

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
NÍVEL DOUTORADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE BUCAL COLETIVA

**Atenção Primária à Saúde voltada às necessidades das
pessoas idosas: da Política à Evidência**

Aline Blaya Martins

Porto Alegre, Dezembro de 2012.

CIP - Catalogação na Publicação

Blaya Martins, Aline

Atenção Primária à Saúde voltada às necessidades das
pessoas idosas: da Política à Evidência. / Aline Blaya
Martins. -- 2012.

173 f.

Orientador: Fernando Neves Hugo.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Programa de
Pós-Graduação em Odontologia, Porto Alegre, BR-RS,
2012.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Envelhecimento. 3.
Políticas de Saúde. 4. Serviços de saúde para idosos.
5. Assistência odontológica para idosos. I. Neves
Hugo, Fernando, orient. II. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
NÍVEL DOUTORADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE BUCAL COLETIVA

LINHA DE PESQUISA: Epidemiologia, etiopatogenia e repercussão das doenças da cavidade bucal e estruturas anexas

Atenção Primária à Saúde voltada às necessidades das pessoas idosas: da Política à Evidência

Aline Blaya Martins

Orientador: Prof. Dr. Fernando Neves Hugo

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Nível Doutorado, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como pré-requisito final para a obtenção do título de Doutor em Odontologia – Área de Concentração: Saúde Bucal Coletiva.

Porto Alegre, Dezembro de 2012.

DEDICATÓRIA

*Para **Beatriz**, por ter sido a melhor companhia do mundo durante esta jornada... Coletamos dados... Chá de fralda no CPOS... Primeiros passeios e os soninhos na sala do Prof Fernando... Os primeiros passos nos corredores da faculdade... E agora, pacientemente, aprende as letrinhas ao meu lado, enquanto escrevo manuscritos. Pelo teu sorriso, a vida vale a pena! **Amo tu, meu tatu!***

*Para o **Marcelo**, por nos últimos anos ter dado um sentido único à palavra cumplicidade. Por acreditar em mim. Por ser o pai que eu sempre sonhei para a nossa Beatriz. **Por ser o grande amor da minha vida!***

*Para a minha galera: **Júlia, Gabriela, Andreas, Scholten, Michele, Betinho, Raíssa, Rafael, Renyelle, Creta, Édina, Alexandre e Mati Neves**. E para o meu irmão de outras vidas, **Otávio D'Avila**. Por me darem a oportunidade de ser guia... Por me darem a honra de ser um exemplo... Por darem vida ao meu sonho... E por me permitirem viver a maternidade intensamente apenas **por saber que estavam comigo o tempo todo**.*

De todo meu coração, Obrigada!

Voando em Equipe

*Quando os gansos selvagens voam em formação "V",
eles o fazem a uma velocidade 70% maior
do que se estivessem voando sozinhos.*

Eles partilham a liderança.

*Quando o ganso que estiver no ápice do "V" se cansar,
ele(ela) passa para trás da formação
e o outro se adianta para assumir a liderança.*

Os gansos acompanham os fracos.

*Quando um deles, por doença ou fraqueza, sai da formação,
outro no mínimo, se junta a ele para ajudá-lo e protegê-lo.*

*Sendo parte de uma equipe, nós também podemos
produzir muito mais, mais rapidamente e melhor.*

*Palavras de encorajamento e apoio (quando os gansos grasnam lá atrás)
inspiram e energizam aqueles que estão na linha de frente,*

*ajudando-os a se manterem no comando,
mesmo com as pressões e o cansaço do dia-a-dia.*

*E, finalmente, mostrar compaixão e carinho afetivo
por nossos semelhantes, membro da equipe
mais importante: a humanidade.*

*Da próxima vez, ao ver uma formação de gansos voando,
lembre-se que é uma recompensa,
um desafio e um privilégio "ser parte de uma equipe".*

Autor Desconhecido

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, **Marcelo Martins e Ana Blaya**, agradeço pelo incentivo, pela força, pelo suporte e principalmente por me ajudarem a ser quem eu sou.

Ao Profs **Fernando Hugo e Juliana Hilgert**. Queridos, vocês acreditaram em mim, no meu trabalho e encararam todas as fortes emoções que passamos com serenidade e sempre dispostos a ajudar em tudo. Vocês dois me ensinaram a pescar...

Ao **Tiago Blaya Martins** e a **Carla Saldanha**, por me darem a maior força, mesmo quando vemos o Sistema Único de Saúde de pontos de vistas opostos.

Ao **Cristiano Blaya Martins** e a **Daniele Lindemann**. Porque eu sou bem mais feliz com vocês por perto.

A **Liese Ilha** agradeço por fazer parte das nossas vidas. Nega, as tuas contribuições no meu trabalho e na minha vida qualificam tudo o que eu faço, seja quando crio a minha filha, quando cuido das nossas cachorras, quando escrevo um manuscrito.

Ao **Luiz Eduardo Meira**. Este trabalho teria sido bem mais difícil se não pudéssemos contar contigo, obrigada pelo carinho, por levar a Bia nas aulas de música, pelas traduções...

A **Nalu D. Macedo** por ser muito mais do que terapeuta. Véinha, tua ajuda foi fundamental para que conseguisse manter a minha mente quieta e o meu coração tranquilo, apesar das mil demandas que envolvem ser mãe, mulher e doutoranda.

Ao grande mestre **Alexandre Kalache** agradeço por me inspirar. Professor, há três anos e meio lhe pedi sugestões de temas sobre envelhecimento e atenção primária para trabalhar no doutorado. O senhor me apresentou para a APS Age-friendly e me ensinou coisas muito preciosas. Me ensinou o que é ser generativo... E posso dizer de todo coração que não aprendi através do conceito, aprendi através das suas pegadas, que com certeza guiarão o meu caminho a vida inteira.

A minha sempre orientadora, incentivadora e amiga, **Prof^a Dalva Maria Pereira Padilha**, agradeço por me dar a oportunidade, por ser um exemplo incansável de luta e de disposição, por saber viver a vida como ninguém e por seguir me dando força.

Aos colegas de pós-graduação agradeço pelo excelente convívio e pela valiosa troca de conhecimento. Especialmente aos amigos queridos que foram um dos maiores legados destes anos de formação: **Otávio Pereira D'Ávila, Maurício F. Teixeira, Matheus Neves, Andressa Bez, Renato de Marchi e Patrícia Blaya Luz.**

Aos **professores do Programa de Pós-graduação em Odontologia da UFRGS** agradeço por todos os ensinamentos e pela compreensão. Houve momentos nos quais a minha dedicação a este programa foi comprometida por questões pessoais e sempre recebi total apoio. Isto realmente foi um privilégio.

A técnica científica **Michelle Meirelles** por topar o desafio proposto quando ela entrou no CPOS e por ter dado conta com excelência. Miche, teu trabalho, teu carinho comigo e com a Bia e teu empenho em assegurar a qualidade dos dados coletados nesta pesquisa foram fundamentais, muito obrigada.

Aos técnicos científicos **Carlos Roberto de Oliveira, João Lúcio Silveira, Vânia Regina Guimarães e Ester Helena Correa**, pelo apoio incondicional em todos os momentos: seleção de bolsistas, transporte para equipe que participou da coleta de dados, compra de insumos, prestação de contas, café e carinho... Valeu pessoal!

Aos professores que participaram da avaliação do Projeto de Pesquisa que deu origem a esta tese, **Dalva Maria Pereira Padilha e Alexandre Fávero Bulgarelli**, muito obrigada pelas contribuições.

Ao **Centro de Pesquisa em Odontologia Social** e a **Faculdade de Odontologia da UFRGS**, nas figuras de seus diretores, Fernando Neves Hugo e Pantelis Varvaki Rados, agradeço pela acolhida e pelo suporte valorosíssimo que recebi durante os anos de doutorado.

A **Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERS)**, agradeço pela oportunidade de desenvolver uma pesquisa com financiamento próprio conquistado através do Edital PPSUS. Espero que as evidências geradas realmente possam auxiliar na qualificação do Sistema Único de Saúde.

A **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)** agradeço pela bolsa de doutorado, fundamental para o desenvolvimento deste estudo com a dedicação necessária.

A **Prefeitura do Município de Porto Alegre**, representada pela Coordenadora Geral da Rede de Atenção Primária, **Christiane Nunes de Freitas**, pela viabilização da coleta de dados deste estudo.

Aos **coordenadores e trabalhadores de saúde** das Unidades de Saúde dos distritos sanitários Lomba do Pinheiro e Partenon em Porto Alegre, agradeço pela acolhida e pelo valioso auxílio na verificação das estruturas físicas.

A minha personal-life **Paula de Paris** agradeço por cuidar de mim e por ser uma amiga tão leal. Pó, agradeço por que tu sempre dá um jeito de conseguir conciliar as nossas agendas, por mais atucanada que eu esteja: *Mens sana in corpore sano*.

A **Débora Montero**, agradeço por cuidar com carinho e dedicação da minha família e da minha casa. Bá, tem momentos que só os teus cafés conseguem me manter bem.

Às pequenas flores, agradeço por chegarem colorindo o mundo e enchendo a nossa vida de graça. **Beatriz, Luiza Martins, Mariana Hugo, Catarina do Canto, Cecília e Helena Teixeira**, vocês são tudo de melhor que há nesta vida!

A **minha família e aos amigos**, agradeço pela paciência em entender a minha ausência em momentos importantes que tive que me ausentar.

Aos **idosos** que participaram desta pesquisa agradeço pela confiança depositada e por ensinarem tanto a mim e a gurizada que participou da coleta de dados desta pesquisa. Saímos dos lares de cada um de vocês com um pouco mais de sabedoria e paciência. Foi bonito ver que depois de uma hora de muitas perguntas, ainda havia espaço para um sorriso e um convite para o café. **Muito obrigada!**

SUMÁRIO

Lista de Abreviaturas e Siglas	10
Apresentação	12
Resumo	14
Abstract	16
Introdução	18
Objetivos	22
Manuscritos	23
Manuscrito 1	24
Manuscrito 2	62
Manuscrito 3	91
Considerações Finais	125
Referências	128
Anexos e Apêndices	130
Apêndice A – Carta de Apresentação	130
Apêndice B – Manual do Examinador	132
Apêndice C – Cartões de Entrevista	159
Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	164
Anexo A – Lista de Checagem das Estruturas Físicas	166
Anexo B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	172

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	-Atenção Primária à Saúde
CAPES	-Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CD	-Cirurgião-dentista
CGVS	-Coordenação Geral de Vigilância Sanitária
ER	-Escala de Resiliência
ESF	-Estratégia de Saúde da Família
EUA	-Estados Unidos da América
FAPERGS	-Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul
FO	-Faculdade de Odontologia
GDS	-Geriatric Depression Scale
IBGE	-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	-Intervalo de Confiança
ICS-II	-International Collaborative Study of Oral Health Outcomes
HIV/AIDS	-Human Immunodeficiency Vírus/Acquired Immune Deficiency Syndrome
MEEM	-Mini Exame do Estado Mental
MS	-Ministério da Saúde
MH	-Ministry of Health
NASF	-Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	-Organização Mundial de Saúde
PAHO	-Pan-American Health Organization
PCATool	-Primary Health Care Assessment Tool
PDA	-Personal Digital Assistant
PHC	-Primary Health Care
PNAD	-Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNSPI	-Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PPGODO	-Programa de Pós-graduação em Odontologia
PPSUS	-Programa de Pesquisa para o SUS
RP	-Razão de Prevalência
SPSS	-Statistical Package for Social Science
SUS	-Sistema Único de Saúde

UBS	-Unidade Básica de Saúde
UFRGS	-Universidade Federal do Rio Grande do Sul
USF	-Unidade de Saúde da Família
WHO	-World Health Organization

APRESENTAÇÃO

Todas as etapas da pesquisa foram desenvolvidas pela CD. Aline Blaya Martins, com colaboração da Profª Drª Juliana Balbinot Hilgert e orientação do Prof Dr Fernando Neves Hugo.

O projeto do estudo que deu origem a esta tese teve como título: Avaliação da adequação de processos e ambientes físicos da atenção básica em relação às políticas de saúde voltadas às necessidades das pessoas idosas. Tal projeto contou com a colaboração do Prof Dr Alexandre Kalache em sua concepção. O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Pesquisa e Ética da Faculdade de Odontologia da UFRGS no dia 18/06/2009, ata nº 05/09, com o número do processo 15297, e financiado com recurso concedido pelo Edital FAPERGS 002/2009 - PPSUS 2008/2009.

A coleta de dados pertinente ao desenvolvimento do estudo se deu entre os meses de janeiro de 2010 e janeiro de 2011, nos distritos Lomba do Pinheiro e Partenon em Porto Alegre. A escolha por tais distritos se deu pelo fato de tratarem-se de distritos docentes assistenciais, onde habitualmente ocorrem os estágios curriculares de parte dos alunos de graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Participaram desta etapa da pesquisa os então pós-graduandos Otávio Pereira D'Ávila e Matheus Neves, e os bolsistas: Júlia de Melo Dotto, Gabriela de Adima de Camargo Ávila, Matheus Covaleski Scholten, Andreas Varvaki Rados, Raíssa Duso Ventura, Rafael Agostine, Alexandre da Silva Tedesco, Michele Peres Sales, Édina Vendrame, Creta Elisa Seibt, Renyelle Schwantes de Souza, Roberto Luz Pretto, Augusto Bidinotto, Camila Longoni, Amanda Endres Willers e Sílvia Evelin Nunes da Boit.

A análise dos dados contou com a colaboração da bolsista Julia de Melo Dotto.

Na redação dos manuscritos participaram: CD. Otávio Pereira D'Ávila, Ac. Julia de Melo Dotto e CD. Matheus Neves.

Esta tese será apresentada na forma de três manuscritos de artigos científicos. Tal formato está de acordo com as regras estabelecidas no regimento do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da UFRGS.

RESUMO

A população mundial vem envelhecendo, diante dessa premissa a Organização Mundial de Saúde (OMS), bem como, o Ministério da Saúde (MS) do Brasil, vem buscando adaptar-se a esta realidade através de políticas públicas capazes de promover o envelhecimento ativo e da atenção à saúde adaptada às necessidades da população idosa.

A OMS propôs a adequação da Atenção Primária à Saúde (APS) às necessidades dos idosos. O Brasil, por sua vez, segue as orientações da OMS, dentro da linha de cuidado voltada para a saúde dos idosos, na Estratégia de Saúde da Família e dentro da Política de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa. No entanto, ainda não há evidências quanto à avaliação da adequação destas políticas e de sua relação com a forma como os idosos percebem sua saúde geral e bucal.

Desta forma, esta pesquisa teve como objetivo verificar a extensão do cuidado em saúde que é acessado por idosos moradores de dois distritos de Porto Alegre/RS, em relação ao preconizado para efetividade da Atenção Primária à Saúde, e realizar um censo das unidades de saúde de APS dos mesmos distritos a fim de estabelecer uma relação entre os dados empíricos levantados e: i) Políticas de Saúde relacionadas com a Atenção Primária à Saúde voltadas às necessidades das pessoas idosas, ii) autoavaliação de saúde geral e iii) percepção de saúde bucal.

A metodologia do estudo contou com um estudo teórico realizado através de um levantamento de documentos, um estudo epidemiológico de base populacional de delineamento transversal e um censo de unidades de saúde.

Os resultados deste estudo apontam para uma realidade distinta entre o que as Políticas voltadas para os idosos preconizam e o que é oferecido para os idosos. Foram observadas limitações em relação ao acesso, longitudinalidade, integralidade e qualidade do cuidado. Além disso, foi possível observar que em relação à autoavaliação de saúde os resultados mostraram associações entre a avaliação positiva da saúde e fatores psicossociais (sintomatologia depressiva), características pessoais (nº de morbidades) e ambientais (orientação do serviço para a APS). Já em relação à percepção de saúde bucal, os resultados apontaram associação com determinantes

primários (satisfação com último atendimento odontológico, resiliência e renda suficiente para as necessidades da família), comportamentos em saúde (hábito tabágico) e condições de saúde bucal (número de dentes e presença de restos radiculares).

A conclusão que se chegou a partir de tais resultados é que há uma necessidade premente de ampliação do acesso e qualificação do cuidado para que a Atenção Primária disponibilizada para os idosos que vivem nos distritos Lomba do Pinheiro e Partenon em Porto Alegre possa ser realmente considerada adequada às necessidades dos idosos. Além disso, é necessário que se leve em consideração o papel da Atenção Primária a saúde na avaliação da sua própria saúde e na percepção de saúde bucal por parte de idosos.

PALAVRAS CHAVE:

Envelhecimento, Serviços de Saúde para Idosos, Políticas de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Acesso aos serviços de saúde, Assistência odontológica para idosos, Autoavaliação de saúde, Autopercepção

ABSTRACT

The world population is aging. In response to those trends the World Health Organization (WHO), as well as the Brazilian Ministry of Health (MH), are aiming at tackling such matters through public policies that promote active aging through health care adapted to the needs of the elderly population.

The WHO has proposed an Age-friendly Primary Health Care (PHC) that lies in accordance with the needs of the elderly. In Brazil, the WHO guidelines are followed within older people care provision, in the Family Health Strategy, and within the National Health Policy for the Elderly Person. However, there is still no evidence concerning the assessment of adequacy of these policies and its association with how older people perceive their general and oral health.

Thus, this study aimed to verify the extension towards primary health care provided by health services accessed by older persons living in two sanitary districts of Porto Alegre/RS in relation with the recommendation in terms of effectiveness of primary health care. In addition, a census of the primary health care services of the two sanitary districts was carried out forming, along with the epidemiological survey, the basis of the empirical data that allowed establish a relationship with: i) Health Policies related to Primary Health Care and targeting on the needs of older persons, ii) self-rated health and iii) self-perceived oral health.

The methodology included: theoretical study made by a documental research, a cross-sectional population-based epidemiological study and a health PHC services census.

The results of this study show a distinct reality between what policies targeting older persons recommend and what is actually provided, limitations in terms of access, longitudinally, comprehensiveness and quality of care were observed. Furthermore, it was observed that positive self-rated health was associated with psychosocial factors (depressive symptomatology), personal characteristics (number of morbidities) and environmental characteristics (orientation towards PHC Attributes). Self-perceived oral health was associated with primary determinants of health (satisfaction with prior dental appointment, resilience and income that was enough to meet family needs),

health behaviors (smoking habit) and oral health status (number of teeth and of root remnants).

Concluding, there is an urgent need to increase access and to qualify care so that Primary Health Care services made available for older people, at least for those who live in the Lomba do Pinheiro and Partenon sanitary districts of Porto Alegre/RS, reach its goals of providing adequate and resolute care that is adequate to the needs of the elderly. Furthermore, it is necessary to take into account the role of Primary Health Care on the rate of health and perception of oral health by the elderly. Still, advances in relation to equity and quality of care in respect to primary health care professionals continued education attainment were observed.

KEY WORDS:

Aging, Health Services for Aged, Health Policy, Primary Health Care, Access to health care, Dental care for aged, Self-rated health, Self-perception

INTRODUÇÃO

A população mundial vem envelhecendo, artigos científicos e meios de comunicação alertam para esse fato. Seguindo essa premissa, observamos as tendências de envelhecimento da população mundial, bem como brasileira, e a preocupação constante com a qualidade de vida e com a saúde desta população (KALACHE, RAMOS, VERAS 1987; RAMOS, VERAS, KALACHE, 1987; WHO, 2002; CAMARANO, 2002; CARNEIRO, FALCONE, 2004; WHO, 2004; IBGE, 2004; PETERSEN, YAMAMOTO, 2005; WHO, 2008; PETERSEN, 2008).

As baixas taxas de fertilidade e a contínua queda da mortalidade têm provocado mudanças na estrutura da pirâmide etária brasileira e, adicionalmente, melhorias nas condições de saúde também têm favorecido a longevidade populacional. No Brasil, houve um aumento significativo do contingente de idosos, segundo o censo populacional realizado em 2010, a participação relativa da população com 65 anos ou mais, passou de 4,8% em 1991, para 7,4% (IBGE, 2011).

É importante ressaltar que dentro do contexto do envelhecimento humano atual há um potencial de integração social prolongado, o que faz com que grande parte dos idosos possa continuar ativa e integrada à vida social e cultural dos países em que vivem (WHO, 2002). Entretanto, a aceleração do envelhecimento populacional não foi acompanhada de planejamento adequado para a atenção à saúde dos idosos (HARFORD, 2009). Por essa razão, ainda observamos uma lacuna no que se refere ao cuidado para com as necessidades desse público (BERQUÓ, 1999).

A realidade das pessoas idosas no mundo, no que segue o Brasil, é marcada pelo aumento da expectativa de vida (WHO, 2002; CAMARANO, 2005), no entanto, estes anos a mais podem estar associados a um aumento das necessidades de cuidados de saúde relacionada com doenças crônicas e com comprometimentos físicos e cognitivos, que muitas vezes limitam a capacidade de autocuidado, a qualidade de vida e a satisfação com a vida (PADILHA et al, 2007; WHO, 2002; BRASIL, 2006C; NETUVELI & BLANE, 2008). Em relação à saúde bucal, por exemplo, observa-se um quadro lamentável, de múltiplas perdas dentárias e danos causados por fatores de risco comuns às doenças sistêmicas. (BRASIL, 2004a; WHO, 2002; PETERSEN &

YAMAMOTO, 2005; HUGO ET AL, 2007; PETERSEN, 2008). A realidade que se apresenta, portanto, evidencia a necessidade de abordar a prática do cuidado integral para com a saúde dos idosos como desafio (BULGARELLI, 2008).

Como contribuição à *Segunda Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento*, que aconteceu em Madri no ano de 2002, e pensando em fornecer informações que pudessem gerar discussão e a formulação de planos de ações especialmente voltados para a esta difícil realidade que se apresenta para as pessoas idosas e para as novas gerações que se tornarão idosas, a Unidade de Envelhecimento e Curso de Vida da Organização Mundial de Saúde (OMS) criou o Guia *Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde*, onde iniciou a sua caminhada em relação à criação de políticas públicas dirigidas às necessidades das pessoas idosas (WHO, 2002).

Dentre os determinantes capazes de causar um impacto positivo sobre a saúde das pessoas idosas e sobre o envelhecimento ativo da população, está o acesso aos serviços de atenção primária em saúde e a adequação destes às necessidades das pessoas idosas e com necessidades especiais (WHO, 2004). Pensando nisso, a Organização Mundial de Saúde criou mais dois documentos, com o objetivo de refletir a respeito das mudanças necessárias para que a Atenção Primária à Saúde (APS) possa tornar-se mais amistosa e adequada às necessidades das pessoas idosas (WHO, 2004; WHO, 2008).

Segundo o primeiro destes documentos (WHO, 2004), e a política de reorganização da Atenção Primária, chamada no Brasil de Atenção Básica, o Ministério da Saúde deste país estabeleceu uma prioridade na atenção à saúde desta faixa da população, tanto no que se refere à saúde geral, quanto à saúde bucal. Através da eleição da atenção à saúde população idosa como uma das linhas de cuidado a serem priorizadas pelas Equipes da Saúde da Família (ESF), o Ministério da Saúde colocou a atenção ao idoso como um dos focos da estratégia para reordenação da atenção primária no Brasil. (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b; BRASIL, 2007).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, Centros de Atenção Primária amigáveis para os idosos devem ter ações sustentadas em três áreas principais: (1) Melhores atitudes, educação e treinamento por parte das equipes de saúde em relação às necessidades das pessoas idosas; (2) Adaptação dos sistemas de gestão dos

Centros de Atenção Primária para que os mesmos possam atender as necessidades da pessoa idosa; e, (3) Adequação do ambiente físico para proporcionar acesso facilitado para as pessoas idosas (WHO, 2004; WHO, 2008).

A análise do aporte teórico da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2004; WHO 2008) permite encontrar colinearidades fundamentais com os princípios que sustentam a Atenção Primária (STARFIELD, 2002) e com *Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa* (BRASIL, 2006b), tal análise pode ser observada nos pontos a seguir:

- A capacitação das equipes de saúde em relação às necessidades das pessoas idosas exige ações firmemente relacionadas com fortalecimento dos atributos fundamentais da atenção primária e do próprio Sistema Único de Saúde (SUS): primeiro contato, longitudinalidade e integralidade, dirigidos às necessidades e particularidades dos idosos;

- A adaptação dos sistemas de gestão dos centros de atenção primária também requer um conjunto de ações relacionadas com o fortalecimento do atributo fundamental da atenção primária: coordenação do cuidado; e com o fortalecimento dos atributos derivados da atenção primária: enfoque na família, orientação comunitária (controle social) e competência cultural.

- Por último, mas, não menos importante, observamos que a adequação do ambiente físico é um passo fundamental para o fortalecimento dos princípios de acesso universal ao Sistema Único de Saúde e integralidade, com vistas a ampliar a acessibilidade às pessoas com perdas funcionais e cognitivas.

Como podemos observar, as políticas públicas nacionais e internacionais foram construídas valorizando os cidadãos idosos e visando a longitudinalidade do cuidado para que o Brasil e o mundo possam ter adultos envelhecendo de forma mais saudável e ativa. No entanto, a investigação sobre a efetivação das políticas na realidade da atenção à saúde dos idosos parece não ter sido investigada. Da mesma forma que não foram realizadas avaliações sobre a qualidade da atenção à saúde acessada pelos idosos e a forma como os mesmos percebem e avaliam a sua saúde.

Portanto, esta pesquisa se propõe avaliar a situação em que se encontra a atenção à saúde de idosos moradores de dois distritos sanitários da cidade de Porto Alegre através de um estudo de base populacional e de um censo de unidade dos

mesmos distritos, a fim de estabelecer associações entre tais condições, políticas e percepções de saúde.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Verificar a extensão do cuidado em saúde que é acessado por idosos moradores dos distritos Lomba do Pinheiro e Partenon em Porto Alegre/RS, e realizar um censo das unidades de saúde de Atenção Primária dos mesmos distritos a fim de estabelecer uma relação entre os dados empíricos levantados e: i) Políticas de Saúde relacionadas com a Atenção Primária à Saúde voltadas às necessidades das pessoas idosas, ii) autoavaliação de saúde geral e iii) percepção de saúde bucal.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estabelecer um confronto entre categorias extraídas a partir de um estudo teórico realizado através de um levantamento de documentos que compõem o arcabouço teórico legal que envolve a saúde do idoso e dados empíricos gerados através de um estudo de base populacional realizado com idosos e de um censo que avaliou unidades e equipes de atenção primária, ambos desenvolvidos nos distritos Lomba do Pinheiro e Partenon em Porto Alegre/RS.
- Analisar a associação entre a autoavaliação positiva de saúde e o acesso a serviços de saúde orientados para a Atenção Primária à Saúde, ajustando para confundidores de acordo com um modelo teórico conceitual.
- Analisar a associação entre a autopercepção positiva de saúde bucal e os diferentes tipos de serviços de saúde bucal acessados pelos idosos, ajustando para confundidores de acordo com um modelo teórico conceitual.

MANUSCRITOS

Os três manuscritos que compõem esta tese serão submetido à **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, e estão editados conforme as orientações destinadas aos autores.

MANUSCRITO 1**Título:**

Atenção Primária a Saúde voltada as necessidades dos idosos: do levantamento de documentos à evidência empírica

Título em Inglês:

Primary Health Care oriented towards older persons' needs: from the documental research to the empirical evidence

Aline Blaya Martins¹, Otávio Pereira D'Avila¹, Juliana Hilgert Balbinot^{1,2}, Fernando Neves Hugo^{1,3}

1- Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2- Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 3- Centro de Pesquisas em Odontologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Título Corrido: Atenção Primária a Saúde voltada às necessidades dos idosos

Running Title: Primary Health Care oriented towards older persons' needs

Autor para Correspondência:

Fernando Neves Hugo

Centro de Pesquisa em Odontologia Social- FO UFRGS

Rua Ramiro Barcelos, 2492,

Porto Alegre/RS, Brasil.

CEP 90035-003

E-mail: fernandoneveshugo@gmail.com

RESUMO:

Objetivo: Estabelecer um confronto entre categorias extraídas a partir de um estudo teórico realizado através de um levantamento de políticas e protocolos que abordam a saúde do idoso e dados empíricos. Método: O estudo teórico dos documentos gerou a construção de uma matriz teórico-lógica de análise, com as seguintes categorias: Acesso Universal, Equidade, Integralidade e Qualidade do Cuidado. Os dados empíricos foram obtidos através de um estudo de base populacional realizado com idosos e de um censo que avaliou unidades e equipes de atenção primária em dois distritos sanitários de Porto Alegre/RS. As variáveis empíricas selecionadas para verificar a extensão do cuidado foram: i) acesso universal- tipo de serviço acessado, atributo de primeiro contato, acessibilidade de cadeirantes à consultórios odontológicos, ii) equidade- presença de acesso prioritário; 3) integralidade- atributo integralidade e presença de restos radiculares; 4) qualidade do cuidado- escore essencial da atenção primária à saúde, adequação das estruturas das unidades de saúde e capacitação profissional; 5) variáveis transversais as categorias: presença de grupos de idosos e visita domiciliar. Resultados: Houve adequação dos marcos teóricos e inclusão das categorias de análise na maioria deles. O confronto entre categorias e dados mostrou um descompasso entre o preconizado e o estabelecido na prática no que tange: acesso, integralidade e qualidade do cuidado e aos ambientes físicos das unidades de saúde. Por outro lado, observou-se avanços em relação a equidade e a qualidade do cuidado no que diz respeito a capacitação dos profissionais de atenção primária.

PALAVRAS CHAVE:

Envelhecimento, Serviços de Saúde para Idosos, Políticas Públicas de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Acesso aos serviços de saúde, Assistência odontológica para idosos

ABSTRACT:

Objective: Establish a confrontation between categories derived from a theoretical study made by a documental research of frameworks and policies directed towards older persons' health and empirical data. Method: The theoretical study made by a documental research generated the development of a theoretical-logical matrix with the following categories: Universal Access, Equity, Comprehensiveness and Quality of Care. Empirical data were obtained through a population based study conducted on elderly people and a census that assessed units and primary care teams in two health districts of Porto Alegre/RS. Empirical variables chosen to verify the extent of care were: i) universal access- type of health service accessed, first contact attribute, wheelchair accessibility to dental offices, ii) equity- availability of priority access ; 3) comprehensiveness- comprehensiveness attribute and tooth root remnants presence; 4) quality of care- essential score of Primary Health Care, health facilities structure adequacy and professional continued education attainment; 5) transversal categories: elderly groups availability and home care availability. Results: There was an adequacy of the frameworks and policies and the categories of analysis were included in most of them. The confrontation between categories and data showed a mismatch between the recommendation and the established practice regarding: access, comprehensiveness and quality of care and infra-structure of health units. On the other hand, improvements were observed in respect equity and quality of care regarding continued education attainment by primary care professionals.

KEY WORDS:

Aging, Health Services for Aged, Health Public Policy, Primary Health Care, Access to health care, Dental care for aged

INTRODUÇÃO:

Mais de dez anos se passaram desde que a *Política de Saúde do Idoso* foi publicada e que a 2ª *Conferência Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento* aconteceu. Ambos fatos relevantes e verdadeiros marcos em relação às políticas nacionais e globais voltadas a saúde do idosos. Em abril de 2002, em Madri/Espanha, os conferencistas de tal evento lançaram o *Plano Internacional de ações sobre o Envelhecimento*, onde ficou posto que em nível nacional e internacional deveriam ser feitas mudanças para que os idosos pudessem ter o direito de participar de uma sociedade mais inclusiva e digna para todos². Na década que passou, foi possível observar uma mudança na expectativa de vida das pessoas e também no movimento em torno de políticas desenvolvidas no afã de proporcionar o envelhecimento ativo da população mundial^{2,3,4,5,6,7,8,9}.

No Brasil, acompanhando a tendência mundial, percebemos um crescimento acelerado da participação dos idosos na pirâmide etária do país. A participação relativa da população com 65 anos ou mais, que era de 4,8% em 1991, passando a 5,9% em 2000, chegou a 7,4% em 2010¹⁰. Sendo que as regiões Sudeste e Sul apresentam evolução semelhante da estrutura etária, mantendo-se como as duas regiões mais envelhecidas do País. As duas tinham em 2010 8,1% da população formada por idosos com 65 anos ou mais. Tais cidadãos possuem o direito de utilizar o Sistema Único de Saúde (SUS) de forma equitativa e integral. Os princípios do SUS foram conquistados no momento da

promulgação da *Constituição Federal* desta Nação e vêm sendo reforçados como direito inalienável e como diretriz fundamental na gestão do cuidado no que se refere à saúde do idoso^{3,5,6,7,11}.

A fim de qualificar o cuidado, atualmente, o Sistema Único de Saúde está orientado para a Atenção Primária à Saúde (APS)¹². A *Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)*, Portaria GM nº 2.528, define que a atenção à saúde dessa população terá como porta de entrada a Atenção Primária à Saúde/Saúde da Família, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade⁶.

O *Pacto pela Vida*, de 2006, definiu que a saúde da população idosa deveria ser uma prioridade dentro do Sistema Único de Saúde e, por conseguinte dentro da Estratégia de Saúde da Família, modelo de reorganização da atenção primária que está fortemente embasado nos atributos da APS e que busca a qualificação da atenção à saúde da população neste nível de atenção^{5,12}.

Parte-se, portanto, de um panorama otimista: um país com um enorme contingente de idosos cobertos por um sistema de saúde com princípios sólidos e por políticas de atenção à sua saúde que buscam, dentro do possível, atender às suas necessidades específicas conforme a realidade local e seguindo políticas globais^{5,7,9}. No entanto, segundo a própria PNSPI⁶, ainda há muito a ser feito para que o SUS dê respostas efetivas e eficazes às necessidades e demandas de saúde da população idosa brasileira. Evidências demonstram problemas relacionados com o uso e acesso aos serviços de saúde e inadequação do modelo de atenção para atender a demanda dos idosos¹³, alta prevalência de sintomatologia de depressão, cognição diminuída e graus de dependência diversos, além de múltiplos diagnósticos e uso de polifarmácia por idosos¹⁴.

É possível que o confronto entre categorias extraídas do arcabouço teórico-legal que envolvem a saúde do idoso e a verificação da extensão do cuidado em atenção

primária provido à idosos dos distritos Lomba do Pinheiro e Partenon, em Porto Alegre, possa apontar aspectos de convergência e de distanciamento entre políticas e realidade. O objetivo deste estudo foi estabelecer um confronto entre categorias extraídas a partir de um estudo teórico de levantamento de categorias presentes no arcabouço teórico legal que envolve a saúde do idoso e dados empíricos gerados através de um estudo de base populacional realizado com idosos e de um censo que avaliou unidades e equipes de atenção primária, ambos desenvolvidos nos distritos Lomba do Pinheiro e Partenon em Porto Alegre.

METODOLOGIA:

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Pesquisa e Ética da Faculdade de Odontologia da UFRGS no dia 18/06/2009, ata nº 05/09, com o número do processo 15297.

Sua metodologia será descrita a partir de um estudo teórico e de dois estudos que geraram os dados empíricos: i) Estudo epidemiológico de base populacional e ii) Censo das Unidades de Saúde.

Estudo Teórico

Levantamento de documentos:

A busca de documentos deste estudo parte da seguinte questão: Considerando os princípios do sistema único de saúde, quais são as categorias comuns abordadas em políticas e protocolos nacionais e internacionais relacionados com a saúde do idoso?

A estratégia de busca de documentos que respondessem a tal pergunta foi feita através dos seguintes unitermos: “Política”, “atenção primária à saúde” e “idosos”, e seus

correspondentes nos idiomas inglês e espanhol. Além destes, “Ministério da Saúde”, “World Health Organization-WHO”, “Panamerican Health Organization- PAHO” também foram incluídos.

Os limites temporais da busca foram: publicações realizadas entre os anos de 1999 (ano da Publicação da *Política da Saúde do Idoso*) e 2012.

A autoria dos documentos deveria ser de instituições/órgãos públicos responsáveis por publicações de políticas públicas nacionais ou globais.

Visando encontrar documentos que estivessem dentro de tais limites, as bases de busca foram constituídas por sites institucionais relacionados com a publicação de políticas públicas de saúde, por exemplo: Ministério da Saúde do Brasil (MS, <http://portal.saude.gov.br/>), Organização Mundial de Saúde (WHO- <http://www.who.int/ageing/en/>) e Organização Pan Americana de Saúde (PAHO- <http://new.paho.org>; <http://politicasmayoressaludables.org/>). Além destes, o buscador *Google* também foi utilizado para complementar a busca. A escolha por tais fontes se deu pelo fato de tratarem-se de documentos legais e não de artigos científicos.

Observados os critérios de busca, foram selecionados cinco documentos nacionais e quatro internacionais. Dentre os documentos nacionais analisados, quatro eram políticas relacionadas com os idosos e um era um protocolo para uso na atenção primária: *Estatuto do Idoso* (2003), *Pacto pela Vida* (2006), *Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa* (PNSPI) (2006), *Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento- Série Pactos pela Saúde* (2010), e *Caderno de Atenção Básica Nº19 – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa* (2007). A *Política de Saúde do Idoso*, embora seja considerada um marco neste estudo, não foi incluída na análise uma vez que se trata de um documento histórico que foi revogado no momento da Publicação da sua nova versão publicada em 2006. Também foram selecionados para a análise três documentos internacionais, duas políticas e um

protocolo de cuidados com a saúde do idoso propostos pela Organização Mundial de Saúde: *Envelhecimento Ativo* (2002), *Toward Age-Friendly Primary Health Care* (2004), *Age-friendly Primary Health Care Centres Toolkit* (2008). Um protocolo criado pela Organização Pan Americana de Saúde em abril de 2012 inicialmente foi selecionado, porém, o documento foi excluído da análise por tratar-se de um protocolo focado nas diretrizes de ensino de enfermagem para o cuidado voltado a saúde do idoso, onde os aspectos das políticas dirigidas à organização e ao provimento do cuidado a esta população não eram abordados.

Escolha das categorias:

Sobre a análise do conteúdo dos documentos, o processo teve seu início através da escolha de unidades de análises. Dois tipos de unidade foram utilizados: a de registro e a de contexto. Na primeira, foram selecionados temas específicos do conteúdo através de palavras ou expressões que mostraram ser afins na maioria deles. Em outros casos, foi necessário analisar o contexto em que a temática estava colocada a fim de observar se os conceitos relacionados com as categorias não estavam postos de uma forma descritiva ao invés do uso da palavra específica que caracteriza a categoria de análise.

Contudo, a etapa crucial para a construção de categorias, aconteceu após a análise das informações e dados disponíveis. Num primeiro momento, as categorias brotaram da detecção de aspectos que surgiam com certa regularidade e do arcabouço teórico em que se apoiou a pesquisa, a saber, *Constituição Federal da República Federativa do Brasil* (1988)¹¹ e *Lei Orgânica da Saúde* (Lei 8080/1990)¹⁵. Contudo, às categorias iniciais foi acrescida mais uma com o desenrolar do estudo através de um processo dinâmico de confronto entre os diversos documentos e o conteúdo neles abordado.

Desta forma, foram escolhidas as seguintes categorias: acesso universal, equidade, integralidade e qualidade no cuidado à saúde do idoso.

Construção da Matriz Teórico-Lógica

Após a escolha das categorias e nova análise dos documentos para sistematização da forma como as categorias estavam apresentadas nos documentos estudados, uma matriz teórico-lógica de análise foi desenvolvida como forma de registro.

Estudo de Base Populacional

Coleta de Dados:

Um estudo de base populacional, de delineamento transversal, foi realizado a fim de verificar a extensão em que o cuidado é produzido conforme condições referidas pelos idosos moradores dos distritos sanitários Lomba do Pinheiro e Partenon em Porto Alegre/Brasil.

Tais distritos são vinculados à rede pública municipal de saúde do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Segundo o Censo IBGE 2010, Porto Alegre tinha uma população de 1.409.939 habitantes, sendo 211.986 pessoas com 60 anos ou mais. Nos referidos distritos, a população estimada com 60 anos ou mais é de 12.871 indivíduos¹⁰.

Cabe destacar algumas peculiaridades a serem consideradas em relação a estes distritos da cidade de Porto Alegre. O distrito do Lomba do Pinheiro abriga o módulo odontológico de ensino extramuros da Faculdade de Odontologia da UFRGS. Embora no momento o serviço esteja desativado, o mesmo funcionou durante mais de trinta anos neste distrito prestando serviços a comunidade. Já o distrito sanitário Partenon possui dois complexos de serviços docentes assistenciais que também o tornam bastante especial, um é a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, que forma anualmente número expressivo de profissionais da área da saúde e que também presta serviços a comunidade principalmente referentes a atenção secundária e terciária, e o outro é o histórico Centro de Saúde Escola Murialdo, instituição que abriga cursos de

residência médica e multiprofissional e que faz parte das instituições consideradas pioneiras em implantação da atenção primária no Brasil¹⁶.

- Procedimento amostral:

Foram convidados a participar do estudo, idosos que vivem na comunidade de forma independente, com 60 anos de idade ou mais, moradores dos distritos Lomba do Pinheiro e Partenon, em Porto Alegre, RS.

Critério de inclusão: Ter 60 anos ou mais, ser morador dos distritos sanitários Lomba do Pinheiro e Partenon em Porto Alegre e não possuir déficit cognitivo segundo o teste de rastreamento Mini Exame do Estado Mental (MEEM)^{17,18}. A fim de rastrear possíveis danos cognitivos que comprometessem a qualidade dos dados, diferentes pontos de corte foram utilizados como critério de inclusão. A saber, ao realizar-se a soma das respostas dos 30 itens que compõem o MEEM (contando 1 ponto por acerto), o número mínimo de acertos para inclusão na amostra foi de: 13 para analfabetos, 18 para escolaridade média (1 a 8 anos de estudo) e 26 para alta escolaridade (9 anos de estudo ou mais)¹⁷. Desta forma, somente aqueles idosos que possuíam 60 anos ou mais, viviam de forma independente (conseguiram realizar as atividades rotineiras sem o auxílio de cuidadores), aceitaram participar do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e atingiram escores do MEEM acima do ponto de corte, foram convidados a responder os demais instrumentos que fizeram parte das medidas avaliadas neste estudo.

- Cálculo do Tamanho da Amostra

Este estudo faz parte de uma pesquisa que teve como desfecho a autopercepção de saúde dos idosos. O cálculo amostral, portanto, usou os parâmetros de prevalência de boa percepção de saúde bucal.

Para estimação do tamanho amostral foi realizado um estudo piloto com 50 idosos moradores dos mesmos distritos. O cálculo amostral foi realizado considerando a prevalência de autopercepção de saúde bucal boa, muito boa ou excelente que foi igual a 59%. Estimou-se que a razão de prevalência dos idosos que dispunham de uma atenção primária adequada era de 1,32, conforme o escore essencial do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool Brasil). Assim, selecionado um alfa bidirecional de 0,05 e um beta de 0,20, foi estimada uma amostra total de 454 idosos. Foram acrescentados 10% para possíveis perdas ou recusas e 15% para controle de fatores de confusão. Na falta de uma estimativa precisa para minimizar o efeito do delineamento, que ocorre no processo amostral por conglomerados, a amostra foi ampliada 1,5 vez para realizar as análises ajustadas. Chegou-se, assim, ao número de 883 indivíduos. O tamanho amostral também foi estimado a partir da prevalência de autopercepção de saúde geral boa, muito boa ou excelente na mesma amostra, mas devido a uma estimativa menor, optou-se pela amostra obtida a partir da estimativa com dados referentes à percepção de saúde bucal.

- Amostragem

A amostragem foi realizada através da metodologia proposta por Barros e Victora¹⁹ para avaliação de conglomerados (setores censitários). O número de entrevistas que deveriam ser realizadas em cada setor foi estimado a partir do número de moradores em cada domicílio e da proporção de idosos/setor censitário na cidade de Porto Alegre em 2000. Tais informações eram de uso institucional e foram gentilmente cedidas pela Coordenação Geral de Vigilância em Saúde do Município de Porto Alegre (CGVS). A partir destes dados obteve-se um número de 30 entrevistas. Dessa forma, foram excluídos os setores que tinham menos de 30 idosos (75 setores). Dentro de cada distrito, os setores foram amostrados utilizando uma amostragem sistemática. Inicialmente, foi realizado um sorteio de, 35 setores dentre os 240 que compõem a área de abrangência dos dois distritos

gerência distrital Lomba do Pinheiro – Partenon. O número de setores censitários sorteados foi proporcional ao número total de setores que compõem cada um dos distritos nos quais o estudo foi realizado e buscou-se, também, distribuir os setores sorteados proporcionalmente de acordo com o número de setores que compunham o território adscrito de cada unidade de atenção primária, tais informações também foram adquiridas através da CGVS .

Devido a mudanças no perfil de moradores dos distritos, foi necessário sortear mais 30 setores para chegar ao N necessário para compor a amostra.

A definição do quarteirão elencado como ponto de partida para a coleta de dados foi baseada em um fluxograma elaborado a partir dos mapas dos setores. Os quarteirões foram numerados e o primeiro foi sorteado seguindo-se uma sequência a partir deste. Em cada quarteirão, também foi sorteada aleatoriamente uma esquina que representou o ponto inicial.

A partir da esquina inicial, as visitas seguiram a seguinte ordem: partindo da primeira casa, os pesquisadores seguiram sempre para a esquerda de frente para as casas. Após a realização da entrevista, um domicílio foi pulado e a próxima casa foi visitada, até que trinta entrevistas referentes àquele setor censitário tivessem sido realizadas ou que os domicílios do setor tivessem sido todos visitados de acordo com os padrões estabelecidos.

- Logística

Um treinamento com a equipe de entrevistadores, graduando e pós-graduandos, foi realizado previamente a coleta de dados. O treinamento foi realizado durante 40 horas divididas entre: i) estudo das bases teóricas que compõem o marco referencial; ii) estudo dos instrumentos que foram utilizados; iii) discussão sobre o processo de amostragem; iv) apropriação da tecnologia Personal Digital Assistant (PDA) e do software desenvolvido

para a pesquisa; v) aula sobre o padrão de normalidade em relação as possíveis condições de saúde bucal dos idosos para a execução do exame bucal; vi) discussão de casos complexos que poderiam vir a acontecer na coleta; vi) simulação de entrevistas e exames entre os entrevistadores. Posteriormente, um estudo piloto e encontros para a discussão de possíveis dúvidas caso a caso foram realizadas. O estudo piloto contou com a participação 50 idosos moradores de setores censitários localizados nos mesmos distritos sanitários avaliados e que posteriormente foram excluídos do processo de amostragem. O acompanhamento do processo de coleta de dados se deu semanalmente através dos encontros de discussão que visavam dirimir dúvidas e assegurar a qualidade dos dados.

Após o treinamento da equipe, deu-se início a coleta de dados executada nos domicílios. No princípio, foi feito um convite aos potenciais participantes e esclarecimento quanto aos objetivos do estudo. Aqueles que aceitaram participar do estudo e assinaram o termo de consentimento informado, responderam a um questionário de identificação e ao Mini Exame do Estado Mental. Apenas participantes que cumpriram os critérios de inclusão, foram convidados a responder a um questionário padronizado composto pelo conjunto de medidas que foram avaliadas neste estudo e a realizar um breve exame de Saúde Bucal.

Desta forma, a coleta foi realizada através de entrevistas realizadas nos domicílios dos idosos, durante os meses de fevereiro de 2010 a fevereiro de 2011.

Medidas

- Variáveis sociodemográficas: Questionário individual- Foram coletadas informações a respeito de sexo, idade, renda, número de dependentes da renda, percepção de que a renda era suficiente para a família e escolaridade. A idade, escolaridade (número de anos completados de educação formal) e número de dependentes da renda familiar foram coletados como variáveis contínuas e expressas em forma de média e desvio

padrão. A renda também foi coletada de forma contínua, no entanto, considerando a distribuição não paramétrica, foi categorizada considerando um valor próximo da mediana que pudesse ser expresso em número de salários mínimos, sendo as categorias estabelecidas: “R\$ 0 a 1090,00 - até dois salários mínimos” ou “R\$ 1091,00 ou mais - mais de dois salários mínimos”. A percepção de que a renda é suficiente para as despesas familiares foi coletada com respostas dicotômicas de “sim” ou “não”.

- Condições de saúde:

- Mini Exame do Estado Mental (MEEM)*

- Trata-se um instrumento de rastreamento de possíveis déficits cognitivos, desenvolvido por Folstein, Folstein & McHugh em 1975¹⁷ e validado para o português brasileiro por Bertolucci em 1994¹⁸.

- Dentre os indivíduos que foram incluídos na amostra, para a análise da função cognitiva, maiores escores foram considerados como melhor desempenho cognitivo. Para tanto as médias dos escores do MEEM de cada nível de escolaridade foram obtidas e uma variável foi criada estabelecendo a média, de acordo com escolaridade baixa, média ou alta, como ponto de corte. Foram então definidas as seguintes categorias: acima da média do MEEM – Capacidade cognitiva alta- e abaixo da média do MEEM – Capacidade cognitiva baixa.

- Escala de Depressão Geriátrica - GDS*

- Criada por Yesavage et al em 1982²⁰ e validada para o português brasileiro por Almeida & Almeida^{21,22}, costuma ser utilizada na avaliação da sintomatologia depressiva em idosos. Sua versão de 15 itens (GDS-15) foi utilizada nesta avaliação. Trata-se de uma escala de fácil utilização, com respostas dicotômicas de “sim” ou “não”. As respostas foram somadas a fim de gerar um escore, posteriormente categorizado como:

até 5 pontos, sem sintomatologia depressiva; e 6 pontos ou mais, com sintomatologia depressiva. A depressão é considerada pela OMS como um dos gigantes da geriatria por ser extremamente prevalente em idosos⁸.

Condições referidas de saúde

Diabetes, hipertensão e dor nas costas foram coletadas a partir da condição referida através da seguinte pergunta: “Das doenças que vou lhe perguntar a seguir, responda sim caso algum médico já tenha lhe dito que o(a) senhor(a) tem”.

Exame Odontológico

O exame odontológico foi realizado com luz natural, de acordo com a metodologia proposta pela OMS²³. Neste exame foi avaliado o número de dentes e de restos radiculares em boca. O número de dentes foi categorizado levando em consideração o arco dental reduzido, formado por pelo menos 20 dentes, que é caracterizado como aceitável do ponto de vista funcional²⁴, como: 0 dentes, 1-19 dentes, 20 dentes ou mais . Os restos radiculares foram categorizados a partir da distribuição, tendo a mediana como parâmetro, em “0” ou “pelo menos 1”.

- PCATool Brasil - Usuário. O Instrumento de Avaliação da Atenção Primária foi criado por Starfield & cols^{25,26,27}, e validado para o idioma português brasileiro e proposto pelo Ministério de Saúde²⁸ como instrumento de avaliação da qualidade de serviços de saúde de atenção primária no Brasil.

O instrumento é composto por 55 itens divididos em 10 componentes (subescalas) relacionados da seguinte forma: 1. Grau de Afiliação com Serviço de Saúde (A). (3 itens); 2. Acesso de Primeiro Contato – Utilização (3 itens); 3. Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (6 itens); 4. Longitudinalidade (11 itens); 5. Coordenação –

Integração de Cuidados (5 itens); 6. Coordenação – Sistema de Informações (3 itens); 7. Integralidade – Serviços Disponíveis (9 itens); 8. Integralidade – Serviços Prestados (5 itens); 9. Orientação Familiar (6 itens); 10. Orientação Comunitária (4 itens). As respostas são do tipo Likert variando de 1 (com certeza não) a 4 (com certeza sim). O instrumento atribui, através das subescalas, escores para cada atributo essencial, a saber: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. E para os atributos derivados: orientação familiar e orientação comunitária.

O cálculo dos escores seguiu as orientações do manual de uso do instrumento²⁸. Tais escores são capazes de avaliar o grau de orientação do serviço para a atenção primária em relação a cada um dos atributos. Além disso, um escore essencial pode ser gerado através da análise de todas as questões que compõem os escores dos atributos essenciais. E um escore geral é estabelecido a partir dos escores dos atributos essenciais e derivados. Escores altos automaticamente denotam efetividade da atenção primária em relação aos atributos. O escore de cada atributo foi categorizado de acordo com o ponto de corte preconizado pelo manual do instrumento²⁸: i) Serviços com orientação para a APS- com escores maiores ou iguais que 6,6 (num intervalo de 0 a 10). ii) Serviços sem orientação para APS- com escores menores que 6,6.

- Uso dos serviços: Questionário com informações sobre os serviços acessados, incluindo: tipo do serviço utilizado em relação saúde geral e saúde bucal e satisfação com os mesmos. Dentre os tipos de serviços de saúde que costumavam ser acessados estavam: Unidade Básica de Saúde (UBS)- que costumam operar segundo o modelo tradicional biomédico, Unidade de Saúde da Família (USF)- que seguem o modelo baseado nos atributos da APS, ambulatórios de convênio, médicos ou serviços particulares, hospitais e outros. Para fins de análise estatística os tipos de serviços foram categorizados como:

UBS, USF e outros. Na análise de serviços de saúde bucal, também foi incluída a categoria “nunca foi ao dentista”.

Censo de Avaliação das Unidades de Saúde

Todas as unidades de saúde dos distritos sanitários Lomba do Pinheiro e Partenon em funcionamento no primeiro semestre de 2011 tiveram seus ambientes físicos e dispositivos de acesso voltados às necessidades dos idosos checados, além disso, os coordenadores das equipes foram convidados a acompanhar a checagem e posteriormente responder a algumas questões adicionais. Tais unidades compunham à época um universo de 19 unidades de saúde, onde 11 delas eram Unidades de Saúde da Família e 8 Unidades Básicas de Saúde.

Medidas

Foram utilizados os instrumentos desenvolvidos pela Organização Mundial da Saúde⁷, baseados nos princípios de design universal:

- Ficha cadastral da unidade de saúde - possuía o nome do centro de saúde, o nome do coordenador, tempo decorrido desde o início do funcionamento da unidade de saúde, ou da última reforma realizada, e a data da auditoria.
- Lista de checagem para a auditoria da acessibilidade das estruturas físicas em Centros de Primária à Saúde. O instrumento é composto por 44 itens, à maioria com verificação simples (sim/não, ou valor absoluto de largura/altura), que são distribuídos da seguinte forma: (1) Acessibilidade ao transporte público (três itens), (2) Entrada (nove itens), (3) Estacionamento (dois itens), (4) Elevadores (quatro itens), (5) Telefone Público (um item), (6) Acesso e segurança dentro das unidades de saúde (nove itens), (7) Banheiros (seis itens), (8) Lugar para alimentação (três itens), (9) Escadarias (quatro

itens), e (10) Corredores (três itens). Para fins de análise estatística, todos os itens foram somados.

- Lista de checagem para a auditoria da sinalização dos Centros de Atenção Primária à Saúde. O instrumento é composto por 20 itens, a maioria de verificação simples (sim/não, ou valor absoluto de largura/altura), que são distribuídos da seguinte forma: (1) Design da sinalização (nove itens), (2) Localização da sinalização (sete itens), (3) tamanho das letras dos sinais (um item), (4) identificação da equipe (três itens).

- Visando a análise dos dados, um ponto foi atribuído a cada item das listas que estava adequado. Desta forma, os itens da cada lista de checagem foram somados para que um escore de cada lista fosse calculado, da mesma forma que um escore geral foi atribuído através da soma de todos os itens de ambas as listas. Foram consideradas “inadequadas”, em relação ao acesso e/ou sinalização, as unidades de saúde onde menos de 50% dos itens estava de acordo com o preconizado. Foram considerados totalmente “adequados”, os parâmetros onde todos os itens estavam conforme o preconizado. Aqueles que estavam entre 50 e 100% foram considerados “parcialmente adequados”.

- Questões adicionais- As seguintes questões foram integradas a avaliação das unidades de saúde: “Algum membro da equipe já realizou alguma capacitação/especialização sobre cuidados para com a saúde do idoso? Se sim, quantos?” De acordo com a distribuição as respostas foram categorizadas como: 0, 1 ou 2 ou mais; “Existe algum tipo de acesso facilitado para idosos? Se sim, qual?” Como todos que responderam “sim” referiram o agendamento por telefone, as respostas foram categorizadas como: possui ou não possui tal dispositivo de acesso; As próximas perguntas possuíam respostas dicotômicas do tipo “sim” ou “não”: “A unidade de saúde disponibiliza algum tipo de grupos de idosos para os seus usuários?”; “A equipe de saúde

realiza visitas domiciliares a idosos acamados?"; "Há consultório odontológico na unidade de saúde em funcionamento?" Se sim, ele é acessível para cadeirantes?"

Análise dos dados do Estudo de Base Populacional e Censo da Unidades de Saúde:

Ao final da coleta, os dados foram tabulados e analisados no software SPSS 18.0 software para análises estatísticas (SPSS Inc., USA). As variáveis contínuas e discretas foram descritas na forma de média e respectivos desvios-padrão enquanto as variáveis categóricas foram descritas na forma de porcentagens absoluta e relativa.

A fim de gerar esclarecimentos adicionais, as características da amostra de idosos que participaram do estudo de base populacional foram descritas de duas formas: (i) incluindo todos os participantes da amostra e (ii) incluindo apenas os idosos que utilizavam unidades de saúde de APS.

A confiabilidade das escalas Mini Exame do Estado Mental, Escala de Depressão Geriátrica e Subescalas que compõem o PCATool Brasil foi testada por meio do Coeficiente Alpha de Cronbach.

RESULTADOS:

Os resultados deste estudo serão apresentados da seguinte forma: (i) Matriz teórico-lógica, (ii) Estudo de base populacional e Censo das Unidades- descrição geral dos dados empíricos referentes às características da amostra estudada, e (iii) Confrontamento- avaliação dos dados empíricos correspondentes a extensão do cuidado provido a idosos dos distritos Lomba do Pinheiro e Partenon em Porto Alegre/RS que serão confrontados com as categorias da matriz teórico-lógica (Figura 1).

Matriz teórico-lógica

A matriz teórico-lógica foi construída a partir da descrição da forma como cada um dos documentos abordou as categorias em análise (Quadro 1 e 2).

Durante tal construção foi possível observar que houve três distintas abordagens:

i) Abordagem na perspectiva de constituição de um marco teórico no documento, ii) Abordagem do tema como foco ou diretriz, visto com extrema relevância na construção do documento, e iii) ausência de qualquer referência a categoria.

Através da matriz é possível observar que os princípios de universalidade, equidade e integralidade são marcos ou diretrizes abordados em praticamente todos os documentos, com exceção dos documentos internacionais que possuem o foco na organização da APS. A qualidade do cuidado também foi uma categoria de análise extremamente relevante nos documentos avaliados.

Estudo de base populacional e Censo das unidades de saúde

Foram convidados a participar deste estudo 994 idosos residentes dos distritos Lomba do Pinheiro e Partenon, durante os meses de agosto de 2010 a fevereiro de 2011. Destes, 83 não foram encontrados nos domicílios no dia do exame e não conseguiram ser agendados após 3 tentativas, 26 se recusaram a participar e 23 não atingiram os pontos de corte do MEEM. A amostra do estudo, portanto, foi composta por 862 pessoas que estavam aptas a compor esta amostra, aceitaram participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em relação à saúde bucal, 52 idosos (cerca de 5% da amostra) não aceitaram participar do exame odontológico e foram excluídos desta análise.

A amostra estudada foi composta por 260 (32%) homens, a média de idade dos participantes foi de aproximadamente 70 anos ($\pm 7,23$) e a escolaridade média foi de 6 anos de estudos completados ($\pm 3,81$). A renda familiar média foi de R\$ 2346,00 (\pm R\$ 2450,00), tendo sido a mediana igual a R\$1520,00, sendo que, em metade das famílias, no mínimo três pessoas, incluindo o idoso participante da pesquisa, dependiam desta renda para sua subsistência (Tabela 1).

As condições de saúde geral dos idosos que fizeram parte desta amostra demonstraram alta prevalência de morbidades: depressão, hipertensão, diabetes e dor nas costas. Sendo que, quando apenas os usuários da APS foram avaliados, observaram-se prevalências ainda maiores. Quanto às condições de saúde bucal, foram encontrados poucos indivíduos com dentição funcional (≥ 20 dentes) e a presença de restos radiculares também teve uma prevalência alta (Tabela 1).

O Coeficiente Alpha de Cronbach calculado para a avaliação de fidedignidade das escalas foram, sucessivamente: 0,75 – Mini Exame do Estado Mental, 0,76 – Escala de Depressão Geriátrica, e valores entre 0,73 e 0,96 foram calculados para as subescalas do PCATool Brasil.

Confrontamento

Acesso universal

Em relação ao uso dos serviços, 46,5% dos idosos habitualmente acessam unidades de atenção primária à saúde, e somente 18% costuma acessar tais serviços para atenção à saúde bucal (Tabela 1).

Quanto à efetividade do primeiro contato dos serviços acessados pelos idosos, foi possível observar que 53,9% estavam de acordo com o preconizado. Quando apenas os serviços de APS foram avaliados, apenas 42,4% dos serviços estavam orientados para a

APS (Tabela 1).

A acessibilidade a serviços de saúde bucal de unidades de APS dos distritos estudados foi avaliada através do censo e apontou que, embora a maioria das unidades tenha consultório odontológico, ainda existem unidades sem e outras que possuem consultório, mas que os mesmos não são acessíveis para cadeirantes (Tabela 2).

Equidade

A grande maioria das unidades de saúde avaliadas (89,5%) possuía o agendamento telefônico como forma de acesso prioritário para os idosos (Tabela 2).

Integralidade

Apenas 25,6% dos serviços acessados pelos idosos que compuseram a amostra foram considerados efetivos quanto a integralidade, sendo que tal percentagem caiu ao tratar-se apenas de unidades de atenção primária (23,9%) (Tabela 1).

Qualidade do Cuidado

Analisando a orientação dos serviços acessados para os atributos essenciais da APS foi possível observar que apenas um quarto do total dos serviços acessados podia ser considerado efetivo (25,8%). Sendo que quando apenas serviços de APS foram avaliados, este percentual caiu para 22,9%. Ao incluir os atributos derivados na análise, a porcentagem de serviços com orientação para a APS caiu ainda mais. (Tabela 1).

No que tange a qualidade das estruturas físicas das Unidades de Saúde, em relação ao escore geral, as unidades mostraram-se predominantemente inadequadas (57,9 %). Os ambientes físicos estavam inadequados em sua maioria, tanto no quesito sinalização, quanto em relação às estruturas físicas propriamente ditas (Tabelas 2).

Ainda em relação às unidades e equipes de saúde foi possível observar que: a maioria das equipes possuía pelo menos um profissional que já havia recebido algum tipo de capacitação relacionada à saúde do idoso (Tabela 2).

Avaliação transversal às categorias

A grande maioria das equipes das unidades de saúde fazia visitas domiciliares a idosos acamados e possuía algum tipo de grupo para idosos (Tabela 2).

DISCUSSÃO:

Este estudo possui um caráter inédito sob diversos aspectos: propõem-se a um confronto entre teoria e prática no que tange o cuidado voltado às necessidades de saúde de pessoas idosas, avaliação de processos e ambientes físicos, e abordagem de aspectos relacionados com a saúde bucal na perspectiva da integralidade do cuidado à saúde do idoso.

Os resultados deste estudo mostraram um distanciamento entre as informações obtidas através dos documentos levantados, disposta na matriz teórico-lógica, e os dados empíricos apresentados. Foi possível observar que tanto as políticas e os protocolos nacionais, quanto internacionais, estão embasados em princípios sólidos e diretrizes fundamentais para que os direitos dos idosos sejam respeitados e garantidos. Já no confronto com os dados empíricos, observamos limitações quanto à efetividade do acesso universal, da integralidade e da qualidade do cuidado. Apenas a categoria equidade pareceu estar mais próxima do preconizado segundo o confronto com os dados empíricos.

Esta discussão iniciará-se pela reflexão em relação ao acesso universal. Segundo o marco instituído pela política de *Envelhecimento Ativo*, o livre acesso a serviços de saúde de atenção primária e demais níveis de atenção é essencial para que uma nação possa proporcionar um envelhecimento digno para os seus cidadãos². Embora tal sentença possa ter suas limitações uma vez que trata-se de um olhar global e descontextualizado em relação às peculiaridades de cada localidade que presta o cuidado,

acredita-se que o acesso a atenção primária a saúde para um amplo número de idosos que realmente precisa acessar o SUS, é essencial para que os idosos possam envelhecer dignamente. O acesso a serviços de APS também pode ser visto como “atenção ao primeiro contato”, visto que tal atributo implica em acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema e episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde²⁸.

O *Estatuto do Idoso* garante a todo o cidadão idoso brasileiro acesso universal e igualitário a atenção integral à saúde, por intermédio do SUS. Outros documentos brasileiros analisados para o desenvolvimento da matriz teórica desenvolvida neste estudo também evidenciaram a universalidade de acesso como parte integrante de suas bases conceituais^{3,5,6,7}, no entanto, o que os dados empíricos refletem é uma outra realidade. Os resultados deste estudo demonstraram que apenas metade dos idosos avaliados costuma acessar a atenção primária do SUS, e que tais números caem vertiginosamente quando se trata de saúde bucal.

Quanto à efetividade do primeiro contato dos idosos com os serviços, foi possível observar que apenas cerca de metade dos serviços acessados corresponde ao preconizado. Resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) mostram evidências de que houve melhoras significativas no acesso a serviços de APS nas últimas décadas²⁹, no entanto, apesar dos dados apontarem melhoras, ainda há muito a ser feito em relação à ampliação do acesso^{13,21,30}.

Os resultados encontrados podem ser decorrentes de uma escolha por parte dos idosos, entretanto, há espaço para a reflexão a respeito da cobertura da Saúde da Família, bem como, da atenção primária como um todo em Porto Alegre. Costa e Ciosak³² colocam que para o idoso, principalmente o mais carente, qualquer dificuldade no acesso

é capaz de se tornar uma barreira capaz de bloquear ou interromper a continuidade do cuidado.

A OMS em 2004⁴ propôs que barreiras fossem quebradas a fim de buscar a integralidade do cuidado. No Brasil, por sua vez, é possível ver na justificativa dada pelo Ministério da Saúde⁶ para a criação da "Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa", que apesar da legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa ser bastante avançada, a prática ainda apresentava problemas significativos a este respeito no ano de 2006 quando o documento foi publicado. Dessa forma, a diretriz "Atenção Integral e Integrada" foi incorporada a *PNSPI*⁶ e ao *Pacto pela Vida*⁵. Reforçando tal ideia, é possível encontrar evidências na literatura^{14,29,32,33,34,35} e na descrição das características da amostra que participou do estudo de base populacional integrado a esta pesquisa de que os idosos possuem alta prevalência de morbidades e más condições de saúde bucal, o que demonstra a real necessidade de integralidade no cuidado.

Ao avaliar-se a efetividade da integralidade do cuidado oferecido aos idosos que participaram da amostra avaliada neste estudo, observamos problemas significativos neste quesito, uma vez que apenas um quarto dos serviços, ou menos, estava dentro do que é minimamente desejável. Algumas explicações podem estar relacionadas com tal situação. Evidências mostram que unidades básicas tradicionais, que funcionam ainda sob a lógica biomédica focada em enfermidades e não em pessoas, possuem escores mais baixos de integralidade quando comparados às unidades de saúde da família e de unidades de ensino em serviço que dispõem de residência multiprofissional³⁶, tal achado possivelmente esteja relacionado com o desafio que constitui o rompimento do *modus operandi* de tais estabelecimentos. Realidade esta que também pode ser observada no setor privado que possui a concepção mercadológica da saúde. Um estudo de avaliação da saúde suplementar, por exemplo, observou que empresas operadoras de planos

privados de saúde não demonstram interesse concreto em proporcionar aos seus segurados um cuidado integral e monitoramento de todas as etapas do envelhecimento³⁷.

A mudança em busca da integralidade exige o rompimento do modelo biomédico através de políticas de priorização da saúde da família, de mudança na formação de recursos humanos³⁸ e na lógica de atenção que desconsidera o uso de protocolos e evidências na prática do cuidado na APS. Além disso, a própria Saúde da Família em Porto Alegre também possui limitações que possivelmente dificultem o processo de trabalho em busca do cuidado integral. Além dos trabalhadores terem que lidar com a precarização de contratos de trabalho³⁹, o que naturalmente gera insegurança e sofrimento constante, também há uma falta de investimento na qualificação da atenção que pode ser proporcionada pelo trabalho integrado de equipes de saúde da família e aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)⁴⁰. Até o final da coleta de dados não havia Núcleos de apoio à Saúde da Família funcionando em Porto Alegre.

A presença de restos radiculares em 14% da amostra estudada também é uma evidência de que o cuidado oferecido aos idosos na APS do SUS nos distritos estudados em Porto Alegre não é provido de forma integral. Tal resultado indica que um número expressivo de idosos não tem recebido cuidados odontológicos adequados, uma vez que apresenta necessidade de tratamento. Restos radiculares são consequências de um avançado processo de cárie dentária que destrói as coroas dentárias deixando apenas raízes, cáries extensas eventualmente podem causar dor para os idosos, mas o maior agravante da sua presença é o fato de serem focos sépticos que podem implicar em infecções e até mesmo em quadros mais severos como endocardite bacteriana⁴¹.

Quanto à equidade, o censo de avaliação das unidades de Atenção Primária dos distritos Lomba de Pinheiro e Partenon em Porto Alegre, observou que os idosos possuíam o dispositivo de agendamento por telefone como forma de acesso prioritário

diante das características que lhe são próprias e que podem dificultar o seu acesso por meios regulares. Dificuldade de deambulação, escuta ou visão, e, até mesmo, incontinência urinária podem inviabilizar a espera por atendimento. No entanto, este direito é assegurado aos idosos na cidade de Porto Alegre por meio da *Lei Municipal 10.819 de 2010*⁴², que estabelece a possibilidade do agendamento telefônico de consultas para pacientes idosos e para pessoas com deficiência já cadastradas nas unidades de saúde do Município. Desta forma, observa-se que em tais distritos, a lei não estava sendo cumprida em sua totalidade até o momento em que os dados foram coletados.

Voltando o olhar um pouco mais especificamente para a APS, é possível observar através da matriz teórico-lógica desenvolvida neste estudo que tal nível de atenção é visto como locus privilegiado de atenção à saúde do idoso^{4,7,8}. A APS possui a particularidade de conseguir prevenir condições extremamente incapacitantes e prevalentes na terceira idade caso consiga estar corretamente orientada pelos seus atributos. A garantia de acesso, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado implica necessariamente em melhores indicadores de saúde²⁶ e possivelmente também implique em condições propícias para um envelhecimento ativo, uma vez que o indivíduo terá sua saúde integralmente assistida ao longo da sua vida, de forma que condições incapacitantes venham a ser prevenidas e outras condições manejadas.

Evidências sobre a avaliação da qualidade da APS acessada por idosos não foram encontradas, no entanto, os resultados obtidos a partir dos escores essenciais e gerais do PCATool mostram que apenas uma pequena parte dos serviços de saúde acessados pelos idosos que participaram deste estudo foi capaz de cumprir o preconizado a APS. Tal resultado demonstra que apesar da *Política de APS Amigável para o Idoso*^{4,8}, e de todas as orientações pertinentes ao manejo integral da saúde do idoso que estão dispostas no *Caderno de Atenção Básica Nº19*⁷, algumas lacunas ainda inviabilizam a efetividade da

APS. Entre elas é possível apontar alguns exemplos: restrição no acesso, desarticulação de dispositivos de rede de cuidados, limitação de escopo de serviços oferecidos e despreparo das equipes para dar conta das necessidades específicas que acometem frequentemente os idosos. Por outro lado, os resultados do censo das unidades físicas apontam para alguns aspectos positivos: visitas domiciliares para idosos acamados, grupos de idosos e a presença de profissionais qualificados já são uma realidade disponível para os idosos que acessam a maioria dos serviços de APS disponíveis nos distritos estudados.

Outro aspecto relacionado com a qualidade da APS voltada para os idosos é adequação dos ambientes físicos das unidades de saúde, um dos eixos estruturantes da *APS Amigável ao Idoso*, segundo a OMS⁴. Os resultados do censo das unidades de saúde apontam para inadequação de acessibilidade aos ambientes físicos e sinalização das unidades de saúde e da identificação das equipes. Tal resultado está de acordo com outros estudos que também encontraram um número expressivo de unidades de saúde inadequadas para o acesso de idosos e portadores de deficiências^{43,44}. A presença de degraus, a falta de corrimãos, rampas, banheiros adaptados para os cadeirantes, salas de espera inadequadas, equipes e instalações sem identificação para portadores de limitações visuais ou auditivas constituem barreiras determinantes de dificuldades no acesso aos serviços de saúde e na continuidade do cuidado.

O delineamento transversal e caráter descritivo podem ser vistos como limitações deste estudo. Além disso, o fato da amostra ser restrita a dois distritos da cidade de Porto Alegre também sugere que novas avaliações com amostras representativas de cidades, estados ou até mesmo do país, poderiam trazer resultados mais amplos e capazes de estabelecer um paralelo ainda mais contundente em relação ao que está proposto nas

políticas. Abordar outras categorias de análise, tais como o uso dos protocolos, também poderia ser útil, mas por limitações editoriais não foram abordadas aqui.

Por fim, após o confronto entre as categorias da matriz teórico-lógica e os dados empíricos avaliados na pesquisa, observa-se que os documentos são coerentes com os marcos teóricos do SUS e apresentam-se bem estruturados, e que, no entanto, o acesso à APS do SUS ainda é restrito para ser considerado universal aos idosos, unidades de saúde funcionam mesmo com problemas de acessibilidade e sinalização, e poucos serviços podem ser considerados de qualidade no que tange a orientação para a APS. Como já foi citado por outros autores, realmente parece existir um gargalo, onde idosos com uma carga grande de morbidades desafiam o sistema de saúde a dar conta das suas necessidades⁴⁴, sem encontrar o devido respaldo. Tais fatos devem ser considerados durante o planejamento da atenção à saúde do idoso, visto que, a adequação dos processos e das estruturas físicas das unidades de saúde e o desenvolvimento de dispositivos afirmativos das políticas tais como a Lei que assegura o agendamento telefônico para idosos em Porto Alegre possam ser mais relevantes neste momento do que a criação de outras políticas.

AGRADECIMENTOS:

Este artigo faz parte de um projeto financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS), edital 002/2009 (Processo 09/0131-6); e pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), bolsa de doutorado de Aline Blaya Martins vinculada ao PPG-ODO UFRGS.

REFERÊNCIAS:

1. BRASIL. Portaria 1395/GM. Política de Saúde do Idoso, de 10 de dezembro de 1999.

2. WHO/WORLD HEALTH ORGANIZATION. Active Ageing: A Policy Framework. Geneva, 2002.
3. BRASIL. Estatuto do Idoso: Lei Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Brasília, 2004.
4. WHO/WORLD HEALTH ORGANIZATION. Towards Age-friendly Primary Health Care. Geneva, 2004.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, Pacto Pela Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, 2006a.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília DF, 2006b.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 19: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília DF, 2007.
8. WHO/WORLD HEALTH ORGANIZATION. Age-friendly Primary Health Care Centres Toolkit. Geneva, 2008.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília , 2010a.
10. IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Sinopse do Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro, 2011.
11. BRASIL. Constituição (1988). Constituição da Republica Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal.
12. Mendonça, CS. Saúde da Família, agora mais do que nunca!. *Ciênc. saúde coletiva* 2009;14 (supl.1):1493-1497.
13. Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Malik AM, Almeida ES. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. Inequalities in access to health care services and utilization for the elderly in São Paulo, Brazil. *Rev Saúde Pública* 2008;42(4):733-40.
14. Marin MJS, Cecílio LCO. Necessidades de saúde de idosos de uma Unidade de Saúde da Família. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2009; 12(1):63-76.
15. BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 set 1990; Seção 1:018055.
16. Martins AB, Hugo FN, Paim BS, Ilha L, Güntzel P, Romanini J. How primary health care professionals and residents assess issues related to the oral health of older persons? *Gerodontology*. 2011;28(1):37-43.

17. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1975;12(3):189-98.
18. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr.* 1994; 52:1-7.
19. Barros FC, Victora CG. *Epidemiologia da Saúde Infantil: um manual para diagnósticos comunitários.* 3 Edição, HUCITEC – UNICEF; 1998.
20. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res.* 1982; 17(1):37- 49.
21. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* 1999; 57(2B):421-426.
22. Almeida OP, Almeida SA. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV, *Int J Geriatr Psychiatry* 1999; 14(10): 858-65.
23. OMS_Organização Mundial de Saúde. *Levantamentos em Saúde Bucal.* Livraria e Editora Santos. São Paulo, 1999.
24. Agerberg G, Carlsson GE. Chewing ability in relation to dental and general health. Analyses of data obtained from a questionnaire. *Acta Odontol Scand* 1981; 39:147-53.
25. Cassady CE, Starfield B, Hurtado MP, Berk RA, Nanda JP, Friedenber LA. Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics, United States* 2000;105(4):998-1003.
26. Starfield, B. *Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.* Brasília, UNESCO, MS, 2002.
27. Shi, L; Starfield, B; Jihaong, X. Validating of the adult primary care assessment tool. *J Family Practice* 2001; 50:161-175.
28. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica.* – Brasília : Ministério da Saúde, 2010b.
29. Lima_Costa MF, Matos DL, Camargos VP, Macinko J. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). *Ciência & Saúde Coletiva* 2011; 16(9):3689-3696.
30. Kalache A. Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. *Posfácio. Cad. Saúde Pública* 2007; 23(10):2503-2505.

31. Rodrigues MAP, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thume E, Silveira DS et al. Uso de serviços básicos de saúde por idosos portadores de condições crônicas, Brasil. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(4): 604-12.
32. Costa MFBNA, Ciosak SI. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. *Rev Esc Enferm USP*, 2010; 44(2):437-44.
33. Hugo FN, Hilgert JB, de Sousa Mda L, da Silva DD, Pucca GA Jr. Correlates of partial tooth loss and edentulism in the Brazilian elderly. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35(3): 224-232.
34. Ferreira CCC, Peixoto MRG, Barbosa MA, Silveira EA. Prevalência de Fatores de Risco Cardiovascular em Idosos Usuários do Sistema Único de Saúde de Goiânia. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95(5): 621-628.
35. De Marchi RJ, Hilgert JB, Hugo FN, Santos CM, Martins AB, Padilha DM. Four-year incidence and predictors of tooth loss among older adults in a southern Brazilian city. *Community Dent Oral Epidemiol* 2012; 40(5): 396–405.
36. Castro RCL, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cad. Saúde Pública* 2012; 28(9): 1772-1784.
37. Veras RP, Caldas CP, Araújo DV, Mendes RKW. A assistência suplementar de saúde e seus projetos de cuidado para com o idoso. *Ciência & Saúde Coletiva* 2008; 13(4):1119-1126.
38. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24 (Supl 1):S7-27.
39. Leão, MSV. Programa Saúde da Família: Dificuldade, méritos e contradições no Município de Porto Alegre. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Administração. Programa de Pós-graduação em Administração. 2009.
40. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
41. Shay, K. Infectious Complications of Dental and Periodontal Diseases in the Elderly Population. *Clin Infect Dis* 2002; 34 (9): 1215-1223.
42. PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. Porto Alegre. Lei Municipal 10.819 de 13 de janeiro de 2010.
43. Vasconcelos LR, Pagliuca LMF. Mapeamento da acessibilidade do portador de limitação física a serviços básicos de saúde. *Esc Anna Nery R Enferm* 2006; 10 (3): 494–500.
44. Siqueira FCV, Facchini LA, Silveira DS, Piccini RX, Thumé E, Tomasi E. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo

epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2009; 14(1): 39-44.

45. Veras, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública* 2009; 43(3): 548-554.

Categorias	Acesso Universal	Equidade	Integralidade	Qualidade do cuidado
Variáveis Empíricas Aferidas	Tipo de serviço acessado	Presença de acesso prioritário	Atributo Integralidade - PCATool	Escore essencial - PCATool
	Atributo de Primeiro Contato - PCATool		Necessidades de tratamento em Saúde Bucal- Restos Radiculares	Adequação das estruturas das Unidades de Saúde
	Acessibilidade de cadeirantes à consultórios odontológicos			Capacitação profissional: Atenção à saúde do idoso
	Grupo de idosos			
Visita domiciliar				

Figura 1- Descrição da correlação estabelecida entre as categorias e as variáveis empíricas aferidas.

	ACESSO UNIVERSAL	EQUIDADE	INTEGRALIDADE	QUALIDADE DO CUIDADO
Envelhecimento Ativo (WHO, 2002)	Livre acesso a postos de saúde e demais níveis de atenção – apresenta-se como um desafio e como proposta desta política.	Acesso equitativo a serviços de saúde – apresenta-se como um desafio e como proposta desta política.	Apresenta-se de forma transversal dentro da política.	Proposta da política- atenção à saúde de alta qualidade para as pessoas durante o processo de envelhecimento.
Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003)	Consta na descrição da Lei- Art. 15: É assegurada a atenção integral à saúde do idoso... Garantindo-lhe o acesso universal e igualitário.		Consta na descrição da Lei- Art. 15: É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS	
		Consta na descrição da Lei- Art. 15: Atenção especializada para idosos acamados, com deficiência ou limitação.		
Toward age-friendly primary health care (WHO, 2004)	Refere como princípio fundamental da APS- Acesso universal e amigável.	Refere como princípio fundamental da APS- Acesso equitativo.	Propõem que barreiras sejam quebradas visando a integralidade do cuidado.	Coloca a qualidade do cuidado como um critério essencial a ser buscado pelos serviços de saúde.
Pacto pela Vida (BRASIL, 2006a)	Propõem a reorganização do processo de acolhimento à pessoa Idosa, como forma de qualificar o acesso.	Diretriz do Pacto: Acolhimento preferencial em unidades de saúde.	Diretrizes do Pacto: i) Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; e ii) Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção.	Diretriz do Pacto: Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa.
Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006b)	Cita que o acesso deve ser universal e facilitado .	Refere a diretriz do SUS como referencial da política.	Diretrizes da PNSPI: i) Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; e ii) Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção.	Diretriz preconizada pela PNSPI: Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa.

Quadro 1- Análise documental das políticas e protocolos nacionais e internacionais que envolvem a saúde do idoso, publicadas entre 2002-2006.

	ACESSO UNIVERSAL	EQUIDADE	INTEGRALIDADE	QUALIDADE DO CUIDADO
Caderno de Atenção Básica Nº 19- Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2007)	Preconiza que a universalidade deve ser um princípio que oriente o cuidado na atenção primária à saúde.	Preconiza que a equidade deve ser um princípio que oriente o cuidado na atenção primária à saúde.	Um dos objetivos do caderno é a busca pela abordagem integral no cuidado na atenção primária à saúde.	Propõem um protocolo de gerenciamento do cuidado a fim de zelar pela qualidade do cuidado. Propõem também outros protocolos visando à qualificação do cuidado.
Age-friendly Primary Health Care Centres Toolkit (WHO, 2008)			Estabelece protocolos na busca pela abordagem integral do cuidado em relação à saúde do idoso.	Define protocolos para a qualificação do cuidado e dos ambientes físicos dos serviços de APS de acordo com as demandas dos idosos.
Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento - Série Pactos pela Saúde 2006- v.12 (BRASIL, 2010a)				Traz os referenciais nacionais (Pacto e Estatuto) e Internacionais (Envelhecimento Ativo) como apoio na qualificação da atenção à saúde do idoso.

Quadro 2- Análise documental das políticas e protocolos nacionais e internacionais que envolvem a saúde do idoso, publicadas entre 2007-2012.

Tabela 1- Descrição das características da amostra em relação a variáveis sócio-demográficas, agravos de saúde e percepções segundo idosos moradores dos distritos Partenon/Lomba de Porto Alegre-Brasil.

		N=862	N= 401
		m(dp), N(%)*	m(dp), N(%)**
Características da Amostra			
Idade		69,78 (7,23)	69,22 (6,84)
Escolaridade		6,09 (3,81)	4,91 (3,39)
Nº de dependentes da renda familiar		2,93 (1,76)	3,02 (1,87)
Renda	Até 2 salários mínimos	308 (35,7)	203 (50,6)
	Mais de 2 salários	554 (64,3)	198 (49,4)
Renda suficiente	Sim	379 (44,0)	123 (30,7)
	Não	483 (56,0)	278 (69,3)
Sexo	Masculino	277 (32,1)	122 (30,4)
	Feminino	585 (67,9)	279 (69,6)
Tipo de serviço que acessa habitualmente			
Serviço de Saúde geral	UBS	312 (36,2)	312 (77,8)
	USF	89 (10,3)	89 (22,2)
	Outros serviços	461 (53,4)	-
Serviço de Saúde Bucal	UBS	123 (14,3)	100 (24,9)
	USF	32 (3,7)	28 (7)
	Outros serviços	695 (80,4)	264 (65,8)
	Nunca foi ao dentista	12 (1,4)	9 (2,2)
Condições de Saúde			
Estado mental (MEEM)	Escore < média	291 (33,8)	157 (39,2)
	Escore ≥ média	571 (66,2)	244 (60,8)
Sintomatologia depressiva	Com sintomatologia	246 (28,5)	142 (35,4)
	Sem sintomatologia	616 (71,5)	259 (64,6)
Hipertensão	Sim	501 (58,1)	241 (60,1)
	Não	361 (41,9)	160 (39,9)
Diabetes	Sim	180 (20,9)	89 (22,2)
	Não	682 (79,1)	312 (77,8)
Dor nas costas	Sim	336 (39,0)	179 (44,6)
	Não	526 (61,0)	222 (55,4)
Número de dentes†	0	251 (31)	138 (35,7)
	1-19	435 (53,7)	207 (53,5)
	≥20	124 (15,3)	42 (10,9)
Restos Radiculares†	0	696 (85,9)	331 (85,5)
	≥1	114 (14,1)	56 (14,5)
Orientação para a APS			
Primeiro Contato	Com orientação	465 (53,9)	170 (42,4)
	Sem orientação	397 (46,1)	231 (57,6)
Longitudinalidade	Com orientação	464 (63,8)	184 (45,9)
	Sem orientação	398 (46,2)	217 (54,1)
Integralidade	Com orientação	220 (25,6)	96 (23,9)
	Sem orientação	641 (74,4)	305 (76,1)
Coordenação	Com orientação	372 (43,5)	179 (44,6)
	Sem orientação	484 (56,5)	219 (54,6)
Orientação para a APS- Quanto aos atributos essenciais.	Com orientação	222 (25,8)	92 (22,9)
	Sem orientação	640 (74,2)	309 (77,1)
Orientação para a APS- Quanto aos atributos gerais.	Com orientação	155 (18,1)	81 (20,2)
	Sem orientação	706 (81,9)	320 (79,8)

*Dados do total da amostra. **Dados dos participantes que utilizam serviços de APS. †Os participantes que se recusaram a fazer o exame de saúde bucal foram excluídos desta análise.

Tabela 2- Distribuição das características das Unidades de Saúde e das equipes de APS dos distritos sanitários Lomba e Partenon.

		N(%)
<u>Características das Unidades</u>		
Andares	1	16 (84,2)
	2	2 (10,5)
	3	1 (5,3)
Modelo de APS	UBS	8 (42,1)
	USF	11 (57,9)
<u>Estruturas Físicas</u>		
Estruturas Geral	Inadequado	11 (57,9)
	Parcialmente Adequado	8 (42,1)
<u>Sinalização</u>		
Sinalização Geral	Inadequado	11 (57,9)
	Parcialmente Adequado	8 (42,1)
<u>Checagem Geral</u>		
Escore geral	Inadequado	10 (52,6)
	Parcialmente Adequado	9 (47,4)
<u>Questões adicionais</u>		
Capacitação em Atenção à Saúde do Idoso	0	5 (26,3)
	1	3 (15,8)
	2 ou mais profissionais capacitados	11 (57,9)
Agendamento por telefone	Realiza	17 (89,5)
	Não realiza	2 (10,5)
Grupo para Idosos	Realiza	14 (73,7)
	Não realiza	5 (26,3)
Visitas domiciliares	Realiza	18 (94,7)
	Não realiza	1 (5,3)
Possui consultório odontológico	Sim	13 (68,4)
	Não	6 (31,6)
O Consultório é acessível para cadeirante	Sim	10 (76,9)
	Não	3 (23,1)

MANUSCRITO 2**Título:**

Autoavaliação de saúde segundo idosos: achados de um estudo de base populacional voltado para a Atenção Primária à Saúde

Título em Inglês:

Older persons' self-rated health: findings from a population-based study emphasizing Primary Health Care

Aline Blaya Martins¹, Júlia de Melo Dotto², Otávio Pereira D'Avila¹, Juliana Hilgert Balbinot^{1,3}, Fernando Neves Hugo^{1,4}

1- Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2- Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 3- Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 4- Centro de Pesquisas em Odontologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Título Corrido: Autoavaliação de saúde segundo idosos e Atenção Primária à Saúde

Running Title: Older persons' self-rated health and Primary Health care

Autor para Correspondência:

Fernando Neves Hugo

Centro de Pesquisa em Odontologia Social- FO UFRGS

Rua Ramiro Barcelos, 2492,

Porto Alegre/RS, Brasil.

CEP 90035-003

E-mail: fernandoneveshugo@gmail.com

RESUMO:

O objetivo deste trabalho foi analisar a associação entre a autoavaliação positiva de saúde e o acesso a serviços de saúde orientados para a Atenção Primária à Saúde, ajustando para confundidores de acordo com um modelo teórico conceitual. Trata-se de um estudo de base populacional de delineamento transversal, que avaliou uma amostra de 862 idosos com 60 anos ou mais, independentes, e moradores dos distritos Lomba do Pinheiro e Partenon em Porto Alegre/RS. As medidas utilizadas foram: Informações sociodemográficas, Mini Exame do Estado Mental (MEEM), Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15), Escala de Resiliência (ER), Informações sobre o Uso dos Serviços e Questionário de Condições Referidas de Saúde, além do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool – Brasil – Usuário). Os resultados obtidos através da análise estatística realizada através da regressão de Poisson com variância robusta mostraram que: não apresentar sintomatologia depressiva (RP=1,49, IC 95% 1,32-1,68, p= 0,00), possuir menos morbidades (até duas, RP= 1,14, IC 95% 1,03-1,26, p= 0,00/ no máximo uma, RP= 1,20, IC 95% 1,10-1,31, p=0,00) e acessar serviços orientados para a Atenção Primária de Saúde (RP= 1,08, IC 95% 1,01-1,16, p=0,02) aumentaram a prevalência de uma boa avaliação de saúde entre os idosos. Conclusão: é possível observar que o acesso a serviços de saúde efetivos em relação aos atributos da atenção primária pode influenciar positivamente a avaliação de saúde mesmo quando o modelo é ajustado para confundidores.

PALAVRAS CHAVE:

Envelhecimento, Serviços de saúde para idosos, Atenção Primária à Saúde, Acesso aos serviços de saúde, autoavaliação de saúde.

ABSTRACT:

The objective was to evaluate the association between positive self-rated health and orientation towards Primary Health Care of health services accessed by older persons, adjusting for confounders following a theoretical framework. A cross-sectional population based study comprising a sample of 862 persons aged 60 years or more, living independently in two sanitary districts of Porto Alegre, RS. Measures included socio-demographic Information, Mini Mental Status Examination (MMSE), Geriatric Depression Scale (GDS-15), Resilience Scale (RS), Service Use Information, Self-Reported Health Conditions and the Primary Care Assessment Tool (PCATool – Brasil). Results were modeled using Poisson regressions with robust variance and revealed that absence of depressive symptomatology (RP=1,49, IC 95% 1,32-1,68, p=0,00), having less morbidities (up to two, RP= 1,14, IC 95% 1,03-1,26, p= 0,00/ none to one, RP= 1,20, IC 95% 1,10-1,31, p=0,00) and accessing a health service oriented towards primary care (RP= 1,08, IC 95% 1,01-1,16, p=0,02) increased the prevalence of positive self-rated health among the elderly. Conclusion: accessing a health service oriented towards primary care influenced positively the way older persons rated their own health, even after adjustment for well-known confounders.

KEY WORDS:

Aging, Health services for the aged, Primary Health Care, Access to health care, self-rated health.

INTRODUÇÃO:

O Sistema Único de Saúde (SUS) é orientado para a Atenção Primária a Saúde (APS) através da Estratégia de Saúde da Família (ESF)¹. A estratégia, por sua vez, busca cumprir os princípios da APS: ser o primeiro contato da população às ações e serviços de saúde, com integralidade no cuidado, ao longo do tempo e coordenando o cuidado à saúde os usuários dentro da rede de serviços².

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)³, a APS seria um lócus privilegiado para o desenvolvimento do cuidado adequado a maioria das necessidades dos idosos (2004), faixa etária da população que cresce vertiginosamente e que costuma ser acometida por diversas morbidades: hipertensão, diabetes, alta prevalência de sintomatologia depressiva, cognição diminuída, extensas perdas dentárias, graus de dependência diversos, além de múltiplos diagnósticos e uso de fármacos^{4,5,6,7,8,9}. Desta forma, em 2006, atenção a saúde dos idosos passa a ser uma prioridade do SUS e conseqüentemente da APS/ESF^{10,11}.

A autoavaliação da saúde costuma ser investigada seguidamente devido a sua validade enquanto indicador e a sua relevância, uma vez que está associada com uma com a qualidade dos serviços de APS acessados, número e tipo de morbidades acumuladas e fatores de risco tais como obesidade, tabagismo, sedentarismo, dieta pobre em nutrientes^{12,13,14}, além de ser um reconhecido preditor de mortalidade^{15,16,17,18}. Um estudo desenvolvido para investigar um modelo teórico explicativo de “boa autoavaliação de saúde” relatou a relevância de seu uso e enfatizou que trata-se de um desfecho que pode ser consequência de condições de saúde que são preveníveis e manejáveis através de intervenções em saúde pública¹⁹.

No entanto, pouco se sabe a respeito do papel dos serviços de saúde na promoção da autopercepção positiva de saúde em idosos. Um estudo publicado em 2002

encontrou evidências da associação entre boas experiências em Atenção Primária a Saúde (APS) e uma melhor percepção de saúde¹².

É possível que a qualidade dos serviços quanto à orientação para a APS esteja associada com uma boa saúde autoreferida por parte de idosos. Logo, o objetivo do presente estudo foi analisar a associação entre a autoavaliação positiva de saúde e o acesso a serviços de saúde orientados para a Atenção Primária à Saúde, ajustando para confundidores de acordo com um modelo teórico conceitual.

METODOLOGIA:

Delineamento: Estudo transversal

Procedimento amostral:

Coleta de Dados:

Um estudo de base populacional, de delineamento transversal, foi realizado a fim de verificar a extensão em que o cuidado é produzido conforme condições referidas pelos idosos moradores dos distritos sanitários Lomba do Pinheiro e Partenon em Porto Alegre/Brasil.

Tais distritos são vinculados à rede pública municipal de saúde do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Segundo o Censo IBGE 2010, Porto Alegre tinha uma população de 1.409.939 habitantes, sendo 211.986 pessoas com 60 anos ou mais. Nos referidos distritos, a população estimada com 60 anos ou mais é de 12.871 indivíduos²⁰.

Cabe destacar algumas peculiaridades a serem consideradas em relação a estes distritos da cidade de Porto Alegre. O distrito do Lomba do Pinheiro abriga o módulo odontológico de ensino extramuros da Faculdade de Odontologia da UFRGS. Embora

no momento o serviço esteja desativado, o mesmo funcionou durante mais de trinta anos neste distrito prestando serviços a comunidade. Já o distrito sanitário Partenon possui dois complexos de serviços docentes assistenciais que também o tornam bastante especial, um é a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, que forma anualmente número expressivo de profissionais da área da saúde e que também presta serviços a comunidade principalmente referentes a atenção secundária e terciária, e o outro é o histórico Centro de Saúde Escola Murialdo, instituição que abriga cursos de residência médica e multiprofissional e que faz parte das instituições consideradas pioneiras em implantação da atenção primária no Brasil²¹.

Critério de inclusão: Ter 60 anos ou mais, ser morador dos distritos sanitários Lomba do Pinheiro e Partenon em Porto Alegre e não possuir déficit cognitivo segundo o teste de rastreamento Mini Exame do Estado Mental (MEEM)^{22,23}. A fim de rastrear possíveis danos cognitivos que comprometessem a qualidade dos dados, diferentes pontos de corte foram utilizados como critério de inclusão. A saber, ao realizar-se a soma das respostas dos 30 itens que compõem o MEEM (contando 1 ponto por acerto), o número mínimo de acertos para inclusão na amostra foi de: 13 para analfabetos, 18 para escolaridade média (1 a 8 anos de estudo) e 26 para alta escolaridade (9 anos de estudo ou mais)²³. Desta forma, somente aqueles idosos que possuíam 60 anos ou mais, viviam de forma independente (conseguiram realizar as atividades rotineiras sem o auxílio de cuidadores), aceitaram participar do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e atingiram escores do MEEM acima do ponto de corte, foram convidados a responder os demais instrumentos que fizeram parte das medidas avaliadas neste estudo.

Cálculo do Tamanho da Amostra

Para estimação do tamanho amostral foi realizado um estudo piloto com 50 idosos moradores dos mesmos distritos sanitários que foram avaliados nesta pesquisa. O cálculo amostral foi realizado considerando a prevalência de autopercepção de saúde bucal, visto que este estudo faz parte de um estudo maior que possui este desfecho como foco. Além disso, o cálculo foi realizado também para saúde geral, porém, obteve-se tamanho amostral menor. A prevalência de autopercepção de saúde bucal boa, muito boa ou excelente no estudo piloto foi igual a 59%. Estimou-se que a razão de prevalência dos idosos que dispunham de uma atenção primária adequada era de 1,32, conforme o escore essencial do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool Brasil)²⁴. Assim, selecionado um alfa bidirecional de 0,05 e um beta de 0,20, foi estimada uma amostra total de 454 idosos. Foram acrescentados 10% para possíveis perdas ou recusas e 15% para controle de fatores de confusão. Na falta de uma estimativa precisa para minimizar o efeito do delineamento, que ocorre no processo amostral por conglomerados, a amostra foi ampliada 1,5 vez para realizar as análises ajustadas. Chegou-se, assim, ao número de 883 indivíduos.

Amostragem

A amostragem foi realizada através da metodologia proposta por Barros e Victora²⁵ para avaliação de conglomerados (setores censitários), sendo que o número de setores censitários proporcional ao total de setores censitários nos dois distritos nos quais o estudo foi realizado. O número de domicílios visitados foi estimado a partir do número médio de moradores em cada domicílio e da proporção de idosos na cidade de Porto Alegre em 2000. Tais informações foram obtidas junto a Coordenação Geral de Vigilância em Saúde (CGVS) do Município de Porto Alegre. Dentro de cada distrito, foram amostrados os setores censitários utilizando uma amostragem sistemática, a fim de garantir a heterogeneidade que se expressa na ocupação do espaço.

Logística:

Este projeto foi aprovado pelos Comitês de Pesquisa e de Ética da Faculdade de Odontologia da UFRGS no dia 18/06/2009, ata nº 05/09, com o número do processo 15297.

Um treinamento com a equipe de entrevistadores, graduando e pós-graduandos, foi realizado previamente a coleta de dados. O treinamento foi realizado durante 40 horas divididas entre: i) estudo das bases teóricas que compõem o marco referencial; ii) estudo dos instrumentos que foram utilizados; iii) discussão do processo de amostragem; iv) apropriação da tecnologia *Personal Digital Assistant* (PDA) e do software desenvolvido para a pesquisa; v) discussão de casos complexos que poderiam vir a acontecer na coleta; vi) simulação de entrevistas e exames entre os entrevistadores. Posteriormente, um estudo piloto e encontros para a discussão de possíveis dúvidas, caso a caso, foram realizadas. Tal prática teve continuidade semanalmente para assegurar a qualidade dos dados.

Após o treinamento da equipe, deu-se início a coleta de dados executada nos domicílios. No princípio, foi feito um convite aos potenciais participantes e esclarecimento quanto aos objetivos do estudo. Aqueles que aceitaram participar do estudo e assinaram o termo de consentimento informado, responderam a um questionário de identificação e ao Mini Exame do Estado Mental. Apenas participantes que cumpriram os critérios de inclusão, foram convidados a responder a um questionário padronizado composto pelo conjunto de medidas que foram avaliadas neste estudo.

Desta forma, a coleta foi realizada através de entrevistas realizadas nos domicílios dos idosos, durante os meses de fevereiro de 2010 a fevereiro de 2011.

Medidas:

- Variáveis sociodemográficas e comportamentais: Questionário individual- Foram coletadas informações a respeito de sexo, idade, renda, percepção de que a renda era suficiente para a família e escolaridade. A idade e a escolaridade (número de anos completados de educação formal) foram coletadas como variáveis contínuas e categorizadas. A idade foi categorizada como: menor ou igual a 70 anos e 71 anos ou mais. E a escolaridade foi expressa como: no máximo 6 anos completados de estudo, e 7 anos ou mais. A renda também foi coletada de forma contínua, no entanto, considerando a distribuição não paramétrica, optou-se pelo uso da condição referida referente a se a renda era suficiente para as necessidades da família, visto que tal informação está intimamente ligada com a possibilidade de gastos com a saúde e com a escolha de uso ou não de serviços privados. A variável hábito tabágico foi investigada pela pergunta: “O(a) sr(a) fuma cigarro atualmente?”, para a qual o sujeito poderia responder sim ou não. A aposentadoria dos idosos foi avaliada pela seguinte questão: “O sr (a) é aposentado (a)?”, com as seguintes respostas possíveis: “sim” ou “não”.

- Condições de saúde: Mini Exame do Estado Mental (MEEM)/Escolaridade, Escala de Depressão Geriátrica e Escala de Resiliência. Além de um questionário de condições autoreferidas de diagnósticos recebidos de uma série de morbidades.

Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

Trata-se um instrumento de rastreamento de possíveis déficits cognitivos, desenvolvido por Folstein, Folstein & McHugh em 1975²² e validado para o português brasileiro por Bertolucci em 1994²³.

Dentre os indivíduos que foram incluídos na amostra, para a análise da função cognitiva, maiores escores foram considerados como melhor desempenho cognitivo. Para tanto as médias dos escores do MEEM de cada nível de escolaridade foram obtidas e uma variável foi criada estabelecendo a média, de acordo com escolaridade baixa,

media ou alta, como ponto de corte, foram então definidas as seguintes categorias: acima da média do MEEM – Capacidade cognitiva alta- e abaixo da média do MEEM – Capacidade cognitiva baixa.

Escala de Depressão Geriátrica - GDS

Criada por Yesavage et al em 1982²⁶ e validada para o português brasileiro por Almeida & Almeida^{27,28}, costuma ser utilizada na avaliação da sintomatologia depressiva em idosos. Sua versão de 15 itens (GDS-15) foi utilizada nesta avaliação. Trata-se de uma escala de fácil utilização, com respostas dicotômicas de “sim” ou “não”. As respostas foram somadas a fim de gerar um escore, e posteriormente categorizadas como: até 5 pontos, sem sintomatologia depressiva e 6 pontos ou mais, com sintomatologia depressiva.

Escala de Resiliência – ER

Esta escala foi desenvolvida por Wagnild & Young em 1993²⁹, e foi validada para o idioma Português Brasileiro por Pesce et al em 2005³⁰. Esta escala possui 25 itens descritos de forma positiva com respostas tipo Likert, de sete pontos, variando de “discordo totalmente” (1) a “concordo totalmente” (7), tendo como ponto central, “nem concordo, nem discordo” (4). Os escores da escala oscilam entre 25 a 175 pontos.

Para fins de análise estatística, os escores de resiliência foram categorizados de acordo com os tertis: “baixo escore de resiliência”, agrupando escores de 25 a 140 pontos, “médio escore de resiliência”, 141 a 152 e “alto escore de resiliência”, categoria que incluiu escores de 153 a 175 pontos.

Nesta pesquisa, o instrumento ER foi utilizado no intuito de avaliar o potencial individual de resiliência, considerando-se as características positivas da personalidade que são capazes de acentuar a capacidade de adaptação frente a adversidades (por ex:

aposentadoria, perda do cônjuge e morbidades) e conseqüentemente de facilitar o desempenho psicossocial do idoso.

Condições de Saúde Autoreferidas

Uma série de morbidades foi coletada a partir da condição referida, através da seguinte pergunta: “Das doenças que vou lhe perguntar a seguir, responda sim caso algum médico já tenha lhe dito que o(a) senhor(a) tem”. Dentre estas morbidades listadas estavam: pressão alta (hipertensão), diabetes, cardiopatia isquêmica (angina), depressão, artrose/artrite, derrame cerebral, bronquite crônica/enfisema, doença renal, asma, câncer, ansiedade, HIV/AIDS e insuficiência cardíaca.

A presença de dor nas costas foi avaliada da mesma forma e neste estudo foi considerada uma sintomatologia incapacitante no que tange as funções psicossociais, e não como uma morbidade que faz parte das características pessoais do idoso.

As demais morbidades aferidas serviram como base para a criação de uma variável preditora composta pela soma do número de morbidades referidas pelos idosos. De acordo com a distribuição, o número de morbidades autoreferidas foi categorizado como: “No máximo uma”, “duas” ou “três ou mais”.

- Orientação do serviço de saúde para APS

PCATool Brasil-Usuário²⁴

O Instrumento de Avaliação da Atenção Primária foi criado por Starfield e colaboradores^{31,32,33} e validado para o idioma português brasileiro e proposto pelo Ministério de Saúde²⁴ como instrumento de avaliação da qualidade de serviços de saúde de atenção primária no Brasil.

O instrumento é composto por 55 itens divididos em 10 componentes (subescalas) relacionados da seguinte forma: 1. Grau de Afiliação com Serviço de Saúde (A). (3 itens); 2. Acesso de Primeiro Contato – Utilização (3 itens); 3. Acesso de

Primeiro Contato – Acessibilidade (6 itens); 4. Longitudinalidade (11 itens); 5. Coordenação – Integração de Cuidados (5 itens); 6. Coordenação – Sistema de Informações (3 itens); 7. Integralidade – Serviços Disponíveis (9 itens); 8. Integralidade – Serviços Prestados (5 itens); 9. Orientação Familiar (6 itens); 10. Orientação Comunitária (4 itens). As respostas são do tipo Likert variando de 1 (com certeza não) a 4 (com certeza sim). O instrumento atribui, através das subescalas, escores para cada atributo essencial, a saber: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. E para os atributos derivados: orientação familiar e orientação comunitária.

O cálculo dos escores seguiu as orientações do manual de uso do instrumento²⁴. Tais escores são capazes de avaliar o grau de orientação do serviço para a atenção primária em relação a cada um dos atributos. Além disso, um escore essencial pode ser gerado através da análise de todas as questões que compõem os escores dos atributos essenciais. E um escore geral é estabelecido a partir dos escores dos atributos essenciais e derivados. Escores altos automaticamente denotam efetividade da atenção primária em relação aos atributos. O escore de cada atributo foi categorizado de acordo com o ponto de corte preconizado pelo manual do instrumento²⁴: i) Serviços com orientação para a APS- com escores maiores ou iguais que 6,6 (num intervalo de 0 a 10). ii) Serviços sem orientação para APS- com escores menores que 6,6.

.•Uso dos serviços: Questionário com informações sobre os serviços acessados, incluindo o tipo do serviço utilizado e a satisfação com o mesmo. Dentre os tipos de serviços de saúde que costumavam ser acessados estavam: Unidade Básica de Saúde (UBS)- que costuma operar segundo o modelo tradicional biomédico, Unidade de Saúde da Família (USF)- que segue o modelo baseado nos atributos da APS, e outros serviços, tais como, convênio, médico particular e ambulatório de hospital. A satisfação com o

serviço de saúde que costuma acessar foi avaliada através da pergunta “O sr (a) recomendaria este serviço de saúde para um parente ou amigo?”, com as seguintes respostas possíveis, “com certeza, sim” e “provavelmente, sim” que foram consideradas “sim” na análise estatística e “provavelmente, não” e “com certeza, não” que foram consideradas “não”.

Desfecho

A condição de saúde autoreferida foi avaliada através da pergunta: “Comparando com outras pessoas de sua idade, como você avaliaria, no geral, a sua saúde?”. Tendo como respostas possíveis: (1) Muito boa, (2) Boa, (3) Nem Boa, nem ruim (4) Ruim, ou (5) Muito ruim”. As respostas foram posteriormente dicotomizadas como ”boa“ ou ”ruim“, sendo consideradas “boas” as respostas “muito boa“ ou ”boa“ e ruins as respostas ”nem boa, nem ruim“, ”ruim“ e ”muito ruim”.

Modelo Teórico Conceitual

A análise dos dados se deu através do modelo teórico conceitual aplicado à investigação de fatores relacionados com autopercepção positiva de saúde. A análise hierárquica utilizada neste estudo tem como base o Modelo Teórico proposto por Arnadottir e colaboradores em 2011¹⁹. Tal modelo é um esquema teórico e analítico desenvolvido no afã de entender a relação entre a condição de saúde autoreferida e seus determinantes, através de uma abordagem que leva em consideração a Classificação Internacional de Funcionalidade, de Incapacidade e de Saúde proposta pela OMS.

O modelo adaptado para este estudo foi composto por variáveis distribuídas em quatro blocos, sendo estes: Aspectos psicossociais, participação comunitária, características pessoais e características ambientais (Figura 1).

Como se pode observar, de acordo com este modelo, a condição de saúde autoreferida é o resultado de um processo complexo. No modelo proposto para este estudo, a orientação dos serviços para a APS é incluída no bloco correspondente as características ambientais e busca investigar a associação desta variável com a autoavaliação de saúde mesmo quando o modelo é ajustado para outras variáveis.

O tipo de serviço não foi incluído devido a sua colinearidade com a variável orientação para a APS, visto que ambos avaliam aspectos relacionados com a APS.

Análise Estatística

Testes de qui-quadrado foram executados para avaliação da distribuição das variáveis dicotômicas e categóricas, em relação ao desfecho em estudo. A confiabilidade das escalas: Mini Exame do Estado Mental, Escala de Resiliência, Escala de Depressão Geriátrica e PCATool Brasil foram testada por meio do Coeficiente Alpha de Cronbach.

Todas as análises foram executadas usando o SPSS 18.0 software para análises estatísticas (SPSS Inc., USA). As razões de prevalência foram obtidas pela regressão de Poisson com estimação de variância robusta. As análises de associações foram feitas isoladamente em cada bloco e posteriormente foram ajustadas aos blocos hierarquicamente precedentes. Foram incluídos no modelo final de análise hierárquica somente aqueles fatores que na análise mantiveram-se com valores estatisticamente significativos ($p < 0,10$), mesmo quando ajustados às outras variáveis que compunham cada um dos blocos e aquelas que compunham os blocos antecessores. As magnitudes das associações entre a variável dependente e as variáveis independentes, no modelo totalmente ajustado foram estimadas pelas razões de prevalências, com nível de significância de 5% e respectivos intervalos de confiança de 95%.

RESULTADOS:

Foram convidados a participar deste estudo 994 idosos residentes nos distritos sanitários Lomba do Pinheiro e Partenon, durante os meses de agosto de 2010 a fevereiro de 2011. Destes, 83 não foram encontrados nos domicílios no dia do exame e não conseguiram ser agendados após 3 tentativas, 26 se recusaram a participar e 23 não atingiram os pontos de corte do MEEM. A amostra do estudo, portanto, foi composta por 862 pessoas que estavam aptas a compor esta amostra, aceitaram participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A amostra estudada foi composta por 277 (32%) homens, a média de idade dos participantes foi de aproximadamente 70 anos ($\pm 7,23$) e a escolaridade média foi de 6 anos de estudos completados ($\pm 3,81$), tendo sido a mediana 5. A renda familiar média foi de R\$ 2346,00 (\pm R\$ 2450,00), tendo sido a mediana igual a R\$1510,00, sendo que, em metade das famílias, no mínimo três pessoas, incluindo o idoso participante da pesquisa, dependiam desta renda para sua subsistência. As condições de saúde dos idosos fizeram parte desta amostra foram as seguintes: 34% (n=291) tinha baixa capacidade cognitiva, 28,5% (n=246) apresentavam sintomas depressivos, 39% (n=336) tinha dor nas costas e o escore médio da escala de resiliência foi de 146,27 ($\pm 13,46$). Em relação ao número de morbidades, cerca de 40% (n=343) dos idosos avaliados relataram ter três ou mais. No entanto, 77,6% (n=669) dos participantes da amostra avaliaram sua saúde como boa.

Quanto aos serviços de saúde acessados, cerca de 50% (n=402) dos idosos acessava a APS, sendo que, do total, apenas 10% (n=89) deles acessava unidades de saúde da família. Cerca de 26% (n=222) dos serviços acessados estavam orientados para a APS segundo o escore de atributos essenciais. E, apenas 14,4 % (n=124) dos idosos não recomendaria o serviço que costuma acessar para familiares ou amigos.

As variáveis preditoras que apresentaram diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) quando avaliadas em relação ao desfecho pelo teste de qui-quadrado foram: dor nas costas, sintomatologia depressiva, resiliência, idade, escolaridade, renda suficiente para as necessidades da família, tipo de serviço, orientação do serviço para a APS e satisfação (Tabela 1).

Resultados da análise hierárquica:

1º Bloco- Aspectos psicossociais (Tabela 2) – Na análise bruta, todas as variáveis relativas a este bloco foram associadas com uma boa avaliação da saúde por parte dos idosos, porém, ter capacidade cognitiva alta e potencial de resiliência médio ou alto perderam a associação após o ajuste dentro do nível.

2º Bloco – Participação comunitária (Tabela 2) – Participar de grupos de idosos não esteve associado como uma boa avaliação de saúde na análise bruta, nem na análise ajustada.

3º Bloco – Aspectos Pessoais (Tabela 3) – O conjunto de variáveis que compõem as características pessoais manteve-se, em sua maioria, associado com uma avaliação positiva de saúde na análise bruta. No entanto, na análise ajustada ao bloco e aos blocos precedentes apenas escolaridade maior ou igual a 7 anos completados, não ser aposentado e possuir no máximo duas morbidades permaneceram associadas significativamente com uma boa avaliação da saúde por parte dos idosos.

4º Bloco – Aspectos Ambientais (Tabela 3) – Na análise bruta e na análise ajustada ao bloco, possuir renda suficiente e acessar um serviço com orientação para a APS foram associadas com a boa avaliação da saúde. No entanto, ao ajustar às variáveis que mantiveram-se associadas nos blocos precedentes, apenas acessar serviços com orientação para APS manteve associação com o desfecho.

No modelo totalmente ajustado (Tabela 4), foi possível observar que não apresentar sintomatologia depressiva e referir no máximo duas morbidades aumentam significativamente à prevalência de uma avaliação de saúde como “boa”. A hipótese de que acessar serviços de saúde com orientação para a APS estaria associado à avaliação positiva da saúde também foi confirmada.

DISCUSSÃO:

Os resultados observados sustentam o uso do modelo proposto, uma vez que foram encontradas associações entre a avaliação positiva da saúde e fatores psicossociais, características pessoais e ambientais. A hipótese de que a qualidade do serviço em relação a orientação para a APS possa estar associada a uma avaliação positiva da saúde foi confirmada, mesmo quando o modelo é ajustado para outras variáveis confundidoras, o que nos leva a refletir sobre o papel dos serviços no cuidado na sua interrelação com a forma como os idosos avaliam a sua própria saúde. Além disso, a análise hierárquica permitiu identificar outros fatores associados com a autoavaliação positiva da saúde. Por exemplo, foi possível observar que o acúmulo de diversas morbidades por parte dos idosos pode prejudicar a forma como os mesmos avaliam a própria saúde. E que ausência de sintomatologia depressiva não só demonstrou exercer um efeito independente de outras variáveis, como também apresentou a maior razão de prevalência observada nesta análise.

Aspectos relacionados com a saúde mental atuam diretamente como moduladores na forma como os indivíduos percebem a sua saúde^{19,34,35}. Um estudo longitudinal realizado com uma amostra de idosos nos Estados Unidos encontrou evidências do papel preditor que a sintomatologia depressiva pode desempenhar na autoavaliação de saúde³³. Dentro de uma perspectiva antagonista, mas coerente com tais

achados, observou-se neste estudo uma forte associação entre não ter sintomas depressivos e avaliar a saúde como boa.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a depressão pode ser considerada com um dos quatro gigantes da geriatria³⁶. Tal classificação se deve ao fato de que se trata de uma das condições mais prevalente e incapacitantes entre os idosos³⁷. Sabe-se que a sintomatologia depressiva, particularmente na população idosa, pode causar uma diminuição da resposta emocional, acarretando um predomínio de sintomas como diminuição do sono, perda de prazer nas atividades habituais, ruminções sobre o passado e perda de energia³⁸. Embora evidências quanto a fisiologia que envolve o efeito da depressão sobre a autoavaliação não tenham sido encontradas, é possível que uma pior percepção de saúde que possivelmente seja consequência da relação existente com o autocuidado³⁹ e com a imunidade⁴⁰.

Em relação às características individuais relacionadas com a autoavaliação de saúde, cabe um destaque a presença de múltiplas morbidades. O número de problemas de saúde pode ser o principal preditor nas avaliações de saúde¹⁵. Tal fato torna-se relevante devido à alta prevalência de multimorbidades em idosos que tem sido apresentada pela literatura científica e pelos resultados deste estudo^{14,19,41}. Além da expressiva prevalência de multimorbidades (3 ou mais), foi encontrada uma associação direta entre menos morbidades e uma autoavaliação positiva da saúde, resultado similar ao encontrado em outro estudo que avaliou uma amostra de adultos do sul do Brasil¹⁴. É possível que o acúmulo de sintomas, de limitações e de reações adversas causadas pelo uso de polifarmácia estejam associados com piores avaliações de saúde e consequentemente com a qualidade de vida dos idosos.

O processo de envelhecimento e um aumento das doenças que duram mais ou que recorrem mais frequentemente têm criado a necessidade de uma abordagem nos

moldes da APS, que costuma ser mais ampla³². Os resultados deste estudo mostraram que idosos que acessavam serviços de saúde com orientação para APS possuíam maiores prevalências de uma boa avaliação da sua saúde. Neste estudo, foram considerados orientados para APS os serviços que possuíam maiores escores essenciais da APS: o acesso de primeiro contato do indivíduo, a coordenação e a integralidade e a longitudinalidade no cuidado. Embora os atributos possam ser avaliados separadamente, encontram-se intimamente ligados na prática clínica. Assim, um serviço pode ser considerado provedor de atenção primária quando apresenta os quatro atributos essenciais⁴².

Neste estudo, a orientação do serviço de saúde foi avaliada tanto dentre serviços públicos quanto privados e de uma forma geral foi encontrada associação entre a orientação e a autoavaliação de saúde como boa. É possível que devido às características peculiares que envolvem o processo de envelhecimento, a avaliação da saúde pelos idosos sofra influência da forma como se provém o cuidado, independente de que tipo de serviço venha a ser acessado.

Qualidade da atenção primária é um reflexo do quanto as necessidades de saúde, potenciais ou existentes, estão sendo atendidas de forma otimizada pelo serviço de saúde³², sendo que isto inclui estar disponível ao ocorrer uma nova enfermidade ou um novo episódio de uma enfermidade preexistente, acompanhamento ao longo do ciclo de vida de modo que seja possível um envelhecimento ativo e digno, além do provimento de uma atenção integral e integrada a outros níveis de atenção a fim de se estabelecer o cuidado desde a prevenção até a reabilitação. Desta forma, é compreensível que a autopercepção por parte do idoso possa ser melhor na presença de um serviço de saúde que realmente seja capaz de lhe proporcionar um cuidado que não seja gerador de insegurança e insatisfação além das que são naturais ao processo de envelhecimento.

Para ilustrar tal reflexão, pode-se partir da colocação de Giovanella⁴³ que cita que uma APS robusta, com orientação para os atributos, é imprescindível para a garantia de adesão e continuidade do cuidado a portadores de doenças crônicas.

Pesquisas trazem evidências de que ao longo das últimas décadas as condições de saúde do idoso vêm melhorando no Brasil^{8,44}, da mesma forma que vem melhorando a avaliação que os mesmos fazem a partir da sua saúde⁸. Embora evidências que investiguem os preditores desta melhora na avaliação não tenham sido encontradas, é possível que tal mudança favorável possa estar relacionada com a expansão da atenção primária, da Saúde da Família e da qualificação do cuidado no que tange a orientação para a APS dos serviços que prestam cuidados à saúde dos idosos. Os resultados encontrados nesta pesquisa concordam com os dados encontrados por Shi e colaboradores¹², que observaram uma associação entre boas experiências no cuidado primário e uma boa avaliação de saúde.

É importante lembrar que os resultados deste estudo são limitados e que generalizações podem ser afetadas por características do delineamento e da amostra. Acredita-se que avaliações longitudinais possam ser extremamente válidas para que seja possível investigar o quanto a orientação dos serviços para APS é capaz de prever a avaliação positiva da saúde. Além disso, o fato da amostra deste estudo ter sido restrita a dois distritos da cidade de Porto Alegre também sugere que novas avaliações com amostras representativas de cidades, estados ou até mesmo do país, poderiam trazer resultados mais amplos. Bem como, amostras incluindo outras faixas etárias. Outro fator que pode ser visto como uma limitação é o fato, já comprovado por estudos de revisão sistemática e metanálise, de que existem inúmeras questões e categorizações de respostas para se trabalhar com a variável autoavaliação de saúde^{17,18}, o que dificulta a comparação entre os estudos.

Dessa forma, considerando que a autoavaliação de saúde pode ser um preditor até mesmo de mortalidade em idosos^{15,18}, torna-se imperativo que os profissionais e gestores dos serviços de saúde compreendam o seu papel na determinação deste indicador e que estejam qualificados para prover o cuidado de forma global, entendendo não apenas como realizar a prática do cuidado, mas também, como os idosos avaliam a sua própria saúde e quais os aspectos que se relacionam com tal avaliação. A valorização das percepções dos idosos é fundamental para a realização do planejamento da atenção à saúde, seja no âmbito individual, no desenvolvimento de projetos terapêuticos singulares, seja na formulação de políticas públicas.

AGRADECIMENTOS:

Este artigo faz parte de um projeto financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS), edital 002/2009 (Processo 09/0131-6); e pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), bolsa de doutorado de Aline Blaya Martins vinculada ao PPG-ODO UFRGS.

REFERÊNCIAS:

1. Mendonça, CS. Saúde da Família, agora mais do que nunca! *Ciênc. saúde coletiva* 2009; 14 (supl.1):1493-1497.
2. Starfield, B. *Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, UNESCO, MS, 2002.
3. WHO/WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Towards Age-friendly Primary Health Care*. Geneva, 2004.
4. Hugo FN, Hilgert JB, de Sousa Mda L, da Silva DD, Pucca GA Jr. Correlates of partial tooth loss and edentulism in the Brazilian elderly. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35(3): 224-232.
5. Marin MJS, Cecílio LCO. Necessidades de saúde de idosos de uma Unidade de Saúde da Família. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2009; 12(1):63-76.

6. Costa MFBNA, Ciosak SI. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. *Rev Esc Enferm USP*, 2010; 44(2):437-44.
7. Ferreira CCC, Peixoto MRG, Barbosa MA, Silveira EA. Prevalência de Fatores de Risco Cardiovascular em Idosos Usuários do Sistema Único de Saúde de Goiânia. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95(5): 621-628.
8. Lima_Costa MF, Matos DL, Camargos VP, Macinko J. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). *Ciência & Saúde Coletiva* 2011; 16(9):3689-3696.
9. De Marchi RJ, Hilgert JB, Hugo FN, Santos CM, Martins AB, Padilha DM. Four-year incidence and predictors of tooth loss among older adults in a southern Brazilian city. *Community Dent Oral Epidemiol* 2012; 40(5): 396–405.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 399/GM, Pacto Pela Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, 2006a.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 2.528 - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília DF, 2006b.
12. Shi L, Starfield B, Politzer R, Regan J. Primary care, self-rated health, and reductions in social disparities in health. *Health Serv Res* 2002; 37(3):529-50.
13. Barros MBA, Zanchetta LM, Moura EC, Malta DC. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. *Rev. Saúde Pública* 2009; 43(supl.2): 27-37.
14. Peres MA, Masiero AV, Longo GZ, Rocha GC, Matos IB, Najnie K et al. Auto-avaliação da saúde em adultos do Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2010; 44(5):901-911.
15. Mossey JM, Shapiro E. Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. *Am J Public Health* 1982; 72(8): 800-8.
16. Idler EL, Angel RJ. Self-rated health and mortality in the NHANES-I Epidemiologic Follow-up Study. *Am J Public Health*; 1990; 80(4): 446–452.
17. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997; 38(1):21-37.
18. De Salvo KB, Bloser N, Reynolds K, He J, Muntner P. Mortality Prediction with a Single General Self-Rated Health Question. *J Gen Intern Med*; 2006 March; 21(3): 267–275.
19. Arnadottir SA, Gunnarsdottir ED, Stenlund H, Lundin-Olsson L. Determinants of self-rated health in old age: A population-based, cross-sectional study using the International Classification of Functioning. *BMC Public Health*; 2011, 11:670.
20. IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Sinopse do Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro, 2011.

21. Martins AB, Hugo FN, Paim BS, Ilha L, Güntzel P, Romanini J. How primary health care professionals and residents assess issues related to the oral health of older persons? *Gerodontology*. 2011;28(1):37-43.
22. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975; 12(3):189-98.
23. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994; 52:1-7.
24. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.
25. Barros FC, Victora CG. *Epidemiologia da Saúde Infantil: um manual para diagnósticos comunitários*. 3ª Edição, HUCITEC – UNICEF; 1998.
26. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*. 1982; 17(1):37- 49.
27. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq. Neuro-Psiquiatr*.1999; 57(2B):421-426.
28. Almeida OP, Almeida SA. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV, *Int J Geriatr Psychiatry* 1999; 14(10): 858-65.
29. Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *J Nurs Meas* 1993; 1(2):165-177.
30. Pesce RP, Assis SG, Avanci JQ, Santos, NC, Malaquias JV, Carvalhaes, R. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(2): 436-448.
31. Cassady CE, Starfield B, Hurtado MP, Berk RA, Nanda JP, Friedenber LA. Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics, United States* 2000;105(4):998-1003.
32. Starfield, B. *Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, UNESCO, MS, 2002.
33. Shi, L; Starfield, B; Jihaong, X. Validating of the adult primary care assessment tool. *J Family Practice* 2001; 50:161-175.
34. Han B. Depressive symptoms and self-rated health in community-dwelling older adults: a longitudinal study. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50(9):1549-56.

35. Martins AB, Santos CM, Hilgert JB, De Marchi RJ, Hugo FN, Padilha DMP. Resilience and Self-Perceived Oral Health: A Hierarchical Approach. *J Am Geriatr Soc* 59:725–731,2011.
36. WHO/WORLD HEALTH ORGANIZATION. Age-friendly Primary Health Care Centres Toolkit. Geneva, 2008.
37. BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 19: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília DF, 2007.
38. Gazalle FK, Lima MS, Tavares BF, Hallal PC. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(3): 365-71.
39. Gonzales JS, et al. Depression, Self-care, and Medication Adherence in Type 2 Diabetes: Relationships across the full range of symptom severity. *Diabetes Care* 2007; 30(9): 2222-2227.
40. Herbert TB, Cohen S. Depression and immunity: A meta-analytic review. *Psychological Buletin* 1993; 113(3): 472-486.
41. Marengoni A, von Strauss E, Rizzuto D, Winblad B, Fratiglioni L. The impact of chronic multimorbidity and disability on functional decline and survival in elderly persons. A community-based, longitudinal study. *J Intern Med*. 2009; 265(2): 288-95.
42. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(8): 1649-1659.
43. Giovanella L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? *Cad. Saúde Pública* 2008; 24 (sup1):S7-S27.
44. Veras, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública* 2009; 43(3): 548-554.

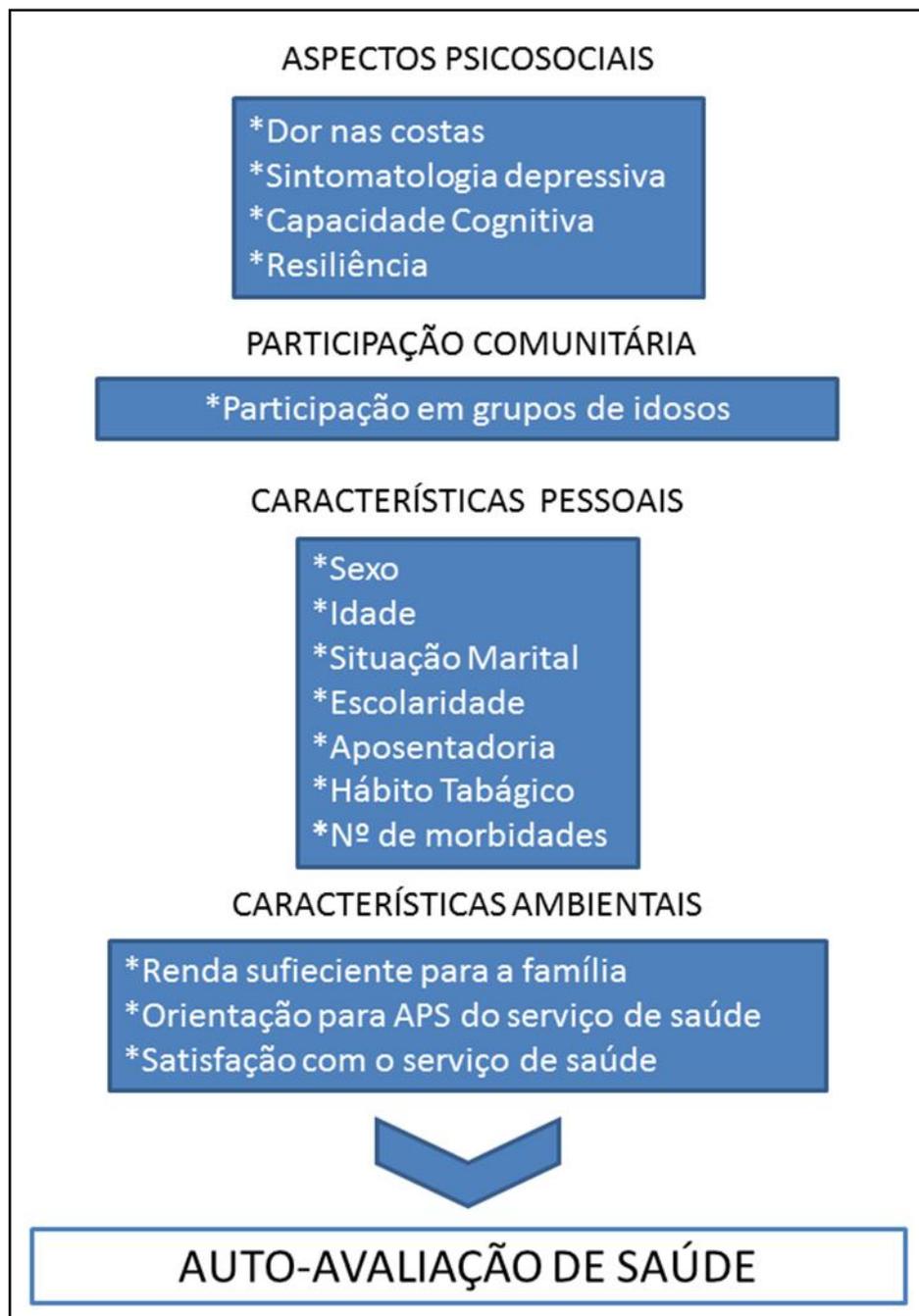


Figura 1- Modelo teórico conceitual explicativo da autoavaliação de saúde baseado no modelo proposto por Arnadottir et al (2011).

Tabela 1. Distribuição de frequências das variáveis preditoras em relação à autoavaliação de saúde.

		Autopercepção de saúde bucal (N Total=862)		
		Ruim N(%)	Boa N(%)	P-Value
Dor nas costas	Sim	100(51,8)	236(35,3)	,000
	Não	93(48,2)	433(64,7)	
Sintomatologia depressiva	Sem sintomatologia	80(41,5)	536(80,1)	,000
	Com sintomatologia	113(58,5)	133(19,9)	
Capacidade cognitiva	Baixa	76(39,4)	215(32,1)	,061
	Alta	117(60,6)	454(67,9)	
Resiliência	Baixo potencial de resiliência	84(43,5)	184(27,5)	,000
	Médio potencial de resiliência	59(30,6)	230(34,4)	
	Alto potencial de resiliência	50(25,9)	255(38,1)	
Participação em grupos de idosos	Sim	22(11,4)	78(11,7)	921
	Não	171(88,6)	591(88,3)	
Sexo	Masculino	48(24,9)	229(34,2)	,014
	Feminino	145(75,1)	440(65,8)	
Idade	≤70 anos	112(58)	390(58,3)	,948
	≥71 anos	81(42)	279(41,7)	
Situação Marital	Casado	80(41,5)	324(48,4)	,087
	Viúvo/Solteiro/Divorciado	113(58,5)	345(51,6)	
Estudo	≤6 anos	141(73,1)	395(59)	,000
	≥7 anos	52(26,9)	274(41)	
Aposentado	Sim	163(84,5)	530(79,2)	,107
	Não	30(15,5)	139(20,8)	
Hábito tabágico atual	Fuma	34(17,6)	112(16,7)	,775
	Não fuma	159(82,4)	557(83,3)	
Nº de morbidades referidas	≥ 3	120(62,2)	223(33,3)	,000
	2	36(18,7)	161(24,1)	
	≤1	37(19,2)	285(42,6)	
Renda suficiente para a família	Sim	63(32,6)	316(47,2)	,000
	Não	130(67,4)	353(52,8)	
Tipo de serviço de saúde acessado	USF	19(9,8)	67(10,6)	,021
	UBS	86(44,6)	226(33,8)	
	Outros	88(45,6)	373(55,8)	
Orientação para a APS	Sem orientação	156(80,8)	484(72,3)	,018
	Com orientação	37(19,2)	185(27,7)	
Satisfação com o serviço	Satisfeito	33(17,1)	91(13,6)	,223
	Insatisfeito	160(82,9)	578(86,4)	

Tabela 2. Associação entre variáveis do 1º e do 2º blocos e uma avaliação boa de saúde segundo idosos moradores dos distritos sanitários Lomba do Pinheiro e Partenon, porto Alegre/RS.

VARIÁVEL		RP Bruta (IC 95%)	P	RP Ajustada ^a (IC 95%)	P	RP Ajustada ^b (IC 95%)	P
1º Bloco – ASPECTOS PSICOSSOCIAIS							
Dor nas costas	Sim	1		1			
	Não	1,17 (1,08 - 1,27)	0,00	1,08 (1,00 - 1,17)	0,02		
Sintomatologia depressiva	Com sintomatologia	1		1			
	Sem sintomatologia	1,60(1,42 - 1,81)	0,00	1,54 (1,36 – 1,73)	0,00		
Capacidade cognitiva	Baixa	1		1			
	Alta	1,07 (0,99 – 1,16)	0,07	1,03 (0,96 – 1,11)	0,38		
Resiliência	Baixo potencial de resiliência	1		1			
	Médio potencial de resiliência	1,15 (1,04 – 1,28)	0,00	1,06 (0,96 – 1,16)	0,12		
	Alto potencial de resiliência	1,21 (1,10 – 1,33)	0,00	1,10 (1,00 – 1,20)	0,30		
2º Bloco – PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA							
Participação em grupos de idosos	Não	1		1		1	
	Sim	0,99 (0,89 – 1,11)	0,92	0,99 (0,89 – 1,11)	0,92	1,03 (0,93 -1,15)	0,48

a. Associações ajustadas para as variáveis que compõem o bloco.

b. Associações ajustadas para as variáveis que compõem o bloco e para as que mantiveram-se associadas com o desfecho no bloco anterior.

Tabela 3. Associação entre variáveis do 3º e do 4º blocos e uma boa avaliação de saúde segundo idosos moradores dos distritos sanitário Lomba do Pinheiro e Partenon/RS.

VARIÁVEL		RP Bruta (IC 95%)	P	RP Ajustada ^a (IC 95%)	P	RP Ajustada ^b (IC 95%)	P
3º Bloco – CARACTERÍSTICAS PESSOAIS							
Sexo	Masculino	1		1		1	
	Feminino	0,91 (0,84 – 0,97)	0,00	0,95 (0,88 – 1,03)	0,25	0,98 (0,90 – 1,04)	0,60
Idade	≤70 anos	1		1		1	
	71 anos ou mais	0,99 (0,92 - 1,07)	0,94	1,05 (0,97 - 1,13)	0,17	1,04 (0,96 – 1,11)	0,21
Situação Marital	Casado	1		1		1	
	Viúvo/Solteiro/Divorciado	0,93 (0,87 – 1,00)	0,08	0,98 (0,91 – 1,06)	0,71	0,99 (0,90 – 1,05)	0,85
Escolaridade	≤6 anos	1		1		1	
	≥7 anos	1,14 (1,06 – 1,22)	0,00	1,11 (1,04 – 1,19)	0,00	1,06 (1,00 – 1,15)	0,06
Aposentado	Sim	1		1		1	
	Não	1,07 (0,99 – 1,16)	0,08	1,08 (0,00 – 1,17)	0,06	1,08 (1,00 – 1,19)	0,05
Hábito tabágico atual	Fuma	1		1		1	
	Não fuma	1,01 (0,92 – 1,11)	0,77	0,99 (0,90 – 1,09)	0,89	0,95 (0,85 – 1,02)	0,29
Nº de morbidades referidas	≥ 3	1		1		1	
	2	1,25 (1,13 – 1,39)	0,00	1,25 (1,13 – 1,38)	0,00	1,14 (1,03 – 1,26)	0,00
	≤1	1,36 (1,24 – 1,48)	0,00	1,33 (1,22 – 1,45)	0,00	1,20 (1,10 – 1,31)	0,00
4º Bloco – CARACTERÍSTICAS AMBIENTAIS							
Renda suficiente para a família	Sim	1		1		1	
	Não	0,87 (0,81 – 0,94)	0,00	0,88 (0,82 – 0,94)	0,00	0,98 (0,91 – 1,04)	0,55
Orientação para a APS	Sem orientação	1		1		1	
	Com orientação	1,10 (1,02 – 1,18)	0,01	1,08 (1,01 – 1,17)	0,02	1,08 (1,00 – 1,15)	0,03
Satisfação com o serviço	Insatisfeito	1		1		1	
	Satisfeito	1,06 (0,95 – 1,19)	0,25	1,03 (0,92– 1,16)	0,54	1,01 (0,91 – 1,11)	0,78

a. Associações ajustadas para as variáveis que compõem o bloco.

b. Associações ajustadas para as variáveis que compõem o bloco e para as que mantiveram-se associadas com o desfecho nos blocos anteriores.

Tabela 4. Modelo hierárquico totalmente ajustado para autoavaliação positiva de saúde em idosos moradores dos distritos sanitário Lomba do Pinheiro e Partenon, Porto Alegre/RS.

		RP Ajustada (IC de 95%)	P-value
Dor nas costas	Sim	1,00	
	Não	1,05 (0,97 - 1,13)	0,19
Sintomatologia depressiva	Com sintomatologia	1,00	
	Sem sintomatologia	1,49 (1,32 - 1,68)	0,00
Escolaridade	≤6 anos	1,00	
	≥7 anos	1,06 (0,99 - 1,13)	0,07
Aposentado	Sim	1,00	
	Não	1,06 (0,98 - 1,15)	0,10
Nº de morbidades referidas	≥ 3	1	
	2	1,14 (1,03 – 1,26)	0,00
	≤1	1,20 (1,10 – 1,31)	0,00
Orientação para a APS	Sem orientação	1,0	
	Com orientação	1,08 (1,01 - 1,16)	0,02

MANUSCRITO 3**Título:**

Tipo de Serviço de Atenção à Saúde e Autopercepção de Saúde Bucal: Considerações empíricas de uma análise hierárquica

Título em Inglês:

Type of Health Service and Self-perceived Oral Health: Empirical deliberations based on a hierarchical analysis

Aline Blaya Martins¹, Otávio Pereira D'Avila¹, Matheus Neves^{1,2}, Juliana Hilgert Balbinot^{1,3}, Fernando Neves Hugo^{1,4}

1- Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2- Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo. 3- Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 4- Centro de Pesquisas em Odontologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Título Corrido: Tipo de serviço de Atenção à Saúde e Autopercepção de Saúde Bucal

Running Title: Type of Health Service and Self-perceived Oral Health

Autor para Correspondência:

Fernando Neves Hugo

Centro de Pesquisa em Odontologia Social- FO UFRGS

Rua Ramiro Barcelos, 2492,

Porto Alegre/RS, Brasil.

CEP 90035-003

E-mail: fernandoneveshugo@gmail.com

RESUMO:

Objetivo: Analisar a associação entre a autopercepção positiva de saúde e tipo de serviço de saúde bucal acessado por idosos, ajustando para confundidores de acordo com um modelo teórico conceitual. Delineamento: Estudo transversal. Amostra: 800 idosos com 60 anos ou mais, independentes, e moradores dos distritos Lomba do Pinheiro e Partenon em Porto Alegre. Medidas: Informações sociodemográficas, Mini Exame do Estado Mental (MEEM), Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15), Escala de Resiliência (ER), Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool Brasil) e Informações sobre o Uso dos Serviços. Além disso, um breve exame bucal foi realizado para a contagem do número de dentes e de restos radiculares. Resultados: Evidências geradas através da regressão de Poisson com variância robusta mostraram que possuir alto potencial de resiliência (RP=1,21, IC 95% 1,05-1,38, p= 0,00), perceber a renda familiar como suficiente para as necessidades da família (RP= 1,21, IC 95% 1,09-1,35, p= 0,00), não fumar (RP= 1,27, IC 95% 1,07-1,51, p=0,00) e não apresentar restos radiculares em boca (RP=1,76, IC 95% 1,34-2,29, p=0,00) aumentaram a prevalência de uma boa percepção de saúde bucal entre os idosos que participaram da amostra. Por outro lado, foi possível observar uma associação negativa entre ter entre 1 e 19 dentes e a boa percepção de saúde bucal (RP=0,72, IC 95% 0,68-0,86, p=0,00). O tipo de serviço acessado perdeu associação com o desfecho no modelo totalmente ajustado. Conclusão: A percepção de saúde bucal está significativamente associada com uma gama de fatores contextuais e individuais mesmo quando ajustada para o tipo de serviço de saúde bucal acessado pelos idosos. O tipo de serviço de saúde bucal não foi associado com a boa percepção de saúde bucal, o que

indica que, na amostra estudada, usar serviços de saúde da família não foi relevante para a percepção.

PALAVRAS CHAVE:

Envelhecimento, Serviços de Saúde para Idosos, Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, Oral Health, Autopercepção.

ABSTRACT:

The objective was to evaluate the association between positive self-perceived oral health and type of oral health services accessed by older people, adjusting for confounders following a theoretical framework. In this cross-sectional study a sample of 800 persons aged 60 years or more, living independently in two sanitary districts of Porto Alegre, RS was evaluated. Measures included socio-demographic Information, Mini Mental Status Examination (MMSE), Geriatric Depression Scale (GDS-15), Resilience Scale (RS), the Primary Health Care Assessment Tool (PCATool Brasil) and Service Use Information. In addition, a brief oral examination was performed to count the number of teeth and of root remnants. Results were modeled using Poisson regressions with robust variance and revealed that older persons with high resilience potential (RP=1,21, IC 95% 1,05-1,38, p=0,00), who perceived their family income as sufficient for the family needs (RP= 1,21, IC 95% 1,09-1,35, p= 0,00), not smoking (RP= 1,27, IC 95% 1,07-1,51, p=0,00) and that did not present root remnants (RP=1,76, IC 95% 1,34-2,29, p=0,00) had an increased prevalence of positive self-perceived oral health. On the other hand, there was a negative association between having 1-to-19 teeth and positive self-perceived oral health (RP=0,72,

IC 95% 0,68-0,86, $p=0,00$). The type of service accessed lost its association with the outcome in the fully adjusted model. Conclusion: The perception of oral health is significantly associated with an array of contextual and individual factors, even after adjustment to the type of oral health services accessed by the elderly. Such finding suggests that, at least in the studied sample, accessing primary health care services did not affect the way older persons perceive their oral health.

KEY WORDS:

Health services for the aged, Family Health, Primary Health Care, Dental care for aged, Oral health, Self-perception

INTRODUÇÃO:

A saúde bucal do idoso no Brasil é uma questão relevante. Embora os indicadores de saúde bucal venham melhorando no país, é possível que tenhamos uma mudança no quadro de saúde bucal de pessoas com 60 anos ou mais somente depois de algumas décadas^{1,2}. Hoje o que observamos é um quadro preocupante, de extensas perdas dentárias, onde a meta estabelecida em 1982 pela OMS para o ano de 2000, que propunha que pelo menos 50% das pessoas com 65 anos ou mais preservassem 20 elementos dentários ou mais, ainda parece estar longe de ser atingida³. A *Pesquisa Nacional de Saúde Bucal*, realizada em 2010, observou que as pessoas nesta faixa etária ainda tem, em média, cerca de 28 dentes cariados, perdidos e obturados, sendo que dentre tais condições, a que mais acomete os idosos é a perda dentária².

Apesar deste quadro, observa-se uma constante preocupação e uma vasta produção de evidências nos últimos anos para entender quais são os preditores da autopercepção de saúde bucal em idosos^{4,5,6,7,8,9,10,11}. O que se observa nesta faixa etária da população, no Brasil, é um paradoxo, alta prevalência de percepção positiva de saúde bucal, mesmo diante de condições de saúde bucal desfavoráveis^{4,5,8,10}. Tal fato já foi explicado como possível consequência de aspectos subjetivos¹⁰ ou emocionais⁸. No entanto, a dúvida permanece e mais pesquisas sempre são sugeridas pelos autores, uma vez que a percepção de saúde bucal pode exercer influência sobre a não procura por cuidados e, conseqüentemente, sobre o agravamento das condições clínicas desfavoráveis^{4,10,12}.

Diante de tal perspectiva, que parece não ser um problema apenas do Brasil, a Organização Mundial de Saúde recomendou que os países adotassem estratégias para melhorar as condições de saúde bucal dos idosos. Segundo a organização, programas nacionais de saúde pública deveriam incorporar ações voltadas à promoção de saúde bucal e à prevenção de doenças com estratégias de risco comum. Além disso, políticas com objetivos e metas mensuráveis também deveriam ser desenvolvidos por autoridades nacionais de saúde¹³. O Brasil, em certa parte, vem buscando tais objetivos através de uma série de políticas e protocolos que propõem a integralidade do cuidado para com a saúde do idoso^{14,15,16,17}.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) surgiu no Brasil como um programa, em 1994, e em 2006 passou a ser o modelo tecnoassistencial proposto para a reorientação do sistema de saúde brasileiro para a atenção primária à saúde (APS) em caráter substitutivo ao modelo de prática vigente até então¹⁸. Por, “modelo assistencial”, entende-se o modo

como são produzidas as ações de saúde e a maneira como os serviços de saúde e o Estado se organizam para produzi-las e ofertá-las¹⁹.

A ESF prevê o trabalho multiprofissional e em equipe como processo básico para a integralidade do cuidado²⁰. Neste interim, desde 2004 a Equipe da Saúde Bucal faz parte efetivamente da Saúde da Família e possui diretrizes operacionais que apontam para uma reorganização da atenção em saúde bucal da população através de uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção de boa qualidade de vida e na intervenção sobre fatores de risco comum através de uma atuação humanizada^{16,21}.

Hoje em dia, no entanto, ainda operam concomitantemente: Unidades Básicas de Saúde (UBS), que operam sob a lógica biomédica centrada na demanda espontânea, e Unidades de Saúde da Família (USF) que trabalham sob a lógica centrada nos indivíduos e no território. Além destes coexistem no Brasil, serviços odontológicos de saúde suplementar, vinculados a convênios e planos de saúde privados e serviços odontológicos particulares. No ano de 2008, evidências indicavam que, mesmo em áreas de abrangência de unidades de saúde da família, a maior parte das pessoas acessava serviços privados²².

A saúde do idoso é uma das prioridades do Sistema Único de Saúde (SUS) e, por conseguinte, da Atenção Primária no Brasil. E, para tanto, configura-se como uma das faixas etárias que deve ter acesso universal e equitativo à atenção integral e integrada à saúde¹⁵, o que evidentemente inclui os cuidados relativos à saúde bucal¹⁶. Percebe-se, portanto, que embora o idoso tenha ficado por muitos anos sem uma oferta de cuidados em saúde bucal que observassem suas características e peculiaridades¹⁶, atualmente, o país dispõe de políticas que visam à integralidade do cuidado às pessoas idosas.

Acredita-se que idosos que utilizam serviços de saúde bucal de Unidades de Saúde da Família possam ter prevalências mais altas de boa percepção de saúde bucal. O objetivo desta pesquisa, portanto, foi analisar a associação entre a autopercepção positiva de saúde bucal e os diferentes tipos de serviços de saúde bucal acessados pelos idosos, ajustando para confundidores de acordo com um modelo teórico conceitual.

METODOLOGIA:

Delineamento: Estudo transversal

Procedimento amostral:

Foram convidados a participar do estudo, idosos que vivem na comunidade de forma independente, com 60 anos de idade ou mais, moradores dos distritos sanitários Lomba do Pinheiro/Partenon, em Porto Alegre, RS. Coleta de Dados:

Um estudo de base populacional, de delineamento transversal, foi realizado a fim de verificar a extensão em que o cuidado é produzido conforme condições referidas pelos idosos moradores dos distritos sanitários Lomba do Pinheiro e Partenon em Porto Alegre/Brasil.

Tais distritos são vinculados à rede pública municipal de saúde do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Segundo o Censo IBGE 2010, Porto Alegre tinha uma população de 1.409.939 habitantes, sendo 211.986 pessoas com 60 anos ou mais. Nos referidos distritos, a população estimada com 60 anos ou mais é de 12.871 indivíduos²³.

Cabe destacar algumas peculiaridades a serem consideradas em relação a estes distritos da cidade de Porto Alegre. O distrito do Lomba do Pinheiro abriga o módulo

odontológico de ensino extramuros da Faculdade de Odontologia da UFRGS. Embora no momento o serviço esteja desativado, o mesmo funcionou durante mais de trinta anos neste distrito prestando serviços a comunidade. Já o distrito sanitário Partenon possui dois complexos de serviços docentes assistenciais que também o tornam bastante especial, um é a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, que forma anualmente número expressivo de profissionais da área da saúde e que também presta serviços a comunidade principalmente referentes a atenção secundária e terciária, e o outro é o histórico Centro de Saúde Escola Murialdo, instituição que abriga cursos de residência médica e multiprofissional e que faz parte das instituições consideradas pioneiras em implantação da atenção primária no Brasil²⁴.

Critério de inclusão: Ter 60 anos ou mais, ser morador dos distritos sanitários Lomba do Pinheiro e Partenon em Porto Alegre e não possuir déficit cognitivo segundo o teste de rastreamento Mini Exame do Estado Mental (MEEM)^{25,26}. A fim de rastrear possíveis danos cognitivos que comprometessem a qualidade dos dados, diferentes pontos de corte foram utilizados como critério de inclusão. A saber, ao realizar-se a soma das respostas dos 30 itens que compõem o MEEM (contando 1 ponto por acerto), o número mínimo de acertos para inclusão na amostra foi de: 13 para analfabetos, 18 para escolaridade média (1 a 8 anos de estudo) e 26 para alta escolaridade (9 anos de estudo ou mais)²⁵. . Desta forma, somente aqueles idosos que possuíam 60 anos ou mais, viviam de forma independente (conseguiram realizar as atividades rotineiras sem o auxílio de cuidadores), aceitaram participar do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e atingiram escores do MEEM acima do ponto de corte, foram convidados a responder os demais instrumentos que fizeram parte das medidas avaliadas neste estudo.

Cálculo do Tamanho da Amostra

Para estimação do tamanho amostral foi realizado um estudo piloto com 50 idosos moradores dos mesmos distritos que foram avaliados nesta pesquisa. O cálculo amostral foi realizado considerando a prevalência de autopercepção de saúde bucal boa, muito boa ou excelente que foi igual a 59%. Estimou-se que a razão de prevalência dos idosos que dispunham de uma atenção primária adequada é de 1,32, conforme o escore essencial do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool Brasil)²⁷. Assim, selecionado um alfa bidirecional de 0,05 e um beta de 0,20, foi estimada uma amostra total de 454 idosos. Foram acrescentados 10% para possíveis perdas ou recusas e 15% para controle de fatores de confusão. Na falta de uma estimativa precisa para minimizar o efeito do delineamento, que ocorre no processo amostral por conglomerados, a amostra foi ampliada 1,5 vez para realizar as análises ajustadas. Chegou-se, assim, ao número de 883 indivíduos.

Amostragem

A amostragem foi realizada através da metodologia proposta por Barros e Victora²⁸ para avaliação de conglomerados (setores censitários), sendo que o número de setores censitários proporcional ao total de setores censitários nos dois distritos nos quais o estudo foi realizado. O número de domicílios visitados foi estimado a partir do número médio de moradores em cada domicílio e da proporção de idosos na cidade de Porto Alegre em 2000. Tais informações foram obtidas junto a Coordenação Geral de Vigilância em Saúde (CGVS) do Município de Porto Alegre. Dentro de cada distrito, foram amostrados os setores censitários utilizando uma amostragem sistemática, a fim de garantir a heterogeneidade que se expressa na ocupação do espaço.

Logística:

Este projeto foi aprovado pelos Comitês de Pesquisa e de Ética da Faculdade de Odontologia da UFRGS no dia 18/06/2009, ata nº 05/09, com o número do processo 15297.

Um treinamento com a equipe de entrevistadores, graduando e pós-graduandos, foi realizado previamente a coleta de dados. O treinamento foi realizado durante 40 horas divididas entre: i) estudo das bases teóricas que compõem o marco referencial; ii) estudo dos instrumentos que foram utilizados; iii) apropriação da tecnologia Personal Digital Assistant (PDA) e do software desenvolvido para a pesquisa; iv) discussão sobre o processo de amostragem; v) aula sobre o padrão de normalidade em relação as possíveis condições de saúde bucal dos idosos para a execução do exame bucal; vi) discussão de casos complexos que poderiam vir a acontecer na coleta; vii) simulação de entrevistas e exames entre os entrevistadores. Posteriormente, um estudo piloto e encontros para a discussão de possíveis dúvidas, caso a caso, foram realizadas. Tal prática teve continuidade semanalmente para assegurar a qualidade dos dados.

Após o treinamento da equipe, deu-se início a coleta de dados executada nos domicílios. No princípio, foi feito um convite aos potenciais participantes e esclarecimento quanto aos objetivos do estudo. Aqueles que aceitaram participar do estudo e assinaram o termo de consentimento informado, responderam a um questionário de identificação e ao Mini Exame do Estado Mental. Apenas participantes que cumpriram os critérios de inclusão, foram convidados a responder a um questionário padronizado composto pelo conjunto de medidas que foram avaliadas neste estudo e a realizar um breve exame de Saúde Bucal.

Desta forma, a coleta foi realizada através de entrevistas realizadas nos domicílios dos idosos, durante os meses de fevereiro de 2010 a fevereiro de 2011.

Medidas:

- Variáveis sociodemográficas e comportamentais: Questionário individual- Foram coletadas informações a respeito de sexo, idade, renda, número de dependentes da renda, percepção de que a renda era suficiente para a família e escolaridade. A idade, escolaridade (número de anos completados de educação formal) e número de dependentes da renda familiar foram coletados como variáveis contínuas e expressas em forma de média e desvio padrão. A renda também foi coletada de forma contínua, no entanto, considerando a distribuição anormal, optou-se pelo uso da condição referida referente a se a renda era suficiente para as necessidades da família, visto que tal informação está intimamente ligada com a possibilidade de gastos com a saúde e com a escolha de uso ou não de serviços privados. A variável hábito tabágico foi investigada pela pergunta: “O(a) sr(a) fuma cigarro atualmente?”, para a qual o sujeito poderia responder positiva ou negativamente (sim e não, respectivamente). A variável hábito etílico foi avaliada através da seguinte questão: “Com que frequência o(a) sr.(a) consome bebidas alcoólicas?”, com respostas possíveis que variavam de nunca até quatro ou mais vezes por semana. Tais respostas foram categorizadas, para fins de análise, da seguinte maneira: nunca, raramente (no máximo uma vez no mês), eventualmente (2 a 4 vezes por mês), frequentemente (2-3 vezes por semana, 4 vezes ou mais por semana).

- Condições de saúde:

Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

Trata-se um instrumento de rastreamento de possíveis déficits cognitivos, desenvolvido por Folstein, Folstein & McHugh em 1975²⁴ e validado para o português

brasileiro por Bertolucci em 1994²⁵. Tal instrumento, neste estudo, foi utilizado apenas como critério de inclusão, de acordo com o indicado no processo de amostragem.

Escala de Depressão Geriátrica - GDS

Criada por Yesavage et al em 1982²⁹ e validada para o português brasileiro por Almeida & Almeida^{30,31}, costuma ser utilizada na avaliação da sintomatologia depressiva em idosos. Sua versão de 15 itens (GDS-15) foi utilizada nesta avaliação. Trata-se de uma escala de fácil utilização, com respostas dicotômicas de “sim” ou “não”. As respostas foram somadas a fim de gerar um escore, e posteriormente categorizado como: até 5 pontos, sem sintomatologia depressiva e, 6 pontos ou mais, com sintomatologia depressiva.

Escala de Resiliência – ER

Esta escala foi desenvolvida por Wagnild & Young em 1993³², e foi validada para o idioma Português Brasileiro por Pesce et al em 2005³³. Esta escala possui 25 itens descritos de forma positiva com respostas tipo Likert, de sete pontos, variando de “discordo totalmente” (1) a “concordo totalmente” (7), tendo como ponto central, “nem concordo, nem discordo” (4). Os escores da escala oscilam entre 25 a 175 pontos.

Para fins de análise estatística, os escores de resiliência foram categorizados de acordo com os tertis: “baixo escore de resiliência”, agrupando escores de 25 a 140 pontos, “médio escore de resiliência”, 141 a 152 e “alto escore de resiliência”, categoria que incluiu escores de 153 a 175 pontos.

Nesta pesquisa, o instrumento ER foi utilizado no intuito de avaliar o potencial individual de resiliência, considerando-se as características positivas da personalidade que são capazes de acentuar a capacidade de adaptação frente a adversidades (por ex: perdas dentárias) e conseqüentemente de interferir nas percepções.

Exame Odontológico

O exame odontológico foi realizado com luz natural, de acordo com a metodologia proposta pela OMS³⁴. Neste exame foram avaliados os números de dentes e de restos radiculares em boca. O número de dentes foi categorizado levando em consideração o arco dental reduzido, formado por pelo menos 20 dentes, que foi caracterizado como aceitável do ponto de vista funcional³⁵, para tanto, as categorias atribuídas foram: nenhum dente, 1 a 19 dentes e 20 dentes ou mais. Os restos radiculares foram categorizados a partir da distribuição: sendo “0”, correspondente a não ter nenhum ou “1”.

- Orientação do serviço de saúde geral para APS

PCATool Brasil-Usuário

O Instrumento de Avaliação da Atenção Primária foi criado por Starfield & cols^{36,37,38}, e validado para o idioma português brasileiro e proposto pelo Ministério de Saúde²⁷ como instrumento de avaliação da qualidade de serviços de saúde de atenção primária no Brasil.

O instrumento é composto por 55 itens divididos em 10 componentes (subescalas) relacionados da seguinte forma: 1. Grau de Afiliação com Serviço de Saúde (A). (3 itens); 2. Acesso de Primeiro Contato – Utilização (3 itens); 3. Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (6 itens); 4. Longitudinalidade (11 itens); 5. Coordenação – Integração de Cuidados (5 itens); 6. Coordenação – Sistema de Informações (3 itens); 7. Integralidade – Serviços Disponíveis (9 itens); 8. Integralidade – Serviços Prestados (5 itens); 9. Orientação Familiar (6 itens); 10. Orientação Comunitária (4 itens). As respostas são do tipo Likert variando de 1 (com certeza não) a 4 (com certeza sim). O instrumento atribui, através das subescalas, escores para cada atributo essencial, a saber: acesso de primeiro contato,

longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. E para os atributos derivados: orientação familiar e orientação comunitária.

O cálculo dos escores seguiu as orientações do manual de uso do instrumento²⁷. Tais escores são capazes de avaliar o grau de orientação do serviço de saúde para a atenção primária em relação a cada um dos atributos. Além disso, um escore essencial pode ser gerado através da análise de todas as questões que compõem os escores dos atributos essenciais. E um escore geral é estabelecido a partir dos escores dos atributos essenciais e derivados. Escores altos automaticamente denotam efetividade da atenção primária em relação aos atributos. O escore de cada atributo foi categorizado de acordo com o ponto de corte preconizado pelo manual do instrumento²⁷: i) Serviços com orientação para a APS- com escores maiores ou iguais que 6,6 (num intervalo de 0 a 10). ii) Serviços sem orientação para APS- com escores menores que 6,6.

•Uso dos serviços: Questionário com informações sobre os serviços acessados, incluindo: tipo do serviço de saúde bucal e satisfação com o mesmo.

Dentre os tipos de serviços de saúde bucal que costumavam ser acessados estavam: Unidade Básica de Saúde (UBS)- que costumam operar segundo o modelo tradicional biomédico, Unidade de Saúde da Família (USF)- que seguem o modelo baseado nos atributos da APS, serviços de planos de saúde, clínicas particulares, outros serviços e ainda havia a possibilidade do idoso nunca ter realizado uma consulta odontológica. Os casos em que os idosos nunca haviam tido nenhuma consulta odontológica foram excluídos, uma vez que o tipo de serviço acessado é a principal variável preditora abordada neste estudo.

A satisfação com a atenção odontológica foi avaliada através da pergunta “O quão satisfeito (a) o sr(a) ficou com o seu último atendimento odontológico?”, com respostas do

tipo Likert, de 5 pontos, que iam de “muito satisfeito” à “muito insatisfeito”, às respostas “muito satisfeito” e “satisfeito” foram consideradas “satisfeito” e “nem satisfeito, nem insatisfeito”, “insatisfeito” e “muito insatisfeito” foram consideradas “insatisfeito”. A obtenção de uma consulta foi avaliada através da pergunta: “Como você classificaria a obtenção de uma consulta quando você deseja uma?”, com respostas que variaram entre “excelente” e “ruim”. As respostas foram categorizadas da seguinte forma: “excelente, muito boa e boa” foram agrupadas e consideradas como “boa” e “regular e ruim” passaram a ser consideradas como “ruim”.

Desfecho – Autopercepção de Saúde Bucal

A autopercepção de saúde bucal foi avaliada através da pergunta: “Comparando com outras pessoas de sua idade, como você avaliaria, no geral, a saúde da sua boca e seus dentes?”. Tendo como respostas possíveis: (1) Excelente, (2) Muito boa, (3) Boa, (4) Razoável, ou (5) Ruim”. As respostas foram posteriormente dicotomizadas como “boa” ou “ruim”, sendo consideradas boas as respostas “excelente”, “muito boa” ou “boa” e ruins as respostas “razoável” ou “ruim”.

A aferição da autopercepção de saúde bucal através desta questão foi proposta por Peek et al, em 1999³⁹. E vem sendo usado com sucesso por outros autores^{8,11}.

Modelo Teórico Conceitual

A análise dos dados se deu através do modelo teórico conceitual aplicado à investigação de fatores relacionados com autopercepção positiva de saúde bucal. A análise hierárquica utilizada neste estudo tem como base o Modelo Comportamental proposto por Andersen e Davidson⁴⁰. Tal modelo é um esquema teórico e analítico desenvolvido no afã de entender a relação entre desfechos e determinantes de saúde bucal através de uma

perspectiva "de sistemas". Os autores utilizaram como inspiração, para o desenvolvimento do modelo, o Estudo Internacional Colaborativo de Resultados de Saúde Bucal (ICS-II), que foi um estudo desenvolvido tendo como base achados preliminares da Organização Mundial de Saúde (OMS). O modelo é composto por variáveis distribuídas em quatro blocos, sendo estes: variáveis exógenas, determinantes primários e comportamentos de saúde e condições de saúde bucal (Figura 1).

Como se pode observar, de acordo com este modelo, a autopercepção de saúde bucal é o resultado de um processo complexo. O esquema é apresentado com foco sobre os efeitos do tipo de serviço acessado pelo idoso na avaliação sistemática de múltiplos fatores que podem influenciar na percepção positiva de saúde bucal.

Análise Estatística

Testes de qui-quadrado foram executados para avaliação da distribuição das variáveis dicotômicas e categóricas, em relação ao desfecho em estudo. A confiabilidade das escalas: Mini Exame do Estado Mental, Escala de Resiliência, Escala de Depressão Geriátrica e PCATool Brasil foram testada pelo Coeficiente Alpha de Cronbach.

Todas as análises foram executadas usando o SPSS 18.0 software para análises estatísticas (SPSS Inc., USA). As razões de prevalência foram obtidas pela regressão de Poisson com estimação de variância robusta. As análises de associações foram feitas isoladamente em cada bloco e posteriormente foram ajustadas aos blocos hierarquicamente precedentes. Foram incluídos no modelo final de análise hierárquica somente aqueles fatores que na análise mantiveram-se com valores estatisticamente significativos ($p < 0,10$), mesmo quando ajustados às outras variáveis que compunham cada um dos blocos e aquelas que compunham os blocos antecessores. As magnitudes das associações entre a variável

dependente e as variáveis independentes, no modelo totalmente ajustado foram estimadas pelas razões de prevalências, com nível de significância de 5% e respectivos intervalos de confiança de 95%.

RESULTADOS:

Para participar deste estudo, foram convidados 994 idosos residentes nos distritos sanitários Lomba do Pinheiro e Partenon, durante os meses de agosto de 2010 a fevereiro de 2011. Destes, 83 não foram encontrados nos domicílios no dia do exame e não conseguiram ser agendados após 3 tentativas, 26 se recusaram a participar e 23 não atingiram os pontos de corte do MEEM. Além disso, 52 idosos completaram os protocolos da pesquisa, mas se recusaram a realizar o exame odontológico e outros 10 foram excluídos pelo fato de nunca terem acessado serviços odontológicos. A amostra do estudo, portanto, foi composta por 800 pessoas que estavam aptas a compor esta amostra, aceitaram participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A amostra estudada foi composta por 256 (32%) homens, a média de idade dos participantes foi de aproximadamente 70 anos ($\pm 7,26$) e a escolaridade média foi de 6 anos de estudos completados ($\pm 3,82$), tendo sido a mediana 5. A renda familiar média foi de R\$ 2349,00 (\pm R\$ 2449,00), tendo sido a mediana igual a R\$1530,00, sendo que, em metade das famílias, no mínimo três pessoas, incluindo o idoso participante da pesquisa, dependiam desta renda para sua subsistência. As condições de saúde bucal dos idosos que fizeram parte desta amostra foram bastante desfavoráveis, cerca de 30% destes não possuía nenhum dente (edêntulos) e 14% tinha necessidade de tratamento em decorrência da presença de restos radiculares em boca.

Em relação aos serviços de saúde bucal acessados, apenas 18% dos idosos acessava a APS, sendo que, do total, apenas 3,9% deles acessava unidades de saúde da família. Cerca de 50% dos idosos referiu utilizar algum tipo de plano de saúde.

O Coeficiente Alpha de Cronbach calculado para a avaliação de fidedignidade das escalas foram sucessivamente: 0,75 – Mini Exame do Estado Mental, 0,76 – Escala de Depressão Geriátrica, 0,74 - Escala de Resiliência, e valores entre 0,73 e 0,96 foram calculados para as subescalas do PCATool Brasil.

Orientação para APS, satisfação com o serviço, obtenção de consulta, resiliência, sintomatologia depressiva, renda suficiente, hábito tabágico, procura por cuidados, número de dentes e presença de restos radiculares foram as variáveis que apresentaram diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$), quando avaliadas em relação ao desfecho pelo teste de qui-quadrado (Tabela 1).

Resultados da análise hierárquica:

1º Bloco (Tabela 2) - Não houve a associação entre a variável desfecho e as demais variáveis que compõem este nível.

2º Bloco (Tabela 2) – Na análise bruta, serviços orientados para APS, estar satisfeito com o serviço de saúde bucal, classificar a obtenção de uma consulta como boa, ter alto escore de resiliência, não ter sintomatologia depressiva, perceber a renda familiar como suficiente e participar de grupos de idosos estiveram diretamente associados como uma boa percepção de saúde bucal. No entanto, ao ajustarmos as variáveis, dentro do bloco, perderam a significância a obtenção de consulta e a participação em grupos. Em relação a variável tipo de serviço utilizado, utilizar UBS foi negativamente associado com a percepção positiva de saúde bucal, tanto na análise bruta, quanto na análise ajustada.

3º Bloco (Tabela 3) – Não ser fumante atualmente e procurar por cuidados de saúde bucal regularmente/ocasionalmente estiveram associados positivamente com uma boa percepção de saúde bucal na análise bruta. Já nas análises ajustadas ao bloco e às variáveis que haviam sido significativas no bloco precedente, a variável “procura por cuidados odontológicos” perdeu significância.

4º Bloco (Tabela 3) - As variáveis deste bloco, número de dentes e presença de restos radiculares, apresentaram associação significativa ao longo de toda a análise. A variável número de dentes mostrou uma associação negativa quando considerada a presença do 1 a 19 dentes. Já a ausência de restos radiculares em boca apresentou associação positiva com uma boa percepção de saúde bucal.

No modelo totalmente ajustado (Tabela 4), observamos que ao incluirmos variáveis comportamentais e de condições atuais de saúde a variável tipo de serviço acessado perdeu a associação inicialmente encontrada. Ter entre 1 e 19 dentes em boca manteve-se negativamente associada ao desfecho. Estar satisfeito com o último atendimento de saúde bucal recebido, ter alto escore de resiliência, perceber a sua renda como suficiente, não ser fumante e não ter restos radiculares em boca estiveram associados com maiores prevalências de boa percepção de saúde bucal, visto que mantiveram-se significativamente associadas com o desfecho em estudo.

DISCUSSÃO:

Os resultados deste estudo transversal sugerem que a percepção positiva de saúde bucal sofre a influência de diversas variáveis que integram o modelo teórico conceitual proposto. Os achados, portanto, sustentam o uso da avaliação sistemática. Inicialmente

confirmou-se a hipótese de que o tipo de serviço acessado pelos idosos estaria relacionado com a forma como os idosos percebem a saúde da sua boca, no entanto, quando fatores comportamentais e de condições de saúde foram incluídos no modelo, observou-se a perda da significância na associação com o desfecho. Além disso, foi possível observar que: i) estar satisfeito com o último atendimento odontológico, ii) ser mais resiliente, iii) referir sua renda como suficiente, iv) não fumar e v) não ter restos radiculares em boca, são variáveis associadas com maiores prevalências de autopercepção positiva de saúde bucal. E em oposição, observamos que ter entre 1 e 19 dentes pode diminuir a prevalência de uma autopercepção favorável de saúde bucal.

Determinantes primários ligados aos serviços de saúde e as características pessoais estiveram associados com o desfecho em estudo em vários aspectos. Dentre os que se relacionam com os serviços de saúde, está a satisfação dos idosos com o serviço acessado. Este indicador de qualidade pode estar relacionado com a questão do vínculo profissional-paciente, com a qualidade das instalações do serviço e, até mesmo, com a qualidade técnica dos profissionais de saúde⁴¹. Desta forma, é coerente que sentimentos positivos relacionados com a humanização do cuidado e com o vínculo possam influenciar na forma como os idosos percebem a sua saúde.

As características pessoais, por sua vez, estiveram associadas com a percepção de saúde bucal através de aspectos socioeconômicos, emocionais e comportamentais. Resultados deste estudo demonstram que perceber a sua renda como suficiente aumenta a prevalência de uma boa autopercepção de saúde. Fato compreensível quando se trata de uma faixa da população que compartilha a sua renda com demais familiares⁴² e que tem altos custos como consequência de polifarmácia que é decorrente de morbidades crônicas degenerativas⁴³. Afinal, serviços de saúde bucal, que podem ser extremamente onerosos

para os idosos⁴⁴ e difíceis de se acessar via SUS, provavelmente não estarão entre as prioridades domésticas de uma família que não possui renda suficiente para as suas necessidades. Além disso, a própria determinação social da doença também pode influenciar a percepção de saúde, uma vez que pessoas com baixa renda possivelmente tenham maiores prevalências de doenças e conseqüentemente mais necessidade de tratamento. Evidências demonstram que possuir baixa renda pode ser um fator de risco para perda dentária⁴⁵.

Aspectos emocionais também mantiveram relação similar, concordando com os resultados encontrados por Martins⁸, acredita-se que a capacidade individual de adaptação às adversidades pode auxiliar os idosos a lidarem com as condições históricas de mutilações decorrentes de inúmeras extrações dentárias. Não menos importantes, demonstraram ser os aspectos comportamentais, visto que, não ser fumante também aumentou a prevalência do desfecho. Um estudo que avaliou a autopercepção de saúde em dois diferentes momentos encontrou evidências de que os indivíduos que pararam de fumar ou que tinham a intenção de parar tinham mais chance de mudar a sua percepção de saúde para uma forma positiva⁴⁶. Tais achados são coerentes, uma vez que fumantes costumam ter menos vascularização das mucosas, aumento da resposta inflamatória e alterações na microbiota oral que podem estar relacionados com a maior prevalência de doenças periodontais apontada por estudos que avaliaram tabagistas^{47,48}. Além disso, há evidências que demonstram que indivíduos que fumam atualmente vão menos ao dentista, escovam menos os dentes, possuem piores condições de saúde bucal, e relatam maiores limitações sociais causadas pelas condições bucais⁴⁹.

Isto posto, cabe a discussão sobre a não associação entre o modelo tecnoassistencial do serviço acessado pelos idosos e a autopercepção de saúde bucal. Embora a incorporação da equipe de saúde bucal à ESF venha sendo vista como possibilidade de romper com os

modelos assistenciais em saúde bucal caracterizados como excludentes⁵⁰, observamos que muitos idosos ainda continuam sendo excluídos. O número extremamente limitado de idosos que referiu acessar serviços de saúde bucal na atenção primária nos distritos estudados é uma evidência de que ainda estamos muito longe de atingir as metas de acesso universal para todos os idosos¹⁵.

Além disso, tal limitação de acesso também pode ter inviabilizado que associações fossem encontradas em relação ao desfecho de autopercepção positiva de saúde bucal, uma vez que a associação inicialmente foi observada e posteriormente perdida no modelo totalmente ajustado. O acesso aos serviços de atenção primária no Brasil permanece como um grande nó crítico do Sistema Único de Saúde⁵¹, que pode ser ainda mais crítico quando se trata de saúde bucal. Dessa forma, é difícil prever qual será o impacto da saúde da família sobre a autopercepção de saúde bucal. Por um lado, tem-se uma política pública que possui diretrizes que pressupõem equipes de saúde bucal engajadas em uma mudança de modelo tecnoassistencial, dispostas a proporcionar a sua população adscrita um cuidado humanizado, integral e integrado as demais áreas da saúde e de qualidade²¹. Por outro lado, há uma demanda reprimida secular, que não consegue sequer chegar aos serviços para avaliar tais mudanças.

Foram encontrados neste estudo, resultados que demonstram claramente a relação existente entre as condições atuais de saúde bucal e a forma com que os idosos que participaram desta amostra perceberam a saúde bucal. Tal associação parece bastante coerente visto que o número de dentes mantidos em boca e as necessidades de tratamento associadas a eles influenciam diretamente na forma como os idosos se alimentam, falam e se relacionam socialmente^{52,53,54,55}.

Autores referem que não manter o arco funcional (20 dentes ou mais) implica em

consequências à forma como idosos percebem a sua saúde bucal^{4,7,12}. Porém, quando há perda de todos os elementos dentários, os indivíduos podem ter a sua capacidade mastigatória e o aspecto estético resolvidos pela presença de próteses odontológicas. Hugo e colaboradores⁵⁶ relataram que indivíduos desdentados tenderam a classificar o sorriso e aparência de forma positiva. Desta forma, observa-se que ter entre 1 e 19 dentes em boca constitui uma situação onde reestabelecer a funcionalidade e a estética demanda tratamentos complexos e com custo elevados, o que interfere de modo negativo na percepção de saúde.

Ainda sobre as condições de saúde bucal, cabe destacar o papel da necessidade de tratamento na percepção de saúde bucal. Neste estudo a presença de restos radiculares foi considerada uma necessidade concreta de tratamento odontológico. Restos radiculares são consequências de um avançado processo de cárie dentária que destrói as coroas dentárias deixando apenas raízes, eventualmente podem causar dor para os idosos, mas o maior agravante da sua presença é o fato de serem focos sépticos que podem implicar em infecções e até mesmo em quadros mais severos como endocardite bacteriana⁵⁷. Os resultados observados demonstram que, não ter restos radiculares em boca aumenta significativamente a prevalência de uma percepção boa de saúde bucal. Tais resultados parecem ser inéditos, visto que nenhum outro estudo que avaliasse a presença de restos radiculares como uma proxy de necessidade de tratamento foi encontrado. Embora as abordagens tenham sido outras, um estudo recente realizado com idosos brasileiros⁵⁸ e outro realizado com idosos americanos¹¹ também encontraram evidências de que necessidades de tratamento são fatores de risco para uma percepção desfavorável de saúde bucal.

É importante lembrar que os resultados deste estudo são limitados e que generalizações podem ser afetadas por características do delineamento e da amostra. Acredita-se que avaliações longitudinais possam ser extremamente válidas para o entendimento de como as mudanças na realidade da APS do SUS e a ampliação da cobertura dos serviços de saúde bucal da Saúde da Família são capazes de influenciar na percepção de saúde bucal dos idosos. Além disso, estudos que avaliem amostras maiores e que contem com outras faixas etárias também podem ser úteis.

Desta forma, conclui-se que a perda de significância da variável tipo de serviço no modelo totalmente ajustado mostra que, na amostra estudada, o tipo de serviço deixou de ser relevante para sua percepção de saúde bucal quando outras variáveis foram consideradas na análise hierárquica. No entanto, as evidências geradas também mostram que a percepção de saúde bucal está significativamente associada com uma gama de fatores contextuais e individuais mesmo quando ajustada para o tipo de serviço de saúde bucal acessado pelos idosos. Tais informações deveriam ser consideradas no planejamento de ações em saúde bucal, visto que, a forma com que os idosos percebem a sua saúde bucal pode influenciar em atitudes relacionadas com autocuidado, procura por atenção à saúde bucal, autoestima e etc. A incorporação de avaliações globais que incluam fatores socioeconômicos, emocionais, comportamentais e de condições de saúde podem ser úteis para que as equipes de saúde compreendam as percepções dos idosos e para que consequentemente possam realizar a atenção a saúde bucal, de qualidade, que está pautada na Política de Saúde Bucal deste país.

AGRADECIMENTOS:

Este artigo faz parte de um projeto financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS), edital 002/2009 (Processo 09/0131-6); e pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), bolsa de doutorado de Aline Blaya Martins vinculada ao PPG-ODO UFRGS.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto SB-Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto SB-Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal - Resultados Principais. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2011.
3. FDI - FEDERATION DENTAIRE INTERNATIONALE. Global goals for oral health in the year 2000. *International Dental Journal*, 1982; 32:74-77.
4. Martins AMEB; Barreto SM; Pordeus IA. Auto-avaliação de saúde bucal em idosos: análise com base em modelo multidimensional. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2009, 25(2):421-435.
5. Martins AMEB; Barreto SM; Silveira MF; Santa-Rosa, TTA; Pereira RD. Autopercepção da saúde bucal entre idosos brasileiros. *Rev Saúde Pública* 2010; 44(5):912-22.
6. Kim HY; Pattom LL. Intra-category determinants of global self-rating of oral health among the elderly. *Community Dent Oral Epidemiol* 2010; 38: 68-76.
7. Silva DD; Held RB; Torres RVS; Souza MLR; Neri AL; Antunes, JLF. Autopercepção da saúde bucal em idosos e fatores associados em Campinas, SP, 2008-2009. *Rev Saúde Pública* 2011; 45(6):1145-53.
8. Martins AB, Dos Santos CM, Hilgert JB, de Marchi RJ, Hugo FN, Pereira Padilha DM. Resilience and self-perceived oral health: a hierarchical approach. *J Am Geriatr Soc*. 2011; 59(4):725-31.
9. de Moura WV, da Frota DP, de Aguiar AS, de Sousa Furtado GE, de Almeida ME, Costa Ido C. Self-perception of oral health in older adults: an important input into public policy-making. *J Am Geriatr Soc*. 2011; 59(9):1764-6.
10. Vasconcelos LCA; Prado Júnior RR; Teles JB; Mendes RF. Autopercepção da saúde bucal de idosos de um município de médio porte do Nordeste brasileiro. *Cad. Saúde Pública*, 2012; 28(6):1101-1110.

11. Northridge ME, Chakraborty B, Kunzel C, Metcalf S, Marshall S, Lamster IB. What contributes to self-rated oral health among community-dwelling older adults? Findings from the ElderSmile program. *J Public Health Dent.* 2012; 72(3):235-45.
12. Afonso-Souza G, Nadanovsky P, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Association between routine visits for dental checkup and self-perceived oral health in an adult population in Rio de Janeiro: the Pró-Saúde Study. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2007; 35(5): 393-400.
13. Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2005 Apr;33(2):81-92.
14. BRASIL. Estatuto do Idoso: Lei Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Brasília, 2004.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2.528 - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília DF, 2006a.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 17: Saúde Bucal. Brasília DF, 2006b.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 19: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília DF, 2007.
18. Giovanella L, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2009; 14(3):783-794.
19. Oliveira AGRC, Arcieri RM, Unfer B, Costa ICC, Moraes E, Saliba NA. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. *Ação Coletiva* 1999; 2:9-13.
20. Assis MMA; Cerqueira EM; Nascimento MAA; Santos AM; Jesus WLA. Atenção primária à saúde e sua articulação com a estratégia saúde da família: construção política, metodológica e prática. *Revista APS*, 2007; 10(2):189-199.
21. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
22. Rocha, RACP; de Góes PSA. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Cad Saúde Pública*, 2008; 24(12):2871-2880.
23. IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Sinopse do Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro, 2011.

24. Martins AB, Hugo FN, Paim BS, Ilha L, Güntzel P, Romanini J. How primary health care professionals and residents assess issues related to the oral health of older persons? *Gerodontology*. 2011;28(1):37-43.
25. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12(3):189-98.
26. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994; 52:1-7.
27. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2010.
28. Barros FC, Victora CG. *Epidemiologia da Saúde Infantil: um manual para diagnósticos comunitários*. 3 Edição, HUCITEC - UNICEF; 1998.
29. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*. 1982; 17(1):37- 49.
30. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq. Neuro-Psiquiatr*.1999; 57(2B):421-426.
31. Almeida OP, Almeida SA. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV, *Int J Geriatr Psychiatry*1999; 14(10): 858-65.
32. Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *J Nurs Meas* 1993; 1(2):165-177.
33. Pesce RP, Assis SG, Avanci JQ, Santos, NC, Malaquias JV, Carvalhaes, R. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(2): 436-448.
34. OMS_ Organização Mundial de Saúde. *Levantamentos em Saúde Bucal*. Livraria e Editora Santos. São Paulo, SP. 1999.
35. Agerberg G, Carlsson GE. Chewing ability in relation to dental and general health. Analyses of data obtained from a questionnaire. *Acta Odontol Scand*. 1981. 39:147-53.

36. Cassady CE, Starfield B, Hurtado MP, Berk RA, Nanda JP, Friedenberg LA. Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics, United States* 2000;105(4):998-1003.
37. Starfield, B. *Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, UNESCO, MS, 2002.
38. Shi, L; Starfield, B; Jihaong, X. Validating of the adult primary care assessment tool. *J Family Practice* 2001; 50:161-175.
39. Peek CW, Gilbert GH, Duncan RP, Heft MW, Henretta JC. Patterns of change in self-reported oral health among dentate adults. *Med Care* 1999; 37:1237-48.
40. Andersen RM, Davidson PL. Ethnicity, aging, and oral health outcomes: a conceptual framework. *Adv Dent Res* 1997; 11 (2): 203-209.
41. Vaitsman J; Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Cienc Saúde Coletiva* 2005; 10(3): 599-613.
42. Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cad Saúde Pública*, 2003; 19(3):773-781.
43. Rocha CH et al. Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2008; 13(Sup):703-710.
44. Hiramatzu DA; Tomita NE; Franco LJ. Perda dentária e a imagem do cirurgião-dentista entre um grupo de idosos. *Ciênc Saúde Coletiva*, 12(4):1051-1056, 2007.
45. De Marchi RJ et al. Four-year incidence and predictors of tooth loss among older adults in a southern Brazilian city. *Community Dent Oral Epidemiol*, v. 40, n.5, p 396-405, 2012.
46. Bailis DS; Segall A; Chipperfield JG. Two views of self-rated general health status. *Soc Sci Med* 2003; (56): 203-217.
47. Haber J; Wattles J; Crowley M; Mandell R; Joshipura K; Kent RL. Evidence for Cigarette Smoking as a Major Risk Factor for Periodontitis. *J Periodontol* 1993; 64(1): 16-23.
48. Gelskey SC: Cigarette smoking and periodontitis: methodology to assess the strength of evidence in support of a causal association. *Community Dent Oral Epidemiol* 1999; 27: 16-24.
49. Millar WJ, Locker D. Smoking and oral health status. *J Can Dent Assoc* 2007; 73(2): 155.

50. Souza TMS; Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(11): 2727-2739.
51. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad Saude Publica* 2008; 24 (Supl 1):S7-27.
52. Elias AC; Sheiham A. The relationship between satisfaction with mouth and number and position of teeth: Studies in Brazilian adults. *J Oral Rehab* 1999; 26(1): 53-71.
53. Allen PF; McMillan AS. A longitudinal study of quality of life outcomes in older adults requesting implant prostheses and complete removable dentures. *Clin Oral Implants Res* 2003; 14 (2):173-179.
54. Vargas AMD; Paixão HH. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde Bucal do centro de Saúde Boa Vista em Belo Horizonte. *Cienc Saúde Coletiva* 2005; 10(4):1015-1024.
55. Silva MESE; Vilaça EL; Magalhães CS; Ferreira EF. Impacto da perda dentaria na qualidade de vida. *Cienc Saude Coletiva* 2010, 15(3), 841-850.
56. Hugo FN et al. Correlates of partial tooth loss and edentulism in the Brazilian elderly. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35(3) 224-232.
57. Shay K. Infectious complications of dental and periodontal diseases in the elderly population. *Clin Infect Dis.* 2002; 34(9):1215-23.
58. Pattussi, MP; Peres KG; Boing AF; Peres MA; da Costa JS. Self-rated oral health and associated factors in Brazilian elders. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2010 Aug; 38(4): 348-59.

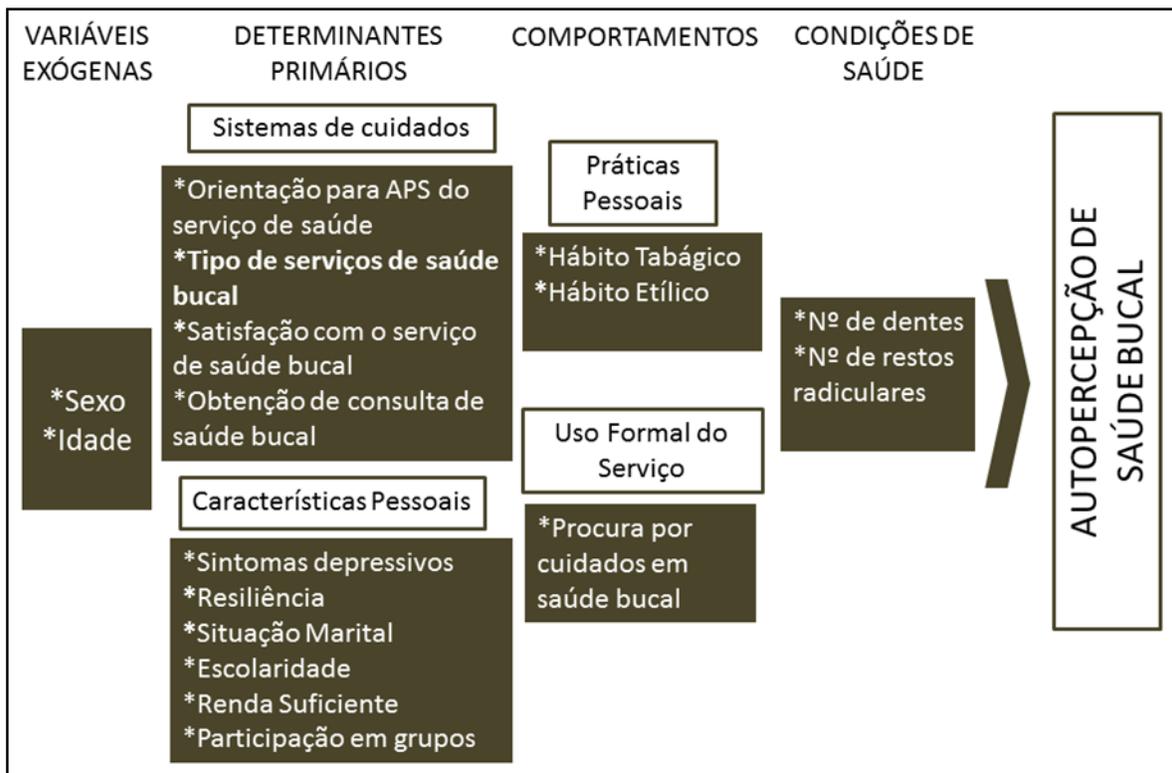


Figura 1. Modelo teórico conceitual explicativo da autopercepção de saúde bucal.

Tabela 1. Distribuição de frequências das variáveis preditoras em relação à autopercepção de saúde bucal.

		Autopercepção de saúde bucal		
		Ruim N(%)	Boa N(%)	P-Value
Sexo	Masculino	97(30,6)	159(32,9)	0,49
	Feminino	220(69,4)	324(67,1)	
Idade	Até 70 anos	193(60,9)	272(56,3)	0,20
	71 anos ou mais	124(39,1)	211(43,7)	
Orientação do serviço de saúde geral para APS	Com orientação	248(78,2)	346(71,6)	0,03
	Sem orientação	69(21,8)	137(28,4)	
Tipo de serviço de saúde bucal que costuma acessar	USF	15(4,7)	16(3,3)	0,26
	UBS	54(17)	60(12,4)	
	Plano de Saúde	150(47,3)	237(49,1)	
	Particular	74(23,1)	133 (27,2)	
	Outros	24(7,6)	37(7,7)	
Satisfação com o último atendimento odontológico	Satisfeito	257(80,1)	448(92,8)	0,00
	Insatisfeito	60(19,9)	35(7,2)	
Como classifica a obtenção de consulta odontológica	Ruim	53(16,7)	54(11,2)	0,02
	Boa	264(83,3)	429(88,8)	
Resiliência	Baixo escore	116(36,6)	133(27,5)	0,00
	Médio escore	110(34,7)	160(33,1)	
	Alto escore	91(28,7)	190(39,3)	
Sintomatologia Depressiva	Sem sintomatologia	201(63,4)	373(77,2)	0,00
	Com sintomatologia	116(36,6)	110(22,8)	
Estado marital	Casado	141(44,5)	228(47,2)	0,44
	Viúvo/Solteiro/Separado	176(55,5)	255(52,8)	
Escolaridade	≤6 anos	196 (61,8)	302(62,5)	0,86
	≥7 anos	121 (38,2)	181(37,5)	
Renda Suficiente para a família	Sim	103(32,5)	244(50,5)	0,00
	Não	214(67,5)	239(49,5)	
Participação em grupos	Sim	29(9,1)	65(13,5)	0,06
	Não	288(90,9)	418(86,5)	
Hábito etílico	Nunca	221(69,7)	309(64)	0,32
	Raramente	39(12,3)	79(16,4)	
	Eventualmente	32(10,1)	56(11,6)	
	Frequentemente	25(7,9)	39(8,1)	
Hábito Tabágico	Fuma	73(23)	64 (13,3)	0,00
	Não fuma	244(77)	419(86,7)	
Procura por cuidados odontológicos	Ocasionalmente, regularmente	58(18,3)	133(27,5)	0,01
	Quando tem algum problema	201(63,4)	267(55,3)	
	Nunca	58(18,3)	83(17,2)	
Número de dentes	≥20 dentes	40(12,6)	82(17)	0,00
	Entre 1 e 19 dentes	205(64,7)	226(46,8)	
	Desdentados	72(22,7)	175(36,2)	
Resto Radicular	Nenhum	242(76,3)	446(92,3)	0,00
	1 ou mais	75(23,7)	37(7,7)	

Tabela 2. Associação entre variáveis do 1º e do 2º blocos e uma boa percepção de saúde bucal segundo idosos moradores dos distritos sanitários Lomba do Pinheiro e Partenon, porto Alegre/RS.

VARIÁVEL		RP Bruta (IC 95%)	P	RP Ajustada ^a (IC 95%)	P	
1º Bloco	Sexo	Feminino	0,95 (0,84 - 1,07)	0,43	0,95 (0,84 - 1,07)	0,41
		Masculino	1		1	
	Idade	Até 70 anos	1,07 (0,95 - 1,19)	0,22	1,07 (0,96 - 1,20)	0,21
		71 anos ou mais	1		1	
2º Bloco	Orientação do serviço de saúde geral para APS	Com orientação	0,87 (0,78 - 0,98)	0,03	0,93 (0,83 - 1,04)	0,22
		Sem orientação	1		1	
	Tipo de serviço de saúde bucal que costuma acessar	USF	0,80 (0,56 - 1,14)	0,22	0,88 (0,63 - 1,22)	0,45
		UBS	0,81 (0,67 - 1,00)	0,05	0,83 (0,68 - 1,02)	0,08
		Plano de Saúde	0,95 (0,83 - 1,08)	0,46	0,92 (0,81 - 1,05)	0,24
		Outros	0,94 (0,75 - 1,18)	0,61	1,01 (0,81 - 1,25)	0,89
	Satisfação com o último atendimento odontológico	Particular	1		1	
		Satisfeito	1,65 (1,28 - 2,12)	0,00	1,63 (1,25 - 2,13)	0,00
	Como classifica a obtenção de consulta odontológica	Insatisfeito	1		1	
		Boa	1,20 (0,99 - 1,45)	0,05	1,08 (0,89 - 1,32)	0,39
	Resiliência	Ruim	1		1	
		Alto escore	1,28 (1,11 - 1,47)	0,00	1,17 (1,01 - 1,35)	0,02
		Médio escore	1,12 (0,96 - 1,30)	0,13	1,05 (0,91 - 1,23)	0,45
	Sintomatologia Depressiva	Baixo escore	1		1	
		Sem sintomatologia	1,34 (1,16 - 1,55)	0,00	1,19 (1,03 - 1,38)	0,01
	Estado marital	Com sintomatologia	1		1	
		Casado	1,04 (0,93 - 1,17)	0,41	1,03 (0,92 - 1,14)	0,57
	Escolaridade	Viúvo/Solteiro/Separado	1		1	
		≤6 anos	1,01 (0,90 - 1,13)	0,86	1,08 (0,96 - 1,21)	0,15
	Renda Suficiente para a família	≥7 anos	1		1	
		Sim	1,24 (1,19 - 1,49)	0,00	1,24 (1,11 - 1,39)	0,00
	Participação em grupos	Não	1		1	
		Sim	1,16 (1,00 - 1,35)	0,04	1,11 (0,96 - 1,29)	0,14
		Não	1		1	

a. Associações ajustadas para as variáveis que compõem o bloco.

b. Associações ajustadas para as variáveis que compõem o bloco e para as que mantiveram-se associadas com o desfecho no bloco anterior.

Tabela 3. Associação entre variáveis do 3º e do 4º blocos e uma boa percepção de saúde bucal segundo idosos moradores dos distritos sanitários Lomba do Pinheiro e Partenon, porto Alegre/RS.

VARIÁVEL		RP Bruta (IC 95%)	P	RP Ajustada ^a (IC 95%)	p	RP Ajustada ^b (IC 95%)	P
3º Bloco							
Hábito Etílico	Nunca	0,97 (0,78 - 1,19)	0,77	0,94 (0,77 - 1,15)	0,57	0,96 (0,78 - 1,16)	0,68
	Raramente	1,12 (0,89 - 1,42)	0,32	1,09 (0,87- 1,37)	0,43	1,05 (0,85 - 1,31)	0,61
	Eventualmente	1,06 (0,82 - 1,37)	0,61	1,04 (0,82 - 1,33)	0,71	1,00 (0,79 - 1,27)	0,96
	Frequentemente	1		1			
Hábito Tabágico	Não fuma	1,34 (1,11 - 1,61)	0,00	1,32 (1,09 - 1,59)	0,04	1,27 (1,05 - 1,53)	0,01
	Fuma	1		1			
Procura por cuidados odontológicos	Ocasionalmente, regularmente	1,19 (1,01 - 1,41)	0,03	1,14 (0,96 - 1,34)	0,11	0,98 (0,82 - 1,15)	0,81
	Quando tem algum problema	0,97 (0,83 - 1,14)	0,74	0,96 (0,82 - 1,12)	0,62	0,89 (0,76 - 1,04)	0,14
	Nunca	1		1		1	
4º Bloco							
Número de dentes	≥20 dentes	0,95 (0,82 - 1,10)	0,53	1,01 (0,88 - 1,16)	0,82	0,93 (0,81 - 1,06)	0,31
	Entre 1 e 19 dentes	0,73 (0,65 - 0,83)	0,00	0,80 (0,71-0,90)	0,00	0,77 (0,68 - 0,86)	0,00
	Desdentados	1		1		1	
Resto Radicular	Nenhum	1,94 (1,49 - 2,53)	0,00	1,81 (1,38 - 2,38)	0,00	1,76 (1,34 - 2,29)	0,00
	1 ou mais	1		1		1	

a. Associações ajustadas para as variáveis que compõem o bloco.

b. Associações ajustadas para as variáveis que compõem o bloco e para as que mantiveram-se associadas com o desfecho no bloco anterior.

Tabela 4. Modelo hierárquico totalmente ajustado para autopercepção positiva de saúde bucal em idosos moradores dos distritos sanitário Lomba do Pinheiro e Partenon, de Porto Alegre/RS.

		RP totalmente ajustada (IC 95%)	P
Tipo de serviço de saúde bucal que costuma acessar	USF	0,35 (0,86 - 1,18)	0,35
	UBS	0,11 (0,85 - 1,03)	0,11
	Plano de Saúde	0,10 (0,90 - 1,02)	0,10
	Outros	0,87 (0,98 - 1,20)	0,87
	Particular	1	
Satisfação em relação ao último atendimento odontológico	Satisfeito	1,71 (1,31 - 2,20)	0,00
	Insatisfeito	1,00	
Resiliência	Alto escore de resiliência	1,21 (1,05 - 1,38)	0,00
	Médio escore de resiliência	1,10 (0,95 - 1,27)	0,17
	Baixo escore de resiliência	1	
Sintomatologia Depressiva	Sem sintomatologia	1,14 (0,99 - 1,31)	0,06
	Com sintomatologia	1,00	
Renda suficiente para a família	Sim	1,21 (1,09 - 1,35)	0,00
	Não	1,00	
Hábito Tabágico	Não fuma	1,27 (1,07 - 1,51)	0,00
	Fuma	1,00	
Número de dentes	=>20 dentes	0,93 (0,81 - 1,06)	0,31
	1-19 dentes	0,77 (0,68 - 0,86)	0,00
	Desdentado	1	
Presença de restos radiculares	Nenhum	1,76 (1,34 - 2,29)	0,00
	1 ou mais	1	

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O contingente populacional que inclui pessoas com 60 anos ou mais cresce vertiginosamente e é possível observar alertas que vem sendo dados a respeito da necessidade de que a sociedade e as instituições governamentais estejam preparadas para lidar com as demandas criadas a partir desta realidade (WHO, 2002; KALACHE, RAMOS, VERAS, 1987; CAMARANO, 2002; CAMARANO et al, 2005, VERAS, 2009). O presente estudo foi desenvolvido no afã de explorar as políticas dirigidas à saúde do idoso e avaliar a sua adequação. Além disso, atenção especial foi dirigida a forma como os idosos percebem sua saúde e sua saúde bucal. Tal perspectiva foi concebida visando estabelecer um olhar ampliado sobre a atenção à saúde do idoso.

Foi possível observar que os princípios de acesso universal, equidade e integralidade, bem como a qualidade do cuidado são categorias abordadas na maioria das políticas que envolvem a saúde do idoso. Na análise documental para identificação de tais categorias foi possível observar que há um arcabouço teórico legal que assegura aos idosos o acesso atenção à saúde que atenda as suas necessidades, de uma forma amigável e com qualidade do cuidado (WHO, 2002; BRASIL, 2003; WHO, 2004; BRASIL, 2006b; BRASIL, 2006c; WHO, 2008). Protocolos, baseados em evidências científicas, de prevenção e manejo dos agravos mais prevalentes em idosos estão descritos: quedas, depressão, déficit cognitivo e incontinência urinária, além de hipertensão arterial e diabetes (BRASIL, 2007; WHO, 2008). No entanto, embora a saúde bucal do idoso seja abordada pela *Política Nacional de Saúde Bucal*, foi possível observar que protocolos de prevenção e manejo de agravos em saúde bucal não fazem parte dos documentos que se destinam a estabelecer as bases da atenção integral à saúde dos idosos (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2007; WHO, 2004).

Em relação à avaliação das Políticas Públicas relacionadas com a saúde do idoso através do confronto com os dados empíricos, observou-se um nítido descompasso entre o que está publicado e o que realmente é utilizado em termos de serviços de saúde que atendem as demandas dos idosos moradores dos distritos Lomba do Pinheiro e Partenon, em Porto Alegre. Embora existam garantias legais que assegurem um cuidado de qualidade à saúde do idoso, as evidências geradas neste

estudo apontam lacunas em relação ao acesso, a integralidade e a qualidade do cuidado, tanto para serviços de saúde em geral, quanto para serviços de Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde que são localizados nos distritos estudados.

A orientação dos serviços de saúde para a APS, segundo os atributos da PCATool Brasil aplicado a idosos usuários de serviços de saúde, mostrou-se associado com a forma positiva como os idosos avaliam a sua saúde. Tal evidência vai ao encontro do que os achados anteriores referentes à avaliação das políticas, mais uma vez, percebe-se a necessidade de qualificar os serviços. É possível que serviços de saúde efetivos em relação ao primeiro contato, a integralidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado possivelmente funcionem como moduladores da avaliação de saúde devido à segurança que os idosos possam ter de que terão suas demandas atendidas sempre que necessário, de modo a realmente limitar condições incapacitantes.

No momento da concepção e desenvolvimento deste estudo existia uma limitação em relação à avaliação da orientação para a APS de serviços de saúde bucal, que era decorrente da falta de instrumentos adequados para tanto. Desta forma, neste estudo a variável escolhida para buscar um entendimento sobre o papel da APS na percepção de saúde bucal dos idosos foi o tipo de serviços de saúde bucal que vinham sendo acessados. No entanto, observamos que, não houve associação entre tais variáveis quando o modelo foi totalmente ajustado. Algumas explicações podem auxiliar no entendimento de tal evidência, é possível que as questões comportamentais e as condições de saúde bucal exerçam um papel preponderante em relação à percepção de saúde bucal, dúvida a ser respondida pelo desenvolvimento de estudos longitudinais. Também é possível que a ampliação do acesso e da cobertura da Saúde da Família precise ser realmente efetivada para que diferenças possam ser encontradas, dessa forma, estudo com amostras maiores e desenvolvidos periodicamente podem auxiliar no entendimento de tais questões ao longo do tempo.

Outro aspecto a ser destacado é a diferença evidente que foi apontada por este estudo entre variáveis associadas com a avaliação de saúde e com a percepção de saúde bucal. Embora aspectos emocionais, contextuais e físicos estejam associados

com ambos os desfechos, foi possível observar que nenhuma das variáveis que foram usadas para compor os modelos, permaneceram associadas com os dois desfechos. Tais resultados podem sugerir que os conceitos de avaliação de saúde e percepção de saúde bucal, embora afins, possam partir de concepções diferentes. Dessa forma, acredita-se que a investigação qualitativa de como se constroem ambos os conceitos na perspectiva dos idosos possa vir a ser bastante elucidativa, de forma a estabelecer um entendimento ampliado sobre os quais os aspectos que são relevantes na investigação de cada um dos conceitos.

Tomando tais considerações como base, é possível concluir este estudo indicando a necessidade de tornar efetivo o que políticas e protocolos, nacionais e internacionais, estabelecem em relação à saúde do idoso. Além disso, observa-se a necessidade de que a saúde bucal venha a ser incluída em tais documentos e que as percepções dos idosos venham a ser valorizadas e consideradas como ferramentas fundamentais para construção de uma realidade de práticas de cuidado mais efetivas e acolhedoras. Para que as pessoas idosas possam manter-se saudáveis, ativas e integradas à sociedade é preciso que estejam seguras quanto ao provimento de cuidados. As barreiras no acesso, a falta de integralidade e de coordenação do cuidado dentro da Atenção Primária do Sistema Único de Saúde não podem representar mais um disparador de sofrimento físico e emocional para os cidadãos idosos brasileiros.

REFERÊNCIAS

- BERQUÓ, E. Considerações sobre o envelhecimento da população no BRASIL. In: NERI, AL; YASSUDA, MS (Orgs). *Velhice e Sociedade*. Ed. Papirus. Campinas, São Paulo, 2004.
- BERTOLUCCI, PHF; et al. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr*, v.52, p 1-7, 1994.
- BRASIL. *Estatuto do Idoso: Lei Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003*. Brasília, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Projeto SB Brasil 2003 - Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais*. Brasília DF, 2004a.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Ministério da Saúde. *Diretrizes da política nacional de saúde bucal*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de Atenção Básica nº 17: Saúde Bucal*. Brasília DF, 2006a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *PORTARIA Nº 2.528 - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília DF, 2006b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 399/GM, Pacto Pela Saúde*. Diário Oficial da União. Brasília, 2006c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de Atenção Básica nº 19: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília DF, 2007.
- BULGARELLI, AF; MANCO, ARX. Idosos vivendo na comunidade e a satisfação com a própria saúde bucal. *Ciênc. saúde coletiva* [online], v.13, n.4, p. 1165-1174, 2008.
- CAMARANO, AA. *Envelhecimento da população brasileira: Uma contribuição demográfica*. Ministério do planejamento, orçamento e gestão. Instituto de Pesquisa econômica aplicada. P.5-8, Rio de Janeiro, Janeiro de 2002.
- CAMARANO, AA; et al. *Idosos Brasileiros: Indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas*. Brasília, DF, 2005.
- CARNEIRO, RS; FALCONE, EMO. Um estudo das capacidades e deficiências em habilidades sociais na terceira idade. *Psicologia em estudo*, v.9, n.1, p.119-126, 2004.
- HARFORD, J. Population ageing and dental care. *Community Dent Oral Epidemiol*, v. 37, p. 97-103, 2009.
- HUGO, FN; et al. Correlates of partial tooth loss and edentulism in the Brazilian elderly. *Community Dent Oral Epidemiol*, v.35, p.224-232, 2007.

- IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Sinopse Perfil dos Idosos responsáveis por domicílios. 2000.*
- IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Sinopse Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período de 1980-2050 – revisão 2004.* P. 49-60, Rio de Janeiro, outubro de 2004.
- IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Sinopse do Censo Demográfico 2010.* Rio de Janeiro, 2011.
- KALACHE, A; VERAS, RP; RAMOS, LR. O envelhecimento da população mundial. Um novo desafio. *Revista de Saúde Pública*, v.21, n.3, p.200-210, 1987.
- NETUVELI, G; BLANE, D. Quality of life. *British Medical Bulletin*, v. 85, p.113–126, 2008.
- PADILHA, DMP; et al. Hand function and oral hygiene in older institutionalized Brazilians. *Journal of the American Geriatrics Society*, v.55, n.9, p.1333-1338, 2007.
- PETERSEN, PE; YAMAMOTO, T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol*, v.33, p.81-92, 2005.
- PETERSEN, PE. World Health Organization global policy for improvement of oral health – World health Assembly 2007. *Intern Dent J*, v.58, p.115-121, 2008.
- RAMOS, LR; VERAS, RP; KALACHE, A. Envelhecimento da população mundial: Uma realidade brasileira. *Revista de Saúde Pública*, v.21, n.3, p.211-224, 1987.
- STARFIELD, B; et al. Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics*, United States, v. 105, n. 4, p. 998-1003, Apr. 2000.
- STARFIELD, B. *Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.* Brasília, UNESCO, MS, 2002.
- VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública*, v.43, n.3, p.548-554, 2009.
- WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Active Ageing: A Policy Framework.* Geneva, 2002.
- WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Towards Age-friendly Primary Health Care.* Geneva, 2004.
- WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Age-friendly Primary Health Care Centres Toolkit.* Geneva, 2008.

APÊNDICES E ANEXO

APENDICE A- CARTA DE APRESENTAÇÃO

Carta de Apresentação

Porto Alegre, segundo semestre de 2010.

Caro Senhor(a),

A saúde dos idosos é um tema que tem despertado interesse de diversos segmentos da sociedade. A Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS), está desenvolvendo um projeto de pesquisa sobre alguns aspectos da saúde dos idosos moradores das localidades: Lomba do Pinheiro e Partenon, em Porto Alegre. O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da UFRGS.

Para isso, solicitamos a gentileza de receber o pesquisador desta Universidade que fará a entrevista com o(a) senhor(a) em sua residência.

As informações fornecidas na entrevista serão sigilosas e a sua privacidade será preservada.

Certos de contar com seu apoio e compreensão, solicitamos a assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Fernando Neves Hugo
Coordenador

APÊNDICE B - MANUAL DO EXAMINADOR

APÊNDICE C – CARTÕES DE ENTREVISTA



Cartão 1
Mini-Mental



Cartão 1
Mini-Mental

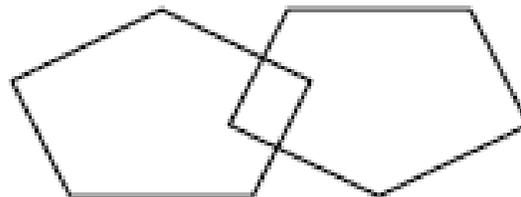


Cartão 2
Mini-Mental

“Feche os olhos”



Cartão 2
Mini-Mental





CARTÃO DE ORIENTAÇÕES DO PCATool

(AGORA, o entrevistador identifica o serviço de saúde que será avaliado, conforme as orientações abaixo:

Se todos os três serviços de saúde forem os mesmos, pergunte o resto das perguntas sobre esse médico ou serviço de saúde. (Vá para a página seguinte)

Se quaisquer dois serviços de saúde forem os mesmos, pergunte o resto das perguntas sobre aquele médico ou serviço de saúde (Vá para a página seguinte).

Se todos os três serviços de saúde forem diferentes, pergunte o resto das perguntas a respeito do médico ou serviço de saúde identificado na pergunta A1 (Vá para a próxima página).

Se o entrevistado respondeu NÃO a duas perguntas, pergunte todo o resto das perguntas a respeito do médico ou serviço de saúde identificado na pergunta à qual o entrevistado respondeu SIM . (Vá para a próxima página).

Se o entrevistado responder NÃO à pergunta A1 e indicar respostas diferentes para as perguntas A2 e A3, faça o restante do questionário sobre o serviço indicado na respostas A3.

Se o entrevistado respondeu NÃO a todas as três perguntas, por favor, pergunte o nome do último médico ou serviço de saúde onde ele(a) foi e faça o resto das perguntas a respeito deste médico ou serviço de saúde.

Após identificar o médico ou serviço de saúde, o entrevistador diz: a partir de agora, todas as perguntas seguintes serão sobre o(a) ("nome do local/médico/enfermeira/")



CARTÃO DE ESCORES DO MINI MENTAL

Avaliações dos resultados:

Pontuação total: 30 pontos.

Número mínimo de acertos para inclusão na amostra:

Analfabetos- 13

Escolaridade média (1 a 8 anos de estudo)- 18

Alta escolaridade (9 anos de estudo ou mais)- 26

CARTÃO DE RESPOSTA Nº 1

COM CERTEZA SIM	PROVAVELMENTE SIM	PROVAVELMENTE NÃO	COM CERTEZA NÃO
--------------------------------	------------------------------	------------------------------	--------------------------------

CARTÃO DE RESPOSTA Nº 2**MUITO BOA****BOA****REGULAR****RUIM****MUITO RUIM**

CARTÃO DE RESPOSTA Nº 3



The scale consists of seven faces in a row. From left to right: 1. A face with a downward-curving mouth (Total Disagreement). 2. A face with a slightly downward-curving mouth (Disagreement Much). 3. A face with a flat, horizontal mouth (Disagreement Little). 4. A face with a horizontal line for a mouth (Neither Agree nor Disagree). 5. A face with a slightly upward-curving mouth (Agreement Little). 6. A face with a slightly upward-curving mouth (Agreement Much). 7. A face with a wide, upward-curving mouth (Total Agreement).

DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO MUITO	DISCORDO POUCO	NEM CONCORDO, NEM DISCORDO	CONCORDO POUCO	CONCORDO MUITO	CONCORDO TOTALMENTE
------------------------	-------------------	-------------------	-------------------------------------	-------------------	-------------------	------------------------

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa de “Avaliação da adequação de processos e ambientes físicos da atenção básica voltadas às necessidades das pessoas idosas” realizada por um grupo de pesquisa da UFRGS.

Esse estudo pretende ouvir a opinião dos idosos sobre os postos de saúde, por isso serão entrevistados idosos do seu bairro, escolhidos por sorteio. A entrevista será feita na própria residência. Não existem respostas certas ou erradas, sinta-se a vontade para responder às questões, pois a entrevista será confidencial e os dados individuais não serão divulgados em nenhuma hipótese.

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Caso seja detectado algum problema de saúde bucal que exija atendimento odontológico, você será orientado a procurar uma Unidade de Saúde.

Você ficará com uma cópia deste Termo e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para o Prof. Dr. Fernando Neves Hugo, ou para os pesquisadores Aline Blaya Martins ou Matheus Neves, na Faculdade de Odontologia da UFRGS, Rua Ramiro Barcelos, 2154; pelo Tel: 33085204. Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da UFRGS, Rua Ramiro Barcelos, 2154, no Tel: 33083629.

Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____ declaro ter lido e discutido o conteúdo do presente Termo de Consentimento e concordo em **participar desse estudo de forma livre e esclarecida**. Também declaro ter **recebido cópia** deste termo.

Assinatura do participante

Nome do entrevistador

Assinatura do entrevistador

____/____/____
Data

ANEXO A – LISTA DE CHECAGEM DAS ESTRUTURAS FÍSICAS


TOOLKIT ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE AMIGA DO IDOSO
LISTA DE CHECAGEM PARA AUDITORIA DE ACESSO À UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA

Nome da Unidade de Saúde: _____

Nome do Coordenador da Equipe: _____

Mês/ano da inauguração ou última reforma do serviço: ____ / ____

Data da checagem: ____ / ____ / ____

Endereço: _____

Número de andares/pisos: _____

A		ACESSIBILIDADE AOS TRANSPORTES PÚBLICOS	
	A UNIDADE DE SAÚDE DISPÕE DE TRANSPORTE PÚBLICO?	SIM / NÃO	
	A PARADA DE ÔNIBUS ENCONTRA-SE A MENOS DE 50m DA UNIDADE DE SAÚDE?	SIM / NÃO	
	SE NÃO ESTÁ, QUÃO LONGE ELA É?	DISTÂNCIA: ____m	
B		ENTRADA	
1	Antes da entrada principal		
	HÁ DEGRAUS ?	SIM /NÃO, QUANTOS?	
	OS DEGRAUS POSSUEM CORRIMÃOS OU BARRAS DE SEGURANÇA?	SIM / NÃO / NSA EM UM / NOS DOIS LADOS	
	HÁ RAMPA?	SIM / NÃO	
	A RAMPA POSSUE CORRIMÃOS OU BARRAS DE SEGURANÇA?	SIM / NÃO / NSA EM UM / NOS DOIS LADOS	
	HÁ UM DECLIVE SUAVE? (1:10-16)	RAZÃO: _____ NSA	
2	Entrada principal		
	AS PORTAS TÊM MAIS DE 90cm DE LARGURA?	SIM /NÃO, LARGURA: ____	
	TIPO DE PORTAS	BASCULANTE/DE CORRER	

	A PORTA DE ENTRADA É ACESSÍVEL PARA CADEIRANTES?	SIM / NÃO
	A ÁREA DE PATAMAR DA ENTRADA É LIVRE DE OBSTÁCULOS?	SIM / NÃO
	HÁ SAÍDAS DE EMERGÊNCIA?	SIM / NÃO
*	AS SAÍDAS DE EMERGÊNCIA SÃO FACILMENTE IDENTIFICÁVEIS E ACESSÍVEIS?	NSA / SIM / NÃO
C	ESTACIONAMENTO	
	HÁ ESTACIONAMENTO PARA PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS / IDOSOS PRÓXIMO A ENTRADA?	NSA / SIM / NÃO
	TAMANHO DA ÁREA DE ESTACIONAMENTO ()NSA _____m(MIN: 4,8X3,6m)	
D	ELEVADOR- Para Centros de Saúde com mais de um andar () NSA	
	O ELEVADOR É ACESSÍVEL A TODOS OS ANDARES?	SIM / NÃO
	O TRAJETO QUE CONDUZ ATÉ O ELEVADOR É ACESSÍVEL?	SIM / NÃO
	A PORTA DO ELEVADOR É FÁCIL DE IDENTIFICAR?	SIM / NÃO
	É FÁCIL DE IDENTIFICAR QUE A LARGURA DA PORTA É MAIOR QUE 90 cm?	SIM / NÃO
E	TELEFONE PÚBLICO	
	HÁ TELEFONE PÚBLICO PRÓXIMO A ENTRADA OU DA SALA DE ESPERA?	SIM / NÃO
F	PLANTA	
	O BALCÃO DE RECEPÇÃO É PRÓXIMO DA ENTRADA E FACILMENTE IDENTIFICÁVEL?	SIM / NÃO
	AS SALAS SÃO ORGANIZADAS DE UMA LÓGICA PARA QUE OS USUÁRIOS FIQUEM MENOS ESTRESSADOS?	SIM / NÃO
	TODAS AS PORTAS TEM LARGURA MAIOR OU IGUAL A 90 cm?	SIM / NÃO
	AS SALAS DE ESPERA SÃO CONFORTÁVEIS O SUFICIENTE?	SIM / NÃO


TOOLKIT ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE AMIGA DO IDOSO

*	PARA OS USUÁRIOS?		
	O CHÃO NÃO É ESCORREGADIO?	SIM / NÃO	
	O CHÃO É BEM LIMPO?	SIM / NÃO	
	OS MÓVEIS E ACESSÓRIOS ENCONTRAM-SE BEM ORGANIZADOS PARA REDUZIR A POSSIBILIDADE DE QUEDAS E/OU INJÚRIAS?	SIM / NÃO	
	A EQUIPE É SOLIDÁRIA COM OS CLIENTES?	SIM / NÃO	
	HÁ CADEIRAS DE RODAS EXTRAS DISPONÍVEIS?	SIM / NÃO	
	AS SALAS E OS CORREDORES SÃO SUFICIENTEMENTE ILUMINADOS E VENTILADOS?	SIM / NÃO	
G	BANHEIRO		
	OS BANHEIROS SÃO PRÓXIMOS DA SALA DE ESPERA?	SIM / NÃO	
	A ENTRADA DOS BANHEIROS PÚBLICOS É ACESSÍVEL PARA USUÁRIOS DE CADEIRAS DE RODAS?	SIM / NÃO	
	HÁ PELO MENOS UM CHUVEIRO ACESSÍVEL?	SIM / NÃO	
	HÁ BARRA DE APOIO DISPONÍVEL NO BANHEIRO?	SIM / NÃO	
	TODOS OS ACESSÓRIOS SÃO FÁCEIS DE USAR E ESTÃO NA ALTURA APROPRIADA?	SIM / NÃO	
	HÁ ALGUM SISTEMA DE ALARME PARA O CASO DE EMERGÊNCIA?	SIM / NÃO	
I	LUGAR PARA COMER		() NSA
	HÁ UM LOCAL DE VENDA DE ALIMENTOS NO PRÉDIO?	SIM / NÃO	
	O LOCAL DE VENDA DE ALIMENTOS É GERALMENTE ACESSÍVEL- FÁCIL DE CHEGAR?	SIM / NÃO	
	HÁ TORNEIRA E PIA FACILMENTE ACESSÍVEL?	SIM / NÃO	


TOOLKIT ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE AMIGA DO IDOSO

J	ESCADARIAS- Para Centros de Saúde com mais de um andar	() NSA
	HÁ DEGRAUS AMIGÁVEIS AOS IDOSOS- SÃO UNIFORMES E CLARAMENTE IDENTIFICÁVEIS?	SIM / NÃO
	HÁ CORRIMÃOS OU BARRAS DE APOIO?	SIM / NÃO
	HÁ CORRIMÃOS OU BARRAS DE APOIO CONTÍNUOS?	SIM / NÃO
	A ALTURA QUE CORRIMÃOS OU BARRAS DE APOIO ESTÃO, EM RELAÇÃO AO CHÃO, ESTÁ ENTRE 80 E 90cm?	SIM / NÃO
0	CORREDORES	
	OS CORREDORES TEM UMA LARGURA MÍNIMA DE DESOBSTRUÇÃO PARA USUÁRIOS DE CADEIRANTES?	SIM / NÃO
	O CAMINHO PELOS CORREDORES É LIVRE DE OBSTRUÇÕES?	SIM / NÃO
	HÁ CORRIMÃOS OU BARRAS DE APOIO?	SIM / NÃO
OBSERVAÇÕES E SUGESTÕES:		
NOME DO COORDENADOR DA EQUIPE E ASSINATURA:		


TOOLKIT ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE AMIGA DO IDOSO
LISTA DE CHECAGEM PARA AUDITORIA DE ACESSO À UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA

Nome da Unidade de Saúde: _____

Nome do Coordenador da Equipe: _____

Mes/ano da inauguração ou última reforma do serviço: ____/____

Data da checagem: ____/____/____

Endereço: _____

LISTA DE CARACTERÍSTICAS DE SÍMBOLOS E SINAIS

A	DESIGN DOS SINAIS	
	Caracteres e fundo dos sinais são como casca de ovo, foscos ou com outro acabamento não brilhoso.	SIM / NÃO
	Caracteres e símbolos fazem contraste com o fundo - fundo claro com letras escuras ou fundo escuro com letras claras.	SIM / NÃO
	A organização visual é simples e fácil de ser entendida: somente palavras-chaves e frases, formas simples e linhas, e umas poucas palavras bem escolhidas.	SIM / NÃO
	Figuras comuns e familiares para a comunidade são usadas sempre que possível - a fim de melhorar o reconhecimento por pessoas com perdas cognitivas.	SIM / NÃO
	Cores são usadas sempre que possível para melhorar a efetividade das figuras e para destacar pontos-chaves.	SIM / NÃO
	Quando os sinais são feitos a mão, canetas grossas pretas sobre o branco, quase branco, ou amarelo claro, e fundo opaco, são usados?	SIM / NÃO
	Vidro sem brilho próprios para direções do prédio são usados, sendo as direções aplicadas atrás do vidro.	NSA / SIM / NÃO
*	Sinalização em braile são fornecidas de acordo com as regulações locais	SIM / NÃO
	O tom das mensagens dos sinais é bem vindo e cordial.	SIM / NÃO


TOOLKIT ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE AMIGA DO IDOSO

B LOCALIZAÇÃO DOS SINAIS															
*	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 70%;">Todos os sinais são colocados na altura dos olhos?</td> <td style="text-align: center;">SIM / NÃO</td> </tr> <tr> <td>Há sinais na parte externa do prédio que identifiquem prédios com dispositivos acessíveis?</td> <td style="text-align: center;">SIM / NÃO</td> </tr> <tr> <td>Há sinais na entrada principal ou nas principais áreas de circulação que indiquem localização dentro da unidade de saúde?</td> <td style="text-align: center;">SIM / NÃO</td> </tr> <tr> <td>Há sinais em áreas específicas do prédio que são acessíveis e, não apenas, em banheiros com design especial?</td> <td style="text-align: center;">SIM / NÃO</td> </tr> <tr> <td>Há um sistema consistente de numeração nas salas, incluindo número do andar em prédios com vários andares, que seja de fácil entendimento para o usuário?</td> <td style="text-align: center;">SIM / NÃO</td> </tr> <tr> <td>Sinais de direção são colocados em locais onde há mudança de sentido?</td> <td style="text-align: center;">SIM / NÃO</td> </tr> <tr> <td>Saídas de emergência são claramente identificadas?</td> <td style="text-align: center;">NSA / SIM / NÃO</td> </tr> </table>	Todos os sinais são colocados na altura dos olhos?	SIM / NÃO	Há sinais na parte externa do prédio que identifiquem prédios com dispositivos acessíveis?	SIM / NÃO	Há sinais na entrada principal ou nas principais áreas de circulação que indiquem localização dentro da unidade de saúde?	SIM / NÃO	Há sinais em áreas específicas do prédio que são acessíveis e, não apenas, em banheiros com design especial?	SIM / NÃO	Há um sistema consistente de numeração nas salas, incluindo número do andar em prédios com vários andares, que seja de fácil entendimento para o usuário?	SIM / NÃO	Sinais de direção são colocados em locais onde há mudança de sentido?	SIM / NÃO	Saídas de emergência são claramente identificadas?	NSA / SIM / NÃO
	Todos os sinais são colocados na altura dos olhos?	SIM / NÃO													
	Há sinais na parte externa do prédio que identifiquem prédios com dispositivos acessíveis?	SIM / NÃO													
	Há sinais na entrada principal ou nas principais áreas de circulação que indiquem localização dentro da unidade de saúde?	SIM / NÃO													
	Há sinais em áreas específicas do prédio que são acessíveis e, não apenas, em banheiros com design especial?	SIM / NÃO													
	Há um sistema consistente de numeração nas salas, incluindo número do andar em prédios com vários andares, que seja de fácil entendimento para o usuário?	SIM / NÃO													
	Sinais de direção são colocados em locais onde há mudança de sentido?	SIM / NÃO													
Saídas de emergência são claramente identificadas?	NSA / SIM / NÃO														
C TAMANHO DAS LETRAS NOS SINAIS- Tabela anexa*.															
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 70%;">O tamanho das letras nas sinalizações segue a tabela*?</td> <td style="text-align: center;">SIM / NÃO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Tamanho: _____</td> </tr> </table>		O tamanho das letras nas sinalizações segue a tabela*?	SIM / NÃO		Tamanho: _____										
O tamanho das letras nas sinalizações segue a tabela*?	SIM / NÃO														
	Tamanho: _____														
D IDENTIFICAÇÃO DO PESSOAL															
*	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 70%;">A equipe da Unidade de Saúde é facilmente identificável pelo uso de crachás ou plaquetas de identificação**?</td> <td style="text-align: center;">SIM / NÃO</td> </tr> <tr> <td>Há plaquetas de identificação de toda a equipe que incluam a área profissional- incluindo recepcionistas***?</td> <td style="text-align: center;">SIM / NÃO</td> </tr> <tr> <td>A equipe inicia o acolhimento às pessoas cegas, surdas-cegas, ou com comprometimento visual pela abordagem do nome do paciente?</td> <td style="text-align: center;">SIM / NÃO</td> </tr> <tr> <td>A equipe tem sempre que se autoidentificar pelos nomes, funções e razão pela qual está ali, visto que os nomes nos crachás ou uniformes podem não ser vistos por pacientes com comprometimento visual?</td> <td style="text-align: center;">SIM / NÃO</td> </tr> </table>	A equipe da Unidade de Saúde é facilmente identificável pelo uso de crachás ou plaquetas de identificação**?	SIM / NÃO	Há plaquetas de identificação de toda a equipe que incluam a área profissional- incluindo recepcionistas***?	SIM / NÃO	A equipe inicia o acolhimento às pessoas cegas, surdas-cegas, ou com comprometimento visual pela abordagem do nome do paciente?	SIM / NÃO	A equipe tem sempre que se autoidentificar pelos nomes, funções e razão pela qual está ali, visto que os nomes nos crachás ou uniformes podem não ser vistos por pacientes com comprometimento visual?	SIM / NÃO						
	A equipe da Unidade de Saúde é facilmente identificável pelo uso de crachás ou plaquetas de identificação**?	SIM / NÃO													
	Há plaquetas de identificação de toda a equipe que incluam a área profissional- incluindo recepcionistas***?	SIM / NÃO													
	A equipe inicia o acolhimento às pessoas cegas, surdas-cegas, ou com comprometimento visual pela abordagem do nome do paciente?	SIM / NÃO													
A equipe tem sempre que se autoidentificar pelos nomes, funções e razão pela qual está ali, visto que os nomes nos crachás ou uniformes podem não ser vistos por pacientes com comprometimento visual?	SIM / NÃO														
OBSERVAÇÕES E SUGESTÕES: 															


TOOLKIT ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE AMIGA DO IDOSO

NOME DO COORDENADOR DA EQUIPE E ASSINATURA:

* Table 1: Size of letters in signage according to the distance at which the message is to be read.

Viewing distance	Symbol size
3-6m	40mm
6-9m	60mm
9-12m	80mm
12-15m	100mm
15-18m	120mm
18-24m	160mm
24-30m	200mm
30-36m	240mm
36-48m	320mm
48-60m	400mm
60-72m	480mm
72-90m	600mm

** Os nomes nos crachás devem ter letras grandes em contraste com o fundo , identificação da ocupação e da profissão. Os crachás podem ter identificação por cor, por ex: enfermeiras em verde, médicos em azul, etc. Então, as pessoas que não sabem ler, poderão identificar as categorias profissionais.

*** Se possível, o nome da equipe que está trabalhando no dia, deve ser exposta nas portas das salas de consulta.

Perguntas:

- 1) Quantas equipes de saúde funcionam neste local? _____
- 2) Quantos e quais são os profissionais que compõem cada equipe?

- 3) Algum dos profissionais que compõem a equipe já recebeu capacitação sobre atenção à saúde do idoso? () Sim () Não () Se sim, quantos: _____
- 4) Existe algum tipo de acesso facilitado para idosos neste estabelecimento? Qual?

- 5) Existe algum grupo de idosos ou de 3ª idade que funcione na unidade de saúde?

- 6) A equipe de saúde realiza visitas domiciliares a idosos acamados? _____
- 7) Existe consultório odontológico na unidade de saúde? _____ Há acesso disponível para usuários de cadeira de rodas? _____

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**PARECER FINAL**

O Comitê de Ética em Pesquisa e a Comissão de Pesquisas da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul analisaram o Projeto:

Número: 15297

Título:

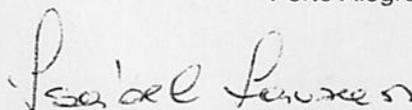
AVALIAÇÃO DA ADEQUAÇÃO DE PROCESSOS E AMBIENTES FÍSICOS DA ATENÇÃO BÁSICA E DAS PERCEPÇÕES EM RELAÇÃO ÀS POLÍTICAS DE SAÚDE VOLTADAS ÀS NECESSIDADES DAS PESSOAS IDOSAS

Pesquisador Responsável: **Prof. FERNANDO NEVES HUGO**

Outros pesquisadores: **Aline Blaya Martins; Juliana Balbinot Hilgert, Profa. Dalva Maria Pereira Padilha.**

O Projeto foi aprovado na reunião do dia 18 de junho., Ata nº05/09 , do Comitê de Ética em Pesquisa e da Comissão de Pesquisa, da UFRGS, por estar adequado ética e metodologicamente de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, 18 de junho de 2009.



Isabel da Silva Lauxen
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa


Profª. Deise Ponzoni
Coordenadora da Comissão de Pesquisa