019



Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

4.3 O MODELO DE CRENÇAS EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA MELHORA DA SAÚDE BUCAL

Estudos recentes, como os conduzidos por Sumita et al. e Mohammadkhah et al., ambos publicados em 2022, empregaram o MCS como ferramenta para investigar os comportamentos relacionados à saúde bucal em seus respectivos públicos-alvo através de questionários.

A pesquisa apresentada por Sumita teve como objetivo examinar as associações entre a disposição de estudantes universitários japoneses de se submeter a exames odontológicos regulares e suas práticas em saúde oral, além de explorar a relação com o MCS e a aversão ao risco absoluto. Os resultados obtidos revelaram que a disposição dos estudantes para realizar exames odontológicos de

forma regular estava associada a comportamentos de saúde bucal e ao MCS, mas não à aversão ao risco [7].

Já o estudo realizado por Mohammadkhah, investigou o impacto de um treinamento baseado no modelo e a intenção comportamental relacionada a ações de saúde bucal em estudantes iranianas do sexo feminino, com idades entre 9 e 12 anos. Os dados coletados por meio do questionário indicaram que a associação entre o MCS e a intenção comportamental das alunas foi eficaz na promoção de melhorias na saúde oral. Dessa forma, os autores destacaram que essa relação pode ser utilizada para aprimorar a saúde bucal em diferentes populações e pode servir como base para projetar, implementar e monitorar programas e ações nesse campo [12].

Embora a relação entre o modelo e a saúde bucal da população adulta já tenha sido apontada por alguns autores [13, 14, 15, 16], observa-se que no Brasil ainda existem poucas pesquisas odontológicas que explorem esse referencial teórico.

Diante a esses pontos, o presente estudo espera que a implementação de um questionário baseado nos constructos do MCS, como instrumento para um diagnóstico situacional, possa contribuir significativamente para a melhora da saúde bucal de pacientes adultos, especialmente diante da atual tripla carga de doenças. Esse modelo pode auxiliar na identificação das crenças e atitudes dos indivíduos dessa faixa etária em relação à saúde bucal, já que considera aspectos como a percepção de risco, a eficácia das ações e as barreiras percebidas.

Ao aplicar esse questionário, será possível coletar dados que revelam o entendimento dos respondentes sobre a importância da prevenção e do tratamento adequado, além de suas motivações e dificuldades em manter uma boa higiene bucal. O uso dessa ferramenta pode facilitar a personalização das intervenções em saúde oral, já que ao compreender as crenças e comportamentos dos atendidos, os profissionais poderão desenvolver estratégias mais direcionadas e eficazes, adaptadas às especificidades de seus pacientes.

Espera-se que a aplicação regular do questionário possa também ajudar a monitorar a evolução das convicções e atitudes dos pacientes ao longo do tempo. Assim, cria-se uma oportunidade para avaliar a eficácia das intervenções promovidas, visto que com a coleta contínua de dados, torna-se possível a realização de ajustes nas abordagens e a aplicação de melhorias nas estratégias de cuidado.

Por fim, a implementação do questionário proposto neste trabalho e a utilização de seus dados no processo de educação em saúde bucal, pode contribuir para uma cultura de autocuidado entre os pacientes. Ao estimular a reflexão sobre suas práticas e crenças, se promove o empoderamento desses indivíduos para tomarem decisões baseadas em informações cientificamente acuradas sobre sua saúde oral. Tal mudança de pensamentos e atitudes pode se refletir em uma maior adesão a hábitos saudáveis, levando à redução da prevalência de doenças bucais entre os pacientes adultos, garantindo que possam desfrutar de uma saúde bucal adequada que se estenda à velhice.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo teve o objetivo de destacar a relevância da saúde bucal, evidenciando o fato de que, apesar dos avanços conquistados, muitas pessoas ainda enfrentam barreiras significativas para acessar programas eficazes de prevenção e promoção nesse âmbito. Com isso, pode-se concluir que se faz necessário a implementação de novas estratégias que aprimorem a educação em saúde bucal, para torná-la mais acessível e impactante. Ademais, também se mostra importante ampliar o acesso dessas ações e programas ao público adulto, não focando apenas no ensino de escolares.

Sendo assim, esse trabalho trouxe a criação de um questionário *on-line*, baseado nos constructos do Modelo de Crenças em Saúde, como uma proposta de abordagem que auxilie os profissionais no atendimento de pacientes adultos, ao compreender as escolhas de saúde bucal de seus pacientes adultos. Essa integração do MCS nas estratégias de intervenção em saúde bucal, tem o potencial de ser um vetor de benefícios tanto para os dentistas e técnicos, quanto para os pacientes.

Dessa forma, espera-se que este estudo reforce a importância da educação em saúde oral e incentive a prevenção e promoção de saúde dentro dos atendimentos odontológicos de forma mais específica, visando a melhoria contínua das condições bucais de seus usuários e contribuindo para o seu bem-estar, não apenas a nível odontológico, mas em sua totalidade.

REFERÊNCIAS

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030**. World Health Organization, 2022.
2. PETERSEN, Poul Erik et al. The global burden of oral diseases and risks to oral health. **Bulletin of the world health organization**, v. 83, p. 661-669, 2005.
3. MARCENES, Wagner et al. Global burden of oral conditions in 1990-2010: a systematic analysis. **Journal of dental research**, v. 92, n. 7, p. 592-597, 2013.
4. MCNEIL, Daniel W. Behavioural and cognitive-behavioural theories in oral health research: Current state and future directions. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 51, n. 1, p. 6-16, 2023.
5. VEIGA, Neilo et al. Oral health education: community and individual levels of intervention. **Oral Health and Dental Management**, v. 14, n. 2, p. 129-135, 2015.
6. ALYAFEI, Anees; EASTON-CARR, Raul. The Health Belief Model of Behavior Change. In: **StatPearls [Internet]**. StatPearls Publishing, 2024.
7. SUMITA, Ichiro et al. The impact of oral health behaviors, health belief model, and absolute risk aversion on the willingness of Japanese university students to undergo regular dental check-ups: A cross-sectional study. **International journal of environmental research and public health**, v. 19, n. 21, p. 13920, 2022.
8. MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 15, p. 2297-2305, 2010.
9. PALMIER, Andréa Clemente et al. Saúde bucal: aspectos básicos e atenção ao adulto. **Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais**, 2008.
10. BRASIL, Ministério da Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. **Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília**: Ministério da Saúde, 2012.
11. IBGE. Pesquisa nacional de saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões. **IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE**, 2020.

12. MOHAMMADKHAH, Fatemeh et al. Effect of training based on health belief model and behavioral intention on improving dental and oral self-care behavior in 9–12-year-old Iranian female students. **BMC Oral Health**, v. 22, n. 1, p. 515, 2022.
13. ANAGNOSTOPOULOS, Fotios et al. Self-efficacy and oral hygiene beliefs about toothbrushing in dental patients: a model-guided study. **Behavioral Medicine**, v. 37, n. 4, p. 132-139, 2011.
14. BARKER, Teresa. Role of health beliefs in patient compliance with preventive dental advice. **Community dentistry and oral epidemiology**, v. 22, n. 5PT1, p. 327-336, 1994.
15. FLAER, Paul J. et al. A psychosocial approach to dentistry for the underserved: incorporating theory into practice. **Journal of health care finance**, v. 37, n. 1, p. 101-108, 2010.
16. PINE, C. M. et al. An intervention programme to establish regular toothbrushing: understanding parents' beliefs and motivating children. **International dental journal**, v. 50, n. 6, p. 312-323, 2000.