

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE MESTRADO EM CIÊNCIAS E SAÚDE

**A QUALIDADE DA ATENÇÃO ODONTOLÓGICA À PESSOA IDOSA NA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

WALLESK GOMES MORENO

**TERESINA**

2008

WALLESK GOMES MORENO

**A QUALIDADE DA ATENÇÃO ODONTOLÓGICA À PESSOA IDOSA NA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Ciências e Saúde (Área de Concentração: Avaliação de Política, Sistemas e Serviços de Saúde), da Universidade Federal do Piauí, para obtenção do título de Mestre.

Orientadora:

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cecília Maria Resende Gonçalves de Carvalho

Co-orientadora:

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Regina Ferraz Mendes

TERESINA

2008

Dedico este trabalho

A meus pais, Sigifroi e Walnice

Pelo exemplo de dedicação, força, garra, determinação e integridade que sempre deram...

A Vinicius e Júlia, meus amores, para que sejam felizes no que escolherem... E a Gildemar, meu esposo.

## Agradecimentos

- A Deus, pelo seu infinito amor.
- À Universidade Federal do Piauí pela iniciativa em implantar o Programa de Mestrado em Ciências e Saúde.
- À Coordenação do Mestrado em Ciências e Saúde, na pessoa da Professora Doutora Lídyá Tolstenko Nogueira pela competência na condução do mesmo.
- À Professora Doutora Cecília Maria Resende Gonçalves de Carvalho, minha orientadora, pela ajuda e orientação durante esta caminhada.
- À Professora Doutora Regina Ferraz Mendes Viana, minha co-orientadora, pela orientação e pronta disponibilidade.
- Ao Professor João Batista Mendes Teles, pela competência, disponibilidade e presteza com que me orientou na análise dos dados.
- Aos meus irmãos, Sigifroi Filho e Sérgio pelo exemplo e presença em minha vida.
- Às minhas amigas da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Piauí, em especial Eliane, Clotildes, Cleonice, Cristina e Eliana, pela amizade, dedicação e apoio nos momentos que mais precisei.
- À Telma e Ecy, pelas viagens a lugares onde nunca imaginei existir em Teresina.
- Aos meus colegas dentistas, auxiliares e funcionários das unidades básicas de saúde que me receberam em seus ambientes de trabalho e com sua valiosa colaboração permitiram a realização deste trabalho.

- Ao colega Carlos Alberto Cordeiro, funcionário da Fundação Municipal de Saúde pela ajuda no momento da coleta de dados.
- À Dr.<sup>a</sup> Amarílis de Souza Borba, funcionária da Fundação Municipal de Saúde, pelas sugestões apresentadas.
- Aos idosos entrevistados e seus familiares, por abrirem as portas de suas residências e de suas vidas.
- A todas as pessoas que direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

MORENO, W.G. **A qualidade da atenção odontológica à pessoa idosa na Estratégia Saúde da Família**. Dissertação (Mestrado em Ciências e Saúde) – Centro de Ciências da Saúde – Universidade Federal do Piauí

## RESUMO

A longevidade da população é um fato de ocorrência mundial inquestionável. No Brasil, a estrutura etária da população vem se modificando em função da diminuição das taxas de fecundidade e mortalidade, fazendo com que o envelhecimento determine importantes repercussões nos campos social, econômico, familiar, previdenciário e da saúde. No caso da saúde bucal, o fato torna-se mais agravante visto que, historicamente, esse grupo populacional não tem recebido atenção de forma prioritária; apresentando como consequência altos níveis de edentulismo e elevada prevalência de cárie dentária e doenças periodontais. No ano de 2001 o Ministério da Saúde incluiu a saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, com a perspectiva de ampliar o acesso da população à odontologia. Após esse fato contactou-se uma rápida expansão das equipes de saúde bucal em todo o país. Teresina, capital do Piauí, com uma população aproximada de 804.539 habitantes possui, atualmente, 146 equipes implantadas. O presente trabalho tem por objetivo avaliar a qualidade da atenção odontológica prestada à pessoa idosa atendida pelas equipes de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família no município de Teresina – Piauí. Através de metodologia com abordagens quantitativas do tipo analítico transversal, 46 idosos foram abordados por meio de dois instrumentos de coleta: exame da cavidade bucal e aplicação de formulário para o usuário. A análise dos resultados permitiu verificar que a maioria da população estudada é do sexo feminino, compreendido na faixa etária no intervalo de 60 a 65 anos, analfabetos ou semi-analfabetos. A discrepância entre os dados sobre percepção de saúde bucal e condições reais de saúde revela a maneira singular como o idoso avalia sua condição de saúde bucal, no qual se percebe satisfação com a atenção recebida, mesmo constatando-se baixa resolubilidade do tratamento proposto pelo dentista. A situação de saúde bucal da população estudada apresenta-se com altos níveis de edentulismo e não reabilitação por meio de próteses adequadas, revelando a fragilidade do sistema de referência e contra-referência da atenção básica e Centros de Especialidades Odontológicas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Estratégia Saúde da Família, Envelhecimento, Saúde Bucal

**MORENO, W.G. The quality of service for elderly people provided by the Family Health Strategy.** Dissertation (Masters in Science and Health) – Center of Health Sciences – The Federal University of Piauí

## **ABSTRACT**

The fact that the population is living longer is an undeniable fact throughout the world. In Brazil, the structure of population age groups has been changing, because of lower fertility and mortality rates, which has important consequences for society, the economy, family-life, pensions and health. In the case of oral health, this fact is more serious, since, historically, this population group has not received any priority attention; and as a consequence has high levels of edentulism and high prevalence of dental caries and periodontal diseases. In 2001, the Ministry of Health included oral health in the Family Health Strategy, with the aim of extending dental access for the population. Afterwards, there was a rapid expansion of oral health teams throughout the country. Teresina, the capital of Piauí state, with a population of approximately 804,539 inhabitants, currently possesses 146 teams. The objective of this study was to evaluate the quality of dental care given to the elderly by the Oral Family Health Strategy teams in Teresina - Piauí. A transectional quantitative study was carried out, and 46 elderly users were approached using two methods of data collection: examination of the oral cavity and a form to be answered. By analyzing the results it was verified that the majority of the studied population is female, aged between 60 and 65 years, illiterate or semi-literate. The discrepancy between the data over perception of oral health and actual conditions of health reveals how the elderly perceive their oral health situation. They are satisfied with the professional attention even though there is a low resolubility of the treatment proposed by the dentist. The oral health situation of the studied sample has high levels of edentulism and lacks prosthetic rehabilitation, which reveals how fragile the system of reference and counter-reference of basic health attention and Centers of Dental Specialties is.

**KEYWORDS:** Family Health Strategy, Aging, Oral Health

## **Lista de tabelas e quadros**

Quadro I – Número de idosos cadastrados e distribuição por ordem e regional de saúde. Teresina (PI), Janeiro/Julho 2006.....	52
Tabela 1- Perfil sócio-demográfico da população idosa atendida pelas equipes de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família. Teresina (PI), Janeiro/Junho 2007.....	58
Tabela 2- Percepção de saúde bucal pelos idosos por gênero. Teresina (PI), Janeiro/Junho 2007.....	62
Tabela 3- Percepção de saúde bucal pelos idosos por faixa etária. Teresina (PI), Janeiro/Junho 2007.....	63
Tabela 4- Percepção de saúde bucal pelos idosos por grau de instrução. Teresina (PI), Janeiro/Junho 2007.....	67
Tabela 5- Grau de satisfação do usuário com o atendimento por gênero. Teresina (PI), Janeiro/Junho 2007.....	69
Tabela 6- Grau de satisfação do usuário com o atendimento por faixa etária. Teresina (PI), Janeiro/Junho 2007.....	71
Tabela 7- Grau de satisfação do usuário com o atendimento por grau de instrução. Teresina (PI), Janeiro/Junho 2007.....	72
Tabela 8- Resolubilidade e acesso ao serviço por gênero. Teresina (PI), Janeiro/Junho 2007.....	74
Tabela 9- Resolubilidade e acesso ao serviço por faixa etária. Teresina (PI), Janeiro/Junho 2007.....	76
Tabela 10-Resolubilidade e acesso ao serviço por grau de instrução. Teresina (PI), Janeiro/Junho 2007.....	78
Tabela 11- Índice de dentes cariados, perdidos, obturados. Teresina (PI), Janeiro/Junho 2007.....	81

## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

- CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
- CPO-D – Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados
- ESF – Estratégia Saúde da Família
- GM – Gabinete do Ministro
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- MS – Ministério da Saúde
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- PSF – Programa Saúde da Família
- SB – Saúde Bucal
- SESAPI – Secretaria Estadual de Saúde do Piauí
- SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
- SUS – Sistema Único de Saúde
- UBS – Unidades Básicas de Saúde

## Sumário

1. Introdução.....	12
2. Marco Conceitual Temático e Contextual.....	16
2.1 Envelhecimento populacional.....	16
2.2 Regulamentação legal dos direitos dos idosos.....	19
2.3 Assistência à saúde da pessoa idosa.....	21
2.4 Política Nacional de Saúde Bucal.....	32
2.5 Saúde Bucal em Teresina.....	35
2.6 Avaliação da qualidade dos serviços de saúde.....	37
3. Objetivos.....	49
4. Metodologia.....	50
4.1 Delineamento do estudo.....	50
4.2 Universo da pesquisa.....	50
4.3 População.....	51
4.4 Seleção da Amostra.....	51
4.5 Critérios de Inclusão.....	54
4.6 Instrumento de coleta de dados.....	54
4.7 Pesquisa Piloto.....	55
4.8 Considerações éticas.....	56
5. Resultados e Discussão.....	57
5.1 Características dos Idosos.....	57
5.2 Percepção de Saúde Bucal pelos Idosos.....	59

5.3 Grau de Satisfação do Usuário com o Atendimento.....	68
5.4 Resolubilidade e Acesso ao Serviço de Saúde.....	72
5.5 Exame Clínico.....	78
6. Conclusão.....	82
7. Referências .....	85
Anexos 1-3.....	93 – 95
Apêndice 1.....	97

## 1 - INTRODUÇÃO

A longevidade da população é um fato de ocorrência mundial inquestionável. Nos países desenvolvidos esse fenômeno tem acontecido de forma lenta e gradual, possibilitando a estruturação de seus serviços e a sociedade como um todo, para melhor atender as mudanças decorrentes da transformação demográfica.

No caso de países em desenvolvimento como o Brasil, o envelhecimento se caracteriza pela rapidez com que o aumento da população idosa acontece modificando a estrutura demográfica e epidemiológica do país. Devido ao cenário de pobreza existente e o despreparo por parte das estruturas governamentais em todos os eixos, o alcance da longevidade se constitui num dos maiores desafios da saúde pública contemporânea (GAZALLE *et al.*, 2004).

A expectativa média de vida se amplia de tal forma que grande parte da população atual irá alcançar a velhice. Hoje existem aproximadamente 18 milhões de idosos no Brasil, o equivalente a 10% de toda a população. Estima-se que em 17 anos esse número aumentará para 33 milhões, correspondendo à previsão da população com mais de 70 anos em 2050 (VERAS; PARAHYBA, 2007).

Além das modificações populacionais, o Brasil tem experimentado uma transição epidemiológica, com alterações relevantes no quadro de morbimortalidade. As doenças infectocontagiosas que representavam 40% das mortes registradas no país em 1950, hoje são responsáveis por menos de 10%. O oposto

ocorreu em relação às doenças cardiovasculares: em 1950, eram causa de 12% das mortes e, atualmente, representam mais de 40%. Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um perfil de mortalidade típico de uma população jovem para um desenho caracterizado por enfermidades complexas e mais onerosas, próprias das faixas mais avançadas (VERAS; PARAHYBA, 2007).

Um fator complicador para a assistência à pessoa idosa é a situação de complexidade clínica freqüentemente encontrada com o envelhecimento: associações de co-morbidades, mecanismos de adaptação, vulnerabilidade orgânica, apresentação atípica de doenças e maior suscetibilidade à iatrogenia (SHINKAI; CURY, 2000).

Assim a saúde bucal merece atenção especial pelo fato de que, historicamente, os serviços odontológicos não possuem como prioridade a atenção a esse grupo populacional. Da mesma forma que a população adulta, a pessoa idosa possui altos níveis de edentulismo e elevada prevalência de cárie e de doenças periodontais, realidade constatada recentemente pelo Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira no ano 2000 pelo Projeto Saúde Bucal – SB BRASIL (BRASIL 2004a).

Diante dessa realidade e considerando a deliberação da 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal que apresenta a saúde bucal como parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, estando relacionada diretamente com as condições de saneamento, alimentação, moradia, trabalho, educação, renda, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, aos serviços de saúde e

informação é que reafirma-se a postura no sentido de reforçar o enfoque sobre a necessidade do estudo da saúde oral da população idosa (BRASIL,1993).

A obtenção de dados relacionados às ações e serviços odontológicos voltados à população idosa é importante, pois estes quantificam as condições encontradas, além de serem usados no planejamento, organização e monitoramento dos serviços de saúde propostos para essa faixa etária.

No Brasil, poucas são as iniciativas de ações e programas de saúde bucal voltados exclusivamente a esse grupo populacional, o qual, sem renda para utilização de serviços privados e sem prioridade nos serviços públicos, vê-se numa situação epidemiológica crítica e assustadora. A perda total dos dentes ainda é aceita pela sociedade como algo normal e natural com o avanço da idade, e não como um reflexo da falta de políticas preventivas de saúde, destinadas principalmente à população adulta, para que mantenha seus dentes saudáveis até idades mais avançadas (PUCCA Jr., 2002).

A implantação das equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família em Teresina deu-se a partir de julho de 2003, contando atualmente com 146 equipes implantadas (BRASIL, 2008), cujas práticas, ao serem monitoradas e avaliadas continuamente, podem ser aprimoradas, e conseqüentemente elevar a satisfação da população.

A avaliação da oferta e da utilização dos serviços de atenção básica em saúde por idosos permite medir a efetividade da política direcionada a este grupo populacional. Os trabalhadores destes serviços devem estar capacitados e, em

termos de conhecimentos, habilidades e atitudes elaborar e operar protocolos para ações programáticas específicas às necessidades deste grupo populacional de maneira integrada com as demais práticas do cuidado (PICCINI *et al.*,2006).

Partindo desses pressupostos, justifica-se a realização deste trabalho a fim de avaliar a qualidade da atenção odontológica prestada a idosos pelas equipes de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família levando-se em consideração parâmetros de auto-percepção em saúde bucal pelos idosos, acesso ao serviço e resolubilidade da atenção no município de Teresina, bem como avaliação do CPO-D dos idosos entrevistados.

## 2 – MARCO CONCEITUAL TEMÁTICO E CONTEXTUAL

### ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea. Esse fenômeno ocorreu inicialmente em países desenvolvidos, mas, mais recentemente é nos países em desenvolvimento que o envelhecimento da população tem ocorrido de forma mais acentuada. No Brasil, o número de idosos (idade igual ou maior que 60 anos) passou de três milhões em 1960, para sete milhões em 1975 e 14 milhões em 2002 (num aumento de 500% em quarenta anos), estimando-se que alcançará 32 milhões em 2020. (LIMA-COSTA; VERAS, 2003).

Segundo Carvalho e Garcia (2003), o envelhecimento populacional não se refere nem a indivíduos, nem a cada geração, mas sim, à mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada com definidora do início da velhice. Este limite inferior varia de sociedade para sociedade, e depende não somente de fatores biológicos, mas também, econômicos, ambientais, científicos e culturais.

Os idosos, especialmente os que se encontram na faixa etária acima de 80 anos, constituem o segmento da população brasileira que mais cresce. Entre 1991 e 2000, o número de habitantes com 60-69, 70-79 e 80 ou mais anos aumentou cerca de duas a quatro vezes mais (28%, 42% e 62%, respectivamente) do que a

população mais jovem do país, a qual apresentou um crescimento populacional de 14% (IBGE, 2002). Mesmo diante de tal realidade, a influência da situação sócio-econômica sobre a saúde dos idosos tem recebido pouca atenção no país, caracterizado pela existência de desigualdades sociais, a qual contribui para a atual situação de saúde vigente, tornando urgente o compromisso de assumir a construção de políticas sociais adequadas, incluindo a atenção à saúde para a pessoa idosa (LIMA-COSTA *et al.*, 2003).

Segundo Motta e Aguiar (2007) os gastos com saúde tendem a aumentar progressivamente com o envelhecimento populacional, agravando os desafios de promoção da equidade. Como cuidar da parcela mais pobre, com maiores co-morbidades, e maior incapacidade, através de uma abordagem diagnóstica, terapêutica e de reabilitação adequadas? O aumento da expectativa de vida traz como consequência a necessidade de mudança no modelo clínico-assistencial e na formação dos profissionais, pois grandes gastos não garantem, em si, a melhoria da qualidade de vida dos idosos, sendo necessário trabalhar para mudança nos princípios que regem a atenção à sua saúde.

O Brasil nas últimas décadas tem conquistado importantes avanços no campo da saúde. O processo de construção do SUS, regulamentado pela Constituição Federal de 1988 e pelas Leis Complementares, vem gradativamente ocorrendo sobre os pilares da universalização, da integralidade, da descentralização e da participação popular (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003). Porém de acordo com Matos; Giatti e Lima-Costa (2004) as desigualdades sociais associadas ao uso e avaliação dos serviços de saúde pelos idosos indicam que a equidade, um dos

princípios constitucionais do Sistema de Saúde Brasileiro, ainda não foi alcançada, recomendando-se que esforços nesse sentido devam ser priorizados na Política Nacional de Saúde do Idoso.

De acordo com Lima-Costa e Veras (2003) a cada ano mais 650 mil idosos são incorporados à população brasileira, contribuindo para a modificação do perfil da população, que antes apresentava um predomínio de jovens sobre as demais faixas etárias.

Num contexto de grandes desigualdades regionais e sociais, o envelhecimento populacional tem causado grande impacto sobre a qualidade de vida da população, que não encontra amparo adequado no sistema público de saúde e acumula as seqüelas das doenças crônico-degenerativas, enquanto o país ainda busca o controle da mortalidade infantil e das doenças transmissíveis. Sendo assim, ao invés de representar uma conquista da sociedade, pode se tornar um entrave, visto que os anos de vida acrescentados não podem ser vividos em condições de independência e saúde, gerando mais custos ao sistema. (COLUSSI; FREITAS; CALVO, 2004).

Segundo Piccini *et al.* (2006), o cuidado dos idosos implica ofertar serviços cuja estrutura apresente características que possibilitem o acesso e o acolhimento de maneira adequada, respeitando as limitações que proporções relevantes de idosos apresentam.

## REGULAMENTAÇÃO LEGAL DOS DIREITOS DOS IDOSOS

Sancionada em 4 Janeiro de 1994 a Política Nacional do Idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Esta política é regida por princípios como, por exemplo, o dever da família, sociedade e Estado de assegurar os direitos de cidadania dos idosos, defendendo sua dignidade, bem-estar, direito à vida, e que o idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através desta política.

De acordo com a Lei nº 8842 de 4 de janeiro de 1994, a qual dispõe sobre a Política Nacional do Idos, cabe ao setor saúde, em síntese, prover o acesso dos idosos aos serviços e às ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, mediante o estabelecimento de normas específicas para tal; o desenvolvimento da cooperação entre as esferas de governo e entre os centros de referência em geriatria e gerontologia; e a inclusão da geriatria como especialidade clínica para efeito de concursos públicos, além da realização de estudos e pesquisas na área (BRASIL, 1994).

A Política Nacional do Idoso que apresenta o objetivo de criar condições para promover a longevidade com qualidade de vida, colocando em prática ações voltadas não apenas para os que estão velhos, mas também para aqueles que vão envelhecer.

Somente em 1º de outubro de 2003, pela Lei nº 10.741 foi instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos que trata dos direitos fundamentais (direito à vida, à

liberdade, respeito e dignidade, dos alimentos do direito à saúde, da educação, cultura, esporte e lazer, do direito da profissionalização e do trabalho, da previdência social, da assistência social, da habitação, do transporte); das medidas de proteção; da política de atendimento ao idoso; do acesso à justiça, dos crimes.

No estado do Piauí, as Leis nº 5.244 de 13 de Junho de 2002 e 3.086 de 01 de abril de 2002 dispõem sobre a Política Estadual e Municipal de Atenção ao Idoso respectivamente, as quais têm por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação na comunidade e sociedade como um todo.

Lançada em 10 de Dezembro de 1999 através da portaria 1395/GM a Política Nacional de Saúde do Idoso apresenta diretrizes essenciais como a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção da capacidade funcional, a assistência às necessidades de saúde do idoso, a reabilitação da capacidade funcional comprometida, a capacitação de recursos humanos especializados, o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e o apoio a estudos e pesquisas. Todas as ações em saúde do idoso devem ter o objetivo de manter o idoso na comunidade, junto de sua política, da forma mais digna possível; visto serem a família e os amigos a primeira fonte de cuidados (SILVESTRE, COSTA NETO, 2003). O maior indicador para o isolamento e outras formas de institucionalização de longa duração entre idosos é a falta de suporte familiar e a inexistência de doença (CALDAS, 2003).

Embora a Constituição Federal, a Política Nacional do Idoso e a Política Nacional de Saúde do Idoso apontem a família como responsável pelo atendimento às

necessidades do idoso, até agora o delineamento de um sistema de apoio às famílias e a definição das responsabilidades das instâncias de cuidados formais e informais, na prática, não aconteceram. O sistema de saúde, público ou privado, não está preparado para atender nem a demanda de idosos que cresce a cada dia, nem a de seus familiares (CALDAS, 2003).

## ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA PESSOA IDOSA

A espécie humana necessitou de milhões de anos para atingir um bilhão de pessoas, o que teria ocorrido provavelmente em 1830. Em 1927 este número dobrou. Em 1960, a população mundial chegou aos três bilhões de habitantes. De lá para cá, esse incremento populacional experimentou substancial aceleração. Em catorze anos a marca dos quatro bilhões foi atingida, o quinto bilhão veio em 1987, e, doze anos depois, em 1999, o sexto bilhão foi alcançado (VERAS, 2003).

Paralelamente ao aumento populacional, estendeu-se a longevidade humana a limites antes impensados. O Brasil é um país que envelhece a passos largos, as alterações na dinâmica populacional são claras, inexoráveis e irreversíveis. No início do século 20, um brasileiro vivia em média 33 anos, ao passo que hoje a expectativa de vida atinge os 68 anos. Entre 1960 e 1980, observou-se no Brasil uma queda de 33% na fecundidade, sendo que nesse mesmo período de 20 anos, a expectativa de vida aumentou em 8 anos. Hoje a população de idosos ultrapassa os 15 milhões de brasileiros, que em 20 anos serão 32 milhões (VERAS, 2003).

De acordo com Veras e Parahyba (2007) além das modificações populacionais, o Brasil tem experimentado uma transição epidemiológica, com alterações relevantes no quadro de morbi-mortalidade. As doenças infectocontagiosas que representavam 40% das mortes registradas no país em 1950, hoje são responsáveis por menos de 10%. Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um perfil de mortalidade típico de uma população jovem para um desenho caracterizado por enfermidades complexas e mais onerosas, próprias das faixas etárias mais avançadas.

De acordo com Piccini *et al.* (2006) o crescimento da população idosa brasileira tem provocado alterações profundas na sociedade. Este impacto, que deverá ser ainda maior no futuro, é sentido na economia, no mercado de trabalho, nas relações familiares e no sistema de saúde.

O envelhecimento associa-se a uma maior prevalência de doenças e mais incapacidades. Por essa razão, caracteriza-se por ser uma fase da vida na qual a utilização de serviços de saúde tende a aumentar. O padrão geral de utilização é marcado pelo maior uso no primeiro ano de vida e nos idosos, etapas da vida de maior vulnerabilidade biológica (TRAVASSOS; VIACAVA, 2007).

O adequado enfrentamento das demandas causadas pelo envelhecimento da população significa reconhecer a projeção da Organização Mundial de Saúde de que até 2025 o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos requerendo o conhecimento das características desta demanda (PICCINI *et al.*, 2006).

Para Hiramatsu; Franco e Tomita (2006) um dos principais critérios utilizados para se identificar um idoso bem sucedido quanto à saúde é pela manutenção por toda sua vida de sua dentição natural, saudável e funcional, incluindo todos os aspectos sociais e benefícios biológicos, tais como a estética, o conforto, a habilidade para mastigar, perceber sabores e falar.

O envelhecimento das populações, uma conseqüência natural do desenvolvimento, se constitui num conjunto de alterações morfológicas e fisiológicas que ocorrem ao longo do tempo onde é possível identificar em grupos características comuns a este processo; como alterações na composição bioquímica dos tecidos, alterações fisiológicas que levam a uma deterioração progressiva, menor capacidade de adaptação a alterações ambientais e maior vulnerabilidade a doenças. Com o aumento da expectativa de vida, surgem necessidades em relação à manutenção e reabilitação da saúde destes indivíduos (MOURA *et al.*, 2004).

Várias alterações anatômicas e fisiológicas ocorrem nas estruturas do sistema estomatognático (dentes, tecidos periodontais, mucosa bucal, língua, glândulas salivares, maxila e mandíbula, musculatura mastigatória e articulação têmporo-mandibular) em decorrência do envelhecimento, mas não necessariamente constituem desequilíbrios no processo saúde /doença, sendo, na realidade complicações de problemas patológicos acumulados durante toda a vida do individuo devido à higiene bucal deficiente, iatrogenia, falta de orientação e de interesse em saúde bucal e a carência de acesso aos serviços de assistência odontológica (SHINKAI; CURY, 2000).

Segundo Machado *et al.* (2004), a osteoartrose, afecção mais freqüente dentro dos casos de artrite (70%) está presente em articulações específicas, como por exemplo as mãos (acometendo articulações interfalangeas distais e da base do polegar), levando a dificuldades motoras do dia-a-dia, como manutenção dos hábitos de higiene oral. Sua prevalência é cerca de dez vezes maior em mulheres que em homens, e maior em gêmeos homozigóticos que em dizigóticos, sugerindo-se que o fator hereditário seja o mais importante.

Nos últimos cinqüenta anos, a Odontologia dedicou seus estudos principalmente a descobertas na prevenção e no tratamento da cárie em crianças de até 12 anos. Porém, os resultados deste investimento ainda não têm seus reflexos na população idosa, que está longe de atingir a meta da Organização Mundial de Saúde para o ano 2000, em que pessoas na faixa etária de 65-74 anos, 50% deveriam apresentar pelo menos vinte dentes em condições funcionais. Se não forem adotadas medidas que dêem continuidade a esse trabalho preventivo, o quadro de saúde bucal dessas pessoas talvez não apresente melhoras consideráveis com o passar do tempo (COLUSSI; FREITAS, 2002).

Concordando com Pucca Jr. (1998), à medida que a “terceira idade” passa a ganhar importância, a atenção dos dentistas sanitaristas volta-se para esse grupo populacional negligenciado até os dias atuais, se comparado aos esforços desenvolvidos pela Odontologia no que se refere à saúde bucal da criança. Sem dúvida, essa profunda distorção que exclusivizou a Odontologia nos seus aspectos de cuidados materno-infantis, tem seu lado mais visível nos conhecidos programas

incrementais, os quais são considerados ineficazes em seus resultados e excludentes em sua concepção.

De acordo com Rihs; Sousa e Wada (2004), grande enfoque tem sido dado ao declínio na experiência de cáries coronárias em crianças, no entanto, a literatura internacional é controversa em relação aos índices de cáries na população adulta e idosa. Enquanto trabalhos relatam melhora nas condições de saúde bucal com diminuição na ocorrência de cáries e edentulismo, outros relatam populações geriátricas apresentando precária saúde bucal, com alta prevalência de cáries, inclusive as radiculares.

A histórica escassez da atenção odontológica para grupos não-escolares requer que políticas públicas de promoção da saúde bucal para pessoas idosas sejam formuladas, para que elas possam viver essas épocas com qualidade (MOREIRA *et al.*, 2005); visto que o conceito de qualidade de vida abrange uma série de aspectos como a capacidade funcional, o nível sócio-econômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o auto-cuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos, a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou atividades diárias e o ambiente em que se vive (VECCHIA *et al.*, 2005).

O edentulismo – perda total dos dentes - é um dos piores agravos à saúde bucal. A alta proporção de brasileiros nessa situação, a possibilidade de controle desse agravo e os danosos impactos na vida das pessoas afetadas desafiam a saúde pública a minimizar esse problema (BARBATO *et al.*, 2007).

O serviço público necessita de uma reformulação, direcionando ações específicas aos problemas da terceira idade, dentre os quais se situa a falta de dentes. Além de medidas educativas e preventivas, deve-se pensar em medidas reabilitadoras, no caso específico do edentulismo. A implementação de um serviço de prótese dentária no setor público é uma medida viável e que deveria ser encarada como profilática, uma vez que a falta de dentes acarreta outros problemas de saúde, agravando os já existentes e piorando a qualidade de vida da população idosa brasileira. (COLUSSI; FREITAS, 2002).

Deve ser discutida ainda a necessidade de eliminação dos preconceitos em relação à atuação da Odontologia. Assim como o idoso não deve ser uma boca para o dentista, e boca em idoso não se restringe à dentadura, a Odontologia não se limita à boca, e esta não é igual a dentes e gengiva. É preciso que haja afastamento de mitos e estereótipos que cercam o tratamento odontológico na terceira idade, bem como divulgação de informações entre os próprios cirurgiões dentistas, os demais profissionais de saúde, as autoridades e a população em geral, incluindo principalmente os idosos e seus familiares (SHINKAI e CURY, 2000).

O estudo realizado por Matos, Giatti; Lima-Costa (2004) confirma que os idosos brasileiros apresentam uma baixa taxa de uso de serviços odontológicos, e que diferenças regionais e sócio-econômicas são importantes para determinar a frequência de uso de serviços odontológicos entre essa população. O baixo uso de serviços odontológicos pela população idosa é preocupante porque o número de pessoas idosas que está mantendo sua dentição natural está crescendo, provocando um aumento da necessidade de cuidados odontológicos; favorecendo a

perda de oportunidades de diagnóstico precoce de sérias patologias bucais, dentre estas o câncer bucal; pessoas sem dentes naturais ou que fazem uso de próteses totais, também perdem a oportunidade de avaliação da necessidade ou substituição dessas próteses.

Segundo estudo realizado por Biazevic *et al.* (2004) em Joaçaba (Santa Catarina), foi observado que a grande maioria da população idosa estudada (82,5%) usava próteses totais superiores, e que 50,3% usava próteses totais inferiores. Foi relatado também um número significativo (34,4%) que não usavam próteses inferiores, mesmo havendo necessidade e indicação. No mesmo estudo foi constatado não haver diferença estatisticamente significativa entre o uso ou necessidade de próteses (superiores e inferiores) e o nível sócio-econômico, e nem com a autopercepção de saúde oral.

De acordo com Sampaio (2004), a existência de problemas na cavidade oral, como a falta de elementos dentários, constitui-se um dos principais fatores que interferem no estado nutricional do idoso, comprometendo a manutenção de sua qualidade de vida.

A saúde, e como parte dela, a saúde bucal, representa um fator decisivo para a manutenção, na velhice, de uma boa qualidade de vida, a qual pode ser definida como ausência de dor, mantendo um estado funcional saudável nos domínios físico, social e psicológico e um autoconceito positivo (HIRAMATSU; FRANCO; TOMITA, 2006.)

Ainda segundo esses autores, a cárie dentária é uma doença que hoje acomete a população em todos os seus segmentos. Em regiões ou países onde uma proporção significativa da população não tem acesso regular a ações de promoção da saúde bucal e a serviços odontológicos, o tratamento dessa enfermidade dá-se em estágio tardio, sendo realizado através de extração dos dentes afetados.

Segundo Barbato *et al.* (2007) as perdas dentárias constituem-se em uma marca da desigualdade social, diminuindo a capacidade mastigatória, dificultando e limitando o consumo de diversos alimentos, afetando a fonação e causando danos estéticos que podem originar alterações psicológicas; contribuindo assim para a redução da qualidade de vida das pessoas.

Para Biazevic *et al.* (2004), a qualidade dos indicadores de vida relacionados com saúde oral foi definida como medida de como os problemas dentais e desordens orais interferem na condução normal da vida do indivíduo. Levando-se em consideração que os indicadores subsidiam informações relativas à sociedade, eles são inadequados para avaliar o comportamento individual; pois cada população, dependendo do seu estilo de vida, condição sócio-econômica e acesso aos serviços de saúde, têm distintas experiências sobre suas condições de saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde com relação à auto percepção em saúde bucal, a percentagem de pessoas relatando uma situação de saúde bucal péssima, ruim ou regular foi de 43,6% na faixa etária de 65 a 74 anos, com uma

dificuldade mastigatória de 47,8% sendo encontrada uma prevalência de dor dentária (pouca/média/alta) de 22,2% (BRASIL, 2004a).

Para Manhães e Costa (2008) o acesso aos serviços permeia as relações entre as necessidades de saúde, a demanda por e a utilização de serviços de saúde. Estes três elementos, quando organizados sequencialmente, indicam que as “necessidades” das pessoas em termos de saúde transformam-se em “demanda” que, por sua vez, gera a “utilização” dos serviços, desde que garantido o acesso a eles.

Ainda segundo Manhães e Costa (2008) acesso tem o significado amplo de representar o grau de adequação entre o cliente e o sistema de saúde; implicando garantia de ingresso no sistema sem obstáculos físicos, financeiros ou de outra natureza.

Para Moreira *et al.* (2005) abordagens sobre as desigualdades no acesso e utilização de serviços odontológicos podem propiciar aos formuladores de políticas públicas de atenção à saúde bucal a informação necessária para uma reflexão sobre o acúmulo de doenças bucais não tratadas que resulta no elevado contingente de edêntulos no Brasil.

No estudo realizado por Lebrão e Laurenti (2005) o acesso aos serviços odontológicos no município de São Paulo parece ser suficientemente amplo para atendimentos básicos, a ponto de os serviços produzidos terem impacto significativo na autopercepção das condições de saúde bucal dos usuários, visto que 86% dos idosos que perderam mais da metade dos dentes utilizam algum tipo de prótese.

Hartz e Contandripoulos (2004) ressaltam que no Brasil a integralidade da atenção é um dos seus pilares de construção, baseada na primazia das ações de promoção, garantia de atenção nos três níveis de complexidade, articulação das ações de prevenção, promoção e recuperação, abordagem integral dos indivíduos e das famílias.

A situação de saúde bucal dos idosos brasileiros é precária e pode ser observada tanto pelo quadro epidemiológico quanto pela ausência de programas voltados exclusivamente para esse grupo populacional. Em um contexto de abandono e de dificuldades, uma das áreas que poderiam ser melhores exploradas é a das ações de educação em saúde com ênfase na auto-proteção e na auto-percepção, conscientizando a pessoa para a necessidade de cuidados com sua saúde bucal.

Estudos sobre autopercepção mostram estar ela relacionada a alguns fatores clínicos, como número de dentes cariados, perdidos ou restaurados, e com fatores subjetivos como sintomas das doenças e capacidade de a pessoa sorrir, falar ou mastigar sem problemas, além de também ser influenciada por valores pessoais, como a crença de que algumas dores e incapacidades são inevitáveis nessa idade, o que pode levar a pessoa a superestimar sua condição bucal (SILVA; FERNANDES, 2001).

A cárie é a principal causa de perdas dentárias, estando em escalas menores os traumatismos e doenças periodontais. Além desses agravos a perda do elemento dental é decorrente de atitudes dos profissionais da Odontologia e da

população, da acessibilidade e utilização de serviços odontológicos, da modalidade de financiamento do sistema de saúde e da forma de prestação de cuidados odontológicos. Motivos de ordem econômica são comuns como causa primária ou correlata de extrações dentárias (BARBATO *et al.*, 2007)

A transformação das práticas de saúde bucal com a superação do modelo assistencial, paternalista e viciado, percorrendo em direção a um modelo de atenção em saúde, com co-responsabilidade, ou seja, participante e democrático, constitui-se em uma tarefa bastante complexa. Porém tal mudança é necessária uma vez que o enfoque curativo representa uma visão estreita da realidade, imprópria e pouca econômica, considerando o caráter essencialmente sócio político do processo saúde-doença bucal. As estratégias dessa mudança requerem abordagens intersetoriais e uma concepção pluralista do trabalho em saúde bucal coletiva, na qual a população assume um papel transformador, e não se vê mais como um objetivo de um programa de assistência odontológica. Neste sentido, a compreensão da realidade por meio de estudos epidemiológicos resulta no estabelecimento de prioridades e necessidades que deverão definir o modelo organizacional com ênfase na integralidade, equidade e universalidade, em consonância com a realidade técnica administrativa de cada local (MOREIRA *et al.*, 2005).

## POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

A despeito dos crescentes avanços que têm ocorrido no campo da saúde no Brasil, ainda vigora de forma forte um modelo assistencial caracterizado

pela prática voltada para uma abordagem biológica e intra-hospitalar, com baixas cobertura e resolutividade e elevado custo. O reconhecimento da crise desse modelo suscitou a necessidade emergencial de uma nova estratégia estruturante, contemplando a incorporação de recursos humanos e tecnologias contextualizadas nas novas práticas assistenciais propostas.

Com esse propósito iniciou-se a formulação das diretrizes do Programa Saúde da Família, lançado em março de 1994, hoje Estratégia Saúde da Família sendo apresentada como uma estratégia capaz de provocar mudança no modelo assistencial, rompendo com o comportamento passivo das unidades básicas de saúde, estendendo suas ações para a comunidade. (BRASIL, 2002).

Nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família, visa a reorganização da atenção básica à saúde, assumindo um compromisso com a comunidade de reconhecer a saúde como um direito de cidadania, humanizando as práticas e buscando a satisfação do usuário através da assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva e de boa qualidade. (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

A Equipe de Saúde da Família assume o desafio da atenção continuada, resolutiva e pautada pelos princípios da promoção da saúde, em que a ação intersetorial é considerada essencial para a melhoria dos indicadores e da qualidade de vida da população acompanhada. À Estratégia Saúde da Família foi então atribuída a função de desenvolver ações básicas no primeiro nível de atenção, mas propondo-se uma tarefa maior que a simples extensão de cobertura e ampliação

do acesso, devendo promover a reorganização da prática assistencial com novos critérios de abordagem, provocando reflexos em todos os níveis do sistema (BRASIL, 2002).

A oferta em atenção básica passa pela relação entre o número potencial de usuários adscritos e o dimensionamento deste serviço, a possibilidade de acesso, a adequação do serviço para acolher e resolver as necessidades demandadas e a capacitação dos trabalhadores para dar conta deste trabalho (PICCINI *et al.*,2006).

De acordo com Travassos e Viacava (2007) acesso indica o grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm serviços de saúde. O acesso reflete as características do sistema de saúde, que atuam aumentando ou diminuindo obstáculos à obtenção de serviços pela população. A utilização de serviços de saúde, entendida como a entrada nos serviços, é uma expressão positiva do acesso. No entanto, a utilização é influenciada também por fatores dos indivíduos, em particular, pelo perfil de necessidades de saúde e pelos valores e preferências das pessoas

Segundo Silvestre e Costa Neto (2003) o cuidado comunitário do idoso deve basear-se especialmente na família e na atenção básica de saúde, por meio das Unidades Básicas de Saúde, em especial aquelas sob a Estratégia Saúde da Família, que devem representar o vínculo com o sistema de saúde.

No estudo realizado por Piccini *et al.*(2006) foi constatado que as unidades do tipo PSF se revelaram sistematicamente mais adequadas em relação ao

prescrito do que as tradicionais, embora ainda distante do adequado e desejável.

Portanto, o PSF, além de um mecanismo indutor da equidade no cuidado em saúde para os idosos, por alcançar mais aquelas populações que socialmente mais necessitam, se revelou também uma forma mais efetiva de promover o cuidado.

O desenvolvimento de ações na perspectiva do cuidado em saúde bucal tem os seguintes princípios: gestão participativa, ética, acesso, acolhimento, vínculo e responsabilidade profissional. Para cada faixa etária são apresentadas recomendações e propostas de ações a serem desenvolvidas, sendo que ao grupo correspondente ao idoso entende-se a saúde bucal como fator decisivo para a manutenção de uma boa qualidade de vida. Com vistas a garantir o acesso dessas pessoas, podem ser organizados grupos de idosos na unidade de saúde e instituições para desenvolver atividades de educação e prevenção, sendo necessário garantir atendimento clínico individual com reserva de horários e dias específicos para atendimento, facilitando o acesso, e não esquecer de levar em conta as disposições legais contidas no Estatuto do Idoso ao se planejar ações para esse grupo (BRASIL, 2004b).

Embora as diferenças nas necessidades em saúde não sejam eliminadas apenas com o uso de serviços de saúde, é inegável que o acesso a serviços de qualidade pode amenizar condições desfavoráveis da população. O conceito de acesso é complexo, estando de um modo geral relacionado à percepção das necessidades de saúde, à conversão destas necessidades em demandas, conversão das demandas em uso de serviços de saúde (PINHEIRO; TORRES, 2006).

## SAÚDE BUCAL EM TERESINA, PIAUÍ

Em 28 de dezembro de 2000 foi publicada portaria de nº 1444 criando o incentivo da saúde bucal destinado ao financiamento de ações e da inserção de profissionais desta área no Programa Saúde da Família.

Dentre os objetivos estabelecidos pela referida portaria propõe-se ampliação do acesso da população às ações de promoção e recuperação da saúde bucal, bem como de prevenção de doenças e agravos a ela relacionados e melhoria dos índices epidemiológicos. Como anexo desta portaria o Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica, apresentou objetivos que visavam melhorar as condições de saúde bucal da população, assegurando o acesso das famílias residentes nas áreas cobertas pelas equipes (BRASIL, 2000).

Inicialmente deveria ser implantada uma equipe de saúde bucal para uma ou duas equipes de saúde da família implantadas ou em fase de implantação, sendo que a partir da portaria nº 673/GM de 3 de junho de 2003 a proporção entre as equipes de saúde bucal e de saúde da família foi estipulada de 1:1, formando uma só equipe de saúde da família (BRASIL, 2003).

Para Souza e Roncalli (2007) a incorporação da odontologia à Estratégia Saúde da Família é vista como possibilidade de romper com os modelos assistenciais em saúde bucal excludentes baseados no curativismo, tecnicismo e biologicismo. Isso porque a Estratégia, de certa forma, tenta romper com a lógica programática desses modelos, visto que não só articula as propostas da vigilância à

saúde baseando-se na integralidade, mas também possui como um de seus princípios a busca ativa de famílias, as quais são consideradas como núcleo social primário.

De acordo com Andrade e Ferreira (2006) as ações de saúde bucal na estratégia da família devem expressar os princípios e diretrizes do SUS e ter como objetivo ampliar o acesso da população às ações de saúde bucal, incluindo-as no conjunto de atividades desenvolvidas pela Estratégia.

O estado do Piauí, acompanhando a tendência nacional de adesão ao novo modelo de atenção à saúde proposto aderiu à Estratégia Saúde da Família no ano de 1995, sendo observado um crescimento expressivo no número de equipes implantadas contando atualmente com 1.058 Equipes de Saúde da Família e 839 Equipes de Saúde Bucal modalidade 1 (composta por cirurgião dentista e auxiliar de consultório dentário) e 28 modalidade 2 (composta por cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico em higiene dental) implantadas. O município de Teresina conta com 219 Equipes de Saúde da Família implantadas para 146 equipes de saúde bucal com uma cobertura de 92,62% (BRASIL, 2008).

Com a inserção da Odontologia na Estratégia Saúde da Família e a implantação do Programa Brasil Sorridente pelo Ministério da Saúde, surge uma nova perspectiva de melhorar a situação de saúde bucal da população idosa brasileira, onde se espera benefícios por meio de ações preventivas e de reabilitação bucal.

A modificação no modelo de atenção à saúde bucal apresenta-se através das diretrizes do Ministério da Saúde que constituem o eixo político básico de proposição para a reorganização das concepções e práticas no campo da saúde bucal, capazes de propiciar um novo processo de trabalho, tendo como meta a produção do cuidado. Elas apontam para uma reorganização da atenção, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais (BRASIL, 2004b).

## AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS EM SAÚDE

A partir da crise de financiamento atravessada pelo Brasil no início da década de 90 e da posterior retirada do Estado de inúmeras atividades de interesse público, houve um aumento significativo do interesse por resultados, por processos mais efetivos e por iniciativas transparentes e socialmente responsáveis. Somando-se a estes eventos o desenvolvimento de diversos espaços de participação e de controle social, a avaliação passou a ocupar uma posição de importância crescente na sociedade brasileira (SILVA; BRANDÃO, 2003).

Ainda segundo esses autores, a avaliação é um processo de aprendizagem que pode apoiar pessoas, organizações e grupos sociais a fazer escolhas mais consistentes em relação aos rumos de suas iniciativas. A avaliação

oferece a possibilidade de criar espaços de reflexão sobre a prática, desconstruir idéias vigentes ou construir sentidos comuns em relação a conceitos e discursos. Avaliação pode ser entendida como a elaboração, negociação e aplicação de critérios explícitos de análise, em um exercício metodológico cuidadoso e preciso, com vistas a conhecer, medir, determinar ou julgar o contexto, mérito, valor ou estado de um determinado objeto, a fim de estimular e facilitar processos de aprendizagem e de desenvolvimento de pessoas e organizações.

Para Donabedian (1979), autor clássico na área de avaliação, esta comporta duas dimensões: desempenho técnico, ou seja, aplicação do conhecimento e da tecnologia de modo a maximizar os benefícios e minimizar os riscos e o relacionamento com o paciente.

Para Emmi e Barroso (2008) o termo satisfação está diretamente ligado ao ato de explicar, diz respeito ao atendimento dos desejos, necessidades e expectativas dos usuários que fazem parte de uma comunidade, com a intenção de que as necessidades sejam realmente atendidas e traduzidas em ofertas de ações e serviços.

Donabedian (1979) sugere que o estudo da satisfação do paciente é o mais importante objetivo no estudo do cuidado médico, apesar de não poder ser um indicador direto ou indireto, mas apenas aproximado, da qualidade do cuidado à saúde, sendo geralmente incluída na avaliação de resultados.

Para Pisco (2006) a avaliação é um poderoso instrumento de mudança que não deve ser visto como uma ameaça, mas sim como um incentivo, para que os

diferentes serviços de saúde cumpram padrões mínimos de qualidade. A finalidade de políticas de avaliação e de melhoria da qualidade não pode ser apenas demonstrar os problemas detectados, mas produzir mudanças apropriadas que conduzam à melhoria da qualidade dos cuidados prestados. O objetivo não é outro senão a identificação, avaliação e correção de situações potencialmente melhoráveis.

A avaliação de serviços de saúde é uma área já consolidada em suas várias linhas de abordagens. A utilização de indicadores de qualidade da atenção em saúde (acesso, utilização, cobertura, eficácia, satisfação do usuário, objetivos, estrutura, processos, resultados dentre outros) é hoje reconhecida e amplamente divulgada. Este tipo de avaliação deixou de ser considerado um processo exclusivamente técnico, um método que, dispondo de um conjunto de procedimentos e indicadores, poderia medir com presteza a efetividade de determinado serviço ou programa, para assumir outros aspectos como a influência de valores culturais e expectativas dos vários atores sociais envolvidos, assim como suas realidades sócio-econômicas (DESLANDES, 1997).

O ato de avaliar acompanha o fazer humano. A necessidade de avaliar serviços, em especial os serviços de saúde, além de servir para melhorar o desempenho dos prestadores de serviço, alavancar a satisfação de funcionários e usuários, melhorar o contexto do trabalho e a qualidade de vida das pessoas, proporciona melhores resultados em termos de eficiência e eficácia do sistema (EMMI; BARROSO, 2008)

De acordo com Takeda e Talbot (2006), avaliar é uma forma de participação e aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde. É uma oportunidade dos diferentes atores participarem da configuração que se quer dar ao SUS, sendo ao mesmo tempo um processo de aprendizagem e de controle social.

A área de avaliação de programas, serviços e tecnologias em geral e na saúde, em particular, passa por um processo de expansão e diversificação conceitual e metodológica, bem como por uma crescente demanda para se constituir em instrumento de apoio às decisões necessárias à dinâmica dos sistemas e serviços de saúde, na implementação das políticas de saúde (NOVAES, 2000).

Segundo Malik e Schiesari, (1998) a preocupação em avaliar os serviços e o sistema de saúde há muito consta da agenda das discussões de saúde. No entanto, a sistematização dessa avaliação, a possibilidade de comparar os resultados dessa avaliação com indicadores desejados e até mesmo sua implantação prática, são pontos mais recentes em nossa realidade.

Para Pisco (2006) no contexto da qualidade em saúde, avaliar é diagnosticar uma realidade a fim de nela intervir, Não se trata apenas de conhecer os diversos aspectos de uma determinada situação. Diagnosticar é fundamental, mas é só o primeiro passo. O mais importante vem depois, com base no que foi avaliado, mudar a realidade, procurando o seu aperfeiçoamento. Um dos principais problemas é que os maiores esforços vão habitualmente para a medição e não para a ação.

A partir do final dos anos 70, na Europa e Estados Unidos vários movimentos – ora entrando em conflito, ora se reforçando mutuamente – que

fizeram parte de um processo mais amplo de transformações econômicas, políticas e culturais, deram aos pacientes um novo lugar na avaliação dos serviços de saúde. A prática da avaliação dos serviços por meio da pergunta aos usuários difundiu-se inicialmente interessada nos estudos de adesão ao tratamento, sendo em seguida inserida no movimento da qualidade dos serviços de saúde (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

A avaliação do cuidado pode se dar em três de seus componentes: estrutura, processo e resultado. O estudo da estrutura avalia, fundamentalmente, as características dos recursos que se empregam na atenção, como por exemplo: organização administrativa, descrição das características das instalações, perfil dos profissionais empregados, seu tipo, preparação e experiência. A avaliação de processo descreve as atividades do serviço de atenção. A metodologia dos estudos de processo pode ser dividida de duas maneiras: observação direta da prática e estudos baseados nos registros. A avaliação de resultados descreve o estado de saúde do indivíduo ou da população como resultado da interação ou não com os serviços de saúde (DONABEDIAN, 1979).

Para Robles, Grosseman e Bosco (2008) estudos sobre a satisfação do usuário são importantes, pois avaliam a qualidade dos serviços de saúde, sob a sua óptica, fornecendo subsídios para aqueles que administram tais serviços e para a equipe que presta os cuidados, possibilitando a superação das limitações detectadas. A satisfação dos usuários com os serviços prestados é a chave para o sucesso do tratamento, pois pacientes satisfeitos aderem mais ao tratamento.

Manhães e Costa (2008) apud Andersen & Newman em 1973 apresentam modelo proposto para estudar os determinantes do uso de serviços de saúde como medida de acesso, inicialmente na avaliação de serviços médicos e, mais recentemente, na de serviços odontológicos. Neste modelo, três tipos de características são considerados para explicar as diferenças no uso de serviços de saúde: predisposição, facilitação e necessidade.

No primeiro tipo, representando a predisposição do indivíduo para usar os serviços de saúde, incluem-se variáveis sócio-demográficas (idade, sexo, estado civil, tamanho da família, etnia, escolaridade e ocupação) e atitudes e opiniões do indivíduo (valores em relação à saúde e conhecimento sobre as doenças). No segundo, incluem-se variáveis que facilitam o uso desses serviços, tais como renda familiar, existência ou não de plano de saúde e acesso a fonte regular de cuidado dentário. Compõe o terceiro tipo, representando a necessidade do uso de serviços de saúde, a percepção do estado de saúde pelo indivíduo ou o diagnóstico da doença pelo profissional de saúde. Os resultados desses e de outros estudos mostram que pessoas do sexo feminino, com idade entre 5 e 24 anos, com maiores renda e escolaridade têm mais acesso e utilizam os serviços odontológicos com mais frequência e, ou, de forma mais regular.

Para Furtado (2001), as abordagens participativas ou centradas nos usuários da avaliação têm como objetivo engajar os atores no processo de avaliação visando à sua capacitação e desenvolvimento, além de evitar ou minimizar eventuais efeitos negativos de uma avaliação sobre um dado grupo de implicados. Tais abordagens apóiam-se no paradigma holístico, indutivo e construtivista,

sacrificando a objetividade e precisão em favor da utilidade social da pesquisa, sendo as questões da avaliação originárias dos usuários da mesma e visam ao incremento das potencialidades e à superação das limitações do programa ou serviço a partir de diferentes pontos de vista.

A incorporação do usuário na avaliação tem sido valorizada não apenas por constituir-se um indicador sensível da qualidade do serviço prestado, mas por estar potencialmente relacionada à maior adequação no uso do serviço (ESPERIDIÃO; TRAD, 2005).

Ao avaliar serviços na sua qualidade, é preciso perguntar quem é o usuário, em que acredita e o que espera do serviço. Uma das questões relacionadas à avaliação e à qualidade é aquela relacionada ao resultado final, isto é, a satisfação do usuário (EMMI; BARROSO, 2008)

Santos (1995) em seus estudos enfatiza que a satisfação do usuário é um instrumento avaliador realmente verdadeiro e que deve ser o objetivo final de todo serviço de saúde.

No Brasil, os estudos de satisfação ganham destaque a partir da segunda metade da década de 90 com o fortalecimento da participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação. Com efeito, a incorporação do usuário na avaliação tem sido valorizada não apenas por constituir-se um indicador sensível da qualidade do serviço prestado, mas por estar potencialmente relacionada à maior adequação no uso do serviço. Aspectos ligados a mudanças de comportamento, incluindo adesão à orientação fornecida, podem ser identificados

como resultantes do engajamento do usuário como responsável pela avaliação (ESPERIDIÃO; TRAD, 2005).

Existem vários modelos que medem a satisfação do paciente, mas todos têm como pressupostos as percepções do paciente em relação às suas expectativas, valores e desejos. Entende-se satisfação como avaliações positivas individuais das dimensões do cuidado à saúde, sendo que essas avaliações expressariam uma atitude, uma resposta afetiva baseada na crença de que o cuidado possui certos atributos que podem ser avaliados pelos pacientes (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

De acordo com Trad e Bastos (1998), abordar a satisfação dos usuários implica trazer um julgamento sobre características dos serviços e, portanto, sobre sua qualidade. Assim a perspectiva do usuário fornece informação essencial para completar e equilibrar a qualidade dos serviços.

Para Esperidião e Trad (2005) a forma mais comum de conceber o conceito de satisfação é em termos de expectativas e de percepção que os usuários têm dos serviços recebidos, sendo que deste modo, muitas vezes não é a satisfação propriamente dita, mas a percepção dos serviços e a expectativa prévia dos usuários.

Segundo Trad e Bastos (1998), o controle social fortalecido com o advento do Sistema Único de Saúde e o incentivo à participação da comunidade pressupõe uma combinação do usuário do sistema com competência para avaliar e intervir modificando o próprio sistema.

Vaitsman e Andrade (2005) mostram que, com Donabedian a noção de satisfação do paciente tornou-se um dos elementos de avaliação da qualidade em saúde, ao lado da avaliação do médico e o da comunidade. A qualidade passou a ser observada a partir desses três ângulos, de forma complementar e, ao mesmo tempo independentes. Aos poucos, quando “satisfação do usuário” passou a denominar um conjunto amplo e heterogêneo de pesquisas, com o objetivo de saber a opinião dos usuários dos serviços de um modo geral, públicos ou privados, o termo usuário passa a ser utilizado nas pesquisas de avaliação em saúde.

De acordo com Esperidião e Trad (2005) a falta de uma definição consistente da satisfação e de uma teoria que oriente a sua mensuração é refletida na diversidade de abordagens metodológicas adotadas pelos estudos. As dimensões da satisfação são aspectos dos serviços tais como acesso, qualidade, estrutura física e organizacional, aspectos da relação médico-paciente, entre outros.

Guedes e Garcia (2001) estudaram a satisfação do usuário do serviço de Saúde e verificaram que as respostas dos usuários acerca de seu nível de satisfação quanto ao atendimento nos serviços do SUS apresentam direcionamento para as respostas positivas (em torno de 40% a 50%), pois há um receio de que as respostas desfavoráveis possam resultar em algum tipo de sanção no atendimento. Por outro lado, como afirmam esses autores, quando o entrevistador não é uma pessoa da comunidade, a tendência pode ser a resposta negativa.

Segundo Akerman e Nadanovsky (1992) o termo “qualidade” está relacionado a um vasto espectro de características desejáveis na prestação do cuidado, tais como efetividade, eficiência, equidade, aceitabilidade, acessibilidade e adequabilidade; sendo que usuários dirigem sua atenção a aspectos ligados ao acesso e ao tratamento por parte dos profissionais de saúde.

A dimensão “cuidadora” da equipe deve ser constante no cotidiano, sendo a formação do vínculo com os pacientes uma manifestação presente disso. O vínculo entre trabalhador e usuário é interpretado ou expresso de diferentes formas, tanto pelo trabalhador quanto pelo usuário em saúde (TEIXEIRA, 2006).

Embora exista um conjunto de métodos e técnicas que possuem um grau de universalidade, há que se considerar as diferentes peculiaridades de cada país. No caso do Brasil, é relevante a estrutura e organização do sistema de serviços de saúde e modelos assistenciais vigentes, onde o acesso é bastante valorizado pelos usuários (ESPERIDIÃO; TRAD, 2005).

Para Pinheiro e Torres (2006) não somente a oferta de serviços odontológicos de qualidade é um importante fator para aumentar o acesso da população a serviços resolutivos, como também o é a percepção das necessidades de saúde por parte dos indivíduos para que se dê a busca por estes serviços. Políticas educativas no sentido de prover o conhecimento da população sobre cuidados preventivos e de orientá-la na busca por cuidados são questões importantes para a gestão em saúde no país.

Para Martins *et al.* (2008) a população idosa está crescendo e necessita de políticas de saúde bucal específicas para reduzir o edentulismo e melhorar as condições gerais de saúde e de vida. É fundamental garantir o acesso e motivar o uso entre idosos esclarecendo à população a necessidade e a importância do uso de serviços odontológicos, especialmente entre os edentados, pois nesses percebe-se uma tendência ao uso somente quando a situação de saúde bucal é crítica, frente à dor, quando a aparência é percebida como péssima ou ruim, ou quando esses apresentam problemas bucais.

A finalidade de uma política de melhoria contínua da qualidade é de conjugar todos os esforços no sentido de torná-la integrante e permanente em todas as atividades profissionais dos níveis dos serviços de saúde. Devem ser preferencialmente voluntárias, contínuas e sistemáticas, e levadas a cabo pelos profissionais, individualmente ou em grupo, no seu dia-a-dia e nos seus locais de trabalho, procurando transformar as diferentes organizações prestadoras de cuidados de saúde, em organizações que planejam, avaliam e funcionam de uma forma efetiva e integrada (PISCO, 2006).

### **3 - OBJETIVOS**

#### **3.1 - GERAL**

Avaliar a qualidade da atenção odontológica oferecida pela Estratégia Saúde da Família no município de Teresina – Piauí – a partir da percepção do usuário idoso e de suas condições de saúde bucal.

#### **3.2 - ESPECÍFICOS:**

1. Caracterizar o perfil da população idosa da área de abrangência da pesquisa em relação ao gênero, faixa etária e grau de instrução.
2. Analisar as variáveis “percepção de saúde bucal, grau de satisfação do usuário com o atendimento, resolubilidade e acesso ao serviço de saúde” na atenção odontológica prestada pelas equipes de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família ao usuário idoso no município de Teresina- Piauí.
3. Avaliar as condições de saúde bucal da população idosa atendida pelas equipes de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família através do Índice CPO-D.

## 4 - METODOLOGIA

### 4.1 – DELINEAMENTO DO ESTUDO:

É um estudo tipo analítico transversal, por descrever a ocorrência de um fato na população estudada, com utilização de dados primários e secundários coletados em um só momento (PEREIRA,2000)

### 4.2 – UNIVERSO DA PESQUISA

O estudo foi realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Regional Leste/Sudeste do município de Teresina/PI onde foram levantados dados secundários dos pacientes idosos (nome, endereço, data de nascimento) e nas residências dos usuários para efetivar as entrevistas e realizar os exames clínicos.

O município de Teresina está dividido em três regionais de saúde assim denominadas: Leste/Sudeste, Centro/Norte e Sul. A Regional Leste/Sudeste possuía na época da pesquisa 18 unidades de saúde com 43 equipes de saúde bucal atuando nessa área, garantindo cobertura para uma população de 147.046 pessoas, sendo 9.835 idosos compreendidos entre as zonas urbana e rural. A Regional de Saúde Centro/Norte possuía na época da pesquisa 20 unidades de saúde com 55 equipes de saúde bucal cobrindo uma população de 180.690 pessoas, fazendo parte desse total 14.417 idosos compreendidos entre as zonas urbana e rural. Na Regional Sul foram encontradas no momento da coleta dos dados 16 unidades de saúde com 37 equipes de saúde bucal atuando sobre uma população de 110.096 pessoas, com 8.986 pessoas na 3ª idade distribuídas nas zonas rural e urbana.

### 4.3 – POPULAÇÃO

A população do estudo foi formada por idosos atendidos nas Unidades de Saúde pelas equipes de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família do município de Teresina.

### 4.4 - SELEÇÃO DA AMOSTRA

Foram obtidos na Fundação Municipal de Saúde dados referentes ao número de idosos cadastrados pelas equipes da Estratégia Saúde da Família, bem como o número de unidades de saúde de cada regional (Leste\Sudeste, Centro\Norte e Sul). Após a obtenção dessas informações, decidiu-se utilizar a técnica de seleção da amostra por conglomerado; a qual ocorre quando elementos da população são reunidos em grupos e, por sua vez, alguns destes são sorteados para compor a amostra (SILVA, 1998).

Para Bolfarine e Bussab (2005), essa técnica é recomendada nos casos em que os sistemas de referência não são adequados e o custo de utilizá-los é muito elevado, ou ainda quando a movimentação para identificar as unidades elementares (idosos) é cara e consome muito tempo, sendo que a tarefa amostral pode ser facilitada se forem selecionados grupos de unidades elementares, os chamados conglomerados.

Cada regional de saúde representa um conglomerado, o qual foi sorteado, e dentro deste todas as unidades foram pesquisadas, ou seja, todos os idosos atendidos pelo serviço odontológico nas unidades no período de janeiro a junho de 2007 foram entrevistados.

O sorteio do conglomerado obedeceu à proporcionalidade do número de idosos cadastrados nessas regionais. Os valores dos intervalos foram calculados da seguinte forma: do nº 1 ao nº 8.986 corresponde ao intervalo dos idosos atendidos na regional de saúde Sul, do nº seguinte, isto é 8.987 até o valor 18.822 (resultado da somatória de 8.987 + 9.835, que é o total de idosos da regional leste/sudeste), é definido o intervalo dos idosos relacionados à regional Leste/Sudeste; e do valor 18.823 – valor imediatamente acima do último correspondente da regional Leste / Sudeste - até 33.240 (resultado da somatória do número 18.823 + 14.417, que é o total dos idosos da regional Norte) corresponde ao intervalo referente aos idosos da regional Norte (QUADRO 1).

O sorteio foi feito no Excel 11 gerando números aleatórios, sendo a distribuição uniforme que escolheu um número entre 1 e 33.240 pessoas idosas, resultando o número 12.698; que se encontra no intervalo correspondente à Regional Leste / Sudeste

**QUADRO I.** Número de idosos cadastrados e distribuição por ordem e regional de saúde no período de Janeiro a Julho de 2006. Teresina – Piauí.

<b>CONGLOMERADOS (REGIONAIS)</b>	<b>Nº</b>	<b>INTERVALOS</b>
SUL	8.986	1 - 8.986
LESTE/SUDESTE	9.835	8.987 – 18.822
NORTE	14.417	18.823 – 33.240
TOTAL	33.240	33.240

FONTE: BRASIL (2006)

Após definição de qual regional seria estudada, deu-se o início da pesquisa. As 18 unidades de saúde da Regional Leste\Sudeste foram visitadas onde

se obtiveram as informações necessárias (nome, endereço, data de nascimento e período em que foi realizado o tratamento) para que se iniciassem as visitas às casas dos idosos.

Tomando por base para cálculo o número de idosos cadastrados no Sistema de Informação da Atenção Básica na Regional Leste Sudeste, deveriam ser entrevistados 384 idosos atendidos ou em tratamento odontológico no período de Janeiro a Junho de 2007, numa definição de amostra probabilística de conglomerado em um único estágio.

Esse número de definição de amostra foi obtido através da fórmula:

$n = Z^2 p.q / e^2$ , onde  $Z$  é o ponto da curva normal correspondente à área de 95% do nível de confiança, “ $p$ ” é o parâmetro e “ $e$ ” é o erro amostral. (erro amostral de 5% e nível de confiança de 95%).

A partir do número obtido de idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família no conglomerado Leste | Sudeste que totalizou 9.835 em 2006 (QUADRO 1) se antecede para representar o conjunto de idosos que, porventura poderiam procurar o serviço odontológico. Porém, pelo levantamento realizado no período de janeiro a junho de 2007, pôde-se inferir que anualmente só 1,16% dessa população realmente procurou a atenção odontológica. Assim, originalmente, o tamanho da amostra estabelecido para a margem de erro de 5% e nível de confiança de 95% de 384 idosos, foi redimensionado, por se tratar de população finita, para 88 idosos. Como no período de referência da pesquisa só ocorreu demanda de 57 idosos, sendo que deste total, 46 foram entrevistados, o restante (11) excluídos por motivos de falecimento, mudança de endereço para outro município, endereço não

encontrado ou por não residir na área de abrangência do programa. A taxa de resposta ao estudo foi de 52,27%, a qual está acima do resultado esperado para o tipo de inquérito realizado (pessoal em casa), que apresenta taxa de resposta entre 40% e 50% (WIKIPÉDIA, 2008).

O cálculo de redimensionamento da amostra deu-se pela seguinte fórmula:

$$n' = \frac{n}{1 + \frac{r}{N}}$$

n – Tamanho original da amostra  
N - População

Não obstante a taxa de resposta ser considerada inferior ao mínimo estabelecido de 60%, a fração amostral, isto é,  $n/N$ , onde  $n$  é o elemento efetivo da amostra sem considerar as não respostas e  $N$  é a quantidade de idosos atendidos pelo serviço, dimensionada em aproximadamente 385 idosos/ano. Assim,  $46 / 385 = 0,1195$ , ou seja 11,95% do universo foi pesquisado.

#### 4.6 - CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Ter idade igual ou superior a 60 anos, residir na área de abrangência do projeto, ser cadastrado na Estratégia Saúde da Família, ter recebido atendimento na unidade de saúde da ESF, ter condições de saúde (considerado independente, segundo a Federação Dentária Internacional) para responder o formulário (Apêndice 1) no ato da entrevista, ter sido atendido no período de janeiro a junho de 2007.

#### 4.7 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Um formulário semi-estruturado foi aplicado junto ao usuário idoso para investigar sua autopercepção de saúde bucal, o grau de satisfação com o serviço oferecido e sua opinião sobre resolutividade e acesso ao serviço de saúde odontológico prestado nas unidades.

O índice CPO-D (dentes cariados, perdidos e obturados) foi determinado por meio de um exame clínico após escovação na residência do usuário idoso com auxílio de instrumental clínico (espelho bucal, sonda exploradora, espátula de madeira e gaze) e lanterna. Os dados obtidos foram anotados em formulário apropriado.

Os formulários foram processados no programa versão SPSS que forneceu os resultados em tabelas, assim como os testes estatísticos qui-quadrado. Considerou-se significância estatística quando o valor do P foi inferior a 5%.

Foram agrupadas categorias de respostas para permitir a realização do teste nas variáveis testadas. Foi aplicado o Teste Exato de Fisher nos resultados que apresentaram frequência menor que 5 no teste qui-quadrado.

#### 4.8 – PESQUISA PILOTO

A pesquisa piloto foi realizada em dez unidades de saúde previamente sorteadas de cada conglomerado representado pelas regionais de saúde com os objetivos de ajustar o formulário e estimar o desvio padrão do parâmetro “acesso ao serviço após implantação do PSF”, usado para dimensionar a amostra e cálculo do erro padrão.

Um paciente idoso em atendimento ou conclusão recente de tratamento foi entrevistado em cada unidade de saúde, perfazendo um total de 30 usuários. Após a realização da pesquisa piloto, algumas alterações se fizeram necessárias para melhorar a objetividade do formulário, como por exemplo retirada de itens com relação ao valor da renda mensal do idoso, se este recebia alguma ajuda financeira do governo.

Qualquer parâmetro presente no formulário poderia ser escolhido para ajuste do mesmo e estimativa do erro padrão. Foi escolhido apenas um item, pois se todos fossem utilizados necessitaria de um modelo complexo de análise multivariada, dificultando a análise estatística.

#### 4.9 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo foi realizado seguindo as normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos contidas na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996) e na Declaração de Helsinki da Associação Médica Mundial (2000).

Antes de iniciar a pesquisa o projeto foi submetido ao CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) da Universidade Federal do Piauí, para avaliação e autorização de sua realização, e recebeu parecer favorável através do CAAE nº 0127.0.045.000-06 (Anexo 1).

Foi obtida a autorização à Fundação Municipal de Saúde antes do início da coleta dos dados e desenvolvimento da pesquisa (Anexo 2) e ainda os sujeitos da pesquisa foram informados sobre os objetivos da mesma e de como seria

procedida e, concordando, assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 3).

## **5 - RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **5.1 - CARACTERÍSTICAS DOS IDOSOS**

Foram entrevistados 46 usuários idosos que se adequavam em todos os critérios de inclusão da pesquisa, perfazendo um total de 80,70% da amostra inicialmente definida.

Foi constatada na pesquisa a baixa taxa de uso dos serviços odontológicos por parte dos idosos, levando-se em consideração o número de idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família em Teresina. Este fato foi corroborado pelos profissionais das equipes às quais a entrevistadora manteve contato, o que justifica a pequena demanda atendida e incluída na pesquisa. O mesmo foi observado no estudo realizado por Matos, Giatti e Lima-Costa (2004), apesar das diferenças regionais e sócio-econômicas serem importantes para determinar a frequência de uso dos serviços nessa faixa etária.

De acordo com Martins, Barreto e Pordeus (2008) as consultas ao dentista, diferentemente do que ocorre com as visitas ao médico, parecem reduzir com o envelhecimento, sendo esperada uma baixa taxa de uso dos serviços odontológicos entre os idosos. Muitos acreditam que a visita regular ao dentista é importante apenas quando possuem dentes, sendo o edentulismo apontado como motivo para os idosos não disporem do serviço e um fator associado à menor prevalência de uso dos serviços odontológicos.

A tabela 1 apresenta algumas características sócio-demográficas dos participantes deste estudo. Com relação ao gênero, 34,78% dos entrevistados eram homens e 65,22% mulheres; condizente com estudos como o de Piccini *et al.* (2006), Barbato *et al.* (2006) e Bulgarelli (2006) nos quais também verificaram que o gênero feminino apresentava maior procura por assistência odontológica, sendo levantada uma hipótese por esses autores de que a utilização de serviços odontológicos é maior por parte das mulheres desde a idade adulta. Um fato observado no estudo de Manhães e Costa (2008) é que desde a infância até a idade adulta as mulheres utilizam os serviços odontológicos com mais frequência ou de forma mais regular.

Tabela 1. Caracterização sócio demográfica dos idosos Teresina (PI), janeiro a junho/2007

Variáveis		Nº	%
Gênero	Masculino	16	34,78
	Feminino	30	65,22
Faixa Etária (anos)	60 – 65	23	50,00
	65 – 70	13	28,26
	70 – 75	4	8,70
	75 +	6	13,00
Grau de Instrução	Analfabeto	19	41,30
	Ensino Fundamental	27	58,69

A faixa etária com maior representatividade foi entre 60 e 65 anos, com 50% dos entrevistados nessa categoria, ficando os demais compreendidos nos outros segmentos etários. Este achado está condizente com o estudo de Bulgarelli

(2006) que apresentou maior número de representantes idosos com idade entre 60 e 69 anos.

De acordo com o IBGE (2002) a faixa etária acima de 80 anos foi o segmento que mais cresceu em números entre 1991 e 2000, porém não foi constatado crescimento pela busca do serviço odontológico, refletindo dificuldades de acesso, desinformação ou por não julgarem importante a atenção odontológica.

É importante ressaltar que os entrevistados que possuíam ensino fundamental apresentaram dificuldades na leitura e escrita, sendo relatado pelos mesmos que há muito tempo não tinham contato com livros e cadernos, e além disso, não possuíam o ensino fundamental completo, com estudo até a 1ª série, sendo muitos deles semi-analfabetos.

## PERCEPÇÃO DE SAÚDE BUCAL PELOS IDOSOS

A busca por serviços de atenção à saúde passa pela percepção das pessoas sobre suas necessidades de saúde, conduzindo ao fato da execução de políticas educacionais no sentido de prover o conhecimento da população sobre cuidados preventivos, orientando-a na busca por cuidados (PINHEIRO; TORRES, 2006).

Levando-se em conta que, a percepção de saúde bucal pode ser afetada por valores pessoais, como a crença de que algumas dores e incapacidades são inevitáveis nessa faixa etária, constata-se que a educação em saúde enfatizando principalmente a auto proteção e auto percepção de saúde bucal é de fundamental

importância, objetivando a conscientização da população para a necessidade de cuidados com sua saúde (SILVA; FERNANDES, 2001).

As tabelas 2, 3 e 4 apresentam os dados encontrados sobre a percepção de saúde bucal dos idosos, das quais obtêm-se que o motivo principal que os leva a procurar o cirurgião dentista é a dor, independente do gênero, faixa etária e grau de instrução.

Este resultado está condizente com os dados do SB Brasil que apresenta para a região nordeste na faixa etária de 65 a 74 anos, um percentual de 52,73% dos entrevistados justificando a dor como o principal motivo de atendimento, seguidos de outras razões como presença de cavidades nos dentes, consulta de rotina ou manutenção, sangramento gengival e por presença de feridas, caroços ou manchas na boca (BRASIL, 2004a).

A associação positiva entre o uso do serviço e o relato de dor em dentes ou gengiva nos últimos seis meses em pacientes edentados do estudo de Martins, Barreto e Pordeus (2008) sugere que a procura por assistência odontológica se dá quando a saúde bucal declina de forma considerável.

Este achado confirma afirmações de Barbato *et al.* (2007) de que historicamente no Brasil, à população adulta e idosa têm sido destinados os serviços de urgências odontológicas, em sua grande maioria causada pela dor, o que via de regra resulta em perda dentária. Esse grupo populacional excluído sistematicamente dos serviços vê-se numa situação onde o desfecho são as extrações dentárias que, na maioria das vezes poderiam ser evitadas.

Tabela 2. Percepção de saúde bucal pelos idosos por gênero. Teresina (PI), janeiro a junho/2007

		Gênero				Total	
		mas		fem		Nº	%
		Nº	%	Nº	%		
Motivos de ir ao dentista *	Quando sente dor	8	50,00	12	40,00	20	43,48
	Quando o dente amolece	3	18,75	8	26,67	11	23,91
	Quando o dente está com cárie			3	10,00	3	6,52
	Quando cai a restauração	3	18,75	4	13,33	7	15,22
	Quando a prótese está ruim	2	12,50	2	6,67	4	8,70
	Outro			6	20,00	6	13,04
Percepção das condições da boca	Muito boa			1	3,33	1	2,17
	Boa	7	43,75	17	56,67	24	52,17
	Ruim	6	37,50	9	30,00	15	32,61
	Muito ruim	3	18,75	2	6,67	5	10,87
	Não sabe/não opina			1	3,33	1	2,17
Opinião sobre a função dos dentes *	Mastigar	15	93,75	30	100,00	45	97,83
	Estética	9	56,25	16	53,33	25	54,35
	Falar	12	75,00	15	50,00	27	58,70
	Outra	2	12,50	2	6,67	4	8,70
Conceitos sobre o que é ter uma boca saudável. *	Ter boa estética	5	31,25	12	41,38	17	37,78
	Poder mastigar os alimentos	14	87,50	23	79,31	37	82,22
	Conseguir falar direito	11	68,75	21	72,41	32	71,11
	Não sentir dor	14	87,50	24	82,76	38	84,44
Hábito de escovar os dentes	Sim	16	100,00	30	100,00	46	100,00
Frequência de escovação	1	5	31,25	6	20,00	11	23,91
	2	10	62,50	18	60,00	28	60,87
	3	1	6,25	6	20,00	7	15,22
Dificuldade de relacionamento com as pessoas motivado pelas condições da boca	Sim	3	18,75	7	23,33	10	21,74
	Não	7	43,75	19	63,33	26	56,52
	Não sabe	6	37,50	4	13,33	10	21,74

\* Pergunta com resposta múltipla, não soma 100%. P> 0,05

É válido ressaltar a pequena porcentagem (8,70%) que alegou a situação inadequada da prótese como motivo para a busca ao tratamento odontológico comparada com outros motivos. Este dado não decorre do fato de que

os demais idosos possuem próteses em boas condições, na realidade eles não possuem dentes ou próteses (fato comprovado por meio do exame clínico realizado após aplicação do formulário).

Este achado vai de encontro ao estudo realizado por Hiramatsu, Franco e Tomita (2006), no qual a troca ou ajuste da prótese foram os motivos mais citados para a última visita ao cirurgião-dentista; entre os entrevistados dentados o principal motivo foi a realização de tratamentos restauradores, periodontais e profiláticos, mostrando a preocupação desses indivíduos com a manutenção dos dentes.

Com relação à percepção das condições da boca, as características dos idosos que consideraram sua condição de saúde bucal boa ou muito boa são mulheres compreendidas na faixa etária de 65 a 70 anos, e 70 a 75 anos e com ensino fundamental ao contrário dos homens, compreendidos na faixa etária de 60 a 65 anos e 75 anos ou mais, analfabetos que consideraram ruim ou muito ruim.

No item “percepção das condições da boca” por faixa etária, existe associação estatística considerando-se erro amostral de 10% ( $p > 0,05$  e  $p < 0,10$ ). Observa-se associação estatística ( $p < 0,05$ ) entre este mesmo item por grau de instrução. No estudo de Bulgarelli (2006) 45,6% dos indivíduos desdentados totais referiam a saúde bucal como importante e 77,7% considerava boa sua condição; sendo que 53,6% dos entrevistados satisfeitos com sua condição de saúde bucal eram desdentados totais.

Tabela 3. Percepção de saúde bucal pelos idosos por faixa etária. Teresina (PI), janeiro a junho/2007

		Faixa etária (anos)								Total	
		60  ----- 65		65  ----- 70		70  ----- 75		75 ou +		Σ	%
		Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%		
Motivos de ir ao dentista *	Quando sente dor	8	34,78	8	61,54	1	25,00	3	50,00	20	43,48
	Quando o dente amolece	5	21,74	3	23,08	1	25,00	2	33,33	11	23,91
	Quando o dente está com cárie	2	8,70			1	25,00			3	6,52
	Quando cai a restauração	6	26,09			1	25,00			7	15,22
	Quando a prótese está ruim	1	4,35	2	15,38			1	16,67	4	8,70
	Outro	4	17,39	2	15,38					6	13,04
Percepção das condições da boca	Muito boa			1	7,69					1	2,17
	Boa	11	47,83	8	61,54	4	100,00	1	16,67	24	52,17
	Ruim	7	30,43	4	30,77			4	66,67	15	32,51
	Muito ruim	4	17,39					1	16,67	5	10,37
	Não sabe/não opina	1	4,35							1	2,17
Opinião sobre a função dos dentes *	Mastigar	23	100,00	13	100,00	4	100,00	5	83,33	45	97,33
	Estética	15	65,22	6	46,15	2	50,00	2	33,33	25	54,35
	Falar	15	65,22	9	69,23			3	50,00	27	58,70
	Outra	3	13,04	1	7,69					4	8,70
Conceitos sobre o que é ter uma boca saudável. *	Ter boa estética	11	47,83	4	30,77			2	40,00	17	37,78
	Poder mastigar os alimentos	19	82,61	10	76,92	3	75,00	5	100,00	37	82,22
	Conseguir falar direito	16	69,57	10	76,92	2	50,00	4	80,00	32	71,11
	Não sentir dor	18	78,26	11	84,62	4	100,00	5	100,00	38	84,44
Hábito de escovar os dentes	Sim	23	100,00	13	100,00	4	100,00	6	100,00	46	100,00
Frequência de escovação	1	2	8,70	4	30,77			5	83,33	11	23,91
	2	17	73,91	7	53,85	3	75,00	1	16,67	28	60,37
	3	4	17,39	2	15,38	1	25,00			7	15,22
Dificuldade de relacionamento com as pessoas motivado pelas condições da boca	Sim	6	26,09	2	15,38	1	25,00	1	16,67	10	21,74
	Não	12	52,17	8	61,54	3	75,00	3	50,00	26	56,52
	Não sabe	5	21,74	3	23,08			2	33,33	10	21,74

\* Pergunta com resposta múltipla, não soma 100%. (0,05 < p < 0,10 para percepção das condições da boca. P < 0,05 para frequência de escovação. P > 0,05 para dificuldade de relacionamento com as pessoas)

Segundo Benedetti, Mello e Gonçalves (2007) a discrepância entre os dados sobre percepção de saúde bucal e reais condições de saúde, como altas porcentagens de falta de dentes e presença de próteses inadequadas, revela a

maneira como o idoso percebe esse aspecto da sua saúde, indicando que a ausência de dentes não é vista como problema de saúde bucal pelos idosos e sim uma consequência natural do avançar da idade. O estudo de Silva, Ferreira e Magalhães (2007) aponta para o fato das pessoas terem precária percepção de seus problemas bucais como se estes fossem inevitáveis nas faixas etárias mais avançadas.

Segundo Pinheiro e Torres (2006) políticas educativas no sentido de prover o conhecimento da população sobre cuidados preventivos e de orientá-la na busca por cuidados são questões importantes para a gestão em saúde no país, pois é fundamental a percepção das necessidades de saúde por parte dos indivíduos para que se dê a busca por esses serviços.

Analisando o tópico “opinião sobre função dos dentes” (tabelas 2,3 e 4) não são observadas diferenças no que tange ao gênero, faixa etária e grau de instrução, sendo a mastigação enquadrada como principal função dada pelos entrevistados aos dentes, seguidos de outras opções como estética e fala.

De acordo com o estudo de Hiramatsu, Franco e Tomita (2006) a maioria dos entrevistados relatou não possuir queixas quanto à atual condição bucal; a preocupação estética está presente, aliada a queixas quanto a questões funcionais relacionadas à fala e mastigação. Estes mesmos dados foram mostrados por Silva, Ferreira e Magalhães (2007) que verificaram que todos os entrevistados tinham dificuldades na mastigação e alimentação são consequências, antes de tudo, da perda total dos dentes.

Ainda de acordo com Hiramatsu, Franco e Tomita (2006) a estética, a fonação e, principalmente, a capacidade mastigatória sofrem significativa redução na ausência dos dentes. Essa falta leva as pessoas a modificar seus hábitos alimentares e a optar por alimentos mais macios, de mais fácil mastigação e, muitas vezes, de baixo valor nutritivo.

Tabela 4. Percepção de saúde bucal pelos idosos por grau de instrução. Teresina (PI), janeiro a junho/2007

		Grau de instrução				Total	
		analf		ens. fund		Nº	%
		Nº	%	Nº	%		
Motivos de ir ao dentista *	Quando sente dor	9	47,37	11	40,74	20	43,48
	Quando o dente amolece	7	36,84	4	14,81	11	23,91
	Quando o dente está com cárie			3	11,11	3	6,52
	Quando cai a restauração	1	5,26	6	22,22	7	15,22
	Quando a prótese está ruim	2	10,53	2	7,41	4	8,70
	Outro	4	21,05	2	7,41	6	13,04
Percepção das condições da boca	Muito boa			1	3,70	1	2,17
	Boa	6	31,58	18	66,67	24	52,17
	Ruim	10	52,63	5	18,52	15	32,61
	Muito ruim	2	10,53	3	11,11	5	10,87
	Não sabe/não opina	1	5,26			1	2,17
Opinião sobre a função dos dentes *	Mastigar	18	94,74	27	100,00	45	97,83
	Estética	10	52,63	15	55,56	25	54,35
	Falar	12	63,16	15	55,56	27	58,70
	Outra	1	5,26	3	11,11	4	8,70
Conceitos sobre o que é ter uma boca saudável. *	Ter boa estética	7	38,89	10	37,04	17	37,78
	Poder mastigar os alimentos	15	83,33	22	81,48	37	82,22
	Conseguir falar direito	14	77,78	18	66,67	32	71,11
	Não sentir dor	15	83,33	23	85,19	38	84,44
Hábito de escovar os dentes	Sim	19	100,00	27	100,00	46	100,00
Frequência de escovação	1	8	42,11	3	11,11	11	23,91
	2	10	52,63	18	66,67	28	60,87
	3	1	5,26	6	22,22	7	15,22
Dificuldade de relacionamento com as pessoas motivado pelas condições da boca	Sim	3	15,79	7	25,93	10	21,74
	Não	11	57,89	15	55,56	26	56,52
	Não sabe	5	26,32	5	18,52	10	21,74

\* Pergunta com resposta múltipla, não soma 100%. ( $p < 0,05$  para percepção das condições da boca e frequência de escovação e  $p > 0,05$  para dificuldade de relacionamento com as pessoas)

Para Hiramatsu, Tomita e Franco (2007) o edentulismo é resultado do fato de que uma proporção significativa da população não tem acesso regular a ações de promoção da saúde bucal e a serviços odontológicos resultando em um tratamento em estágio tardio, o que para Sampaio (2004) constitui-se um dos

principais fatores que interferem no estado nutricional do idoso, consequentemente comprometendo a manutenção de sua qualidade de vida.

Com relação ao item “conceito sobre o que é ter uma boca saudável”, analisando-se as tabelas 2, 3 e 4 não foram constatadas diferenças com relação ao gênero, faixa etária e grau de instrução, sendo a ausência de dor e a capacidade de mastigar os alimentos as principais justificativas apontadas para o conceito do que é ter uma boca saudável.

Para Barbato *et al.* (2007) a capacidade mastigatória é uma das principais funções que fica comprometida com as perdas dentárias, considerada pelos autores como marca da desigualdade social que compromete a qualidade de vida das pessoas afetadas; pois além de dificultar e limitar o consumo de diversos alimentos, afetam a fonação e causam danos estéticos que podem originar alterações psicológicas.

Para o grupo estudado por Silva, Ferreira e Magalhães (2007), a condição de saúde bucal causa impacto em vários aspectos da qualidade de vida das pessoas no que se refere à interação social e ao desenvolvimento das atividades rotineiras. Porém o que mais incomoda os pacientes desdentados são a vergonha de não ter dentes, o incômodo ao comer, a preocupação com a boca e prejuízo na alimentação.

Em relação aos hábitos de higiene oral, independente do gênero, faixa etária e grau de instrução 100% dos entrevistados relataram ter o hábito diário da escovação, onde 60,87% o faz duas vezes ao dia (tabela 2, 3 e 4). No item “frequência de escovação” por faixa etária e grau de instrução há associação

estatística ( $p < 0,05$ ). (Tabelas 3 e 4). Os principais cuidados relatados pelos entrevistados no estudo de Hiramatsu, Franco e Tomita (2006) foram a escovação, seguida pela utilização do fio dental e enxaguatório bucal.

Vale destacar que no estudo de Machado *et al.* (2004) foi detectada a presença de osteoartrose nas mãos de pacientes idosos, com uma prevalência dez vezes maior em mulheres que em homens, o que leva a dificuldades motoras do dia-a-dia, como por exemplo a manutenção dos hábitos de higiene oral, devendo então ser considerada não só a frequência da escovação, mas também a qualidade da mesma.

Finalizando a variável percepção de saúde bucal, a maioria (56,52%) dos entrevistados relatou não ter dificuldades de relacionamento com as pessoas a despeito das condições da boca ( $p > 0,05$ ), (tabelas 2,3 e 4). Para Vecchia *et al.* (2005) a interação social, bem como outros aspectos como o auto cuidado, o suporte familiar e o estado emocional podem ser comprometidos devido à redução na qualidade de vida dos idosos por conta da escassez de políticas públicas de atenção à saúde bucal do idoso, resultando principalmente em edentulismo.

Para Silva, Ferreira e Magalhães (2007) a falta de dentes e a utilização de próteses inadequadas trazem como conseqüências problemas de fala e de aceitação da aparência física com graves repercussões como diminuição da auto-estima, dificuldades de socialização, sensação de envelhecimento e sentimento de humilhação; podendo assim afetar o relacionamento com outras pessoas.

## GRAU DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO COM O ATENDIMENTO

Para Robles, Grosseman e Bosco (2008) estudos sobre a satisfação dos usuários são importantes, pois avaliam a qualidade dos serviços e fornecem subsídios para administradores e equipe que presta os cuidados, possibilitando-os a superar as limitações detectadas. Fato também defendido por Santos (1995) que enfatiza a satisfação do usuário como um instrumento avaliador realmente verdadeiro, devendo ser o objetivo final de todo serviço de saúde.

O grau de satisfação do usuário com o atendimento não foi influenciado pelo gênero (TABELA 5), faixa etária (TABELA 6) e grau de instrução (TABELA 7). A maioria (76,09 %) mostrou-se satisfeita ou muito satisfeita com o tempo de espera para ser atendida.

Segundo os tópicos apresentados nas tabelas 5,6 e 7 o item “classificação do atendimento prestado pelo dentista”, 82,61% consideraram ótimo ou bom, seguidos de percentagens menores que consideraram regular ou ruim.

Segundo o estudo de Guedes e Garcia (2001) as respostas dos usuários acerca do seu nível de satisfação quanto ao atendimento apresentaram direcionamento para respostas positivas (em torno de 40 a 50%) devido a um receio de que respostas desfavoráveis pudessem resultar em algum tipo de sanção no atendimento. Neste estudo foi observado que quando o entrevistador não é uma pessoa da comunidade, este percentual tende a diminuir, o que não foi constatado na presente pesquisa, pois mesmo a entrevistadora sendo de fora da comunidade, o percentual de satisfação foi muito grande.

Tabela 5. Grau de satisfação do usuário com o atendimento por gênero. Teresina (PI), Janeiro a Junho /2007

		Gênero				Total	
		mas		fem		N°	%
		N°	%	N°	%		
Grau de satisfação com o tempo de espera para ser atendido	Muito satisfeito	2	12,50	2	6,67	4	8,70
	Satisfeito	9	56,25	22	73,33	31	67,39
	Nem satisfeito nem insatisfeito	4	25,00	5	16,67	9	19,57
	Insatisfeito	1	6,25	1	3,33	2	4,35
Classificação do atendimento prestado pelo dentista	Ótimo	3	18,75	8	26,67	11	23,91
	Bom	8	50,00	19	63,33	27	58,70
	Regular	3	18,75	1	3,33	4	8,70
	Ruim	2	12,50	2	6,67	4	8,70
Esclarecimento sobre as condições da boca	Sim	11	68,75	21	70,00	32	69,57
	Não	5	31,25	9	30,00	14	30,43
Não atendimento no posto por não ter material ou equipamento adequado	Sim	3	18,75	7	23,33	10	21,74
	Não	13	81,25	23	76,67	36	78,26

P > 0,05

Dentre as justificativas para a classificação de satisfação do atendimento prestado pelo dentista, 80,43% das respostas foram no sentido das características de humanização do profissional em relação ao paciente, como por exemplo, elogios como pessoa boa, maravilhosa, paciente, educada, competente, resolutivo, atenciosa, prestativa, que fala com o paciente, que faz o exame completo dentre outros.

As respostas dadas estão condizentes com o posicionamento de Emmi e Barroso (2008), os quais explicam que o termo satisfação está diretamente ligado ao ato de explicar, diz respeito ao atendimento dos desejos, necessidades e

expectativas dos usuários que fazem parte de uma comunidade, com a intenção de que as necessidades sejam realmente atendidas e traduzidas em ofertas de ações e serviços.

Para justificar a não satisfação com o atendimento, foram usados argumentos como a não opção do profissional em fazer a extração dental, após o tratamento o dente continuou doendo e estragando, o profissional não conseguiu resolver o problema e que também demorou para chegar no posto de saúde. Esses argumentos totalizaram 17,38% das respostas; enquanto que 2,17% dos entrevistados consideraram o atendimento normal

Com relação ao recebimento de orientação no posto de saúde sobre as condições da boca, 69,57% dos entrevistados responderam que sim, enquanto que 30,43% afirmaram não ter recebido nenhum tipo de orientação. Segundo Teixeira (2006) o profissional deve assumir uma postura de co-responsabilidade junto à comunidade, onde a dimensão cuidadora da equipe deve ser constante no cotidiano, com a formação do vínculo com os pacientes.

A base está no olhar de responsabilização do profissional pelo cuidado do usuário, que exige um diálogo que produz momentos de fala e escuta, onde o paciente passa a se sentir confiante.

Para Esperidião e Trad (2005) a adesão dos usuários à orientação recebida pode ser identificada como resultante do engajamento dos mesmos nos processos avaliativos, tornando-os co-responsáveis pelo uso e adequação do serviço.

Tabela 6. Grau de satisfação do usuário com o atendimento por faixa etária. Teresina (PI), Janeiro a Junho/2007

		Faixa etária (anos)								Total	
		60  ----- 65		65  ----- 70		70  ----- 75		75 ou +		Σ	%
		Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%		
Grau de satisfação com o tempo de espera para ser atendido	Muito satisfeito	3	13,04	1	7,69					4	8,70
	Satisfeito	14	60,87	9	69,23	4	100,00	4	66,67	31	67,39
	Nem satisfeito nem insatisfeito	5	21,74	2	15,38			2	33,33	9	19,57
	Insatisfeito	1	4,35	1	7,69					2	4,35
Classificação do atendimento prestado pelo dentista	Ótimo	7	30,43	4	30,77					11	23,51
	Bom	11	47,83	9	69,23	3	75,00	4	66,67	27	58,70
	Regular	3	13,04					1	16,67	4	8,70
	Ruim	2	8,70			1	25,00	1	16,67	4	8,70
Esclarecimento sobre as condições da boca	Sim	17	73,91	10	76,92	2	50,00	3	50,00	32	69,57
	Não	6	26,09	3	23,08	2	50,00	3	50,00	14	30,43
Não atendimento no posto por não ter material ou	Sim	5	21,74	3	23,08			2	33,33	10	21,74
	Não	18	78,26	10	76,92	4	100,00	4	66,67	36	78,26

P > 0,05

No que tange o atendimento no posto de saúde, 78,26% dos entrevistados relataram não ter problemas de atendimento devido à quebra de equipamento ou por falta de material, enquanto que 21,74% dos pacientes relataram que não foram atendidos no posto de saúde por falta de material ou algum equipamento estar quebrado, sendo levantado pelos entrevistados e equipe a demora em consertar determinados equipamentos, como por exemplo, compressor, caneta de alta rotação e fotopolimerizador, comprometendo dessa forma o fluxo de atendimento dos pacientes.

Tabela 7. Grau de satisfação do usuário com o atendimento por grau de instrução. Teresina (PI), Janeiro a Junho/2007

		Grau de instrução				Total	
		analf		ens. fund		Nº	%
		Nº	%	Nº	%		
Grau de satisfação com o tempo de espera para ser atendido	Muito satisfeito	1	5,26	3	11,11	4	8,70
	Satisfeito	12	63,16	19	70,37	31	67,39
	Nem satisfeito nem insatisfeito	5	26,32	4	14,81	9	19,57
	Insatisfeito	1	5,26	1	3,70	2	4,35
Classificação do atendimento prestado pelo dentista	Ótimo	2	10,53	9	33,33	11	23,91
	Bom	13	68,42	14	51,85	27	58,70
	Regular	1	5,26	3	11,11	4	8,70
	Ruim	3	15,79	1	3,70	4	8,70
Esclarecimento sobre as condições da boca	Sim	12	63,16	20	74,07	32	69,57
	Não	7	36,84	7	25,93	14	30,43
Não atendimento no posto por não ter material ou	Sim	4	21,05	6	22,22	10	21,74
	Não	15	78,95	21	77,78	36	78,26

P > 0,05

## RESOLUBILIDADE E ACESSO AO SERVIÇO DE SAÚDE

No quesito opinião sobre facilidade em conseguir tratamento odontológico após a implantação da Estratégia Saúde da Família 63,33% das mulheres consideraram mais fácil conseguir o tratamento odontológico após implantação da Estratégia Saúde da Família, enquanto que 37,50% dos homens deram a resposta positiva para a questão.

No estudo realizado por Lebrão e Laurenti (2005) foi verificado que o acesso a serviços odontológicos no município de São Paulo parece ser suficientemente amplo para atendimentos básicos, a ponto de os serviços produzidos terem impacto significativo na autopercepção das condições de saúde bucal dos usuários, visto que 86% dos idosos que perderam mais da metade dos dentes utilizavam algum tipo de prótese.

Tabela 8. Resolubilidade e acesso ao serviço de saúde por gênero. Teresina (PI), Janeiro a Junho/2007

		Gênero				Total	
		mas		fem		Nº	%
		Nº	%	Nº	%		
Opinião sobre facilidade em conseguir tratamento odontológico com o PSF	Sim	6	37,50	19	63,33	25	54,35
	Não	1	6,25	2	6,67	3	6,52
	Não sabe/não opina	4	25,00	7	23,33	11	23,91
	Do mesmo jeito	5	31,25	2	6,67	7	15,22
Conclusão do tratamento odontológico proposto pelo dentista	Sim	5	31,25	13	43,33	18	39,13
	Não	7	43,75	16	53,33	23	50,00
	Em tratamento	1	6,25			1	2,17
	Em parte	3	18,75	1	3,33	4	8,70
Resolução total do problema dentário	Sim	3	37,50	8	57,14	11	50,00
	Não	5	62,50	6	42,86	11	50,00
Aviso por parte do dentista sobre a necessidade de outro tipo de tratamento nos dentes	Sim	12	75,00	17	56,67	29	63,04
	Não	4	25,00	13	43,33	17	36,96
Data da consulta odontológica no mesmo dia em que se dirigiu ao posto	Sim	11	68,75	19	63,33	30	65,22
	Não	5	31,25	11	36,67	16	34,78
Motivo de não conclusão do tratamento	Dentista não extraiu o dente/falta extrair dentes			1	100,00	1	100,00
Tempo levado para conseguir consulta odontológica	Menos de uma semana	2	40,00	9	81,82	11	68,75
	Uma semana	1	20,00	1	9,09	2	12,50
	Mais de uma semana	2	40,00	1	9,09	3	18,75

P < 0,05 para opinião sobre facilidade em conseguir tratamento odontológico e p > 0,05 para os demais itens.

Para Martins, Barreto e Pordeus (2008) o uso dos serviços odontológicos, com periodicidade e frequência apropriadas, contribui para a manutenção da saúde bucal por intermédio de tratamento precoce e prevenção de doenças em todas as idades. No Brasil, são críticos os indicadores de saúde bucal o que se refere à população idosa, onde os danos causados pelas doenças bucais aumentam com a idade, incrementando a necessidade de próteses.

No estudo realizado por Piccini *et al.* (2006) foi constatado que as unidades da Estratégia Saúde da Família se revelaram sistematicamente mais

adequadas em relação ao prescrito do que as tradicionais, embora ainda distante do adequado e desejável.

De acordo com Ronzani e Silva (2008), este modelo de atenção à saúde destaca-se entre as estratégias de saúde por ser um modelo que objetiva transformar as práticas da atenção à saúde e o trabalho dos profissionais que nele atuam. Como estratégia inerente à atenção primária possui os propósitos de centrar a atenção na saúde e dar ênfase à integridade das ações, focalizando o indivíduo como um sujeito integrado à família e à comunidade.

Continuando a análise das tabelas 8, 9 e 10 no item “conclusão do tratamento odontológico proposto pelo dentista”, vale ressaltar que 50% dos entrevistados não atingiram o objetivo, alegando principalmente a não colocação da prótese como item final para o tratamento completado.

Foi relatado pelos entrevistados que este serviço além de não ser ofertado nos postos de saúde também tem se mostrado de difícil acesso nos Centros de Especialidades Odontológicas do município, local onde teoricamente a oferta deveria suprir a necessidade da população

. Tabela 9. Resolubilidade e acesso ao serviço de saúde por faixa etária. Teresina (PI), Janeiro a Junho/2007

		Faixa etária (anos)								Total	
		60  ----- 65		65  ----- 70		70  ----- 75		75 ou +		Σ	%
		Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%		
Opinião sobre facilidade em conseguir tratamento odontológico com o PSF	Sim	12	52,17	8	61,54	2	50,00	3	50,00	25	54,35
	Não					1	25,00	2	33,33	3	6,52
	Não sabe/não opina	5	21,74	4	30,77	1	25,00	1	16,67	11	23,91
	Do mesmo jeito	6	26,09	1	7,69					7	15,22
Conclusão do tratamento odontológico proposto pelo dentista	Sim	11	47,83	4	30,77	2	50,00	1	16,67	18	39,13
	Não	10	43,48	7	53,85	2	50,00	4	66,67	23	50,00
	Em tratamento	1	4,35							1	2,17
	Em parte	1	4,35	2	15,38			1	16,67	4	8,70
Resolução total do problema dentário	Sim	7	58,33	1	16,67	2	100,00	1	50,00	11	50,00
	Não	5	41,67	5	83,33			1	50,00	11	50,00
Aviso por parte do dentista sobre a necessidade de outro tipo de tratamento nos dentes	Sim	14	60,87	9	69,23	1	25,00	5	83,33	29	63,04
	Não	9	39,13	4	30,77	3	75,00	1	16,67	17	36,96
Data da consulta odontológica no mesmo dia em que se dirigiu ao posto	Sim	14	60,87	10	76,92	2	50,00	4	66,67	30	65,22
	Não	9	39,13	3	23,08	2	50,00	2	33,33	16	34,78
Motivo de não conclusão do tratamento	Dentista não extraiu o dente/falta extrair dentes			1	100,00					1	100,00
Tempo levado para conseguir consulta odontológica	Menos de uma semana	6	66,67	3	100,00	1	50,00	1	50,00	11	68,75
	Uma semana	1	11,11			1	50,00			2	12,50
	Mais de uma semana	2	22,22					1	50,00	3	18,75

P > 0,05

Outros motivos alegados para não conclusão do tratamento foram problemas de ordem sistêmica ou adoecimento durante o tratamento; o dentista não extraiu o dente, o paciente não retornou para concluir o tratamento, o mesmo está esperando o dente doer para procurar novamente o serviço, ainda falta fazer a restauração, relatos de problemas no equipamento odontológico e insatisfação com o atendimento ofertado.

No tópico de resolução total do problema dentário, foram observadas algumas diferenças. A maioria dos entrevistados que tiveram a resolução total do problema dental foram mulheres, na faixa etária de 60 a 65 anos, 70 a 75 anos e com ensino fundamental. Entre os que não obtiveram a resolução total do problema dentário a

maioria foram homens, na faixa etária de 65 a 70 anos ou então com idade de 75 anos ou mais e analfabetos.

Não foram observadas diferenças no quesito gênero (tabela 8), sendo que a análise da faixa etária (tabela 9) revelou que 75% dos idosos compreendidos no intervalo de 70 a 75 anos relataram não terem sido avisados pelo cirurgião dentista sobre a necessidade de outro tipo de tratamento nos dentes; a despeito dos outros entrevistados que relataram terem sido alertados sobre a necessidade de troca ou colocação de próteses (totais ou parciais), tratamento periodontal nos elementos dentários remanescentes. Com relação ao grau de instrução (tabela 10) 84,21% dos idosos analfabetos receberam aviso por parte do cirurgião dentista e entre os entrevistados com ensino fundamental observou-se iguais proporções entre terem sido avisados ou não.

No fator tempo levado para conseguir consulta odontológica, não foram observadas diferenças entre as categorias gênero (tabela 8), faixa etária (tabela 9) e grau de instrução (tabela 10). A maioria (68,75%) dos entrevistados informou ter conseguido a consulta em menos de uma semana, revelando acesso ao serviço. Tabela 10. Resolubilidade e acesso ao serviço de saúde por grau de instrução. Teresina (PI), Janeiro a Junho/2007

		Grau de instrução				Total	
		analf		ens. fund		N°	%
		N°	%	N°	%		
Opinião sobre facilidade em conseguir tratamento odontológico com o PSF	Sim	9	47,37	16	59,26	25	54,35
	Não	2	10,53	1	3,70	3	6,52
	Não sabe/não opina	4	21,05	7	25,93	11	23,91
	Do mesmo jeito	4	21,05	3	11,11	7	15,22
Conclusão do tratamento odontológico proposto pelo dentista	Sim	5	26,32	13	48,15	18	39,13
	Não	13	68,42	10	37,04	23	50,00
	Em tratamento			1	3,70	1	2,17
	Em parte	1	5,26	3	11,11	4	8,70
Resolução total do problema dentário	Sim	1	14,29	10	66,67	11	50,00
	Não	6	85,71	5	33,33	11	50,00
Aviso por parte do dentista sobre a necessidade de outro tipo de tratamento nos dentes	Sim	16	84,21	13	48,15	29	63,04
	Não	3	15,79	14	51,85	17	36,96
Data da consulta odontológica no mesmo dia em que se dirigiu ao posto	Sim	13	68,42	17	62,96	30	65,22
	Não	6	31,58	10	37,04	16	34,73
Motivo de não conclusão do tratamento	Dentista não extraiu o dente/falta extrair dentes	1	100,00			1	100,00
Tempo levado para conseguir consulta odontológica	Menos de uma semana	5	83,33	6	60,00	11	68,75
	Uma semana			2	20,00	2	12,50
	Mais de uma semana	1	16,67	2	20,00	3	18,75

$P < 0,05$  para aviso por parte do cirurgião dentista sobre necessidade de outro tipo de tratamento.  $P < 0,10$  para resolução do problema dentário e  $p > 0,05$  para os demais itens.

Vale ressaltar que os itens “conclusão do tratamento proposto”, “resolução total do problema” e “aviso por parte do dentista sobre a necessidade de outro tipo de tratamento” constatou-se que 53,33% das mulheres não concluíram o tratamento, mas mesmo assim 57,14% delas consideraram o problema dental totalmente resolvido, apesar de 56,67% terem sido avisadas de que necessitavam de outro tipo de tratamento nos dentes além daquele que as incomodava.

O mesmo aconteceu entre os idosos compreendidos na faixa etária de 60 a 65 anos, onde 43,48% não concluíram o tratamento, mas mesmo assim 58,33% consideraram resolvido totalmente seu problema dentário, apesar de 60,87% do total ter sido avisado sobre a necessidade de outro tipo de tratamento.

## **EXAME CLÍNICO**

O índice CPO-D é um dos mais utilizados em saúde bucal, sendo a expressão do número de dentes permanentes atacados por cárie através da soma do número de dentes permanentes cariados, somados ao número de dentes obturados e ao número de dentes perdidos.

Com relação (CPO-D), 52,17% dos entrevistados apresentaram índice até 23 (valor obtido pelo SB Brasil para essa faixa etária) e 47,83% apresentaram índices acima de 23.

O valor médio do índice CPO-D encontrado na pesquisa foi de 22,65, sendo esse valor atribuído principalmente ao componente “perdido”, que foi de 19,65 (tabela 11). Esse valor não está muito distante do encontrado para a região nordeste o qual apresenta CPO-D médio na faixa etária de 65 a 74 anos, o valor de 27,8 (BRASIL, 2004a); confirmando a ausência de políticas públicas de saúde bucal para essa faixa populacional e também para os adultos durante muito tempo no país, que ficaram à margem, restando-lhes apenas, na grande maioria das vezes, as extrações dentárias refletindo a realidade atual encontrada.

A meta da Organização Mundial de Saúde para o ano 2000 era que 50% das pessoas na faixa etária de 65-74 apresentassem pelo menos 20 dentes em condições funcionais. Contudo, segundo o SB- BRASIL 2003 apenas 11,07% dos idosos apresentam-se nessas condições, com um índice CPO-D médio para população na faixa etária de 65 – 74 anos de 27,79 revelando inexistência, no passado, de uma política que se voltasse para essa camada populacional com ausência de ações preventivas, educativas e curativas (BRASIL, 2004a).

Os valores aqui registrados estão bastante próximos dos verificados por Gaião, Almeida e Heukelbalh (2005), os quais consideraram os elevados valores de CPO-D médio (29,73) e do componente dente perdido (28,42) um problema grave de saúde bucal e remetem para a reflexão sobre a prática odontológica mutiladora e a iniquidade no acesso aos serviços aos quais os idosos foram submetidos no passado, constatado também que a grande necessidade de próteses evidencia a falta de ações reabilitadoras ofertadas pelo serviço público.

O edentulismo é um dos piores agravos à saúde bucal, sendo a cárie a principal causa de perdas dentárias. A situação de saúde bucal encontrada nos idosos atualmente é reflexo de uma prática de saúde que objetivava o cuidado apenas da criança em idade escolar, deixando todo o resto à mercê de práticas mutiladoras e não preventivistas.

O edentulismo no Brasil, assim como em outros países menos desenvolvidos, relaciona-se com fatores econômicos. Indivíduos com menor escolaridade, pobres e moradores em zonas rurais têm maior probabilidade de se tornar edêntulos. No entanto, os determinantes sócio-econômicos explicam apenas

parcialmente a realidade observada. Os fatores culturais e psicossociais desempenham nesses casos, um papel importante. Crenças populares de que a perda dentária faz parte do envelhecimento ou que a cada gravidez se perde um dente, fundamentam também um certo conformismo a um progressivo desdentamento (SILVA; FERREIRA; MAGALHÃES 2007).

Atualmente com os Centros de Especialidades Odontológicas que são unidades de atenção secundária em saúde bucal que objetivam dentre outras especialidades terapêuticas, o oferecimento de reabilitação e manutenção da dentição é que se vislumbra alguma alternativa para esse segmento populacional. Porém, como pôde ser verificado, a demanda é muito grande devido, entre outros fatores, aos anos de descaso com a saúde bucal, o que dificultará o atendimento a todos aqueles que necessitam de próteses dentárias.

Tabela 11. Índice de dentes cariados, perdidos, obturados. Teresina (PI) Janeiro a Junho/ 2007

QUANT./COMP. NO CPO-D	COMPONENTES		
	CARIADO	PERDIDO	OBTURADO
Nº	37	904	111
COMPONENTE NO CPO-D	0,80	19,65	2,41

Hiramatsu, Franco e Tomita (2006) citando o estudo de Marcus et al. (1994) revela que o número médio de dentes remanescentes pode variar consideravelmente nos indivíduos idosos, segundo fatores como nível educacional, salário e nível sócio-econômico. Os indivíduos com mais de 65 anos que tinham os mais baixos índices de escolaridade e menores proventos também apresentavam os

mais altos índices de edentulismo, evidenciando que a perda de elementos dentários é uma questão que deve ser percebida pelo seu componente social.

O componente “cariado” no CPO-D foi de 0,80 e o componente “obturado” encontrado na pesquisa foi de 2,41 (tabela 11). Os dados do SB Brasil nos municípios com mais de 100.000 habitantes na faixa etária de 65 a 74 anos revela componente “cariado” de 0,81 e o componente “obturado” de 1,36 (BRASIL, 2004a).

## 6 - CONCLUSÕES

Considerando-se os objetivos do trabalho, é lícito afirmar que:

- A caracterização da população estudada revelou que a maioria dos usuários entrevistados é de idosos compreendidos na faixa etária de 60 a 65 anos de idade, gênero feminino, baixa escolaridade e casados.
- Com relação à variável “percepção de saúde bucal”, constatou-se que:
  1. A dor é o principal motivo que leva os idosos a procurarem o atendimento odontológico;
  2. a maioria considera boa ou muito boa sua condição de saúde bucal;
  3. a principal função dos dentes considerada é a mastigação;
  4. a população estudada possui o hábito de escovar os dentes, sendo que a maioria o faz duas vezes ao dia;
  5. a maioria respondeu não ter dificuldade de relacionamento com outras pessoas a despeito das condições de saúde da boca;
- Com relação à variável “grau de satisfação do usuário com o atendimento”, constatou-se que:
  1. a maior parte dos entrevistados mostrou-se satisfeita com a qualidade do atendimento prestado pela equipe de saúde bucal, considerando as variáveis tempo de espera, falta de material ou funcionamento de equipamento; demonstrando a eficácia do trabalho da equipe para a saúde bucal desta população.

- Com relação à variável “resolubilidade e acesso ao serviço de saúde”, constatou-se que:
  1. apenas um pouco mais da metade da amostra estudada afirmou ter maior facilidade em conseguir tratamento odontológico após a implantação da Estratégia Saúde da Família;
  2. metade da população não conseguiu concluir o tratamento odontológico, sendo que a justificativa apresentada foi a não colocação de prótese dentária no posto de saúde;
  3. quase metade da população pesquisada afirmou não ter sido alertada sobre a necessidade de outro tipo de tratamento nos dentes;
  4. mais de uma semana foi o tempo levado por quase 20% da população pesquisada para conseguir consulta odontológica, o que pode ser considerado preocupante, já que a dor é a causa principal pela procura do serviço;
  5. Uma parcela considerável dos entrevistados não fazia relação entre o atendimento odontológico e a atenção à saúde prestada pelas equipes da Estratégia Saúde da Família, fazendo tal correlação apenas quando se tratava do atendimento médico.
- Os dados clínicos indicam que:
  1. as condições de saúde bucal de grande parte dos participantes do estudo estava comprometida, com elevado número de dentes perdidos;

2. faz-se necessário maior investimento na educação em saúde, a fim de elucidar a importância da manutenção dos dentes na qualidade de vida e das medidas de promoção de saúde bucal;
3. há necessidade de medidas públicas mais efetivas e eficazes para substituição dos dentes perdidos.

Analisando as respostas dos entrevistados deste estudo, a despeito da aprovação relatada pela maioria, percebe-se a necessidade de maior atenção aos idosos na realização de ações preventivas, educativas e de intervenção levando em conta a atual situação demográfica e epidemiológica do país.

É preocupante a baixa taxa de uso dos serviços odontológicos por parte dos idosos, entretanto, estudos de natureza mais profunda fazem-se necessários, com o objetivo de identificar as dificuldades quanto ao uso regular dos serviços odontológicos e subsidiar um adequado planejamento das políticas públicas de saúde bucal dirigidas à população idosa no Piauí no sentido de adequar a oferta de serviços desta natureza ao perfil epidemiológico desta população de modo a promover saúde e bem-estar.

## REFERÊNCIAS

AKEMAN, M.; NADANOVSKY, P. Avaliação dos serviços de saúde – avaliar o quê? **Cad. Saúde Pública**, v.8, n. 4, 1992.

ANDRADE, K.L.C.; FERREIRA E.F. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompeu (MG): a satisfação do usuário. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, 2006.

BARBATO, P.R.; NAGANO, H.C.M.; ZANCHET, F.N., BOING, A.F.; PERES, M.A. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003). **Cad. Saúde Pública**, v.23, n. 8, 2007.

BENEDETTI, T.R.B.; MELLO, A.L.S.F.; GONÇALVES, L.H.T. Idosos de Florianópolis: autopercepção de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 12, n. 6, 2007.

BOLFARINE, H.; BUSSAB, W.O. **Elementos de amostragem**. São Paulo, 2005, cap. 7.

BIAZEVIC, M.G.H.; MICHEL-CROSATO, E.; IAGHER, F.; POOTER, C.E.; CORREA, S.L.; GRASEL, C.E. Impact of oral health on quality of life among the elderly population of Joaçaba, Santa Catarina, Brasil. **Braz Oral Res**, v.18, n.1, p.85-91, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final da Segunda Conferência Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1993.

\_\_\_\_\_. Lei 8.842\90. **Diário Oficial da União**, Brasília, 04 de janeiro de 1994.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1395, 09 de dezembro de 1999.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1444, 28 de dezembro de 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Revista Brasileira de Saúde da Família, ano II, Nº5, Maio 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 673, 03 de junho de 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2004a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Relatório Mensal de Repasse de Incentivos. Sistema de Informação da Atenção Básica, Julho 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Relatório Mensal de Repasse de Incentivos. Sistema de Informações da Atenção Básica, Maio, 2008.

BULGARELLI, A.F.; Saúde Bucal em idosos: queixas relatadas, 2006. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. USP. Ribeirão Preto, 2006.

CALDAS, C.P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da Família. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n. 3, 2003.

CARVALHO, C.M.R.G.; MEDEIROS, H.C. Guia da pessoa idosa – legislação e serviços. Teresina: Editora Gráfica Expansão; 2003.

CARVALHO, J.A.M.; GARCIA, R.A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, 2003.

COLUSSI, C.F.; FREITAS, S.F.T.; CALVO, M.C.M. Perfil epidemiológico da cárie e do uso e necessidade de prótese na população idosa de Biguaçu, Santa Catarina. **Rev.bras.epidemiol**, v.7, n. 1, 2004.

COLUSSI, C.F.; FREITAS, S.F.T. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal de idoso no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 5, 2002.

**DECLARAÇÃO DE HELSINKI DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL.** Princípios Éticos para Pesquisa Clínica Envolvendo Seres Humanos. Edinburgo, Escócia, 2000.

DESLANDES, S.F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.13, n.1, 1997.

DONABEDIAN, A. The Quality of Medical Care: a concept in search of a definition. **J. Fam. Practic.** v. 3, n. 9, 1979.

EMMI, D.T.; BARROSO, R.F.F. Avaliação das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro, Pará. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, 2008.

ESPERIDIÃO, M.A.; TRAD, L.A.B. Avaliação de satisfação de usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10 (sup), p. 303-312, 2005.

ESPERIDIÃO, M.A.; TRAD, L.A.B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.6, 2006.

FDI (Federation Dentaire Internationale). *Oral Needs of the Elderly*. Commission on Oral Health. FDI Research and Epidemiology Working Group 5. Amsterdam: FDI, 1987.

FURTADO, J.P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n.1, 2001.

GAIÃO, L.R.; ALMEIDA, M.E.L.; HEUKELBALH, J. Perfil epidemiológico da cárie dentária, doença periodontal, uso e necessidade de prótese em idosos residentes em uma instituição na cidade de Fortaleza, Ceará. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 8, n. 3, 2005.

GAZALLE, F.K.; LIMA, M.S.; TAVARES, B.F.; HALLAL, P.C. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 33, n. 3, 2004.

GUEDES, D.G.M.; GARCIA, T.R. Atendimento nos serviços do Sistema Único de Saúde e satisfação do usuário: estudo no município de Campina Grande (PB). **Rev. Saúde em Debate**, v.25, n. 59, 2001.

HARTZ, Z.M.A.; CONTANDRIPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 2, 2004.

HIRAMATSU, D.A.; FRANCO, L.J.; TOMITA, N.E. Influência da aculturação na autopercepção dos idosos quanto à saúde bucal em uma população de origem japonesa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n. 11, 2006.

HIRAMATSU, D.A.; TOMITA, N.E.; FRANCO, L.J. Perda dentária e a imagem do cirurgião-dentista entre um grupo de idosos. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, 2007.

IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 2002. Censo Demográfico 2000. Rio de Janeiro: IBGE.

LEBRÃO, M.L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 8, n. 2, 2005.

LIMA-COSTA M.F.; BARRETO, S.M.; GIATTI, L.; UCHOA, E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad. Saúde Pública**, v.13, n. 3, 2003.

LIMA-COSTA, M.F.; VERAS, R. Saúde Pública e Envelhecimento. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, 2003.

MACHADO, G.P.M.; BARRETO, S.M.; PASSOS, V.M.A.; LIMA-COSTA, M.M.F. Projeto Bambuí: prevalência de sintomas articulares crônicos em idosos. **Rev. Assoc. Med. Brás.**, v.50, n. 4, 2004.

MALIK, A.M.; SCHIESARI, L.M.C. Qualidade na gestão local de services e ações de saúde. São Paulo: IDS/FSP, 1998.

MANHÃES, A.L.D.; COSTA, A.J.L. Acesso e a utilização de serviços odontológicos no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 1998: um estudo exploratório a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 1, 2008.

MATOS, D.L.; GIATTI, L.; LIMA-COSTA, M.F. Fatores sócio-demográficos associados ao uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, 2004.

MARTINS, A.M.E.B.L.; BARRETO, S.M.; PORDEUS, I.A. Características associadas ao uso de serviços odontológicos entre idosos dentados e edentados no Sudeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.24. n.1, Rio de Janeiro, 2008.

MOREIRA, R.S.; NICO, L.S.; TOMITA, N.E.; RUIZ, T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 6, 2005.

MOTTA, L.B.; AGUIAR, A.C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, 2007.

MOURA, L.M.; LIBÉRIO, A.S.; SILVEIRA, E.J.D.; PEREIRA, A.L.A. Avaliação da Condição Periodontal em Pacientes Idosos. **Revista Brasileira de Patologia Oral**, v.3, n.4, p.180-186, 2004.

NOVAES, H.M.D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 5, 2000.

PEREIRA, M.G. Métodos empregados em epidemiologia. In: **Epidemiologia Teórica e Prática**. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

PICCINI, R.X.; FACCHINI, L.A.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D.S.; SIQUEIRA, F.V.; RODRIGUES, M.A. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.11, n. 3, 2006.

PINHEIRO, R.S.; TORRES, T.Z.G. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, 2006.

PISCO, L.A. A avaliação como instrumento de mudança. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, 2006.

PUCCA Jr, G.A. A saúde bucal do idoso – Aspectos demográficos e epidemiológicos. **Medcenter.com Odontologia**, 2002.

PUCCA Jr, G.A. Perfil do edentulismo e do uso de prótese dentária em idosos residentes no município de São Paulo [Dissertação Mestrado em Epidemiologia]. São Paulo: UNIFESP 1998.

RESOLUÇÃO 196/96: **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**. Conselho Nacional de Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

ROBLES, A.C.C.; GROSSEMAN, S.; BOSCO, V.L. Satisfação com o atendimento odontológico: estudo qualitativo com mães de crianças atendidas na Universidade Federal de Santa Catarina. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.13, n. 1, 2008.

RIHS, L.B.; SOUSA, M.L.R.; WADA, R.S. Prevalência de cárie radicular em adultos e idosos na região Sudeste do Estado de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 4, n. 1, 2004.

RONZANI, T.M.; SILVA, C.M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, 2008.

SAMPAIO, L.R. Avaliação nutricional e envelhecimento. **Rev. Nutr.**, v.17, n. 4, 2004.

SANTOS, M.P. Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção à saúde da criança sob a ótica do usuário. **Rev Bra Enferm**, v. 48, n. 2, 1995.

SHINKAI, R.S.A.; CURY, A.A.D.B. O papel da Odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso. **Cad. Saúde Pública** v. 16, n. 4, 2000.

SILVA, R.R.; BRANDÃO, D. Os quatro elementos da avaliação. **Instituto Fonte** 2003.

SILVA, D.D.; SOUSA, M.L.R.; WADA, R.S. Autopercepção e condições de saúde bucal em uma população de idosos. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 4, 2005.

SILVA, N.N. Amostragem probabilística: um curso introdutório, Editora EDUSP, cap.5, São Paulo, 1998.

SILVA, M.E.S.; FERREIRA, E.F.; MAGALHÃES, C.S. Perda dentária e expectativa de reposição protética: estudo qualitativo. **Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**. 0156, 2007.

SILVA, S.R.C.; VALSECKI Jr, A. Avaliação das condições de saúde bucal em um município brasileiro. **Rev. Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, v.8, n. 4, 2000.

SILVA, S.R.C.; FERNANDES, R.A.C. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. **Rev. Saúde Pública**, v.35, n. 4, 2001.

SILVESTRE, J.A.; COSTA NETO, M.M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.3, 2003.

SOUZA, T.M.S.; RONCALLI, A.G. Saúde Bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 11, 2007.

TAKEDA,S.; TALBOT,Y. Avaliar, uma responsabilidade. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, 2006.

TEIXEIRA, M.C.B. A dimensão cuidadora do trabalho de equipe em saúde e sua contribuição para a odontologia. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.11, n.1, 2006.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n.10, 2007.

TRAD, L.A.B.; BASTOS, A.C.S. O impacto sociocultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cad. Saúde Pública**, v. 14, n. 2, 1998.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G.R.B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n.3, p. 599-613, 2005.

VECCHIA, R.D; RUIZ, T.; BOCCHI, S.C.M.; CORRENTE, J.E. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Rev. bras. epidemiol.**, v.8, n. 3, 2005.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n. 3, 2003.

VERAS, R.; PARAHYBA, M.J. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde desafios para o setor privado. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 10, 2007.





UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MESTRADO EM CIÊNCIAS E SAÚDE

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo solicitado para autorizar uma pesquisa. Trata-se de uma dissertação de mestrado construída como parte das exigências para obtenção do título de mestre na Universidade Federal do Piauí. Você precisa decidir se quer autorizar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo sobre qualquer dúvida que tiver. Este estudo está sendo conduzido por WALLESK GOMES MORENO e DR.<sup>a</sup> CECÍLIA MARIA RESENDE GONÇALVES DE CARVALHO. Após ser **esclarecido (a)** sobre as informações a seguir, no caso de autorizar este estudo, assine este documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí pelo telefone (086) 3215-5564.

### **ESCLARECIMENTO SOBRE A PESQUISA:**

Título do Projeto: A qualidade da atenção odontológica à pessoa idosa na Estratégia Saúde da Família.

Pesquisadoras Responsáveis: Wallesk Gomes Moreno \ Dr.<sup>a</sup> Cecília Maria Resende Gonçalves de Carvalho

Telefone para contato: (086) 3215 - 1148

◆ O presente estudo se configura no levantamento dos prontuários dos idosos atendidos ou em atendimento no período de Janeiro a Junho de 2007 pelas equipes de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família nas unidades de saúde da regional Leste\ Sudeste de Teresina, que tem como objetivo a obtenção de dados dos pacientes. Será aplicado um formulário a esses idosos em suas residências que aborda os tópicos “autopercepção em saúde bucal, grau de satisfação dos usuários idosos, acesso ao serviço de saúde e resolutividade da atenção”, com o objetivo de avaliar o serviço na visão do usuário idoso. Também será feito o exame da boca do entrevistado a fim de avaliar as condições de saúde bucal.

◆ Ressalta-se que a presente pesquisa não trará riscos, prejuízos, desconforto, lesões, formas de indenização, nem ressarcimento de despesas.

◆ Não há benefício direto para o participante. Trata-se de análise documental de prontuários, aplicação de formulários aos idosos e exame da cavidade bucal do entrevistado.

◆ Garantia de acesso: em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A principal investigadora é WALLESK GOMES MORENO, que pode ser encontrada no endereço: Rua 1º de Maio nº 137 / Norte. Telefones(s) (086) 3221 - 8872. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí, no mesmo endereço Rua Marcos Parente, 1204. Bairro Fátima, Teresina-PI, Pró-Reitoria de Extensão e Pós-Graduação, CEP: 64.048-070, pelo telefone (086)3215-5564.

◆ O período de participação será de janeiro a junho de 2007, o participante terá o direito de retirar o **consentimento** a qualquer tempo.

◆ Nome e Assinatura das pesquisadoras

---

---

Wallesk Gomes Moreno  
Cecília Maria Resende Gonçalves de Carvalho

1.0.DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS		3.3. – POR QUÊ	
1.1– GÊNERO 1-MASCULINO 2–FEMININO	[ ]	_____	
1.2–IDADE - Anos completos	[ ]	_____	
1.3-GRAU DE INSTRUÇÃO Anos de estudo (a partir da 1ª série do ensino fundamental) Analfabeto	[ ]	3.4 – O (A) SR.(A) RECEBEU ALGUM TIPO DE ORIENTAÇÃO/ ESCLARECIMENTO SOBRE AS CONDIÇÕES DA SUA BOCA NO POSTO DE SAÚDE? 1 – Sim 2 – Não	[ ]
2.0.PERCEPÇÃO DE SAÚDE BUCAL 2.1 – GERALMENTE QUANDO É QUE O(A) SR. (A) PROCURA O CIRURGIÃO DENTISTA?	[ ]	3.5 – O (A) SR.(A) DEIXOU DE SER ATENDIDO (A) NO POSTO DE SAÚDE POR NÃO TER MATERIAL OU ALGUM EQUIPAMENTO ESTAR QUEBRADO? 1 – Sim 2 – Não	[ ]
1 – Quando sente dor 2 – Quando o dente amolece 3 – Quando o dente está com cárie 4 – Quando cai a restauração 5 – Quando a prótese está ruim 6 – Outro...	[ ]	4.0 - OPINIÃO SOBRE RESOLUBILIDADE E ACESSO AO SERVIÇO DE SAÚDE	[ ]
2.2.– HOJE, O (A)QUE O SR.(A) ACHA DAS CONDIÇÕES DA SUA BOCA? 1–Muito boa 2 – Boa 3 – Ruim 4 – Muito ruim 5-Não Sabe/Não opina	[ ]	4.1 – NA SUA OPINIÃO ESTÁ MAIS FÁCIL CONSEGUIR O TRATAMENTO ODONTOLÓGICO COM O PSF? 1 - Sim 2 – Não 3 – Não sabe/ não opina 4 – Do mesmo jeito	[ ]
2.3- NA SUA OPINIÃO, QUAL A FUNÇÃO DOS DENTES? 1 – Mastigar 2 – Estética 3 – Falar 4 – Outra [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ]	4.2 – O(A) SENHOR(A) CONCLUIU O TRATAMENTO ODONTOLÓGICO PROPOSTO PELO DENTISTA NA UNIDADE DE SAÚDE? 1–Sim 2–Não 3-Em tratamento 4-Em parte	[ ]
2.4 - PARA O(A) SR.(A) O QUE É TER UMA BOCA SAUDÁVEL? 1 – Ter boa estética 2 – Poder mastigar os alimentos 3 - Conseguir falar direito 4 – Não sentir dor [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ]	4.3 – QUAL O PRINCIPAL MOTIVO DE NÃO TER CONCLUÍDO O TRATAMENTO? _____	[ ]
2.5 – GERALMENTE O (A) SENHOR(A) ESCOVA OS DENTES/PRÓTESE? 1 – Sim 2 – Não 3-Não tem Prótese/Dente	[ ]	4.4. – CASO TENHA CONCLUÍDO O TRATAMENTO, SEU PROBLEMA DENTÁRIO FOI TOTALMENTE RESOLVIDO? 1– Sim 2 – Não	[ ]
2.6–GERALMENTE, QUANTAS VEZES AO DIA O (A) SR(A) CCOSTUMA ESCOVAR OS DENTES/PRÓTESES ?	[ ]	4.5 – NA SUA ÚLTIMA CONSULTA, O DENTISTA LHE AVISOU QUE O (A) SR.(A) PRECISAVA FAZER OUTRO TIPO DE TRATAMENTO NOS SEUS DENTES? 1 – Sim 2 – Não	[ ]
2.7 – ALGUMA VEZ NA SUA VIDA O SR(A) SENTIU ALGUM TIPO DE DIFICULDADE EM SE RELACIONAR COM OUTRAS PESSOAS DEVIDO ÀS CONDIÇÕES DA SUA BOCA? 1 – Sim 2 – Não 3 – Não Sabe	[ ]	4.6 – O (A) SR.(A) FOI ATENDIDO NO MESMO DIA EM QUE SE DIRIGIU AO POSTO PARA MARCAR A CONSULTA PARA O TRATAMENTO ODONTOLÓGICO? 1 – Sim 2 – Não	[ ]
3.0-GRAU DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO COM O ATENDIMENTO	[ ]	4.7 – SE NÃO, QUANTO TEMPO LEVOU PARA CONSEGUIR ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO? 1 - < de uma semana 2 – Uma semana 3 - > de uma semana	[ ]
3.1 – COMO O(A) SR(A) QUALIFICA O SEU GRAU DE SATISFAÇÃO EM RELAÇÃO AO TEMPO DE ESPERA PARA SER ATENDIDO NO POSTO DE SAÚDE PELO DENTISTA? 1 – Muito satisfeito 2 – Satisfeito 3 – Nem satisfeito nem insatisfeito 4 – Insatisfeito 5 – Muito insatisfeito	[ ]	5.0 EXAME CLÍNICO	[ ]
3.2–COMO O(A) SENHOR(A) CLASSIFICA O ATENDIMENTO PRESTADO PELO DENTISTA NA UNIDADE DE SAÚDE ENTRE OS CONCEITOS? 1 - Ótimo 2 – Bom 3 – Regular 4 – Ruim 5 – Pésimo 6 - Não sei não opino	[ ]	– Nº DE DENTES CARIADOS	[ ]
		- Nº DE DENTES PERDIDOS	[ ]
		- Nº DE DENTES OBTURADOS	[ ]
		- CPOD	[ ]