

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

MATHEUS NEVES

**ASSOCIAÇÃO ENTRE RESILIÊNCIA E SATISFAÇÃO COM OS
SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS ACESSADOS POR IDOSOS.**

PORTO ALEGRE

2011

MATHEUS NEVES

**ASSOCIAÇÃO ENTRE RESILIÊNCIA E SATISFAÇÃO COM OS
SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS ACESSADOS POR IDOSOS.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Nível Mestrado, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como pré-requisito final para a obtenção do título de Mestre em Saúde Bucal Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. FERNANDO NEVES HUGO

PORTO ALEGRE

2011

“... I’ve failed over and over and over again in my life. And that is why I succeed”.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Início agradecendo àquilo que não vemos, não tocamos, porém sentimos!

Deus, Santos, Luz, Destino, seja qual for o nome que damos a esta fascinante força que nos move e nos conduz aos encontros e aos desencontros da vida, obrigado. Agradeço pela sorte, pelos reveses e pelos viéses do caminho, que me permitiram conhecer pessoas, conhecer a mim mesmo e, hoje, transformado, amadurecido e resiliente, concluir mais esta etapa.

Agradeço imensamente à minha família, que justamente por estar longe, nunca esteve tão perto e que assumiu como ‘nosso’, um sonho que era ‘meu’. Ben-Hur, Marivete e Tatiane; hoje tenho a certeza de que tudo o que passamos juntos fez de nós a família que somos. Agora, reconheço a importância de sonharmos juntos. Para sempre serei grato por toparem comigo todos os desafios, por alimentarem comigo os meus sonhos, por iluminarem a escuridão sempre que precisei e por terem dito: “vai”, nas vezes em que faltava coragem e sobrava insegurança. Tenho certeza de que a distância que hoje nos separa e nos faz disfarçar a saudade todo dia, aproxima nossos laços ainda mais. Vocês são o que há de melhor em mim!

Ao meu orientador, prof. Dr. Fernando Neves Hugo, muitíssimo obrigado, por apoiar, por aceitar, por permitir, por intervir, por falar, por ouvir e, principalmente, obrigado por acreditar. Obrigado por ter acreditado que aquele guri que encerrava o curso de Residência e lhe procurou para uma conversa tímida, hoje pudesse vislumbrar uma carreira profissional. Obrigado por todo o aprendizado, pela acolhida, pela consideração e pela amizade. Fazer parte deste grupo de trabalho é, para mim, razão de deferência e privilégio que muito estimo.

Agradeço, de maneira especial, à FAPERGS e ao Centro de Pesquisas em Odontologia Social CPOS/UFRGS, entidades que financiaram este estudo, viabilizando-o, de fato.

AGRADECIMENTOS

A vida nos apresenta pessoas que, à primeira vista, são iguais a nós mesmos, com as mesmas manias, com as mesmas “intolerâncias”, com o mesmo método. E, então, a vida confirma que tudo aquilo que parecia igual, pode ser obsessivamente igual, Profa. Dra. Juliana Balbinot Hilgert, obrigado por cuidar deste projeto como se ele fosse seu, obrigado por tratá-lo com tanto zelo e tanto método quanto eu o tratei. Obrigado por se preocupar com a minha saúde, quando ela estava um pouco esquecida; obrigado pelas receitas ‘lactose free’. Trabalharmos juntos foi um super aprendizado de epidemiologia e de vida.

A vida também coloca pessoas em nosso caminho e, de imediato, não nos conta o porquê. Prova disso, é a amizade e o afeto da Aline Blaya Martins. Uma dessas pessoas que a vida me fez cruzar, para depois me ensinar como alguém pode ser mãe, amiga, irmã, professora, confidente, colega, anjo, companhia para um café sem açúcar, tudo isso junto, ao mesmo tempo e de uma única vez. Obrigado! Posso apenas dizer que não vejo este momento sem a tua presença.

Neste caminho, encontramos pessoas que, de pronto, julgamos completamente opostas e diferentes de nós mesmos, até o momento em que percebemos que nossos sonhos e nossas esperanças são as mesmas e, mais além, a vida nos permite crescer juntos. Essas pessoas são aquelas que nos fazem aprender que juntos podemos mais. Valeu, Otávio Pereira D’Avila, pela mistura que foi este mestrado, pelas pedras que carregamos juntos e que, justamente por isso, tornaram-se mais leves. Obrigado pela parceria que, com certeza, está apenas começando.

A vida, inevitavelmente, ensina-nos a confiar, para isso, apresenta-nos 15 pessoas com um perfil portador de futuro. Alexandre, Andreas, Augusto, Camila, Creta, Édina, Gabriela, Júlia, Michele, Rafael, Raíssa, Renyelle, Roberto, Scholten e Sílvia, obrigado a cada um de vocês. Obrigado por cada entrevista, por cada sábado, por cada PDA que vocês desafiaram, para que esta pesquisa, de fato, tomasse corpo. Vocês foram importantes neste processo e poder confiar em vocês foi recompensador.

As escolhas da vida nos levam a conhecer pessoas e a viver experiências que, de fato, determinam os rumos da história. Assim, concluída esta etapa do mestrado, é inevitável

lembrar onde tudo começou. Aos colegas e amigos que fiz no Programa de Residência Multiprofissional da PUCRS, principalmente às “mestres” Helenita Correa Ely e Salete Maria Pretto, registro aqui o meu sincero agradecimento. Se hoje caminho nesta trajetória, com certeza, com vocês dei os primeiros passos. Obrigado Helenita, por traduzir em si o que é integralidade; obrigado Salete, por viver a humanização em cada gesto, em cada palavra.

O mestrado ofereceu a possibilidade de conhecer novas pessoas que, de diversas e inusitadas formas, contribuíram para consolidar esta caminhada “pela” Saúde Coletiva. Aos meus colegas de mestrado, chamados de “crème de la crème” da Saúde Coletiva, obrigado por compartilharmos vários momentos. Agradeço, em especial, ao colega e amigo, Maurício Teixeira, que, com uma tranqüilidade invejável, acalmava a nossa flagrante imaturidade.

A vida nos permite trabalhar com diversas pessoas, destaco aqui o convívio diário com os servidores do CPOS, Beto, Lúcio e Vânia. Agradeço por cada auxílio, por cada “galho quebrado”. Destaco aqui a valiosa participação da Michele Meirelles neste estudo, obrigado pelo cuidado e pela dedicação que demonstrou para conosco.

Por mais que o tempo passe, é preciso mencionar as pessoas que contribuíram para a minha trajetória profissional. À Profa. Me. Miriam Lago Magro, coordenadora da Faculdade de Odontologia da UPF, obrigado pela “iniciação científica” na Odontologia e na vida. Prof. Dr. Marcos Eugênio de Bittencourt, agradeço pela Odontologia Estética e Reparadora e por estar presente desde os meus primeiros passos na Odontologia.

Mas, a vida dá voltas e nos apresenta situações inusitadas e desafiadoras. Prova disso foram os rumos que a minha carreira tomou ainda durante o curso de mestrado. Carlos Pilz e demais parceiros da Coordenação de Atenção Primária à Saúde do município de Sapucaia do Sul, trabalhar com vocês foi muito mais do que o desempenho da função, foi superação e aprendizado diário.

E as tais voltas que a vida dá, colocam-nos em frente a quem realmente somos. Bruna Mendes, Camila Maggi Noguez, Diogo Heredia y Antunes e Luciana Bisio Mattos, agradeço pelo companheirismo na Coordenação da Atenção Primária de Sapucaia do Sul, mas agradeço principalmente por sermos a “galera da carona”, enfrentar o trânsito

diariamente com vocês foi terapêutico. Valeu, pelos papos, pelos desabafos, pelo carinho, obrigado por tudo aquilo que nem nós entendemos quando estamos juntos.

Os novos desafios que topamos, muitas vezes nos cobram altos custos, talvez o maior deles seja ficar longe da família e dos amigos que tanto queremos bem. A todos aqueles que estão em Passo Fundo, lamento por estar longe, lamento por ter estado ausente em vários momentos especiais. Família Neves, Família Ranzi, saibam que é muito bom voltar!

Daniela Siviero e Diego Gomes Chaves, a nossa amizade é assim mesmo, podemos passar tempos sem a presença física, mas a lembrança e o carinho fazem com que cada reencontro seja único e a cada vez que estamos juntos parece que o tempo não passou. Que assim seja!

Ainda bem que ao deixarmos uma família longe, podemos escolher outra inteiramente nova. Monike Vieira e Diogo Dellazari, ainda bem que vocês estão em Porto Alegre, obrigado por estarem comigo e por podermos contar uns com os outros. Mô, obrigado por me conhecer tanto quanto eu mesmo. Camila Cargnin, ainda bem que somos vizinhos, não tem prego abrir a janela e saber que você está ali, obrigado por todo o apoio e por ter compartilhado muitos e diferentes momentos. Fernando Boff, amizade inusitada, mas muito importante. A estes e a todos os amigos que fiz por aqui, vocês transcendem qualquer conceito de suporte social.

Neste momento da vida, é inevitável não voltar às origens, impossível não se lembrar de quando esse momento ainda era um sonho distante, coisa de adulto. Jairo Jr. Casalli, Tatiana Laimer e Monike Vieira, eu já disse isso pessoalmente, registro aqui para a eternidade, juntos somos o que verdadeiramente somos. Torço profissionalmente por vocês, tanto quanto torço por mim. Vibro com suas vitórias, tanto quanto vibro com as minhas. É simples assim, o que a infância aproximou, o tempo e a distância não separam. Nossos caminhos hoje seguem separados, mas não nossa amizade.

Para encerrar meus agradecimentos de maneira especial, lembro e agradeço a todos aqueles com quem aprendi na vida. Em especial, aos professores do PPGODO, pelos ensinamentos. E agradeço, sobretudo, aos idosos deste estudo, que deixaram conosco, verdadeiras lições de vida.

"... porque sou do tamanho daquilo que vejo e não do tamanho da minha altura."

Carlos Drummond de Andrade

SUMÁRIO

Apresentação	10
Resumo	11
Abstract	12
Introdução	13
Revisão da Literatura	17
A Resiliência	24
O envelhecer resiliente	26
Satisfação do usuário com os Serviços de Saúde	28
Modelo Teórico Conceitual de Saúde Bucal	31
Hipótese	34
Objetivo	35
Manuscrito	36
Resumo	36
Abstract	37
Introdução	38
Materiais e método	39
Resultados	48
Discussão	51
Referências Bibliográficas	55
Tabela 1	59
Tabela 2	60
Tabela 3	61
Tabela 4	62
Tabela 5	63
Tabela 6	64
Figura 1	65
Figura 2	66
Considerações Finais	67
Referências Bibliográficas	70
Anexos e Apêndices	
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	76
Questionário de Identificação	77
Mini Exame do Estado Mental	78
Questionário Sócio-Demográfico	80
PCATool	82
Escala de Resiliência	96
Exame das Condições de Saúde Bucal	97

APRESENTAÇÃO

O trabalho apresentado a seguir consiste na dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Nível Mestrado, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como pré-requisito final para a obtenção do título de mestre em Saúde Bucal Coletiva.

Esta pesquisa aconteceu em paralelo ao projeto de doutorado intitulado “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”, realizado pelo Centro de Pesquisas em Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da UFRGS.

O grupo de trabalho que desenvolve esta pesquisa é composto pelos seguintes pesquisadores: Prof. Dr. Fernando Neves Hugo, Profa. Dra. Juliana Balbinot Hilgert, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação FO/UFRGS Aline Blaya Martins, Mestrando do Programa de Pós-Graduação FO/UFRGS Otávio Pereira D’ávila e o autor deste estudo em particular, Mestrando do Programa de Pós-Graduação FO/UFRGS Matheus Neves.

Cabe ressaltar a participação de Bolsistas de Iniciação Científica em Saúde Bucal Coletiva e de Bolsistas do Centro de Pesquisas em Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da UFRGS, no trabalho de campo.

Para fins de organização didática, esta dissertação será apresentada no seguinte formato:

1. Introdução, Revisão de Literatura e Objetivo
2. Manuscrito
3. Considerações Finais

Os documentos de apoio, apêndices e anexos, serão apresentados ao final.

RESUMO

O perfil epidemiológico da população idosa brasileira evidencia um quadro de extensas perdas dentárias e problemas de saúde bucal. A fim de reverter este quadro, observa-se o desenvolvimento de diversas políticas públicas de saúde cujo objetivo está em garantir atenção integral à saúde da população idosa, com ênfase no envelhecimento saudável e ativo. Porém, no que diz respeito aos Serviços de Saúde Bucal, poucos estudos têm sido desenvolvidos na ambição de conhecer a satisfação deste grupo etário com tais serviços. O objetivo deste estudo foi investigar a associação entre a resiliência e a satisfação com os Serviços Odontológicos, levando em consideração variáveis exógenas, determinantes primários, comportamentos e condições de saúde. Investigou-se a hipótese de que a resiliência está associada à satisfação com os Serviços Odontológicos acessados pelos idosos. O lócus da pesquisa foi a gerência distrital Lomba-Partenon, em Porto Alegre – RS, onde 771 idosos foram identificados em seus domicílios por meio de amostragem por conglomerado. Os indivíduos responderam a um questionário sócio-demográfico e de comportamentos em saúde, à Escala de Resiliência e a questões relativas ao Serviço Odontológico acessado e à satisfação com o mesmo; além disso, foi realizado um breve exame bucal para contagem do número de dentes e identificação do uso de prótese dentária. Baseado em uma abordagem hierárquica realizada através de Regressão Logística Multivariada, as *odds ratios* estimadas das variáveis que ficaram significativamente associadas com o desfecho em estudo, satisfação com o Serviço Odontológico, após a análise totalmente ajustada, foram: 1) obtenção de consulta odontológica classificada como regular: OR= 1,85, 95% IC (1,10 a 3,12); 2) obtenção de consulta odontológica classificada como ruim: OR= 2,17, 95% IC (1,05 a 4,50) e 3) alto potencial de resiliência: OR= 0,60, 95% IC (0,37 a 0,97). Portanto, os resultados confirmam a hipótese de associação entre elevado potencial de resiliência e satisfação com os Serviços Odontológicos acessados por idosos.

Descritores: Avaliação de Serviços de Saúde, acesso aos serviços de saúde, resiliência psicológica, assistência odontológica para idosos.

ABSTRACT

The epidemiological profile of the elderly population shows a picture of extensive tooth loss and oral health problems. In order to reverse this situation, there is the development of various public health policies whose aim is to ensure comprehensive health care of the elderly population, with an emphasis on healthy aging and active. However, with regard to Dental Health Services, few studies have been developed to meet the satisfaction of this age group with such services. The objective of this study was to investigate the association between satisfaction with the resilience and Dental Services, taking into account exogenous variables, the primary determinants, behaviors and health conditions. It was investigated the hypothesis that resilience is associated with satisfaction with dental services accessed by older people. The locus of this research was the district management Lomba-Partenon, in Porto Alegre – RS, where 771 seniors were identified in their homes through cluster sampling. The subjects answered a questionnaire for socio-demographic and health behaviors, Resilience Scale and questions regarding the dental care accessed and satisfaction with it. In addition, there was a brief oral examination to count the number of teeth and identify the use of dental prosthesis. Based on a hierarchical approach performed by multivariate logistic regression, the estimated odds ratios of variables that were significantly associated with the outcome under study, satisfaction with dental care services, fully adjusted after analysis, where: 1) obtaining a dental visit classified as regular: OR= 1,85, 95% IC (1,10 a 3,12); 2) obtaining a dental visit classified as bad: OR= 2,17, 95% IC (1,05 a 4,50) and 3) high potential for resilience: OR= 0,60, 95% I C (0,37 a 0,97). Therefore, the results confirm the hypothesis of an association between high potential for resilience and satisfaction with dental services accessed by older people.

Descriptors: Health Services Evaluation, Resilience Psychological, Dental Care for Aged

INTRODUÇÃO

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 têm favorecido a longevidade populacional (IBGE, 2000).

Projeções da OMS para 2025 incluem o Brasil entre os dez países do mundo com maior número de pessoas com 60 anos e mais. No país, houve um aumento significativo do contingente de idosos, cuja proporção era de 4% em 1940, passou para 6,3% em 1980, chegou a 9% em 2000 e está estimada em 14% no ano de 2025 (IBGE, 2000; Berquó, 2004).

Informações recentes divulgadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), apontam que o estado do Rio Grande do Sul, ponta de lança de uma tendência nacional, é o estado campeão no contingente de idosos, tem um número cada vez menor de crianças e adolescentes e ostenta a menor média de moradores por domicílio do país, muito semelhante à de países europeus.

Em números reais, sabe-se que 9,3% dos 10,7 milhões de habitantes do Rio Grande do Sul têm 65 anos ou mais; a título de comparação, no censo de 2000, essa mesma faixa etária totalizava 7,2% do total da população. No Brasil, este grupo etário representa 7,38% da população. Outra comparação importante a ser elencada é a de que em 2000 apenas os municípios de pequeno porte apresentavam um contingente significativo de idosos. Em 2010, porém, os principais conglomerados urbanos, como a capital do estado, alcançaram o topo do ranking das capitais com mais octogenários, grupo etário que compõe 2,46% da população (IBGE, 2010).

Esta mudança demográfica resulta em um importante crescimento da demanda por serviços sociais e de saúde. Os agravos crônico-degenerativos, que atingem esta faixa etária, implicam tratamento de duração mais longa e recuperação mais lenta e complicada, exigindo também intervenções de elevado custo (Schramm et al, 2004, Berquó, 2004).

É importante ressaltar que não se vive somente mais anos, observa-se, também, um potencial de integração social prolongado, o que faz com que grande parte das pessoas que envelhecem continue ativa e integrada à vida social e cultural do país. Entretanto, a aceleração do envelhecimento populacional não foi acompanhada por um planejamento adequado para a atenção e o cuidado à saúde dos idosos (Berquó, 2004).

A situação de saúde dos brasileiros deve, então, ser analisada nos seus aspectos demográficos e epidemiológicos. Do ponto de vista demográfico, o Brasil vive uma transição demográfica acelerada. Por outro lado, na perspectiva epidemiológica, o país vivencia uma forma de transição singular, diferente da transição clássica dos países desenvolvidos; a qual tem sido definida, recentemente, como tripla carga de doenças por que envolve, ao mesmo tempo, uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de riscos, como o tabagismo, o sobrepeso, a obesidade, a inatividade física, o estresse e a alimentação inadequada; e o forte crescimento das causas externas (Mendes, 2010).

Vale ressaltar que as características da chamada transição epidemiológica nos países desenvolvidos são: a queda das taxas de mortalidade, o aumento da expectativa de vida ao nascer, o conseqüente envelhecimento da população e, principalmente, a mudança do padrão nosológico, que passa a apresentar uma predominância das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (Teixeira, 2004). Ao transpor essa tendência para a realidade brasileira, caracterizada por um “*mosaico epidemiológico*” extremamente complexo, em virtude da distribuição desigual dos riscos e agravos nos diversos grupos da população, sobretudo os idosos, deve-se estar atento para as repercussões que esta situação tem e terá sobre os serviços sociais e sobre a atenção à saúde.

Isto posto, entende-se que a modificação no perfil de saúde da população, em que as doenças crônicas e suas complicações são prevalentes, resulta, por conseguinte, em mudanças no padrão de utilização dos serviços de saúde (IBGE, 2004). Estes aspectos ocasionam importantes desafios e a necessidade de planejar e gerir diferentes políticas de saúde que possam dar conta das transições demográfica e epidemiológica em curso.

Além disso, o envelhecimento rápido da população brasileira a partir da década de 1960 faz com que a sociedade se depare com um tipo de demanda por serviços médicos e

sociais outrora restritos aos países industrializados. O Estado, ainda às voltas em estabelecer o controle das doenças transmissíveis e a redução da mortalidade infantil, não foi capaz de desenvolver e aplicar estratégias para a efetiva prevenção e tratamento das doenças crônico-degenerativas e suas complicações, levando a uma perda de autonomia e de qualidade de vida (Chaimowicz, 1997).

É urgente, portanto, que políticas públicas sejam planejadas, construídas e implementadas tendo em vista a realidade demográfica e, também, o “*mosaico epidemiológico*” (Teixeira, 2004) que se apresenta no país; políticas estas não restritas ao setor saúde, mas também que avancem sobre outros setores da sociedade, como a mobilidade urbana, a educação, a segurança pública dentre outros que serão, cada vez mais, demandados em decorrência do contexto social brasileiro.

Além disso, esta mudança no perfil demográfico, peculiar à sociedade brasileira, corresponde a uma transição epidemiológica que precisa ser acompanhada por estudos e informações que permitam a construção de políticas públicas efetivas voltadas ao público idoso, sobretudo no que diz respeito ao cuidado da saúde deste grupo populacional, incluída a atenção à saúde bucal. Portanto, é fundamental conhecer o estado de saúde bucal dos idosos para que programas e políticas de saúde possam ser estabelecidos e desenvolvidos, pois na ausência desses, a realidade que tem sido detectada é de um quadro de saúde bucal precário nesta faixa etária da população (Silva & Fernandes, 2001; Colossi & Freitas, 2002).

Diante deste cenário demográfico e epidemiológico peculiar, encontra-se o indivíduo idoso, com necessidades não atendidas de Saúde Bucal, com dificuldades de acesso ao Serviço Odontológico e herdeiro de uma prática odontológica excludente e mutiladora. Portanto, além de disponibilizar serviços de atenção à saúde, é preciso garantir o acesso deste grupo etário ao cuidado odontológico e, também, conhecer a satisfação destes indivíduos com os Serviços Odontológicos acessados.

Discutem-se, também, fatores psicológicos, sobretudo a resiliência, que podem estar envolvidos tanto no processo de bem envelhecer, quanto na percepção de satisfação com Serviços Odontológicos. Pois, a satisfação dos idosos com o Serviço de Saúde Bucal acessado interessa muito ao campo da saúde, não apenas por estar relacionada à continuidade do tratamento, podendo interferir na efetividade terapêutica, com a maior

adesão do usuário aos procedimentos recomendados (Esperidião & Trad, 2006); mas também, porque a avaliação da satisfação é uma das ferramentas existentes para dimensionar a qualidade do cuidado prestado em saúde (Gouveia et al, 2005).

Então, este estudo se justifica pela importância de se entenderem os valores e as percepções à cerca da saúde bucal dos idosos, bem como os processos psicológicos que estão envolvidos e que, por vezes, modulam a percepção de satisfação com os Serviços Odontológicos acessados por estes indivíduos. Pois, somente ao entender tais processos, será factível explicar a possível satisfação dos idosos com serviços que não utilizam de meios acessíveis para alcançar as melhorias possíveis na saúde.

REVISÃO DA LITERATURA

Observa-se uma mudança gradual no perfil de saúde bucal do idoso. Apesar dos altos índices de edentulismo ainda presentes, principalmente nos países menos desenvolvidos como o Brasil, em grande parte do mundo há tendência de maior retenção dos dentes naturais pela população que está envelhecendo, o que aumenta a complexidade de cuidados pessoais e de atenção profissional com a pluralidade dos quadros clínicos (Shinkai & Del Bel Cury, 2000).

Diante de um contexto de quadros clínicos complexos, a atenção interdisciplinar ao idoso, com a participação efetiva do Cirurgião-Dentista, torna-se essencial. Para tanto, deve-se transpor a visão limitada de postura odontológica intervencionista, que tem suas raízes históricas fincadas em conceitos ultrapassados de saúde bucal desvinculada da saúde geral, sendo totalmente inadequada para o cuidado ao idoso (Shinkai & Del Bel Cury, 2000). De fato, essa situação ocorre não por ausência de demandas odontológicas na terceira idade, pois desde a década de 90, estudos sobre o impacto das condições bucais na qualidade de vida e no bem-estar do indivíduo idoso têm revelado que os aspectos funcionais, sociais e psicológicos são significativamente afetados por uma condição bucal insatisfatória (Locker & Slade, 1993). Por isso, caso a Odontologia pretenda qualificar a atenção aos idosos, deve ampliar a sua visão para as questões psicológicas que modulam a percepção de saúde e a satisfação dos usuários com os serviços odontológicos acessados.

Tal fato se torna ainda mais crítico quando se considera que muitos idosos não têm acesso ao tratamento odontológico necessário ou adequado (Shinkai & Del Bel Cury, 2000). A referida falta de acesso foi descrita por Moreira et al (2005), ao relatarem algumas barreiras que impedem avanços e mudanças no quadro atual da saúde dos idosos brasileiros, dentre elas, encontram-se fatores sociais e, sobretudo, o fator político ligado à dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

Portanto, ratifica-se que, dentre os determinantes capazes de causar um impacto positivo sobre a saúde das pessoas idosas e sobre o envelhecimento ativo da população,

figuram o acesso aos serviços de atenção primária em saúde, com a obtenção de cuidado odontológico, e a adequação destes às necessidades das pessoas idosas (Rosa et al, 1992; Shinkai & Del Bel Cury, 2000; Moreira et al, 2005).

Esse aspecto é reforçado por Rosa et al (1992), que salientaram ainda na década de 90, a necessidade de políticas nacionais, estaduais e municipais de saúde com ênfase na prevenção e voltadas aos idosos, para reduzir os níveis de doença e a fim de que “*as necessidades de tratamento não sufoquem a capacidade de atendimento*”.

Em consonância a este entendimento, a Organização Mundial de Saúde criou uma série de documentos, dentre eles a Política de Envelhecimento Ativo, cujo objetivo está em refletir sobre as mudanças necessárias para que a Atenção Primária à Saúde possa tornar-se mais amiga dos idosos e mais adequada às necessidades percebidas por eles (WHO 2004; WHO, 2008).

No Brasil, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa estabeleceu prioridade na atenção à saúde desta faixa etária da população, tanto no que se refere à saúde geral, quanto à saúde bucal, prevendo que esta linha de cuidado esteja sob o foco da Estratégia de Saúde da Família (Brasil 2006a; Brasil, 2006b).

Além disso, o Pacto pela Vida reforça no Sistema Único de Saúde o movimento da gestão pública por resultados e estabelece um conjunto de compromissos sanitários considerados prioritários. Esses compromissos deverão ser efetivados pela rede do SUS, de forma a garantir o alcance das metas pactuadas; dentre tais metas e objetivos considerados prioritários, consta a atenção à saúde do idoso (Brasil, 2008).

Sabidamente, o cuidado à saúde do idoso requer uma avaliação global, que habitualmente necessita a atenção de diversos núcleos profissionais ligados ao campo da saúde, visto que o envelhecimento leva a alterações fisiológicas que predispõem o idoso a apresentar, com frequência, condições patológicas, tais como: doenças crônico-degenerativas, alterações sistêmicas, psicológicas e sociais (Shinkai & Del Bel Cury, 2000).

Assim, muitos problemas odontológicos encontrados no idoso são, na realidade, complicações de processos patológicos acumulados durante toda a vida do indivíduo, devido

à higiene bucal deficiente, iatrogenia, falta de orientação e de interesse em saúde bucal e, sobretudo, ao não-acesso aos serviços de assistência odontológica. Todavia, certas condições decorrentes do envelhecimento predispõem ao desenvolvimento de algumas morbidades no sistema estomatognático, como, por exemplo, o câncer bucal, que apresenta a variável idade como fator de risco (Shinkai & Del Bel Cury, 2000).

A compreensão da situação sistêmica, emocional, cognitiva, social e econômica dos idosos é importante para a formulação de programas preventivos e terapêuticos adequados a sua realidade. No que tange à Saúde Bucal, o estado de conservação dos dentes e a prevalência de edentulismo e outras patologias, tais como gengivite, periodontite ou câncer bucal, são reflexos, principalmente, da sua condição de vida e do acesso às ações e aos serviços de saúde bucal, com forte componente social (Brasil, 2006a).

Segundo consta no Caderno de Atenção Básica (Brasil, 2006a) sobre saúde bucal:

Antes da implantação do SUS, o idoso ficou muitos anos sem uma oferta de cuidados que observassem suas características e peculiaridades. No atendimento à saúde bucal do idoso, é fundamental o trabalho conjunto da equipe de saúde. A promoção de saúde bucal em idosos, busca garantir o bem-estar, a melhoria da qualidade de vida e da auto-estima, melhorando a mastigação, a estética e a possibilidade de comunicação.

Entretanto, a realidade ainda não contempla essas diretrizes de atenção à saúde bucal, principalmente para determinados grupos populacionais, como os idosos. São várias as causas para esta situação no atendimento odontológico à população, envolvendo aspectos históricos, geográficos, financeiros e políticos. Especificamente no caso do atendimento odontológico ao idoso no Brasil, até o momento, há poucos estudos epidemiológicos referentes às condições de saúde bucal na terceira idade (Shinkai & Del Bel Cury, 2000; Moreira et al, 2005). O projeto SB Brasil (Brasil 2004, Brasil 2010) e, a seguir, estudos como os de Susin et al (2005) e Hugo et al (2007) possibilitaram compreender com mais propriedade o fenômeno do edentulismo e os seus indicadores de risco associados para que, então, seja possível estabelecer prioridades e desenvolver ações coerentes de atenção à saúde, principalmente em nível coletivo.

Por conseguinte, no que diz respeito à influência que a saúde bucal exerce sobre a qualidade de vida, Locker e Slade em 1993, estabelecem uma relação onde referem que, da mesma forma com que a aparência e a capacidade de se alimentar com satisfação são

influenciadas positivamente por ter dentes, as condições bucais precárias têm impacto negativo na vida diária de grande parte da população idosa, principalmente, naquelas que não têm acesso aos serviços de saúde, sendo que, as principais queixas referem-se a limitações funcionais, tais como: dificuldade de mastigação, fonação, respiração, aparência, retenção de alimentos nos dentes e próteses e desadaptação de próteses. Já no sentido inverso, Hugo et al (2007) demonstram numa população idosa brasileira que as condições bucais favoráveis podem exercer influências positivas, relacionadas com a aparência e a capacidade de se alimentar com satisfação.

A maioria dos estudos conduzidos com idosos apresenta um quadro de alta prevalência de edentulismo, cáries dentárias, periodontopatias e necessidade de uso de próteses dentárias, refletindo o fracasso ou a inexistência da assistência odontológica para a população idosa analisada (Pucca, 1996). Além disso, a prevenção em odontologia só passou a despertar interesse no Brasil no final da década de 70, o que poderia explicar, em parte, os baixos níveis de saúde bucal no idoso (Pucca, 1996; Shinkai & Del Bel Cury, 2000). Por esse raciocínio, os efeitos das medidas odontológicas preventivas apenas serão mais evidentes em gerações futuras de idosos brasileiros.

Fica claro, portanto, que a saúde bucal dos idosos tem sido desconsiderada e não tem sua importância reconhecida, visto que a perda dental e as alterações de mucosas são tidas como um fenômeno normal e natural do envelhecimento (Silva & Santrain, 2006). A realidade que se observa no Brasil, infelizmente, segue esta lógica. Estudos de diferentes autores referem, da mesma forma que o último levantamento epidemiológico sobre saúde bucal realizado no Brasil, que os idosos brasileiros carregam a herança de um modelo assistencial excludente e centrado em práticas curativas e mutiladoras (Shinkai & Del Bel Cury, 2000; Silva & Fernandes, 2001, Moreira et al, 2005; Brasil 2004, Brasil 2010).

Se por um lado os idosos são os maiores usuários de serviços médicos, por outro lado, esse é o grupo etário que menos acessa os serviços odontológicos para atendimentos preventivos e reabilitadores. Nesse sentido, Shinkai & Del Bel Cury (2000) relatam que ainda se faz necessária uma desmistificação do tratamento odontológico na terceira idade para os cirurgiões-dentistas, demais profissionais de saúde, idosos e seus familiares.

Além disso, urge que cirurgiões-dentistas e demais profissionais de saúde considerem o impacto que as condições de saúde bucal podem ter sobre a saúde geral, bem como, no sentido inverso, os comprometimentos sistêmicos e as deficiências cognitivas podem implicar em manifestações bucais. Pois, autores como Petersen e Yamamoto (2005), já abordaram o impacto negativo das más condições de saúde bucal sobre a qualidade de vida dos idosos como um importante problema de saúde pública, além de considerarem que o controle de doenças bucais em adultos mais velhos deve ser reforçado através da organização de serviços odontológicos acessíveis e que atendam às necessidades deste público.

Nesta perspectiva, acredita-se que a Atenção Primária, ao considerar a priorização do grupo etário de 60 anos ou mais, seja o *locus* privilegiado para que tal situação possa ser paulatinamente revertida. No entanto, poucos estudos são realizados na perspectiva de avaliar o quanto um dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde, o acesso aos serviços de saúde, vem sendo provido para os idosos.

Ao conceituar a Atenção Primária à Saúde, os termos acesso e acessibilidade são usados de forma intercalada e, geralmente, ambígua. Millman (1993) avançou o suficiente para definir acesso como o uso oportuno de serviços de saúde para alcançar os melhores resultados possíveis em saúde.

Autores como Starfield distinguem acesso de acessibilidade. Para a autora, a acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços. Ou seja, este é um aspecto da estrutura de um sistema ou unidade de saúde e este aspecto é necessário para se atingir a atenção ao primeiro contato. Acesso é a forma como a pessoa experimenta esta característica de seu serviço de saúde. A acessibilidade não é uma característica apenas da atenção primária, uma vez que todos os níveis de serviços devem estar acessíveis. Entretanto, os requisitos específicos para a acessibilidade diferem na atenção primária porque este é o ponto de entrada no sistema de serviços de saúde (Starfield, 2002).

A acessibilidade, portanto, é o elemento estrutural necessário para a primeira atenção. Para oferecê-la, o local de atendimento deve ser facilmente acessível e disponível; se não, a atenção será postergada, talvez a ponto de afetar adversamente o diagnóstico e o manejo do problema. Além disso, entende-se que a maneira como as pessoas percebem a

disponibilidade de serviços afeta a decisão de procurá-los. Essa percepção, contudo, é influenciada pela experiência passada com os serviços de saúde (Starfield, 2002).

Nada mais coerente, portanto, do que investigar se uma Atenção Primária capaz de oferecer boas condições de acessibilidade aos idosos pode se tornar determinante para a ampliação do acesso, para a procura e a utilização dos serviços de saúde e, por conseguinte, para satisfação dos indivíduos com o serviço odontológico acessado.

No que diz respeito à avaliação em saúde, no Brasil, este importante dispositivo encontra-se ainda incipiente, pouco incorporado à prática e possui caráter mais prescritivo, burocrático e punitivo que subsidiário do planejamento e da gestão (Brasil, 2005). Evidenciando, portanto, que o grande desafio da avaliação é incorporar em suas estratégias os pontos de vista de atores em diferentes posições, a fim de fornecer às instâncias de decisão todas as informações de que necessitam para fazer um julgamento o mais amplo possível.

Segundo Donabedian, a avaliação em saúde pode ser realizada a partir de três componentes: estrutura, processo e resultado. A estrutura diz respeito aos recursos utilizados; o processo corresponde aos procedimentos empregados no manejo dos problemas apresentados pelos usuários e, por fim, o resultado contempla o estado de saúde da comunidade resultante da interação com o serviço de saúde (Donabedian, 1992; Donabedian, 2005). Assim, a satisfação do usuário dos serviços está incluída, por sua vez, na avaliação pertinente aos resultados.

Avaliar a satisfação dos idosos com os serviços de saúde traz à tona o entendimento da qualidade da atenção a eles prestada; a qual é classificada por Donabedian como o grau de utilização dos meios mais desejáveis para alcançar as maiores melhoras possíveis na saúde (Donabedian, 1992). Em contrapartida, o usuário entende como qualidade a obtenção dos benefícios esperados frente às demandas, carecimentos e necessidades de saúde. Por isso, os serviços de saúde devem maximizar os seus efeitos desejáveis e minimizar os indesejáveis, com vistas a responder às expectativas e às necessidades manifestas pelos idosos usuários.

Acredita-se, portanto, na hipótese de que a satisfação dos idosos com os serviços odontológicos, inclusive os de atenção primária, possa ser influenciada por uma série de determinantes, dentre os quais se destacam os fatores psicológicos, principalmente a resiliência, além do escopo de algumas características contextuais, que são aquelas relacionadas às políticas de saúde e à oferta de serviço, pois sabidamente o processo de envelhecimento traz consigo mudanças físicas, psicológicas e de papéis sociais, o que constitui um desafio para a manutenção do bem-estar dos seres humanos (Paula-Couto et al, 2006).

Incorporar atributos psicológicos aos estudos de avaliação contempla investigações à cerca do significado da função psicológica na saúde bucal. Estudos prévios sugerem que a saúde bucal precária acarreta impactos na função psicológica, tais como depressão por ausência de elementos dentais, causando reflexos na auto-imagem e na auto-estima, como também sintomas de desadaptação, com prejuízo nos relacionamentos social, familiar, amoroso e profissional, e até o isolamento. Em virtude dos problemas de saúde bucal, estudos demonstram que muitos idosos relatam que evitam sorrir e dar risadas, o que leva a crer que a perda dos dentes é um evento precipitador do sentimento de ser velho, o qual ocorre abruptamente em contraposição ao processo gradual de envelhecimento (Locker & Slade, 1993; Strauss & Hunt, 1993).

Assim, o edentulismo é particularmente associado aos aspectos negativos da velhice. Entende-se, de fato, que a perda dos dentes é “*sentida como prejudicial à organização egóica e fator desencadeante de sentimentos de desamparo, impotência e diminuição da auto-estima*” (Wolf, 1998). Portanto, a busca de recursos odontológicos para a substituição dos dentes perdidos estaria diretamente relacionada com a demanda de reconstituição da imagem pessoal e social dos indivíduos (Shinkai & Del Bel Cury, 2000).

Isto posto, observa-se uma tendência de que o foco dos estudos seja ampliado também para os recursos e potencialidades existentes nessa etapa do ciclo de vida (Andersen, 1995); o que leva a incluir nas investigações epidemiológicas, conceitos que expressem a resposta dos indivíduos aos eventos estressores, como por exemplo a resiliência, e que estejam relacionados à procura por serviços de saúde e à satisfação com os serviços de saúde acessados.

Para tanto, a resiliência é entendida como uma capacidade única de catalisar potencialidades para promoção de adaptação positiva frente às adversidades (Earvolino-Ramirez, 2007). Dessa forma, a velhice pode ser caracterizada como um período promissor para a investigação de fatores promotores de resiliência, que são caracterizados como processos protetores em relação às vulnerabilidades (Ryff et al, 1998; Hardy et al, 2004).

Descrevem-se, a seguir, referenciais teóricos pertinentes à resiliência, ao envelhecer resiliente, à satisfação dos idosos com os serviços de Saúde Bucal e ao modelo teórico conceitual de Saúde Bucal elaborado para este estudo.

A Resiliência

Cabe, então, elucidar o entendimento de resiliência. Este é um termo utilizado nas ciências Físicas, o qual descreve a capacidade dos materiais em absorver energia e retomar a sua forma original, sem que tenham sofrido deformações plásticas (Pereira, 2001).

Do ponto de vista psicológico, e orientado pela abordagem do desenvolvimento do ser humano ao longo da vida, o termo Resiliência pode ser definido como a capacidade humana que permite fazer frente às adversidades da vida, superá-las e ser transformado por elas (Rodríguez et al, 2009). Trata-se, portanto, de uma qualidade de resistência e perseverança do ser humano face às dificuldades da vida (Rutter, 1987; Pereira, 2001; Poletto & Koller, 2008).

Assim, alguns indivíduos são afetados negativamente pelo estresse e adversidades enquanto outros conseguem lidar satisfatoriamente com esses fatores. Nesse mesmo sentido, observa-se que podem existir variações temporais nos índices de resiliência pelas reações distintas que acontecem ao longo da vida (Rutter, 1987).

A resiliência pode ser descrita como um fator importante para que os idosos mantenham seu nível de bem-estar (Hardy et al, 2004). Ainda, a resiliência pode ser particularmente relevante para explicar o envelhecimento bem sucedido e a manutenção de qualidade de vida, o que é possível observar em alguns idosos que se mostram satisfeitos com suas vidas e saúde, apesar das doenças e incapacidades que advém do processo de envelhecimento (Lamond et al, 2008; Natuveli & Blane, 2008).

Neste contexto, a resiliência tem sido associada a diferentes recursos pessoais, que levariam a comportamentos adaptativos, atuando como protetores diante da adversidade, entre eles, autoeficácia, autoestima e capacidade para resolver problemas (Fontes, 2010). Tal atributo tem sido associado ainda à satisfação com a vida, ao manejo de estresse, aos baixos níveis de depressão, à melhor saúde e a comportamentos promotores de saúde (Wagnild, 2003). O conceito pode ser comparado a um guarda-chuva sob o qual se abrigariam recursos como autoestima, controle pessoal e competência (Windle, Markland e Woods, 2008).

É importante ressaltar que a resiliência não é considerada um traço, podendo mudar em função das transações com o meio e desafios específicos. O grau de resiliência de um indivíduo se dá em função de fatores protetores que modificam a resposta do indivíduo a alguma circunstância ambiental. São exemplos desses fatores saúde, competências comportamentais, recursos psicológicos (traços de personalidade, maturidade, regulação emocional, enfrentamento do estresse) e recursos sociais (educação, família, amigos e instituições sociais) (Fontes, 2010).

Outro ponto relevante a ser considerado é que a resiliência não se relaciona, necessariamente, ao poder aquisitivo. Muitas pessoas, apesar das condições desfavoráveis na vida, são capazes de superar a adversidade e exercerem papéis produtivos. Ao comparar resiliência com envelhecimento bem-sucedido, Wagnild (2003) explica a resiliência pela presença de estressores, como viuvez, educação e saúde deficientes, não necessariamente sendo ela menor em grupos com baixa renda.

Tem-se, deste modo, o entendimento de que a resiliência se caracteriza pela capacidade do ser humano em responder às demandas da vida cotidiana de forma positiva, apesar das adversidades que enfrenta ao longo do seu ciclo vital de desenvolvimento, resultando na combinação entre os atributos do indivíduo e de seu ambiente familiar, social e cultural (Noronha, 2009).

A resiliência é assim apresentada como um fenômeno, um funcionamento, ou ainda, por vezes, uma arte de se adaptar às situações adversas (condições biológicas e sociopsicológicas) desenvolvendo capacidades ligadas aos recursos internos (intrapésíquicos) e externos (ambiente social e afetivo), que permitem aliar uma construção psíquica adequada à inserção social (Laranjeira, 2007).

Portanto, a resiliência se refere a um processo complexo que resulta da interação entre o indivíduo e o seu meio ambiente, em um processo dinâmico, multifatorial e multidimensional.

O envelhecer resiliente

A velhice é frequentemente descrita como um período caracterizado por uma diminuição das reservas, em virtude das múltiplas perdas que ocorrem simultânea ou sucessivamente no decorrer de um curto período de tempo. Eventos negativos não normativos e graduados por idade, como morte do cônjuge e de amigos, declínio da saúde e da funcionalidade física, perda de *status* social e prestígio e, às vezes, inseguranças econômicas, além da proximidade crescente da morte, tornam-se predominantes na velhice avançada. De fato, alguns eventos raros ou não normativos nas fases anteriores (por exemplo, doenças) tornam-se relativamente normativos na velhice (Fortes, Portuguese e Argimon, 2009).

Consideradas em conjunto, essas perspectivas de risco e desafios sugerem que é necessário um aumento na capacidade de reservas e da resiliência na velhice para que o funcionamento adaptativo possa se manter (Schaie & Hofer, 2001; Fortes, Portuguese e Argimon, 2009).

Se por um lado é habitual tratar da força psicológica nas crianças e nos jovens (Laranjeira, 2007) por outro, pode-se questionar sobre as repercussões da força psicológica em idosos, em outras palavras, o que significa a resiliência no contexto do envelhecimento bem sucedido.

Traumatismos de todos os tipos podem advir com o avançar da idade. A perda da utilidade social e a doença podem ocasionar perturbações graves nos idosos. Assim, o envelhecimento poderia ser considerado como um contexto de risco, contudo, os idosos reagem de formas muito diferentes. Alguns parecem desenvolver um comportamento que facilmente pode-se classificar como resiliente, no qual os acontecimentos normais e esperados de vida são, sobretudo, precipitantes de novas expressividades ao invés de ameaças à continuidade do *self* (Laranjeira, 2007).

É proposto que os idosos, mesmo sob condições de limitações e incapacidades funcionais, mantenham um senso positivo de bem-estar (Smith et al., 2002). Perda na funcionalidade não é, necessariamente, um impedimento para a continuidade do funcionamento cognitivo e emocional; como qualquer ser humano, o idoso consegue ativar mecanismos compensatórios para lidar com essas perdas (Fortes, Portuguez e Argimon, 2009).

Reafirma-se, a abordagem da resiliência enquanto processo, o que lhe confere uma característica dinâmica e evolutiva inscrita na temporalidade e, portanto, não fixa e não perene (Fontes, 2010).

Nesse sentido, ao examinar o quadro da resiliência em idosos, tem-se que a tríade da força psicológica da resiliência é composta por: fatores individuais (o temperamento, a capacidade cognitiva e as competências sociais), fatores familiares (o calor humano e a atenção por parte dos prestadores de cuidados) e fatores de suporte (rede de apoio familiar e o sistema de serviços sociais); assim, esses três pólos de proteção favorecem a resiliência porque melhoram a autoestima e a autoeficácia e abrem novas possibilidades para o sujeito (Laranjeira, 2007).

Para autores como Neri (2006), as vantagens relacionadas à idade em relação à regulação emocional podem ser um dos componentes centrais da resiliência. O avanço da idade reflete maior capacidade de adequar-se à intensidade dos eventos, integração cognitiva e afetiva, mecanismos de defesa mais maduros, uso de estratégias pró-ativas e satisfação com a vida.

Mais tempo para viver não é, necessariamente, melhor tempo para viver; portanto, alia-se ao estudo da resiliência em idosos o critério do envelhecimento bem sucedido. Diante da possibilidade de envelhecer bem, a inserção social pode ser vista como importante fator de proteção na velhice, sendo reconhecida, inclusive, como facilitadora para a resiliência (Fontes, 2010).

Um modelo de envelhecimento bem sucedido pode aliar um percurso resiliente, a ausência de doença ou invalidez, um elevado nível de funcionamento psicológico e a inserção social por meio de atividades e relações interpessoais. Ademais, para Wagnild

(2003), o envelhecimento bem sucedido é medido não apenas pela ausência de problemas, mas por indicadores de bem estar subjetivo, como são a satisfação com a vida, a felicidade, a moral, o contentamento, a qualidade de vida percebida ou outras medidas relacionadas negativamente como a depressão e a ansiedade

O conceito de resiliência pode ser considerado como uma resposta complementar à abordagem da vulnerabilidade, remetendo à ideia de flexibilidade e adaptação. Assim sendo, considera-se que a resiliência está baseada em experiências relacionais precoces e na possibilidade de estabelecer laços relacionais posteriores, conferindo-lhe um caráter variável, consoante os indivíduos e em um mesmo indivíduo ao longo do seu desenvolvimento (Laranjeira, 2007; Fontes, 2010); corroborando a relação entre redes sociais bem construídas, resiliência e envelhecimento bem sucedido.

Ante o exposto, surge o paradoxo: a longevidade pode ser entendida como um critério que atesta a resiliência ou, então, a longevidade pode ser considerada o resultado de um funcionamento resiliente?

A ênfase na capacidade de recuperação e adaptação diante de situações adversas enfrentadas pelos idosos desconstrói o mito do declínio funcional uniforme na idade avançada, característico de concepções biológicas. Muitas pessoas podem avançar bem através dos anos, já que as perdas na capacidade de reserva biológica podem ser compensadas com ganhos na resiliência psicológica, sendo possível alocar reservas para evitar efeitos negativos ou patológicos causados pelo envelhecimento (Fontes, 2010).

Ainda mais, para Santos (2009), conhecer a forma como os idosos reagem a tantas transformações e os sentimentos manifestos por eles, contribuem para intervenções precoces que favoreçam a promoção da saúde e uma longevidade ativa, participativa e saudável.

Satisfação dos usuários com os serviços de saúde

Para se avançar no debate, relativo às redes de atenção à saúde, deve-se incorporar o monitoramento de desempenho e resultados sob a ótica da satisfação do usuário do sistema de saúde; diante do qual devem emergir a Saúde Bucal e a sua inserção na Atenção Primária à Saúde.

Certamente, um dos caminhos avaliativos mais sólidos para a APS estará, sempre, em partir de seus atributos clássicos, propostos pelo Institute of Medicine em 1978, e aprofundados, posteriormente, por Barbara Starfield e, hoje, aceitos e utilizados universalmente (Mendes, 2011).

Ciente disso, e no sentido de encaminhar os processos avaliativos com base nos atributos essenciais e derivados da APS, o Ministério da Saúde publicou, em 2010, o Manual PCATool-Brasil (Brasil, 2010) e instituiu, em 2011, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), publicado oficialmente pela Portaria nº 1.654 (Brasil, 2011).

Entretanto, a polissemia no campo da avaliação em saúde é fenômeno retratado por diversos autores da área. No caso das avaliações de satisfação de usuários de serviços de saúde, reflete-se que, embora o termo “satisfação” esteja na ordem do dia, sendo referido em larga escala na literatura internacional, é um conceito cujos contornos reúnem realidades múltiplas e diversas (Esperidião & Trad, 2006).

Historicamente, a prática de avaliação dos serviços por meio da pergunta aos usuários difundiu-se a partir dos anos 60 na Europa e EUA, inicialmente interessada nos estudos de adesão ao tratamento e nas décadas de 1970 e 1980, inserida no movimento da qualidade dos serviços de saúde. No Brasil, os estudos de satisfação ganham destaque a partir da segunda metade da década de 1990, com a promoção da *accountability* e o fortalecimento da participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação (Esperidião & Trad, 2005).

Com efeito, a incorporação do usuário na avaliação deve ser valorizada não apenas por constituir-se um indicador sensível da qualidade do serviço prestado, mas por estar potencialmente relacionada à maior adequação no uso do serviço e, também, à aceitação social dos mesmos.

A satisfação do usuário encontra-se em um cenário de polissemia conceitual. Esperidião & Trad (2006) sistematizam três dimensões principais críticas ao tema: (i) a compreensão do conceito de satisfação e seus quadros teóricos de referência; (ii) os determinantes de satisfação; (iii) a aplicação do conceito de satisfação no âmbito dos

serviços de saúde. As autoras questionam o fato de que poucos estudos buscam testar hipóteses ou teorias (*theory-testing studies*), ou mesmo construir uma teoria (*theory-building studies*).

Assim, assume-se aqui o conceito de avaliação baseado na medição estatística como “único meio de valorar alguma coisa”, o qual concebe a avaliação como uma modalidade de pesquisa que se utiliza de métodos e técnicas específicos para confirmar ou não a relação de causalidade entre as ações de um serviço ou programa e determinados resultados, como no caso deste estudo, a associação da obtenção de consulta odontológica, a resiliência e a satisfação com o serviço de saúde bucal (Uchimura & Bosi, 2002).

Portanto, avaliar é um processo que procura determinar o mais sistemática e objetivamente possível a relevância, a efetividade e o impacto das ações em saúde, tendo em vista os resultados alcançados.

Entende-se como necessário o uso de diferentes lentes teóricas para o entendimento da satisfação de usuários de um serviço de saúde, considerando-se diferentes valores, crenças e visões de mundo, o que evita que se continue a selecionar os indicadores “mais óbvios” para a mensuração da satisfação (Turrís, 2005).

Na literatura sobre satisfação de usuários, é bastante peculiar observar que, a despeito de variabilidade de formas de se conceber e de medir a satisfação de usuários, a maioria dos estudos traz como resultado altas taxas de satisfação. Este fenômeno é conhecido na literatura como efeito de “elevação” das taxas de satisfação e é reportado mesmo quando as expectativas sobre os serviços são negativas (Esperidião & Trad, 2005). Era de se esperar que em países em desenvolvimento, como o Brasil, por exemplo, onde o acesso a serviços de saúde de boa qualidade ainda é um desafio, os usuários manifestassem mais insatisfação com os serviços que lhes são oferecidos.

Consoante às teorias supracitadas (Turrís, 2005; Esperidião & Trad, 2006), o presente estudo centra-se no usuário, destacadamente em aspectos psicológicos, alicerçados no conceito de resiliência, para avaliar os determinantes da satisfação com os serviços odontológicos.

Ao compreender os diferentes modelos oferecidos pela literatura relativos ao conceito de satisfação dos usuários, tem-se que a satisfação é uma avaliação pessoal do serviço recebido, baseada em padrões subjetivos de ordem cognitiva e afetiva e é estabelecida pela comparação entre a experiência vivida e critérios subjetivos do usuário, dentre os quais se sublinha a resiliência. Esses critérios incluem, também, a combinação dos seguintes elementos: um ideal de serviço, uma noção de serviço merecido, uma média da experiência passada em situações de serviços similares e um nível subjetivo mínimo da qualidade de serviços a alcançar para ser aceitável (Esperidião & Trad, 2006).

De modo geral, destacam-se dois grandes grupos de fatores relacionados com a satisfação. Um relativo ao serviço e aos seus provedores, e outro inerente aos próprios usuários. De fato, sendo o conceito de satisfação de natureza eminentemente subjetiva, fatores psicossociais tem assumido relevância no entendimento da satisfação (Esperidião & Trad, 2005, 2006).

Muito embora alguns autores (Aspinal et al, 2003) façam críticas quanto ao emprego da satisfação do usuário para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde; há que se voltar os olhos à realidade demográfica e epidemiológica peculiar do Brasil para que se possa utilizar a satisfação dos usuários para, enfim, descrever os serviços de saúde sob a perspectiva de quem os utiliza, sobretudo quando se trata de idosos, público alvo de uma série de reorientações porque passa a Atenção Primária em Saúde.

Modelo teórico conceitual de Saúde Bucal

Um dos mais conhecidos modelos de desfechos em saúde bucal é aquele originalmente desenvolvido por Andersen (1995, 1997), para compreender os fatores sociais, individuais e do sistema que influenciam o uso de serviços de saúde.

O modelo sugere que há alguns indivíduos que são mais propensos a usar os serviços de saúde e que isso pode ser explicado por uma série de fatores: (i) predisponentes: fatores que existiam antes do início da doença (classe social e educação), (ii) possibilitadores: a disponibilidade e a acessibilidade dos recursos (seguro de saúde e custo dos cuidados) e (iii) necessidade: tanto percebida, quanto clinicamente avaliada. Assim, embora possa haver alguns indivíduos que estão mais predispostos a procurar cuidados em saúde, tem que haver

os meios, isto é, os recursos e as possibilidades para que eles o façam. Onde as condições predisponentes e possibilitadoras estão presentes, utilizar o serviço de saúde vai, no entanto, apenas acontecer se o indivíduo perceber que há uma necessidade de tratamento ou que tenha sido avaliado como necessidade de tratamento por um clínico. A inter-relação entre estas três categorias de fatores, por sua vez, determinam a probabilidade de práticas de saúde pessoal e o uso de serviços de saúde. No modelo proposto, Andersen (1995) sugere que as práticas de saúde e utilização de serviço também irão influenciar os desfechos de saúde e a satisfação com o cuidado.

A análise hierárquica utilizada neste estudo terá como base o Modelo Comportamental proposto por Andersen e Davidson (1997). Tal modelo constitui um esquema teórico e analítico do Estudo Internacional Colaborativo de Resultados de Saúde Bucal (ICS-II), proposto como uma releitura de um estudo precedente realizado pela OMS, e desenvolvido no intuito de entender os determinantes de saúde bucal através de uma perspectiva "*de sistemas*". Sob tal perspectiva, os indicadores de saúde bucal devem ser dispostos de forma hierárquica, tal qual: variáveis exógenas, determinantes de saúde bucal, comportamentos de saúde bucal e desfechos de saúde bucal. Desta forma, o modelo conceitua comportamentos de saúde, dentre os quais se encontra a utilização de serviços odontológicos, como variáveis dependentes intermediárias, as quais sofrem a influência de variáveis precedentes e que, por sua vez, também podem estar associadas com desfechos de saúde percebidos pelos indivíduos.

A estrutura conceitual de Andersen fornece um modelo científico para a compreensão de uma série de desfechos em saúde e seus determinantes sociais, comportamentais e atitudinais. Até hoje, o modelo tem sido aplicado em uma variedade de contextos, incluindo Saúde Bucal, notadamente no Segundo Estudo Internacional Colaborativo de Resultados de Saúde Bucal (ICS-II). Três décadas de estudos ICS somadas a uma série de outros achados de investigações científicas emprestam suporte considerável às inter-relações hipotetizadas dentro do modelo hierárquico proposto por Andersen (Baker, 2009).

No entanto, até à data, a maioria dos estudos que utilizaram o modelo de Andersen examinaram componentes individuais (fatores predisponentes) e sua relação com a saúde

bucal. Há poucos estudos que testaram o modelo em sua totalidade, incorporando uma variedade de fatores sociais, comportamentais e atitudinais, e examinando como estes fatores inter-relacionam e influenciam a utilização de serviços odontológicos, bem como a satisfação com os serviços acessados (Baker, 2009).

É preciso, portanto, entender quais são os aspectos relevantes para a formação das percepções de saúde bucal, inclusive os psicológicos, pois isto se soma ao entendimento dos comportamentos de saúde bucal e da qualidade de vida relacionada com a saúde bucal (Gift *et al*, 1998; Silva e Castellanos-Fernandes, 2001).

HIPÓTESE

Se aceita a hipótese de que a resiliência está associada à satisfação com os Serviços Odontológicos acessados pelos idosos.

OBJETIVO

Investigar a associação entre a resiliência e a satisfação com os Serviços Odontológicos, levando em consideração variáveis exógenas, determinantes primários, comportamentos e condições de saúde, entre idosos residentes em uma gerência distrital do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

MANUSCRITO

ASSOCIAÇÃO ENTRE RESILIÊNCIA E SATISFAÇÃO COM OS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS ACESSADOS POR IDOSOS.

Association between resilience and satisfaction with the dental services accessed by older persons.

M. Neves*, A.B. Martins*, O.P. D'Ávila*, J.B. Hilgert*, F.N.Hugo*

*Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

RESUMO

O perfil epidemiológico da população idosa brasileira evidencia um quadro de extensas perdas dentárias e problemas de saúde bucal. A fim de reverter este quadro, observa-se o desenvolvimento de diversas políticas públicas de saúde cujo objetivo está em garantir atenção integral à saúde da população idosa, com ênfase no envelhecimento saudável e ativo. Porém, no que diz respeito aos Serviços de Saúde Bucal, poucos estudos têm sido desenvolvidos na ambição de conhecer a satisfação deste grupo etário com tais serviços. O objetivo deste estudo foi investigar a associação entre a resiliência e a satisfação com os Serviços Odontológicos, levando em consideração variáveis exógenas, determinantes primários, comportamentos e condições de saúde. O lócus da pesquisa foi a gerência distrital Lomba-Partenon, em Porto Alegre – RS, onde 771 idosos foram identificados em seus domicílios por meio de amostragem por conglomerado. Os indivíduos responderam a um questionário sócio-demográfico e de comportamentos em saúde, à Escala de Resiliência e a questões relativas ao Serviço Odontológico acessado e à satisfação com o mesmo; além disso, foi realizado um breve exame bucal para contagem do número de dentes e identificação do uso de prótese dentária. Baseado em uma abordagem hierárquica realizada através de Regressão Logística Multivariada, as *odds ratios* estimadas das variáveis que ficaram significativamente associadas com o desfecho em estudo, satisfação com o Serviço Odontológico, após a análise totalmente ajustada, foram: 1) obtenção de consulta

odontológica classificada como regular: OR= 1,85, 95% IC (1,10 a 3,12); 2) obtenção de consulta odontológica classificada como ruim: OR= 2,17, 95% IC (1,05 a 4,50) e 3) alto potencial de resiliência: OR= 0,60, 95% IC (0,37 a 0,97). Portanto, os resultados confirmam a hipótese de associação entre elevado potencial de resiliência e satisfação com os Serviços Odontológicos acessados por idosos.

Descritores: Avaliação de Serviços de Saúde, acesso aos serviços de saúde, resiliência psicológica, assistência odontológica para idosos.

ABSTRACT

The epidemiological profile of the elderly population shows a picture of extensive tooth loss and oral health problems. In order to reverse this situation, there is the development of various public health policies whose aim is to ensure comprehensive health care of the elderly population, with an emphasis on healthy aging and active. However, with regard to Dental Health Services, few studies have been developed to meet the satisfaction of this age group with such services. The objective of this study was to investigate the association between satisfaction with the resilience and Dental Services, taking into account exogenous variables, the primary determinants, behaviours and health conditions. The locus of this research was the district management Lomba-Parthenon, in Porto Alegre – RS, where 771 seniors were identified in their homes through cluster sampling. The subjects answered a questionnaire for socio-demographic and health behaviours, Resilience Scale and questions regarding the dental care accessed and satisfaction with it. In addition, there was a brief oral examination to count the number of teeth and identify the use of dental prosthesis. Based on a hierarchical approach performed by multivariate logistic regression, the estimated odds ratios of variables that were significantly associated with the outcome under study, satisfaction with dental care services, fully adjusted after analysis, where: 1) obtaining a dental visit classified as regular: OR= 1,85, 95% IC (1,10 a 3,12); 2) obtaining a dental visit classified as bad: OR= 2,17, 95% IC (1,05 a 4,50) and 3) high potential for resilience: OR= 0,60, 95% I C (0,37 a 0,97). Therefore, the results confirm the hypothesis of an association between high potential for resilience and satisfaction with dental services accessed by older people.

Descriptors: Health Services Evaluation, Resilience Psychological, Dental Care for Aged

INTRODUÇÃO

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 têm favorecido a longevidade populacional¹. Consequentemente, tal mudança demográfica resulta em um importante crescimento da demanda por serviços sociais e de saúde^{2,3}.

Discutem-se, também, como fatores psicológicos, sobretudo a resiliência, podem estar envolvidos tanto no processo de bem envelhecer, quanto na percepção de satisfação com Serviços Odontológicos. Uma vez que, a resiliência tem sido associada à satisfação com a vida, ao manejo de estresse, aos baixos níveis de depressão, à melhor saúde e a comportamentos promotores de saúde⁴.

Diante de um cenário demográfico, epidemiológico e social peculiar, encontra-se o indivíduo idoso, com necessidades não atendidas de Saúde Bucal, com dificuldades de acesso ao Serviço Odontológico e herdeiro de uma prática odontológica excludente e mutiladora. Portanto, além de disponibilizar serviços de atenção à saúde, é preciso garantir o acesso deste grupo etário ao cuidado odontológico e, também, conhecer a satisfação destes indivíduos com os Serviços Odontológicos acessados.

Entretanto, no que diz respeito às avaliações de satisfação de usuários de serviços de saúde, reflete-se que, embora o termo “satisfação” esteja na ordem do dia, sendo referido em larga escala na literatura internacional, é um conceito cujos contornos reúnem realidades múltiplas e diversas⁵.

Com efeito, a incorporação do usuário na avaliação deve ser valorizada não apenas por constituir-se um indicador sensível da qualidade do serviço prestado, mas por estar potencialmente relacionada à maior adequação no uso do serviço e, também, à aceitação social dos mesmos⁶. Urge, portanto, que se voltem os olhos às realidades demográfica e epidemiológica para que se possa utilizar a satisfação dos usuários para, enfim, descrever os serviços de saúde sob a perspectiva de quem os utiliza, sobretudo quando se trata de idosos, público alvo de uma série de reorientações porque passa a Atenção Primária em Saúde.

Este estudo objetiva investigar a associação entre a resiliência e a satisfação com os Serviços Odontológicos, levando em consideração variáveis exógenas, determinantes primários, comportamentos e condições de saúde, entre idosos residentes em uma gerência distrital do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

MATERIAIS E MÉTODO

Esta pesquisa foi realizada como parte do projeto intitulado: “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”, realizado pelo Centro de Pesquisas em Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da UFRGS.

O local para execução deste estudo foi a gerência distrital Lomba do Pinheiro-Partenon, vinculada à rede pública municipal de saúde do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

Delineamento

Tratou-se de um estudo transversal, de base populacional, com amostra de homens e mulheres, com idade acima de 60 anos, vivendo na comunidade, identificados em seus domicílios por meio de amostragem por conglomerado, domiciliados na gerência distrital Lomba do Pinheiro – Partenon, do município de Porto Alegre.

Processo de Amostragem

Realizou-se uma amostragem aleatória proporcional por conglomerado, a partir de 61 setores sorteados dentre os 240 setores censitários (subdivisões geográficas do município, definidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) da gerência distrital Lomba do Pinheiro – Partenon:

Distrito sanitário:

Foi escolhido como *locus* da pesquisa, a gerência distrital Lomba do Pinheiro – Partenon, conveniada à UFRGS, vinculada à rede pública de saúde do município de Porto Alegre, RS.

1º estágio – Setor Censitário

Após obter a listagem de todos os setores censitários que compunham o distrito docente-assistencial, os setores foram selecionados por amostragem aleatória simples.

Estimou-se entrevistar 30 idosos em cada setor censitário, portanto, para atingir o número total da amostra, sortearam-se aleatoriamente 61 setores censitários. Previamente ao sorteio, os setores censitários com um número estimado inferior a 30 idosos moradores foram excluídos.

A amostra foi sorteada proporcionalmente ao tamanho da área de abrangência de cada Unidade de Saúde, pois o território sob responsabilidade da Estratégia de Saúde da Família era composto por menos setores censitários quando em comparação ao território de abrangência das Unidades Básicas de Saúde tradicionais, maiores em extensão e compreendendo, portanto, um número maior de setores censitários.

2º estágio – Quarteirão

A definição do quarteirão elencado como ponto de partida para os exames, em cada setor, foi baseada em um fluxograma elaborado a partir dos mapas dos setores. Os quarteirões foram numerados e definiu-se a sequência dos quarteirões percorridos. Em cada quarteirão, foi sorteada aleatoriamente uma esquina que representou o ponto inicial⁷.

3º estágio – Domicílios

A partir da esquina de inicial, começaram-se as visitas pela primeira casa e seguiu-se, sempre no sentido da esquerda de quem estava de frente para a esquina inicial, pulou-se uma

casa, incluindo-se o próximo domicílio, até obter as trinta entrevistas referentes àquele setor censitário⁷.

População e Amostra

Inicialmente, realizou-se um estudo piloto com 50 idosos para a estimativa do tamanho amostral. Esta estratégia se deu pelo fato de não existirem estudos prévios capazes de fornecer dados referentes aos desfechos que foram avaliados na presente pesquisa.

A partir do referido estudo piloto, encontrou-se a prevalência de 45% de baixo potencial de resiliência e satisfação com serviço de saúde bucal, e 52,4 % de prevalência de alto potencial de resiliência e satisfação com serviço de saúde bucal, foi considerado um intervalo de confiança de 95%, admitindo-se um erro β de 20% e consecutivo poder estatístico de 80%.

Com base nestes dados de prevalência encontrados no estudo piloto, o tamanho amostral foi estimado em 761 indivíduos, mantendo-se os critérios de representatividade e aleatoriedade para a presente pesquisa.

Os critérios de inclusão para a participação nesta pesquisa foram: ter 60 anos ou mais e estar vivendo na comunidade de forma independente; além disso, nos casos em que mais de um idoso estava presente no domicílio, todos foram convidados a participar.

Foram excluídos da amostra, moradores temporários, empregados domésticos e idosos com déficit cognitivo que impossibilitasse responder ao questionário, rastreados de acordo com o Mini Exame do Estado Mental – MEEM⁸.

Assim, foram convidados a participar deste estudo transversal, 804 idosos destes, 10 recusaram-se a participar e 794 aceitaram responder ao MEEM, dos quais 23 foram excluídos da amostra por apresentarem déficit cognitivo, a saber: 02 analfabetos, 05 com escolaridade média e 16 com alta escolaridade. Restando 771 idosos na amostra final (figura 1).

Utilizou-se o Mini Exame do Estado Mental - MEEM, com 30 itens, para avaliar a presença ou não de déficits cognitivos que configurassem o critério de exclusão adotado para este estudo. O MEEM utiliza pontos de corte diferenciados de acordo com a escolaridade para o diagnóstico genérico de “declínio cognitivo”. Os pontos de corte sugeridos pela literatura (Brasil, 2006a) e adotados como critério de exclusão foram: 13 para analfabetos, 18 para escolaridade média (1 a 8 anos de estudo) e 26 para alta escolaridade (9 anos de estudo ou mais)⁹.

Dentre os 771 idosos incluídos na amostra após atingirem o ponto de corte do MEEM, a média de idade foi de 69,8 ($\pm 7,4$) anos e a média de anos de estudo foi de 5,9 ($\pm 3,8$). A média do escore do MEEM foi de 25,7 ($\pm 3,7$).

O estudo foi desenvolvido após apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, conforme Resolução N° 196/96 do CNS¹⁰, que prevê a obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos sujeitos envolvidos na pesquisa.

Coleta dos dados – Entrevistas

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas individuais realizadas por entrevistadores treinados do Centro de Pesquisas em Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da UFRGS (CPOS/UFRGS) nas casas dos idosos, obedecendo-se aos critérios supracitados.

Ao todo, quinze entrevistadores participaram da coleta de dados deste estudo. Este grupo passou por um processo de treinamento prévio ao início do estudo, no qual receberam instruções, realizaram entrevistas simuladas e receberam treinamento específico para a manipulação dos questionários-base para a coleta dos dados.

As saídas para a realização das entrevistas aconteceram de forma organizada, segundo escalas pré-definidas de horários e contando com a supervisão de três pesquisadores responsáveis do CPOS/UFRGS, que atuaram como coordenadores de campo.

Antes do início das entrevistas, os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo e, então, convidados a participar; uma vez aceita a participação, o termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado (Apêndice 1).

Medidas

Mini Exame do Estado Mental

O Mini Exame do Estado Mental⁸ foi o instrumento utilizado para rastrear possíveis comprometimentos cognitivos capazes de inviabilizar a participação do indivíduo e, por conseguinte, estabelecer o critério de exclusão eleito para este estudo (Anexo 2).

O instrumento fornece informações sobre diferentes parâmetros cognitivos, possui questões reunidas em sete categorias, cada uma delas tem o objetivo de avaliar funções cognitivas específicas, tais como: orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), recordação das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore do MEEM⁸ pode variar de um mínimo de zero ponto, o qual indica o maior grau de comprometimento cognitivo dos indivíduos, até um total máximo de 30 pontos, o qual, por sua vez, corresponde à melhor capacidade cognitiva.

Questionário Sócio demográfico

As informações sócio-demográficas incluídas neste questionário individual foram: idade, sexo, grupo étnico, escolaridade, renda, suporte social e tabagismo. (Anexo 3)

A idade foi coletada a partir da data de nascimento, informada pelo indivíduo no momento do exame. O sexo foi observado e anotado. Já, para a coleta da cor da pele foi utilizado, como referência, o critério proposto pelo IBGE, de auto-declaração¹¹. Neste caso, foram lidas as opções (branca, negra, amarela, parda e indígena) de cor da pele para a pessoa e, então, considerou-se aquela que foi declarada.

A escolaridade do entrevistado foi coletada pelo somatório dos anos de estudo completos sem reprovação e, a seguir, categorizada em “analfabeto” (0 ano de estudo), “1 a

8 anos de estudo” e “mais de 8 anos de estudo”. A renda familiar foi coletada a partir da pergunta: “*No mês passado, quanto receberam em reais, juntas, todas as pessoas que moram na sua casa, incluindo salários, bolsa-família, pensão, aluguel, aposentadoria ou outros rendimentos*”, a seguir, estabeleceram-se as categorias: “0 a 1000 reais”, “1001 a 1500 reais”, “1501 a 3000 reais” e “mais de 3001 reais”.

A variável tabagismo 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).

Questionário sobre a procura por cuidados odontológicos

Por meio deste instrumento foram incluídas questões sobre a procura por cuidados odontológicos, o tipo de Serviço de Saúde Bucal acessado e a obtenção de uma consulta no referido local. (Anexo 4)

Para tanto, utilizou-se como referência *The Florida Dental Care Study* (FDCS), um estudo de coorte observacional norte-americano sobre Saúde Bucal e cuidados odontológicos¹².

Para investigar a procura por cuidados odontológicos, utilizou-se a seguinte proposição: “*Qual das afirmações melhor descreve a sua procura por cuidados odontológicos?*”, para a qual o entrevistado poderia responder: “eu nunca vou ao dentista”; “eu vou ao dentista quando tenho um problema ou quando eu sei que preciso ter algo consertado”; “eu vou ao dentista ocasionalmente, tendo ou não algum problema” e “eu vou ao dentista regularmente”. A seguir, para fins de análises, as respostas foram recategorizadas em: “Nunca vai”, “Visitas orientadas por problemas” e “Visitas ocasionais/regulares”.

Para a variável, tipo de serviço de saúde bucal acessado, o local do último atendimento odontológico do entrevistado foi categorizado em: “serviço público de saúde”, “plano de saúde” e “serviço privado de saúde”. Esta variável foi categorizada a partir da questão de vinculação ao Serviço de Saúde: “*Há algum serviço de saúde (ou*

um médico) aonde o(a) Sr(a) geralmente vai se fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?”.

Por fim, a obtenção de uma consulta odontológica no referido serviço de saúde, foi investigada por meio da questão: “*Como você classifica a obtenção de uma consulta odontológica quando deseja uma?*”, para a qual o indivíduo poderia classificar a sua resposta como ruim, regular, bom, muito bom e excelente. Para fins de análise, as respostas foram recategorizadas em: ruim, regular e bom/muito bom.

Questionário de Avaliação dos Serviços de Saúde Bucal

Neste questionário, foram avaliados os serviços de saúde bucal, para a coleta desta variável, utilizou-se a pergunta: “*O quão satisfeito você ficou com este atendimento?*”, referido-se à questão de vinculação ao Serviço de Saúde, para a qual as possibilidades de resposta foram: 1. Muito satisfeito, 2. Satisfeito, 3. Nem insatisfeito, nem satisfeito, 4. Insatisfeito e 5. Muito insatisfeito. Para fins de análise estatística, as respostas foram dicotomizadas em ‘Satisfeito com o Serviço Odontológico’ e ‘Insatisfeito com o Serviço Odontológico’. (Anexo 4)

Escala de Resiliência – ER

Esta escala foi desenvolvida por Wagnild & Young em 1993¹³, e foi validada para o idioma Português Brasileiro por Pesce et al em 2005¹⁴. Ainda hoje é um dos poucos instrumentos usados para medir níveis de adaptação psicossocial positiva frente a eventos estressores. 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 de 25 a 175 pontos, com valores altos indicando elevado potencial de resiliência.

O estudo de adaptação transcultural do instrumento foi realizado com uma amostra de 997 alunos com idades entre 12 e 19 anos. Os resultados do estudo de adaptação revelaram que quanto à equivalência conceitual e de itens, o instrumento original é pertinente para a cultura brasileira¹⁴. Desde então, o instrumento validado para o idioma português brasileiro

também foi utilizado, com sucesso, em estudos conduzidos entre idosos por Paula-Couto, em 2006¹⁵, e Martins em 2009¹⁶ ao relacionar resiliência e autopercepção de saúde bucal.

Nesta pesquisa, o instrumento ER foi utilizado no intuito de avaliar o potencial individual de resiliência, considerando-se as características positivas da personalidade que acentuam a capacidade de adaptação individual. (Anexo 5)

Para fins de análise estatística, os escores de resiliência foram dicotomizados em “baixo potencial de resiliência”, agrupando escores de 0 a 145 pontos, e “alto potencial de resiliência”, categoria que incluiu os maiores escores na ER, de 146 a 175 pontos.

Exame das Condições de Saúde Bucal

Este exame incluiu a avaliação sobre o número de dentes presentes, lesão em tecidos moles bucais e condição protética (Anexo 6). Os exames foram conduzidos de acordo com critérios indicados pela OMS, em 1999¹⁷.

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 funcional, por Agerberg e Carlsson¹⁸. As categorias consideradas para análise foram: “edêntulo”, “de 1 a 19 dentes” e “20 dentes ou mais”.

Com relação à lesão de tecidos moles bucais, o exame categorizou a “presença” ou a “ausência” de lesões.

Por fim, as condições protéticas das arcadas superior e inferior foram classificadas dentre as categorias: “sem prótese”, “prótese fixa e/ou removível” e “prótese total”.

Desfecho

Para avaliação do desfecho, utilizou-se a variável “*O quão satisfeito você ficou com este atendimento*”?, referido-se à questão de vinculação ao Serviço de Saúde, para a qual as possibilidades de resposta foram: 1. Muito satisfeito, 2. Satisfeito, 3. Nem insatisfeito, nem satisfeito, 4. Insatisfeito e 5. Muito insatisfeito. Para fins de análise estatística, as respostas foram dicotomizadas em ‘Satisfeito com o Serviço Odontológico’, em que foram

agrupadas as categorias ‘Satisfeito’ e ‘Muito Satisfeito’, e ‘Insatisfeito com o Serviço Odontológico’, na qual se incluíram as demais categorias.

Modelo Teórico Conceitual de Saúde Bucal

No que diz respeito ao Modelo Hierárquico, construído com base na estrutura conceitual proposta por Andersen e Davidson¹⁹, elaborado para esta pesquisa, tem-se como variáveis exógenas, elencadas no primeiro bloco e, portanto, mais distais em relação ao desfecho, as variáveis independentes: Idade, Sexo e Cor da pele.

No segundo bloco, elencadas dentre os determinantes primários, tem-se as variáveis independentes, quais sejam: (1) Sistema de Cuidados Odontológicos, incluindo-se obtenção de consulta odontológica e tipo de serviço odontológico acessado; (2) Características Pessoais, composto por características Sócio-Demográficas, tais como escolaridade e renda; (3) Suporte social e (4) Resiliência.

Para compor o terceiro bloco, intermediário em relação ao desfecho e referente aos comportamentos de saúde bucal, foram avaliadas variáveis independentes relacionadas às Práticas Pessoais, dentre elas a o hábito de tabagismo; e Uso dos Serviços de Saúde, para o que foram investigadas variáveis respectivas à procura por cuidados odontológicos.

No nível mais proximal em relação ao desfecho, concernentes às condições de saúde bucal, foram coletadas variáveis sobre o Estado Bucal, representadas pelas variáveis: número de dentes, uso de próteses e lesões de tecido mole.

Então, o desfecho avaliado com base neste modelo hierárquico, foi a satisfação com o Serviço Odontológico acessado.

Assim sendo, de acordo com este modelo, a satisfação com os Serviços Odontológicos são decorrência de um processo complexo. O esquema é apresentado com foco sobre os efeitos da resiliência na avaliação sistemática das diferenças nos múltiplos fatores que podem influenciar na satisfação dos idosos com os serviços de saúde bucal.

Análise Estatística

Todas as análises foram executadas utilizando-se o SPSS 18.0, software para análises estatísticas (SPSS Inc., USA).

As variáveis contínuas e discretas foram descritas por meio da média e do respectivo desvio-padrão. Além disso, testes de qui-quadrado foram executados para avaliação da distribuição das variáveis categóricas, em relação ao desfecho em estudo.

As *odds ratios* foram obtidas por meio de regressão logística multivariada. As análises de associações foram feitas isoladamente em cada bloco, observando-se a variável em relação ao desfecho, posteriormente, as variáveis positivamente associadas ao desfecho na análise em seu nível hierárquico foram ajustadas aos níveis hierarquicamente precedentes.

Foram incluídos no modelo final de análise hierárquica somente aqueles fatores que, na análise retrógrada mantiveram-se com valores estatisticamente significativos ($p < 0,20$), mesmo quando ajustados às outras variáveis que compunham cada um dos níveis e aquelas que compunham os níveis antecessores²⁰. As magnitudes das associações entre a variável dependente e as variáveis independentes, no modelo totalmente ajustado foram estimadas pelas *odds ratios*, com nível de significância de 5% e respectivos intervalos de confiança de 95%.

Como é apresentado na Figura 2, e já previamente descrito, este modelo parte da hipótese de que há um sistema de relações hierárquicas entre os quatro níveis de variáveis, que permitem observar as inter-relações existentes com a variável dependente e a existência de possíveis trajetórias que possam sugerir o fator confundimento entre as variáveis.

RESULTADOS

As características da amostra estudada foram as seguintes: A média de idade da amostra foi de 69,77 ($\pm 7,33$) anos, quinhentos e dezesseis participantes (66,8%) eram mulheres, duzentos e cinquenta e seis (33,2%) eram homens. Com relação à escolaridade, sessenta e três indivíduos eram analfabetos (8,2%), quatrocentos e noventa e três (64,6%) cursaram entre 1 e 8 anos de estudo, duzentos e oito pessoas cursaram mais de 9 anos de estudo (27,2%). Grande parte da amostra (63,9%) auto-referiu a cor da pele branca. No que se refere à renda, setenta e oito pessoas (10,4%) recebiam até um salário mínimo e, quanto à

modalidade de serviço odontológico acessado, 13,7% dos participantes utilizaram o serviço público, 60,9% possuía plano de saúde e 25,4% acessaram serviços odontológicos privados. A maioria dos indivíduos participantes do estudo (58,3%) relatou que a procura por cuidados odontológicos ocorreu orientada por problemas. Por fim, 420 participantes (54,4%) possuíam alto potencial de resiliência, sendo 146,5 ($\pm 13,25$) a média do escore de resiliência.

O Coeficiente Alpha de Cronbach calculado para a avaliação de fidedignidade da ER foi de 0,75.

As frequências das variáveis do estudo em relação ao desfecho de satisfação com os serviços odontológicos são mostradas na tabela 1. Obtenção de consulta odontológica e resiliência foram as variáveis que apresentaram diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$), quando avaliadas em relação ao desfecho de satisfação com os serviços odontológicos.

Resultados da análise hierárquica:

1º Bloco (Tabela 2)

Não houve a associação estatisticamente significativa entre a variável desfecho e as demais variáveis que compõem este bloco, quais sejam: idade, sexo e cor da pele.

2º Bloco (Tabela 3)

Houve associação estatisticamente significativa entre a dificuldade para obtenção de consulta odontológica (“*obtenção de consulta odontológica regular ou ruim*”) e o desfecho ($p = 0,004$ e $0,01$, respectivamente); desta forma, os entrevistados insatisfeitos com os serviços odontológicos acessados, classificaram a obtenção de uma consulta odontológica como “regular” ou “ruim” mais frequentemente, quando em comparação aos entrevistados satisfeitos com os serviços odontológicos acessados.

O alto potencial de resiliência também apresentou associação estatisticamente significativa com a variável desfecho; tal associação foi mais forte quando ajustada dentro

do bloco ($p = 0,005$), perdendo a associação quando foi realizado o ajuste entre outros blocos ($p = 0,06$ e $0,07$).

3º Bloco (Tabela 4)

A variável procura por cuidados odontológicos inicialmente não apresentou associação estatisticamente significativa com o desfecho ($p = 0,06$); porém, após o ajuste entre os outros blocos, a procura por cuidados odontológicos “*orientada por problemas*” passou a apresentar associação com o desfecho ($p = 0,04$).

Já a variável hábito de fumar, não apresentou associação estatisticamente significativa com o desfecho em nenhum dos ajustes e, portanto, foi excluída do modelo final.

4º Bloco (Tabela 5)

As variáveis deste bloco, número de dentes, presença de lesão de mucosa e uso de prótese não apresentaram associação significativa com o desfecho. Assim sendo, nenhuma delas foi incluída no modelo final totalmente ajustado.

Modelo Totalmente Ajustado (Tabela 6)

No modelo final totalmente ajustado (Tabela 6), a variável obtenção de consulta odontológica, nas categorias “regular” e “ruim”, manteve-se associadas ao desfecho (valor de $p = 0,02$ e $0,03$, respectivamente). O alto potencial de resiliência manteve-se significativamente associado ao desfecho em estudo, aumentando a força de associação neste ajuste final (valor de $p = 0,03$). Por fim, a variável procura por cuidados odontológicos, “orientada por problemas”, perdeu associação estatisticamente significativa ao desfecho após o ajuste final (valor de $p = 0,18$).

Após as análises estatísticas realizadas neste estudo, observou-se uma *odds ratio* de 1,85 (IC de 95%: 1,10 a 3,12) entre a variável “obtenção de consulta odontológica - regular” e a “satisfação com o serviço odontológico acessado” e, também, *odds ratio* de 2,17 (IC de 95%: 1,05 a 4,50) entre a variável “obtenção de consulta odontológica - ruim” e o desfecho em questão.

A variável “alto potencial de resiliência”, representada por valores acima de 146 pontos atingidos na Escala de Resiliência, apresentou valores de *odds ratio* de 0,60 (IC de 95%: 0,37 a 0,97).

DISCUSSÃO

A satisfação dos usuários é um importante desfecho para avaliar serviços de saúde. Os resultados deste estudo transversal sugerem que a satisfação com os serviços odontológicos sofre a influência de algumas variáveis que integram o modelo teórico utilizado. Confirmou-se, então, a hipótese de que fatores psicológicos, sobretudo a resiliência, estão associados à satisfação com os serviços odontológicos acessados pelos idosos, mesmo quando outras variáveis são consideradas. Estes achados apontam para o entendimento de que a resiliência pode exercer um papel potencializador na adaptação positiva dos idosos frente à satisfação com os serviços odontológicos por eles acessados.

Ao demonstrar a associação entre a obtenção de consulta odontológica, entendida aqui como um fator determinante para o acesso ao serviço de saúde bucal, a resiliência, enquanto atributo psicológico, e a satisfação com os serviços odontológicos acessados, este estudo garante o seu caráter de originalidade, pois, dentre as inúmeras publicações que abordam a satisfação dos usuários com o serviço de saúde, não se encontram estudos que incorporam atributos psicológicos na explicação da satisfação reportada pelos indivíduos, mesmo diante de expectativas negativas sobre os serviços de saúde, tais como a dificuldade de acesso.

Nesse sentido, condutas resilientes, que potencializam as capacidades adaptativas frente a adversidades, pressupõem processo, ou seja, presença e interação dinâmica de diversos fatores²¹. Tal conceito reforça a hipótese confirmada por este estudo, haja visto que o alto potencial de resiliência apresentou associação estatisticamente significativa com a variável desfecho. Este achado encontra suporte em estudos que descrevem indivíduos considerados resilientes como aqueles que, ao invés de evitarem o risco, demonstram boa adaptação frente a ele²². Assim sendo, a resiliência seria capaz de explicar o paradoxo existente entre as limitações de acesso ao tratamento odontológico que as populações idosas enfrentam e, mesmo diante de tal situação, referir satisfação com os serviços odontológicos.

No que diz respeito à amostra avaliada, um ponto importante a ser destacado dentre os achados deste estudo, é o alto potencial de resiliência apresentado pela maioria dos idosos. Na literatura disponível, os autores Fortes, Portuguez e Argimon (2009)²³ e Santos et al (2010)²⁴ confirmam que um elevado potencial de resiliência, em meio à velhice, aumenta as possibilidades de um envelhecimento bem-sucedido.

Este estudo encontrou a ocorrência de associações independentes com a satisfação com os serviços odontológicos em variáveis distribuídas no bloco de determinantes primários (obtenção de consulta odontológica e potencial de resiliência) e no bloco de comportamentos de saúde (procura por cuidados odontológicos), embora esta última não tenha permanecido estatisticamente associada ao desfecho, quando as demais variáveis foram incorporadas na análise do modelo final. Tais associações permitem entender que, possivelmente, aquelas variáveis mais externas ao modelo sejam mais relevantes para a satisfação com os serviços odontológicos, do que variáveis odontológicas tradicionais como uso de prótese e perda dental.

As associações referidas acima divergem de estudos prévios, os quais demonstram associações entre variáveis clínicas odontológicas, necessidades de cuidados odontológicos e a satisfação dos usuários²⁵. Porém, mesmo demonstrando desacordo com a literatura prévia, este estudo se destaca por incluir variáveis mais distais em relação ao desfecho, como por exemplo, a resiliência, o que expande a evidência científica anterior e sugere que outras variáveis são importantes na construção da satisfação do usuário com o Serviço Odontológico acessado.

No que se refere à obtenção de consulta odontológica, exposição que apresentou associação estatística com o desfecho, tanto na análise bivariada, quanto na análise final ajustada, vale ressaltar que os entrevistados que classificaram a obtenção de uma consulta odontológica como “regular” ou “ruim” foram mais frequentemente insatisfeitos com os serviços odontológicos acessados. Esse achado evidencia a importância das condições de acesso aos serviços odontológicos para a percepção de satisfação com os mesmos.

Em consonância aos referidos achados, um estudo de base populacional avaliando a satisfação dos usuários da rede de Atenção Primária de Porto Alegre²⁶ relatou que os serviços classificados pelos usuários como de alto escore de orientação para APS

apresentam um grau maior de satisfação em vários aspectos avaliados quando comparados aos serviços de baixo escore de APS. Ainda que o acesso não tenha sido apontado como um item de maior grau de satisfação, esta variável, avaliada pela satisfação com o agendamento, compôs o que os autores chamaram de “elevação da satisfação”, demonstrando assim, a diferenciação entre os usuários que percebem a qualidade do processo de atenção recebida e os usuários que não a percebem. Este estudo serve de parâmetro, em que pese a diferença com o desfecho do presente estudo, ao associar a satisfação com o agendamento e a qualidade total do cuidado recebido.

Dentre as teorias de satisfação do usuário, a que mais se aproxima à hipótese inicial deste estudo é a “teoria da atribuição”, a qual foi inicialmente utilizada por Newsome & Wright (1999) para explicar a aparente contradição existente quando um usuário tem uma má experiência com o serviço odontológico e, ainda assim, expressa um alto índice de satisfação²⁷.

Como marco teórico deste estudo, construiu-se uma versão modificada do "Modelo Comportamental de Andersen de Utilização de Serviços de Saúde"²⁸ que é comumente utilizado em análises de desfechos de saúde bucal. Neste modelo teórico, as variáveis referentes aos serviços odontológicos foram elencadas dentre os determinantes primários e o acesso aos serviços, especificamente, foi avaliado pela obtenção de uma consulta odontológica. Pois, este estudo discorda da abordagem de Calnan et al (1994) quando o autor concluiu que a ênfase principal da satisfação deve ser colocada nos aspectos da relação profissional-paciente, ao invés de sobre a acessibilidade e disponibilidade dos serviços de saúde²⁹.

Em contrapartida, autores como Tuominen & Tuominen (1998), ao desenvolverem estudos com homens idosos finlandeses, elucidaram que, apesar de os sujeitos dentados apresentarem-se significativamente mais satisfeitos do que os idosos edêntulos, para ambos, a acessibilidade e a disponibilidade dos serviços apresentaram maior influência sobre a satisfação com os serviços odontológicos³⁰.

Além disso, o presente estudo se destaca por entender e abordar o acesso aos serviços odontológicos a partir da perspectiva da obtenção de uma consulta odontológica, ao contrário dos estudos comumente encontrados na literatura, os quais utilizam-se de

diferentes abordagens para este aspecto e que muitas vezes não representam esta dimensão. Dentre as abordagens mais referidas na literatura se podem citar: tempo de espera, tempo de consulta e utilização frequente ou infrequente do serviço de saúde²⁵; última visita ao dentista, tempo de espera e atendimento regular³¹; visita ao dentista nos últimos 12 meses³² e tempo de espera nas consultas e agendamento de consulta³³.

Portanto, a abordagem e os achados desta pesquisa vão ao encontro de uma revisão de estudos sobre a satisfação dos usuários com os serviços odontológicos, a qual demonstra que, dentre as características da prestação de cuidados em saúde, a que mais influencia a satisfação do usuário é o acesso aos serviços³².

Em um recente estudo de Coorte com idosos suecos, que tratou sobre as descrições e dimensões de satisfação com o atendimento odontológico, concluiu-se que a satisfação com atendimento odontológico foi alta, de modo geral, com relação a mais recente consulta odontológica. Os autores são enfáticos ao afirmar que a disponibilidade e a acessibilidade aos cuidados odontológicos são óbvios fatores vitais, sem estas duas dimensões não há como estar satisfeito³¹.

Alguns estudos são complementares ao considerar que, caso a acessibilidade aos cuidados dentários seja boa, então, os comportamentos de utilização e padrões de atendimento odontológico, estarão relacionadas à satisfação^{25,31,34}. Usuários regulares dos serviços odontológicos são conhecidos por serem mais satisfeitos, uma vez que uma das razões para não ser um visitante regular pode ser a insatisfação com cuidado oferecido. O referido estudo de coorte demonstrou associação positiva entre satisfação e uso regular dos serviços odontológicos, fato corroborado por estudos preliminares de Liddell & Locker (1992)³⁵.

Diante do consenso de que o uso regular dos serviços odontológicos está associado à satisfação com os mesmos, os resultados apontados por esta pesquisa permitem ampliar a discussão, pois fica claro que a manutenção de um padrão regular de uso do serviço odontológico apenas acontece mediante a obtenção de uma consulta odontológica de maneira satisfatória. Esta consideração encontra suporte teórico em Andersen²⁸ ao priorizar que o termo acesso apresenta-se como um dos elementos essenciais ligados à organização

dos serviços de saúde, uma vez que se refere à entrada no serviço de saúde e à continuidade do cuidado.

Stahlnacke et al, em 2007, demonstraram que nenhuma das variáveis sócio-econômicas incluídas apresentou qualquer correlação significativa com a satisfação com o serviço odontológico³¹. Tal qual os achados deste estudo. O que pode ser interpretado de forma positiva, pois não há grandes diferenças entre homem ou mulher, indivíduos altamente educados ou não, cor da pele e renda dos usuários dos serviços odontológicos.

Este estudo apresenta alguns pontos fortes e algumas limitações. Dentre seus pontos fortes estão a característica da amostra e a considerável validade externa dos achados, o que permite nortear estudo futuros sobre as variáveis que podem compor modelos explicativos de satisfação dos usuários com os serviços odontológicos e com isso, melhor orientar os serviços na busca por qualificação para atender às peculiaridades das pessoas idosas. Dentre as limitações do estudo, encontra-se a escassez de um modelo teórico comumente aceito sobre a satisfação do usuário com os serviços odontológicos.

Em conclusão, este estudo analisou os fatores que influenciam a satisfação dos idosos com os serviços odontológicos; elucidando a relação entre a obtenção de consulta odontológica e o atributo psicológico de resiliência, e sugerindo que recursos psicológicos, e não apenas características clínicas odontológicas e de organização dos serviços, podem desempenhar um papel importante na percepção de satisfação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. IBGE [Internet]. Perfil dos Idosos responsáveis por domicílios. 2000 [acesso em 2011 ago 8]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>
2. Schramm JM de A *et al.* Epidemiological transition and the study of burden of disease in Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004; 9(4):897-908.
3. Berquó E. Considerações sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: Neri AI, Yassuda MS, editores. *Velhice e Sociedade*. São Paulo, Campinas: Ed. Papyrus; 2004. p. 11-40.
4. Wagnild G. Resilience and successful aging: comparison among low and high income older adults. *Journal of Gerontological Nursing*. 2003; 29(12):42-49.

5. Espiridião MA, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22(6):1267-1276.
6. Gouveia GC et al. Satisfação dos usuários com a assistência de saúde em Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 16(3):1849-1861.
7. Barros FC, Victora CG. *Epidemiologia da Saúde Infantil: um manual para diagnósticos comunitários*. 3 Edição, HUCITEC – UNICEF; 1998.
8. Brasil. Ministério da Saúde. *Caderno de Atenção Básica nº 19: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília, DF. 2006a.
9. 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.
10. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. 1996.
11. IBGE [Internet]. Sinopse do Censo Demográfico de 2010. 2010-[acesso em 2011 out 10]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse/default_sinopse.shtm
12. Gilbert GH, Shelton BJ, Fisher MA. Forty-eight-month periodontal attachment loss incidence in a population-based cohort study: role of baseline status, incident tooth loss, and specific behavioural factors. *J Periodontol*. 2005; 76(7):1161-1170.
13. Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *J Nurs Meas*. 1993; 1(2):165-177.
14. Pesce RP et al. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(2):436-448.
15. Paula-Couto MCP, Koller SH, Novo RF. Resiliência no Envelhecimento: Risco e Proteção. In: Falcão DVS, Dias CMSB. *Maturidade e velhice: Pesquisas e intervenções psicológicas*. 1 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006. p. 314-318.
16. Martins AB. Resiliência e autopercepção de saúde bucal: Considerações de uma análise hierárquica. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre, 2009.
17. OMS. Organização Mundial de Saúde. *Levantamentos em Saúde Bucal*. São Paulo, SP: Livraria e Editora Santos; 1999.
18. Agerberg G, Carlsson GE. Chewing ability in relation to dental and general health. Analyses of data obtained from a questionnaire. *Acta Odontol Scand*. 1981; 3:147-153.
19. Andersen RM, Davidson PL. Ethnicity, aging, and oral health outcomes: a conceptual framework. *Adv Dent Res*. 1997; 11(2):203-209.

20. Hosmer DW, Lemeshow S. Applied Logistic Regression. New York: Wiley; 1989.
21. Grotberg EH. Nuevas tendencias en resiliencia. In: Mellio A, Ojeda E, Nestor S. **Resiliencia:** descubriendo las propias fortalezas. Buenos Aires: Paidós; 2003.
22. Cowan PA, Cowan CP, Schulz MS. Thinking about risk and resilience in families. In: Hetherington EM, Blechman EA. Stress, coping, and resilience in children and families. New Jersey: Lawrence Erlbaum; 1996. p. 01-38.
23. Fortes TFR, Portuguese MW, Argimon IIL. A Resiliência em idosos e sua relação com variáveis sociodemográficas e funções cognitivas. Estudos de Psicologia. 2009; 26(4):455-463.
24. Santos LMO et al. Resiliência e auto-estima em idosos assistidos na rede de atenção básica de saúde em Natal/RN. Anais da XVII Semana de Humanidades. UFRN; 2010.
25. Qatari GA, Haran D. Determinants of users' satisfaction with primary health care settings and services in Saudi Arabia. International Journal for Quality in Health Care. 1999; 11(6):523-531.
26. Zils AA, Castro RCL, Oliveira MMC, Harzheim E, Duncan B. Satisfação dos usuários da Rede de Atenção Primária de Porto Alegre. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. 2009; 4(16):270-276.
27. Newsome PRH, Wright GH. A review of patient satisfaction: concepts of satisfaction. British Dental Journal. 1999; 186(4):161-165.
28. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? Journal of Health and Social Behavior. 1995; 36:1-10.
29. Calnan M et al. Major determinants of consumer satisfaction with primary care in different health systems. Fam Pract. 1994; 11:468-478.
30. Tuominen R, Tuominen M. Satisfaction with dental care among elderly Finnish men. Community Dentistry and Oral Epidemiology. 1998; 26(2):95-100.
31. Stahlacke K, Söderfeldt B, Unell L, Halling A, Axtelius B. Patient satisfaction with dental care in one Swedish age cohort, part II – what affects satisfaction. Swed Dent J. 2007; 31(3):137-146.
32. Bamise CT, Bada TA, Bamise FO, Ogunbodede EO. Dental Care Utilization and Satisfaction of Residential University Students. Libyan J Med. 2008; 3(3):140-143.
33. Slack-Smith L, Lange A, Paley G, O'grady M, French D, Short L. Oral health and access to dental care: a qualitative investigation among older people in the community. Gerodontology. 2010; 27:104-113.
34. Mcgrath C, Bedi R. An evaluation of a new measure of oral health related quality of life WOHQoL-UK. Community Dental Health. 2001; 18(3):138-143.

35.Lidell A, Locker D. Dental visit satisfaction in a group of adults aged 50 years and over. *J Behav Med.* 1992; 15:415-427.

Tabela 1. Distribuição de frequências das variáveis preditoras em relação à satisfação com o Serviço Odontológico.

		<i>Satisfeito com o Serviço Odontológico</i>	<i>Insatisfeito com o Serviço Odontológico</i>	<i>P</i>
		<i>N (%) / média (±dp)</i>	<i>N (%) / média (±dp)</i>	
IDADE		69,52 (±7,24)	70,69 (±7,25)	0,15
SEXO	1. Masculino	222 (32,7%)	28 (32,2%)	0,91
	2. Feminino	456 (67,3%)	59 (67,8%)	
COR DA PELE	1. Branco	435 (64,7%)	55 (64,7%)	0,37
	2. Negro	99 (14,7%)	10 (11,8%)	
	3. Pardo	104 (15,5%)	18 (21,2%)	
	4. Outros	34 (5,1%)	2 (2,4%)	
OBTENÇÃO DE CONSULTA	1. Bom	327 (49,8%)	26 (31,3%)	0,005
	2. Regular	263 (40,1%)	44 (53,0%)	
	3. Ruim	66 (10,1%)	13 (15,7%)	
TIPO DE SERVIÇO	1. Serviço Público	78 (13,4%)	10 (12,8%)	0,95
	2. Plano de Saúde	356 (61,3%)	47 (60,3%)	
	3. Serviço Privado	147 (25,3%)	21 (26,9%)	
ESCOLARIDADE	0. Analfabeto	46 (6,8%)	11 (12,6%)	0,14
	1. 1 a 8 anos	429 (63,3%)	52 (59,8%)	
	2. > 8 anos	203 (29,9%)	24 (27,6%)	
RENDA	0. 0 a 1000	214 (31,6%)	28 (32,2%)	0,71
	1. 1001 a 1500	143 (21,1%)	14 (16,1%)	
	2. 1501 a 3000	194 (28,6%)	26 (29,9%)	
	3. > 3001	127 (18,7%)	19 (21,8%)	
SUPORTE SOCIAL	0. Sim	73 (10,8%)	8 (9,2%)	0,65
	1. Não	605 (89,2%)	79 (90,8%)	
RESILIÊNCIA	0. 0 - 145	297 (43,8%)	52 (59,8%)	0,005
	1. 146 - 175	381 (56,2%)	35 (40,2%)	
HÁBITO DE FUMAR	1. Sim	119 (17,7%)	14 (16,1%)	0,71
	2. Não	555 (82,3%)	73 (83,9%)	
PROCURA POR CUIDADOS	1. Nunca vai	113 (16,7%)	18 (20,7%)	0,11
	2. Orientada a problemas	397 (58,6%)	56 (64,4%)	
	3. Visitas Regulares	168 (24,8%)	13 (14,9%)	
NÚMERO DE DENTES	0. Edêntulo	197 (30,9%)	29 (35,4%)	0,64
	1. 1 a 19 dentes	346 (54,2%)	43 (52,4%)	
	2. 20 ou mais dentes	95 (14,9%)	10 (12,2%)	
PRESENÇA DE LESÃO	0. Ausente	560 (89,9%)	70 (86,4%)	0,33
	1. Presente	62 (10,1%)	11 (13,6%)	
PRÓTESE SUPERIOR	0. Sem Próteses	112 (17,6%)	11 (13,4%)	0,60
	1. Prótese Fixa e Removível	166 (26,0%)	21 (25,6%)	
	2. Prótese Total	360 (56,4%)	50 (61,0%)	
PRÓTESE INFERIOR	0. Sem Próteses	317 (49,7%)	37 (45,1%)	0,51
	1. Prótese Fixa e Removível	171 (26,8%)	21 (25,6%)	
	2. Prótese Total	150 (23,5%)	24 (29,3%)	

Tabela 2. Associação entre variáveis do 1º bloco (variáveis exógenas) e satisfação com o Serviço Odontológico.

Variável	Valores	OR Bruta (IC 95%)	P	OR Ajustada (IC 95%)	P
IDADE		1,02 (0,99 - 1,05)	0,15	1,02 (0,99 - 1,05)	0,19
SEXO	1. Masculino	1		1	
	2. Feminino	1,02 (0,63 - 1,65)	0,91	0,98 (0,60 - 1,59)	0,94
COR DA PELE	1. Branco	1		1	
	2. Negro	0,79 (0,39 - 1,62)	0,53	0,82 (0,40 - 1,68)	0,60
	3. Pardo	1,36 (0,77 - 2,42)	0,28	1,43 (0,80 - 2,55)	0,22
	4. Outros	0,46 (0,10 - 1,99)	0,30	0,44 (0,10 - 1,91)	0,27

Tabela 3. Associação entre variáveis do 2º bloco (determinantes primários) e satisfação com o Serviço Odontológico.

Variável	Valores	OR Bruta (IC 95%)	p	OR Ajustada ^a - (IC 95%)	p	OR Ajustada ^b - (IC 95%)	p
OBTENÇÃO DE CONSULTA	1. Bom	1		1		1	
	2. Regular	2,10 (1,26 - 3,50)	0,004	2,12 (1,22 - 3,71)	0,008	2,19 (1,25 - 3,83)	0,006
	3. Ruim	2,47 (1,21 - 5,07)	0,01	3,10 (1,37 - 7,00)	0,006	3,08 (1,36 - 6,97)	0,007
TIPO DE SERVIÇO	1. Serviço Público	1		1		1	
	2. Plano de Saúde	1,03 (0,49 - 2,12)	0,93	1,44 (0,62 - 3,32)	0,39	1,38 (0,59 - 3,21)	0,49
	3. Serviço Privado	1,11 (0,50 - 2,48)	0,79	1,46 (0,60 - 3,54)	0,40	1,42 (0,58 - 3,47)	0,43
ESCOLARIDADE	0. Analfabeto	1		1		1	
	1. 1 a 8 anos	2,02 (0,92 - 4,42)	0,07	2,04 (0,76 - 5,45)	0,15	1,69 (0,61 - 4,67)	0,30
	2. > 8 anos	1,02 (0,61 - 1,71)	0,92	1,21 (0,65 - 2,23)	0,54	1,05 (0,55 - 1,99)	0,87
RENDA	0. 0 a 1000	1		1		1	
	1. 1001 a 1500	0,87 (0,46 - 1,63)	0,67	0,65 (0,29 - 1,43)	0,28	0,68 (0,38 - 1,51)	0,34
	2. 1501 a 3000	0,65 (0,31 - 1,35)	0,25	0,56 (0,23 - 1,36)	0,20	0,59 (0,24 - 1,43)	0,24
	3. > 3001	0,89 (0,47 - 1,68)	0,73	0,81 (0,38 - 1,73)	0,59	0,86 (0,40 - 1,84)	0,70
SUPORTE SOCIAL	0. Sim	1		1		1	
	1. Não	1,19 (0,55 - 2,56)	0,65	0,89 (0,40 - 1,98)	0,7	0,92 (0,41 - 2,05)	0,84
RESILIÊNCIA	0. 0 - 145	1		1		1	
	1. 146 - 175	0,52 (0,33 - 0,82)	0,005	0,62 (0,37 - 1,03)	0,06	0,62 (0,37 - 1,04)	0,07

a. Associações ajustadas para determinantes primários.

b. Associações ajustadas para variáveis exógenas e determinantes primários

Tabela 4. Associação entre variáveis do 3º bloco (comportamentos de saúde bucal) e satisfação com o Serviço Odontológico.

Variável	Valores	OR Bruta (IC 95%)	p	OR Ajustada ^a - (IC 95%)	p	OR Ajustada ^b - (IC 95%)	P
PROCURA POR CUIDADOS	1. Nunca vai	1		1		1	
	2. Orientada a problemas	2,05 (0,97 - 4,36)	0,06	2,14 (1,00 - 4,56)	0,05	1,58 (0,72 - 3,5)	0,25
	3. Visitas Regulares	1,82 (0,97 - 3,42)	0,06	1,85 (0,98 - 3,48)	0,06	1,47 (0,77 - 2,82)	0,24
HÁBITO DE FUMAR	1. Sim	1		1		1	
	2. Não	1,11 (0,61 - 2,04)	0,71	1,18 (0,64 - 2,18)	0,58	1,05 (0,55 - 2,03)	0,87

- a. Associações ajustadas para comportamentos de saúde bucal.
 b. Associações ajustadas para variáveis exógenas, determinantes primários e comportamentos de saúde bucal.

Tabela 5. Associação entre variáveis do 4º bloco (Condições de SB) satisfação com o Serviço Odontológico.

Variável	Valores	OR Bruta (IC 95%)	p	OR Ajustada ^a (IC 95%)	p	OR Ajustada ^b (IC 95%)	p
NÚMERO DE DENTES	0. Edêntulo	1		1		1	
	1. 1 a 19 dentes	0,84 (0,51 - 1,39)	0,50	1,08 (0,46 - 2,51)	0,85	1,14 (0,48 - 2,72)	0,75
	2. 20 ou mais dentes	0,71 (0,33 - 1,52)	0,38	1,01 (0,32 - 3,15)	0,97	1,18 (0,56 - 3,79)	0,77
PRESENÇA DE LESÃO	0. Ausente	1		1		1	
	1. Presente	1,39 (0,70 - 2,77)	0,34	1,40 (0,70 - 2,80)	0,33	1,18 (0,56 - 2,47)	0,65
PRÓTESE SUPERIOR	0. Sem Próteses	1		1		1	
	1. Prótese Fixa e Removível	1,28 (0,59 - 2,77)	0,51	0,81 (0,35 - 1,88)	0,62	0,88 (0,38 - 2,05)	0,77
	2. Prótese Total	1,41 (0,72 - 2,80)	0,32	1,01 (0,53 - 1,94)	0,95	1,20 (0,61 - 2,38)	0,58
PRÓTESE INFERIOR	0. Sem Próteses	1		1		1	
	1. Prótese Fixa e Removível	1,05 (0,59 - 1,85)	0,86	0,73 (0,31 - 1,73)	0,47	0,68 (0,28 - 1,63)	0,39
	2. Prótese Total	1,37 (0,79 - 2,37)	0,26	0,75 (0,28 - 2,02)	0,57	0,75 (0,27 - 2,05)	0,57

a. Associações ajustadas para condições atuais de saúde bucal (Condições de SB).

b. Associações ajustadas para variáveis exógenas, determinantes primários, comportamentos de saúde bucal e estado bucal.

Tabela 6. Modelo totalmente ajustado.

Variável	Valores	OR Ajustada^b - (IC 95%)	P
OBTENÇÃO DE CONSULTA	1. Bom	1	
	2. Regular	1,85 (1,10 - 3,12)	0,02
	3. Ruim	2,17 (1,05 - 4,49)	0,03
RESILIÊNCIA	0. 0 – 145	1	
	1. 146 – 175	0,60 (0,37 - 0,97)	0,03
PROCURA POR CUIDADOS	1. Nunca vai	1	
	2. Orientada a problemas	1,69 (0,77 - 3,71)	0,18
	3. Visitas Regulares	1,53 (0,80 - 2,91)	0,19

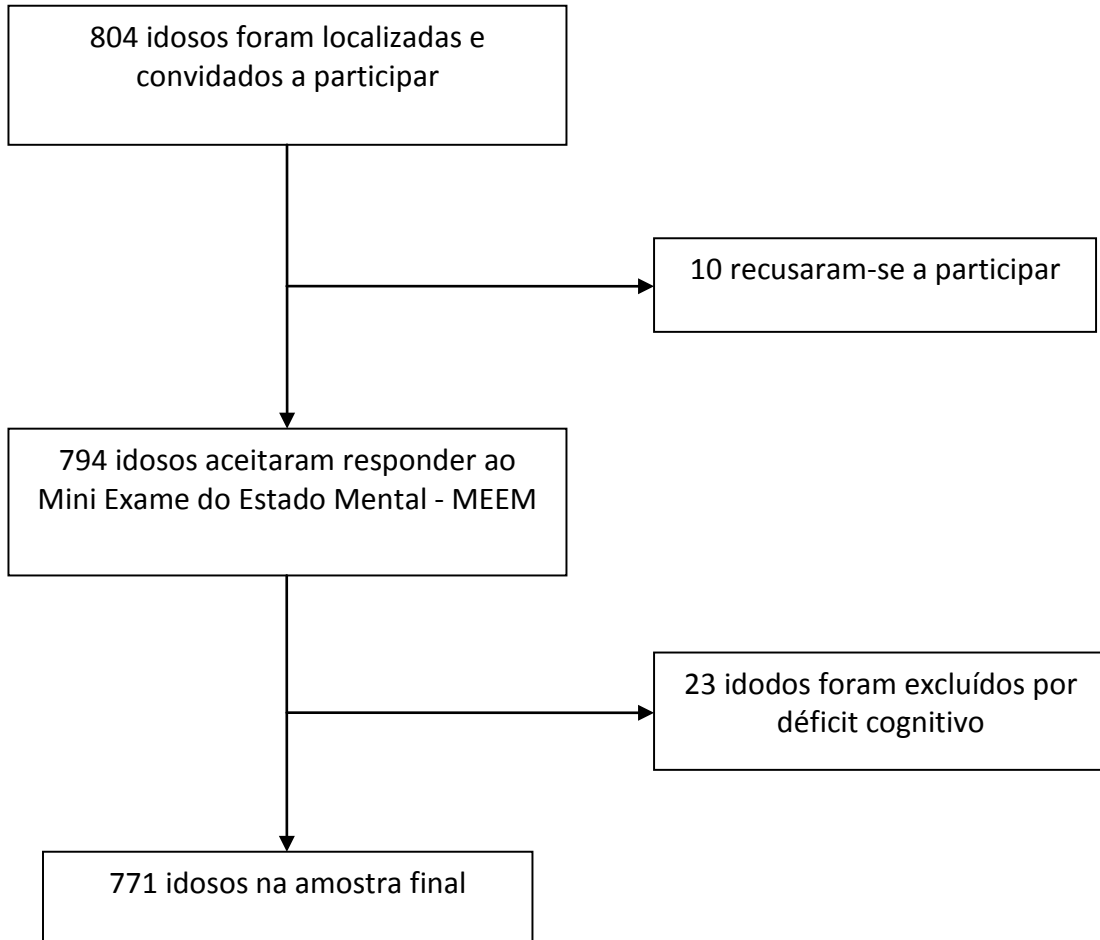
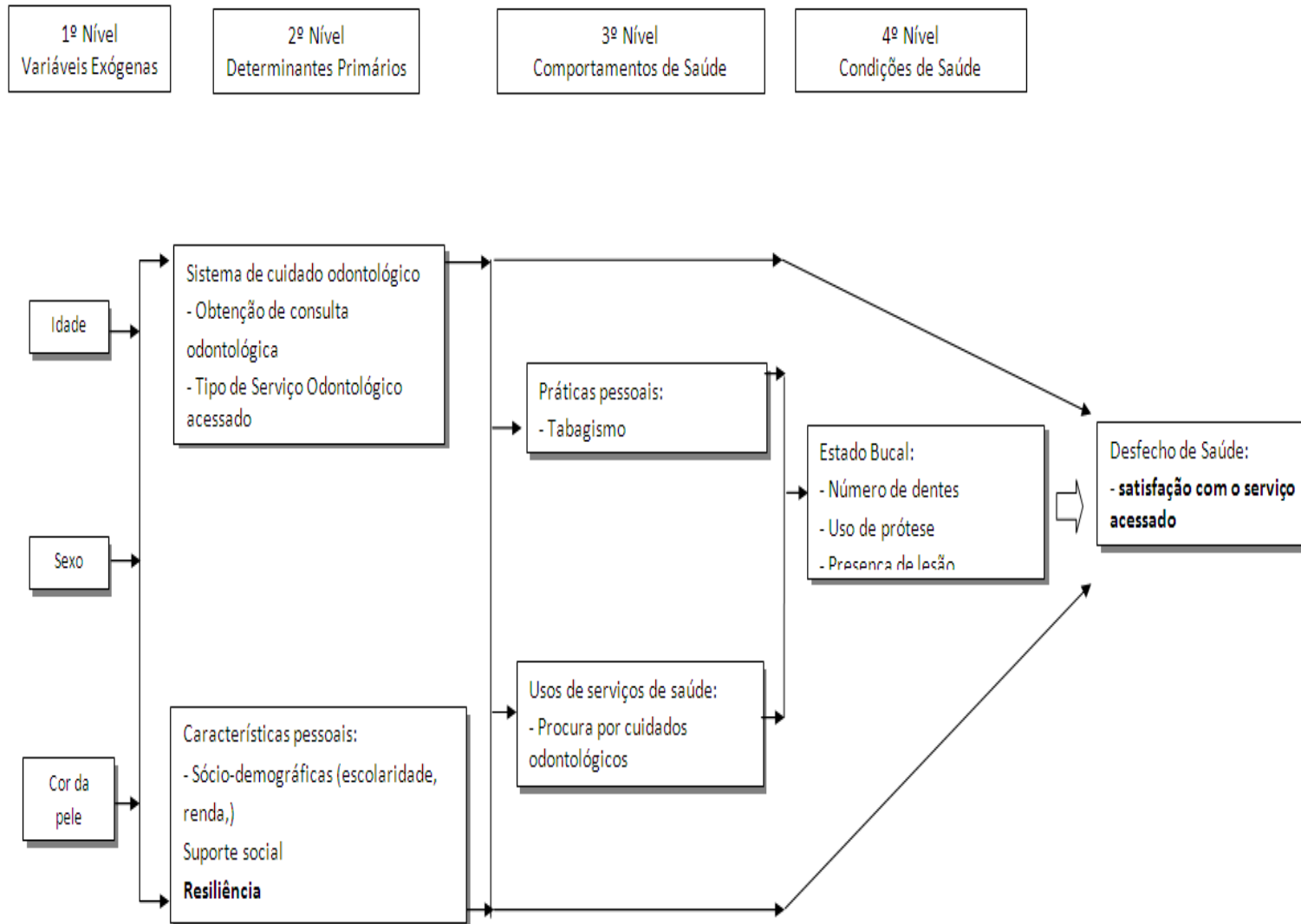
Figura 1. Processo de definição da amostra

Figura 2. Modelo Teórico Conceitual de Saúde Bucal



CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo foi desenvolvido para investigar a associação entre a resiliência e a satisfação com os Serviços Odontológicos, levando em consideração variáveis exógenas, determinantes primários, comportamentos e condições de saúde, entre idosos residentes em uma gerência distrital do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Após a análise totalmente ajustada, foi possível observar a associação entre a resiliência e tal desfecho, além disso, a obtenção de uma consulta odontológica também se manteve associada ao desfecho.

Entretanto, os resultados de muitos estudos de satisfação dos usuários com os serviços de saúde revelam uma série de determinantes de satisfação, sugerindo que sua determinação é complexa e incorpora exposições em distintas camadas. Deste modo, os achados sugerem que uma exposição isolada não poderia ser considerada como única explicação de satisfação ou insatisfação. Não obstante, existem variáveis que explicam a satisfação ou insatisfação mais do que outras.

Muitos idosos têm seu comportamento atual baseado em experiências e informações de muitas décadas atrás, enfatizando a importância de fatores temporais em saúde bucal. Além disso, é evidente que há um forte componente emocional na percepção individual, nas atitudes e nas experiências de atendimento odontológico, o que leva a referir satisfação ou insatisfação (Slack-Smith et al, 2010). Tal qual ficou elucidado por este estudo, ao demonstrar a associação entre a resiliência e à satisfação com os serviços odontológicos, uma variável mais distal em relação ao desfecho, o que permite avançar na ideia de que outros fatores podem estar envolvidos no processo de satisfação com os serviços odontológicos.

Há que se enfatizar ainda, as extensas perdas dentárias que afetam os idosos, colocando este grupo como prioritário nos cuidados odontológicos, o que traz à tona, inevitavelmente, as questões do acesso dos idosos ao atendimento odontológico. Sabe-se que os idosos apresentam quadros clínicos complexos e plurais e, conseqüentemente, acessam e demandam os serviços de saúde com relativa regularidade; contudo, em Odontologia o mesmo não ocorre, pois este grupo

etário não costuma fazer visitas regulares ao Serviço de Odontologia. Estudos progressos relatam, ainda, que a demanda atual por serviços odontológicos de pessoas nessa faixa etária pode ser inibida pela percepção de que check-ups e tratamento são menos importantes em idosos e entre aqueles que utilizam próteses (Slack-Smith et al, 2010). Por fim, as pessoas idosas permanecem à margem das ações de prevenção de agravos e promoção de saúde.

Outros pontos significativos para as pessoas idosas, são as questões do elevado custo dos serviços odontológicos privados e da disponibilidade e do acesso ao tratamento odontológico na rede pública de saúde. Este estudo demonstrou a associação entre a obtenção de uma consulta odontológica e a satisfação com os Serviços Odontológicos, outra variável que se encontrava mais distal em relação ao desfecho no modelo teórico conceitual de saúde bucal construído para este estudo, enfatizando a importância do acesso efetivo ao cuidado em saúde bucal.

Os resultados encontrados no presente estudo, relativos à satisfação dos idosos com os Serviços Odontológicos, expandem o conhecimento anterior sobre o tema e avançam no entendimento de que a percepção do usuário deve estar integrada à avaliação do serviço odontológico. Estes achados somados aos elevados custos do atendimento odontológico privado e às dificuldades encontradas pelo sistema único de saúde em oferecer atendimentos de reabilitação aos idosos, expõem as necessidades de readequação dos serviços odontológicos, no sentido de oferecer um cuidado efetivo em saúde a este grupo etário; a fim de que tanto a complexidade clínica do idoso, quanto as questões psicológicas do envelhecimento bem sucedido possam estar contempladas, diminuindo as iniquidades no uso dos serviços odontológicos e ampliando a satisfação dos usuários com os serviços acessados.

Mais além, acredita-se que pessoas capazes de construir processos favoráveis de adaptação à adversidade, por exemplo, idosos com altos potenciais de resiliência, possivelmente possam desenvolver respostas favoráveis às conseqüências que podem advir de problemas bucais (Laranjeira, 2007). E, além disso, acredita-se que comportamentos resilientes possam mascarar possíveis insatisfações com serviços odontológicos não adequados às necessidades das pessoas idosas.

Em que pese as limitações deste estudo, há que se levar em consideração o aspecto inovador da sua proposta; assim sendo, julga-se que os resultados encontrados possuem relevância e merecem ser aprofundados.

Urge, portanto, que as potencialidades e as percepções dos idosos sejam estudadas amplamente para que este conhecimento possa auxiliar nas descobertas a respeito do que realmente é capaz de promover uma maior satisfação dos usuários dos Serviços Odontológicos. Desta forma, conclui-se este estudo reiterando a necessidade de ampliar o conhecimento na área. Reforça-se também a premência de que encontremos formas de promover saúde antes que os danos sejam feitos, pois os idosos brasileiros possuem histórias e desfechos de saúde bucal que não podem ser perpetuados, mesmo que as novas gerações possuam dispositivos para enfrentá-los.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDERSEN, R.M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **Journal of Health and Social Behavior**, v.36, p.1-10, 1995.

ANDERSEN, R.M., DAVIDSON P.L. Ethnicity, aging, and oral health outcomes: a conceptual framework. **Adv Dent Res**, v.11, n.2, p. 203-209, 1997.

ANDERSEN, R.M., DAVIDSON P.L. Ethnicity, aging, and oral health outcomes: a conceptual framework. **Adv Dent Res**, v.11, n.2, p. 203-209, 1997.

ASPINAL, F., ADDINGTON, H., HUGHES, R., HIGGINSON, I.J. Using satisfaction to measure the quality of palliative care: a review of the literature. **Journal of Advanced Nursing**, v.42, n.4, p.324-339, 2003.

BAKER, S.R. Applying Andersen's behavioural model to oral health: what are the contextual factors shaping perceived oral health outcomes? **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v.37, p.485-494, 2009.

BERQUÓ, E. Considerações sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: NERI, AL; YASSUDA, MS. **Velhice e Sociedade**. p. 11-40. Ed. Papyrus. Campinas, São Paulo, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde**. Brasília DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 19: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília DF, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011**. Brasília DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 2.528 - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília DF, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 325/GM, de 21 de fevereiro de 2008**. Brasília DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2003 - Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais**. Brasília DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SBBrasil 2010 - Pesquisa Nacional de Saúde Bucal**. 2011. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/cnsb/sbbrasil/index.html>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília, DF, 2005.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Ver. Saúde Pública**, v.31, n.2, p.184-200, 1997.

COLOSSI, C.F., DE FREITAS, S.F.T. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, p. 1313-1320, 2002.

DONABEDIAN, A. Garantia y Monitoria de La Calidad de La Atención Médica. Cuernavaca, Morelos, México. **Instituto Nacional de La Sallud Pública**, 1992.

DONABEDIAN, A. La calidad de la atención médica. La prensa mexicana, 1984. In: Campos, CEA. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**; v.5, n.1, p.63-69, 2005.

EARVOLINO-RAMIREZ, M. Resilience: A concept analysis. **Nursin Forum**, v. 42, n2, p. 73-82, 2007.

ESPERIDIAO, M.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.10, 2005.

ESPIRIDIAO, M.A., TRAD, L.A.B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cad. Saúde Pública**. v.22, n.6, p.1267-1276, 2006.

FONTES, A.P. Resiliência, Segundo o paradigma do desenvolvimento ao longo da vida (*life-span*). **Revista Kairós**, v.7, p.8-20, 2010.

FORTES, T.F.R., PORTUGUEZ, M.W., ARGIMON, I.I.L. A Resiliência em idosos e sua relação com variáveis sociodemográficas e funções cognitivas. **Estudos de Psicologia**, v.26, n.4, p.455-463, 2009.

GIFT, H.C., ATCHINSON, K.A., DRURY, T.F. Perceptions of natural dentition in the context of multiple variables. **J Dent Res**, v.77, p.1529-1538, 1998.

HARDY, S.E., CONCATO, J., GILL, T.M. Resilience of Community-Dwelling Older Persons. **J Am Geriatr Soc**, v.52, n.2, p.257-262, 2004.

HUGO, F.N. *et al.* Correlates of partial tooth loss and edentulism in the Brazilian elderly. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.35, n. 3, p.224-232, 2007.

IBGE. **Perfil dos Idosos responsáveis por domicílios**. 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>

IBGE. **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. **Sinopse do Censo Demográfico de 2010**. 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse/default_sinopse.shtm

LAMOND, A.J. *et al.* Measurement and predictors of resilience among community-dwelling older women. **J Psychiatr Res**, v.43, n.2, p.148-154, 2008.

LARANJEIRA, C.A.S.J. Do vulnerável ser ao resiliente envelhecer: Revisão de literatura. **Psic: Teor e Pesq** v.23, n.3, p.327-332, 2007.

LOCKER, D., SLADE, G. Oral health and the quality of life among older adults: The oral health impact profile. **J Can Den Assoc**, v. 59, n.10, p.830-838, 1993.

MENDES, E.V. As Redes de Atenção à Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, E.V. As redes de atenção à Saúde. **Organização Pan-Americana da Saúde**. 2ª Edição. Brasília/DF, 2011.

MILLMAN, M.L. Access to Health Care in America. In: LAILA GULZAR, R.N. Access to Health Care. **Journal of Nursing Scholarship**, v.31, p.13-19, 1999.

MOREIRA, R.S., *et al.* A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. **Cad Saúde Pública**, v. 21, n.6, p.1665-1675, Nov-dez, 2005.

NATUVELI, G., BLANE, D. Quality of life in older ages. **Br Med Bull**, v.85, n. : 113-126, fev. 15, 2008.

NERI, A.L. Teorias psicológicas do envelhecimento: percurso histórico e teorias atuais. In: FREITAS, E.V., PY, L., CANÇADO, F.A.X., DOLL, J., GORZONI, M.L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara, Koogan, p.58-77, 2006.

NORONHA, M.G.R.D.C.S. *et al.* Resiliência: nova perspectiva na promoção da saúde da família? **Ciência e Saúde Coletiva**, v.14, n.2, p.497-506, 2009.

PAULA-COUTO, M.C.P., KOLLER, S.H., NOVO, R.F. Resiliência no Envelhecimento: Risco e Proteção. In: FALCÃO, D.V.S., DIAS, C.M.S.B. **Maturidade e velhice: Pesquisas e intervenções psicológicas**. 1 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, v. 2, p.314-318, 2006.

PEREIRA, A.M.S. Resiliência, personalidade, stress e estratégias de coping. In: YUNES, MAM E SZYMANSKI, H. **Resiliência e Educação**. Ed. Cortez, 2ªEd, São Paulo, SP,p.77-94, 2001.

PETERSEN, P.E., YAMAMOTO, T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v.33, p.81-92, 2005.

POLETTI, M., KOLLER, S.H. Contextos ecológicos: promotores de resiliência, promotores de risco e de proteção. **Estud Psicol**, v.25, n.3, p.405-416, 2008.

PUCCA, JR G.A. Saúde bucal do idoso: Aspectos sociais e preventivos. In: **Gerontologia** (M. Papaléo Neto, org.), p. 297-310, São Paulo: Editora Atheneu. 1996.

ROSA, A.G.F., FERNANDEZ, R.A.C., PINTO, V.G., RAMOS, L.R. Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no Município de São Paulo (Brasil). **Revista de Saúde Pública**, v.26, p.155-160, 1992.

RUTTER, M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. **Am J Orthopsychiatric**, v.57, n.3, p.316-331, 1987.

RYFF, C.D., SINGER, B., LOVE, G.D. Resilience in adulthood and later life: defining features and dynamic processes. In: LOMRANZ, J. **Handbook of aging and mental health: an interrogative approach**. Edited by: Plenum Press. New York, 1998.

SANTOS, L.M.O. *et al.* Resiliência e auto-estima em idosos assistidos na rede de atenção básica de saúde em Natal/RN. **Anais da XVII Semana de Humanidades**, UFRN, 2010.

SCHAIE, K.W., HOFER, S.M. Longitudinal studies in research on aging. In: BIRREN, J.E., SCHAIE, K.W. **Handbook of the psychology of aging**. San Diego, CA: Academic Press, 2001.

SCHRAMM, J.M. de A. *et al.* Epidemiological transition and the study of burden of disease in Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.4, p.897-908, 2004.

SHINKAI, R.S.A., CURY, A.A.D.B. O Papel da odontologia na equipe interdisciplinar: Contribuindo para a atenção integral ao idoso. **Cad Saúde Pública**, v.16, n.4, p.1099-1109, outubro, 2000.

SILVA, A.L., SANTRAIN, M.V.L. Interferência do perfil epidemiológico do idoso na atenção odontológica. **Rev Bras Epidemiol**, v.9, n.2, p.242-250, 2006.

SILVA, S.R.C, CATELLANOS-FERNANDES, R.A. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. **Rev Saúde Pública**, v.35, n.4, p.349-355, 2001.

SILVA, S.R.C., FERNANDES, R.A.C. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. **Ver. Saúde Pública**, v.35, n.4, p.349-355, 2001.

SMITH, J., BORCHELT, M., MAIER, H., JOOP, D. Health and well-being in the young and oldest old. **Journal os Social Issues**. v.58, n.4, p.715-732, 2002.

STARFIELD, B. Acessibilidade e primeiro contato: a “porta”. In: Starfield B, organizador. **Atenção primária – equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; p. 207-245, 2002.

STRAUSS, R.P., HUNT, R.J. Understanding the value of teeth to older adults: Influences on the quality of life. **Journal of the American Dental Association**, v.124, p.105-110, 1993.

SUSIN, C., OPPERMAN, R.V., HAUGEJORDEN, O., ALBANDAR, J.M. Tooth loss and associated risk indicators in an adult urban population from south Brazil. **Acta Odontol Scand**, v.63, p.85-93, 2005.

TEIXEIRA, C.F. Epidemiological transition, health care model, and social security in Brazil: an analysis of trends and policy options. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.4, p.841-850, 2004.

TURRIS, A.S. Unpacking the concept of patient satisfaction: a feminist analysis. **Journal of Advanced Nursing**, v.50, p.293-298, 2005.

UCHIMURA, K.Y., BOSI, M.L.M. Qualidade e Subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.18, n.6, p.1561-1569, 2002.

WAGNILD, G. Resilience and successful aging: comparison among low and high income older adults. **Journal of Gerontological Nursing**, v.29, n.12, p.42-49, 2003.

WHO/WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Age-friendly Primary Health Care Centres Toolkit**. Geneva, 2008.

WHO/WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Towards Age-friendly Primary Health Care**. Geneva, 2004.

WINDLE, G., MARKLAND, D.A., WOODS, R.T. Examination of a theoretical model of psychological resilience in older age. **Aging of Mental Health**, v.12, p.3, p.285-292, 2008.

WOLF, S.M.R. O significado psicológico da perda dos dentes em sujeitos adultos. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas**, v.52, p.307-316, 1998.

APÊNDICE E ANEXOS

Apêndice 1 – 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 e das percepções em relação às políticas de saúde voltadas às necessidades das pessoas idosas” realizada por um grupo de pesquisa da Faculdade de Odontologia 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.

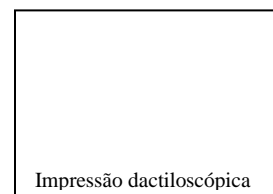
Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

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 1 – QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO

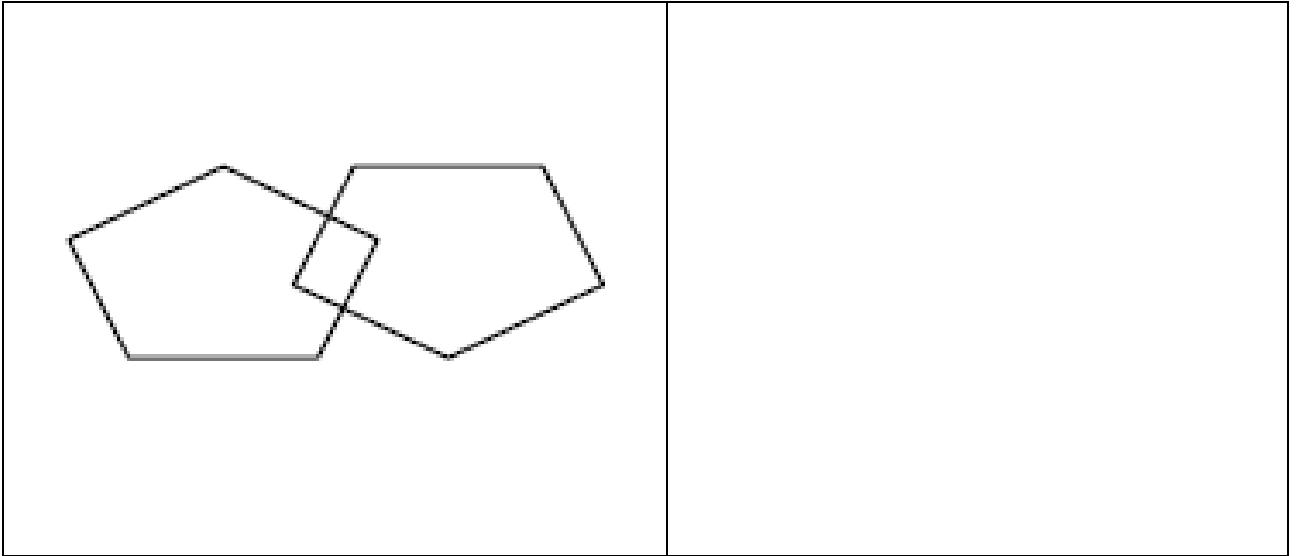
Pergunta		Resposta
Entrevistador: olhe no mapa e marque com um círculo o setor censitário.		380,385,389,,391,402,406,408, 423,428,431,432, 433, 434, 435, 438,444,447,468,473,476,487, 497,500,506,509,519,523,529, 530,535,537,549,553,560,566, 571,572,586,591,902,907,910, 923,925,928,931,932
Entrevistador: Circule o seu código.		
1- Aline 2- Creta 3- Édina 4- Matheus Neves 5- Matheus Scholten	6- Michele P. Sales 7- Michelle Meireles 8- Otávio 9- Rafael 10- Raíssa	11- Renyelle 12 – Julia 13 – Andreas 14- Sílvia 15- Camila
Data e hora da entrevista.		___ / ___ / ____ : ____
Qual o seu nome?		_____
Qual o seu endereço?		_____ _____
O Sr(a) têm telefone?		() Sim () Não
Se sim, qual o número do seu telefone?		_____
O (a) sr(a) possui algum outro telefone de contato, ou de algum parente ou vizinho?		() Sim () Não
A quem pertence este telefone? (Nome da pessoa)		_____
Qual a sua relação com esta pessoa?		() familiar () amigo () vizinho () outro () o(a) próprio(a)
Qual o número deste outro telefone?		_____
Qual a sua data de nascimento?		___ / ___ / ____
Qual a sua idade?		_____ anos
Até que série o(a) sr(a) estudou*? Fazer a conversão, colocando o total de anos estudados com aproveitamento (sem reprovação), considerando desde o primeiro ano do ensino fundamental.		0 analfabeto 1ano 2 anos 3 anos 4 anos 5 anos 6 anos 7 anos 8 anos 9 anos 10 anos 11 anos 12 anos ou mais 13 Nao sabe/Nao respondeu
Série	Anos de estudo	
Primário (1ª parte do 1º grau)	5 anos	
Ginásio (2º parte do 1º grau)	9 anos	
Clássico/Científico/Normal/2º grau	12 anos	
Artigo 99 (supletivo do 2º grau)	10 anos	
Mobral (Alfabetização)	2 anos	
Responder: O idoso encontra-se entre os critérios iniciais de inclusão?		() sim () não
Caso o idoso não se encontre nos critérios de inclusão, relate o motivo.		_____
Responder: O idoso aceitou participar?		() Sim () Não
Caso ele tenha recusado, qual o motivo da recusa?		_____
O termo de consentimento foi assinado?		() Sim () Não

Anexo 2 – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

Anos de Estudo: _____

Explicação	Questão	Resposta	
Agora vou lhe fazer algumas questões sobre a data de hoje:	Diga em que dia da semana estamos.	0– N	1–S
	Em que dia do mês estamos.	0– N	1–S
	Em que mês do ano estamos?	0– N	1–S
	Em que semestre do ano estamos?	0– N	1–S
	Diga em que ano estamos?	0– N	1–S
Agora vou lhe fazer algumas questões sobre o local que estamos:	Que local é este?	0– N	1–S
	Em que rua estamos?	0– N	1–S
	Em que bairro estamos?	0– N	1–S
	Em que cidade estamos?	0– N	1–S
	Em que estado estamos?	0– N	1–S
Entrevistador, agora peça ao idoso para repetir as palavras depois de você dizê-las. Repita todos os objetos até que o entrevistado o aprenda (caneca, tijolo e tapete).	Entrevistador, o idoso repetiu “caneca”?	0– N	1–S
	Entrevistador, o idoso repetiu “ tijolo”?	0– N	1–S
	Entrevistador, o idoso repetiu “tapete”?	0– N	1–S
Pergunta	O(a) Sr.(a) faz cálculos? (Não pontuar)		
Se a resposta da pergunta anterior for SIM, faça as questões de cálculo ao lado, se for NÃO, pule para as questões de soletrar.	Se de R\$100,00 fossem tirados R\$7,00, quanto restaria? (93?).	0– N	1–S
	E se tirássemos mais 7 reais? (86 ou - 7?).	0– N	1–S
	E se tirássemos mais 7 reais? (79 ou - 7?).	0– N	1–S
	E se tirássemos mais 7 reais? (72 ou -7?).	0– N	1–S
	E se tirássemos mais 7 reais? (65 ou -7?).	0– N	1–S
Soletre a palavra MUNDO de trás para frente.	Entrevistador, o idoso soletrou a letra O?	0– N	1–S
	Entrevistador, o idoso soletrou a letra D?	0– N	1–S
	Entrevistador, o idoso soletrou a letra N?	0– N	1–S
	Entrevistador, o idoso soletrou a letra U?	0– N	1–S
	Entrevistador, o idoso soletrou a letra M?	0– N	1–S
Por favor, agora repita aquelas palavras que eu disse há pouco.	Entrevistador, lembrou da “caneca”?	0– N	1–S
	Entrevistador, lembrou do “tijolo”?	0– N	1–S
	Entrevistador, lembrou do “tapete”?	0– N	1–S
Entrevistador, mostre os cartões com as imagens do relógio e da caneta e peça para que o idoso diga que objetos são.	Ele respondeu relógio?	0– N	1–S
	Entrevistador, o idoso respondeu caneta?	0– N	1–S
Por favor, agora repita a seguinte frase:	Nem aqui, nem ali, nem lá. (Entrevistador, o idoso repetiu adequadamente?)	0– N	1–S
Entrevistador, com uma folha de papel em mãos, explique ao idoso que a seguir ele deverá executar três ações simples que serão descritas por o (a) sr(a) a seguir. Marque “sim” se ele a executar as ações:	Pegue o papel com a mão direita.	0– N	1–S
	Dobre-o ao meio.	0– N	1–S
	Ponha-o no chão.	0– N	1–S
Entrevistador, entregue ao idoso o Cartão 2 Mini-mental que contém a frase: “Feche os olhos”.	Logo, peça gentilmente que ele leia a afirmação e execute, se possível. Se ele executar, marque “sim”. Se não souber ler, ou não executar, marque “não”.	0– N	1–S
Entrevistador, com o bloco de desenho em mãos, peça ao idoso para escrever uma frase completa	Ele conseguiu escrever? *Mínimo- Frase c/ um substantivo e um verbo.	0– N	1–S
Entrevistador, entregue ao idoso a Cartão 2 do Mini-Mental que contém o desenho e gentilmente solicite que ele o copie a figura em seu bloco de desenho.	Ele conseguiu copiar?	0– N	1–S
Escore	Siga os pontos de corte que estão no cartão.		

Ficha de desenho do MEEM



Anexo 3 – QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO

1. Qual o seu sexo? (Entrevistador, observe e marque)

- 1) Masculino 2) Feminino

2. Qual a cor da sua pele? (estimulada e única)

- 1) Branca
2) Negra
3) Amarela
4) Parda
5) Indígena
6) Recusou-se a responder
9) Não sabe/Não respondeu

3. Qual a sua situação conjugal?

- 1) Solteiro
2) Casado/Morando junto
3) Separado/Divorciado
4) Viúvo
9) Não sabe/Não respondeu

4. Você fuma cigarros atualmente?

- 1) Sim
2) Não
9) Não sabe/Não respondeu

5. Quantos cigarros você fuma por dia*? _____ (Olhe o Cartão de Equivalência)

- 1) Não se aplica

6. Há quanto tempo você fuma? _____ anos

- 1) Não se aplica

7. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas? Marcar de acordo com a resposta espontânea.

- 1) Nunca
2) Uma vez por mês ou menos
3) 2 a 4 vezes por mês
4) 2 a 3 vezes por semana
5) 4 ou mais vezes por semana

8. Quantas doses* você consome no dia em que você bebe bebidas alcoólicas?

- 1) 1 ou 2
2) 3 ou 4
3) 5 ou 6
4) 7, 8 ou 9
5) 10 ou mais
6) NSA

9. Com que frequência você ingere 6 ou mais doses de bebida alcoólica em uma ocasião? Marcar de acordo com a resposta espontânea.

- 1) Nunca
2) Menos do que uma vez ao mês
3) Mensalmente
4) Semanalmente
5) Diariamente ou quase diariamente
6) NSA

10. Quantas pessoas, incluindo o Sr (a), residem nesta casa:

Número de pessoas que residem na casa: _____

Nota: Refere-se ao número de pessoas que compõem a unidade familiar. Excluem-se deste item os empregados domésticos, visitas, indivíduos que moram de aluguel e não fazem parte da família e os inquilinos que residem naquele domicílio. Marcar 99 para “não sabe / não respondeu”.

11. O Sr.(a) é aposentado?

- 1) sim 2) não

12. Qual a sua ocupação?_____

13. No mês passado, quanto receberam em reais, juntas, todas as pessoas que moram na sua casa, incluindo salários, bolsa-família, pensão, aluguel, aposentadoria ou outros rendimentos?

Nota: Ao receber a resposta com o valor em salários mínimos ou bolsa família, transforme o referido valor para o valor numérico em reais. **Caso o idoso não queira responder, preencha com o nº “9”.**

Salário mínimo: R\$ 510,00

Bolsa família: R\$ 68,00 + R\$22,00 por criança e/ou R\$33,00 por adolescente (16/17 anos)

14. Quantas pessoas dependem desta renda para o seu sustento?_____

15. O Sr (a). considera esta renda suficiente para suprir as necessidades da família?

- 1) Sim 2) Não

16. Você participa de algum grupo de terceira idade de sua comunidade, ou dos encontros de convivência de idosos de sua ou de outra comunidade?

- 1) Sim
2) Não
9) Não sabe/Não respondeu

17. Com que frequência o Sr (a) está envolvido com estas atividades? Marcar de acordo com a resposta espontânea.

- 1) Menos do que uma vez ao mês
2) Mensalmente
3) Semanalmente
4) Diariamente ou quase diariamente
8) Não se aplica
9) Não sabe/Não respondeu

18. Atualmente, qual a religião ou culto que você frequenta? Se a pessoa tiver mais do que uma religião, marcar o item 7. A resposta é única.

- 1) Católica
2) Protestante
3) Pentecostal .
4) Espírita
5) Umbanda, candomblé, batuque
6) Judaica
7) Evangélica
8) Mais de uma
9) Nenhuma
10) Outra
11) Não sabe/Não respondeu

Anexo 4 – PCATool

A. Extensão da afiliação com um serviço de saúde/médico (Respostas espontâneas)

A1. Há serviço de saúde (ou um médico) aonde você geralmente vai se fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?

Não

Sim (Por favor dê o nome e endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde (Use a lista de serviços) : _____

Endereço/Ponto de Referência: _____

A2. Há um serviço de saúde ou médico que o/a conhece melhor como pessoa?

Não

Sim, mesmo médico/serviço de saúde que acima

Sim, médico/serviço de saúde diferente (Por favor me dê o nome e endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____

Endereço/Ponto de Referência: _____

A3. Há um serviço de saúde ou médico que é mais responsável por seu atendimento de saúde?

Não

Sim, mesmo que #A1 & #A2 acima

Sim, o mesmo que #A1 somente

Sim, o mesmo que #A2 somente

Sim, diferente que #A1 & #A2 (Por favor dê o nome e endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____

Endereço/Ponto de Referência: _____

(CARTÃO PCA Tool) 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:

Nome do médico ou serviço de saúde procurado pela última vez: _____

Endereço/Ponto de Referência: _____

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/");

Após a identificação deste serviço de saúde/médico/enfermeira, pergunte todo o restante do questionário sobre este, substituindo "nome do local/médico/enfermeira" pelo nome identificado.

A4. Caso o idoso não tenha identificado um serviço, o entrevistador deverá esclarecer se o "local/médico/enfermeira" identificado é:

- Um médico definido
- Qualquer médico
- Uma enfermeira definida
- Qualquer enfermeira
- Nenhum destes

A4.1 (Se na A4 for assinalada um médico definido, pergunte) Qual a especialidade deste médico(a)? _____
(Para qualquer outra alternativa responda aqui NSA)

A5. (Entrevistador classifica o tipo de serviço de saúde identificado) (Resposta espontânea)

- Uma Unidade Sanitária
- Uma Equipe do PSF
- Pronto-Atendimento de Unidade Sanitária
- Uma emergência de um hospital
- Um ambulatório de um hospital
- O consultório de determinado médico
- Um ambulatório de um plano de saúde
- Um serviço de saúde no trabalho ou na escola
- Outro tipo de lugar
- Não soube identificar

A6. "O local/médico/enfermeira" cuida: (Resposta estimulada)

- Apenas de adultos
- Tanto de crianças como de adultos
- Não tem certeza/Não lembro

A7. "O local/médico/enfermeira" cuida principalmente de pessoas com: (Resposta estimulada)

- Apenas certos tipos de problemas de saúde
- A maioria dos tipos de problemas de saúde
- Não tem certeza/Não lembro

A8. Há quanto tempo você consulta com/neste "local/médico/enfermeira"?

- Menos de 6 meses
- Entre 6 meses e 1 ano
- 1 - 2 anos
- 3 - 4 anos
- 5 ou mais anos
- Variável demais para especificar
- Não tem certeza/Não lembra

A9. Você escolheu "nome do local/médico/enfermeira" ou ele foi definido para você? (Resposta estimulada)

- Você ou alguém da sua família escolheu
- Ele foi definido para você
- Outro
- Não tem certeza/Não lembra

A10. Você consulta com/neste "nome do local/médico/enfermeira" principalmente devido a um problema de saúde específico?(problema de saúde específico = por que tem algum problema de saúde em especial)

- Sim
- Não
- Não tem certeza/Não sabe

(Resposta espontânea)

B. PRIMEIRO CONTATO - UTILIZAÇÃO

Entrevistador - para todas as próximas perguntas você deve usar o cartão de resposta nº1

Por favor, indique a melhor opção (Respostas estimuladas)	Com certeza, sim	Provavel- mente, sim	Provavel- mente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
B1. Quando você necessita de uma consulta de revisão (check-up), você vai ao "nome do local/médico/enfermeira" antes de ir a outro serviço de saúde?	4	3	2	1	9
B2. Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao "nome do local/médico/enfermeira" antes de ir a outro serviço de saúde?	4	3	2	1	9
B3. Quando você tem que consultar um especialista, "nome do local/médico/enfermeira"* tem que encaminhar você obrigatoriamente?	4	3	2	1	9

C. PRIMEIRO CONTATO - ACESSO

Por favor, indique a melhor opção (Respostas estimuladas)	Com certeza, sim	Provavel- mente, sim	Provavel- mente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
--	------------------------	----------------------------	----------------------------	------------------------	------------------------

C1. "nome do local/médico/enfermeira"* fica aberto no sábado ou no domingo?	4	3	2	1	9
C2. "nome do local/médico/enfermeira" ficam aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até as 20 horas?	4	3	2	1	9
C3. Quando "nome do local/médico/enfermeira" está aberto e você adoecer, alguém de lá atende você no mesmo dia?	4	3	2	1	9
C4. Quando "nome de local/médico/enfermeira" está aberto, você consegue aconselhamento rápido por telefone, se precisar?	4	3	2	1	9

* Por exemplo, caso um posto de saúde seja o local de referência do idoso, em alguns casos o entrevistador deverá perguntar: O "posto X" fica aberto?... E em outros: Quando você precisa de um especialista, a "equipe do posto X" tem que encaminhar você obrigatoriamente?

C. PRIMEIRO CONTATO - ACESSO

Por favor, indique a melhor opção
(Respostas estimuladas)

NSA (Não se aplica)= locais abertos 24hs

Com certeza,
sim

Provavel-
mente, sim

Provavel-
mente,
não

Com
certeza,
não

Não sei/
não lembro

NSA

		Com certeza, sim	Provavel- mente, sim	Provavel- mente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro	NSA
C5.	Quando "nome do local/médico/enfermeira" está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente?	4	3	2	1	9	8
C6.	Quando "nome do local/médico/enfermeira" está fechado no sábado e domingo e você fica doente, alguém deste serviço atende você no mesmo dia?	4	3	2	1	9	8
C7.	Quando "nome do local/médico/enfermeira" está fechado e você fica doente durante a noite, alguém deste serviço atende você naquela noite?	4	3	2	1	9	8
C8.	É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (check-up) neste "nome do local/médico/ enfermeira/ "?	4	3	2	1	9	
C9.	Uma vez que você chega "nome do local/médico/enfermeira", você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeira (sem contar triagem ou acolhimento)?	4	3	2	1	9	
C10.	Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora no "nome do local/médico/enfermeira"?	4	3	2	1	9	
C11.	É difícil para você conseguir atendimento médico do "nome do local/médico/enfermeira" quando pensa que é necessário?	4	3	2	1	9	
C12.	Quando você tem que ir ao "nome do local/médico/enfermeira", você tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde?	4	3	2	1	9	

D. ATENDIMENTO CONTINUADO

Por favor, indique a melhor opção (Respostas estimuladas)	Com certeza, sim	Provavel- mente, sim	Provavel- mente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
D1. Quando você vai ao "nome do local/médico/enfermeira", é o mesmo médico ou enfermeira que atende você todas às vezes?	4	3	2	1	9
D2. Você acha que "nome do local/médico/enfermeira" entende o que você diz ou pergunta?	4	3	2	1	9
D3. O "nome do local/médico/enfermeira/" responde suas perguntas de maneira que você entenda?	4	3	2	1	9
D4. Se você tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o médico ou enfermeira que melhor conhece você?	4	3	2	1	9
D5. "nome do local/médico/enfermeira/" lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas?	4	3	2	1	9
D6. Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao "nome do local/médico/enfermeira"?	4	3	2	1	9
D7. "nome do local/médico/enfermeira" conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	4	3	2	1	9
D8. "nome do local/médico/enfermeira" sabe quem mora com você?	4	3	2	1	9
D9. "nome do local/médico/enfermeira" sabe quais problemas são mais importantes para você?	4	3	2	1	9
D10. "nome do local/médico/enfermeira" conhece a sua história médica completa?	4	3	2	1	9
D11. "nome do local/médico/enfermeira" sabe a respeito do seu trabalho ou emprego? (ou que é aposentado?)	4	3	2	1	9
D12. "nome do local/médico/enfermeira" saberia de alguma forma se você tivesse problema em obter ou pagar por medicamentos que você precisa?	4	3	2	1	9
D13. "nome do local/médico/enfermeira" sabe a respeito de todos medicamentos que você está tomando?	4	3	2	1	9
D14. Você poderia mudar do "nome do local/médico/enfermeira" para outro, se quisesse?	4	3	2	1	9
D15. Você mudaria do "nome do local médico/enfermeira" para outro serviço de saúde se isso fosse muito fácil de fazer?	4	3	2	1	9

E. COORDENAÇÃO

Por favor, indique a melhor opção
(Respostas estimuladas)

		Com certeza, Sim	Provavelmente sim	Provavelmente, não	Com Certeza, não	Não sei/ Não lembro	
E1.	No "nome do local/médico/enfermeira" você recebe os resultados dos seus exames de laboratório?	4	3	2	1	9	
E2.	Você já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento no "nome do local/médico/enfermeira"? (Caso a resposta seja "não" ou "não sei/não lembro", marque NSA em todas as questões abaixo até a questão F1)			Sim	Não	Não sei/ Não lembro	
				2	1	9	
E3.	Quando foi a última vez que você consultou um especialista ou um serviço especializado?(Resposta espontânea) (Caso o idoso tenha respondido "não" ou "não sei" na pergunta anterior, deixe em branco)			_____/_____(mês/ano)			
E4.	Essa consulta se deveu a um problema persistente de saúde ou um problema que já dura mais de um ano?				Sim	Não	NSA
					2	1	8
E5.	Você já consultou com este especialista ou serviço especializado antes desta última consulta?				Sim	Não	NSA
					2	1	8

(As perguntas a seguir estão relacionadas à resposta da questão E3)

		Com certeza, Sim	Provavelmente sim	Provavelmente, não	Com Certeza, não	Não sei/ Não lembro	Não se aplica
E6.	O "nome do local/médico/enfermeira" sugeriu que você fosse consultar com um especialista ou serviço especializado?	4	3	2	1	9	8
E7.	O "nome do local médico/enfermeira" sabe que você fez essas consultas com este especialista ou serviço especializado?	4	3	2	1	9	8
E8.	O "nome do local/médico/enfermeira" discutiu (conversou) com você diferentes serviços onde você poderia ser atendido para este problema de saúde?	4	3	2	1	9	8
E9.	O "nome do médico/enfermeira/ local" ou alguém que trabalha no "nome do médico/enfermeira/ local" ajudou-o a marcar essa consulta?	4	3	2	1	9	8
E10.	O "nome do local/médico/enfermeira" escreveu alguma informação para o especialista a respeito do motivo desta consulta?	4	3	2	1	9	8
E11.	O "nome do local/médico/enfermeira" sabe quais foram os resultados desta consulta?	4	3	2	1	9	8
E12.	Depois que você foi a este especialista ou ao serviço especializado, o "nome do local médico/enfermeira" conversou com você sobre o que aconteceu na consulta?	4	3	2	1	9	8
E13.	O "nome do local/médico/enfermeira" pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado (serviço prestado), isto é, lhe perguntou se você foi bem ou mal atendido por este especialista ou serviço especializado?	4	3	2	1	9	8

F. COORDENAÇÃO (SISTEMAS DE INFORMAÇÃO)

Por favor, indique a melhor opção
(Respostas estimuladas)

		Com certeza, Sim	Provavelmente sim	Provavelmente, não	Com Certeza, não	Não sei/ Não lembro
F1.	Quando você vai ao "nome do local/médico/enfermeira", você leva algum de seus registros médicos ou boletins de atendimento que recebeu no passado? (exemplificar se a pessoa não entender "registro": fichas de atendimento de emergências, notas de alta hospitalar, carteira de vacinação)?	4	3	2	1	9
F2.	Você poderia ler (consultar) o seu prontuário/ficha se você quisesse no "nome do local/médico/enfermeira"?	4	3	2	1	9
F3.	Quando você vai ao "nome do local/médico/enfermeira", seu prontuário está sempre disponível na consulta?	4	3	2	1	9

G. INTEGRALIDADE (SERVIÇOS DISPONÍVEIS)

(Entrevistador: repetir a seguinte frase a cada 3-4 itens)

A seguir apresentamos uma lista de serviços que você ou sua família ou as pessoas que utilizam este serviço podem necessitar em algum momento. Para cada um destes serviços, por favor, indique se no "nome do local/médico/enfermeira/" está disponível: (Respostas estimuladas)

	Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, Sim	Provavelmente sim	Provavelmente, não	Com Certeza, não	Não sei/ Não lembro
G1.	Respostas a perguntas sobre nutrição ou dieta	4	3	2	1	9
G2.	Verificar se a sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais	4	3	2	1	9
G3.	Programa de suplementação de leite e alimentos	4	3	2	1	9
G4.	Vacinas (Imunizações)	4	3	2	1	9
G5.	Exame dentário	4	3	2	1	9
G6.	Tratamento dentário	4	3	2	1	9
G7.	Planejamento familiar e métodos anticoncepcionais	4	3	2	1	9
G8.	Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas, ex: álcool, cocaína, remédios para dormir)	4	3	2	1	9
G9.	Aconselhamento para problemas com saúde mental (problemas de nervos)	4	3	2	1	9
G10.	Sutura para um corte que necessite de pontos	4	3	2	1	9
G11.	Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV	4	3	2	1	9
G12.	Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar)?	4	3	2	1	9
G13.	Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar)?	4	3	2	1	9
G14.	Colocação de tala para tornozelo torcido?	4	3	2	1	9

G. INTEGRALIDADE (SERVIÇOS DISPONÍVEIS)

(Entrevistador: repetir a seguinte frase a cada 3-4 itens)

A seguir apresentamos uma lista de serviços que você ou sua família ou as pessoas que utilizam este serviço podem necessitar em algum momento. Para cada um destes serviços, por favor, indique se no "nome do local/médico/enfermeira" está disponível: (Respostas estimuladas)

	Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, Sim	Provavelmente sim	Provavelmente, não	Com Certeza, não	Não sei/ Não lembro
G15.	Remoção de verrugas	4	3	2	1	9
G16.	Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste de Papanicolaou)	4	3	2	1	9
G17.	Aconselhamento sobre como parar de fumar	4	3	2	1	9
G18.	Cuidados pré-natais	4	3	2	1	9
G19.	Remoção de unha encravada	4	3	2	1	9
G20.	Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair)	4	3	2	1	9
G21.	Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da sua família como curativos, troca de sondas, banho na cama	4	3	2	1	9
G22.	O que fazer caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre a sua saúde. (ex: doação de órgãos caso alguém de sua família fique incapacitado para decidir, por exemplo, estado de coma).	4	3	2	1	9

H. INTEGRALIDADE (SERVIÇOS PRESTADOS)

(Entrevistador: repetir a seguinte frase a cada 3-4 itens)

Em consultas ao "nome do local/médico/enfermeira/" algum dos seguintes assuntos já foram ou são discutidos (conversados) com você: (Resposta estimulada)

	Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, Sim	Provavelmente sim	Provavelmente, não	Com Certeza, não	Não sei/ Não lembro
H1.	Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente	4	3	2	1	9
H2.	Segurança no lar, como guardar medicamentos com segurança	4	3	2	1	9
H3.	Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro	4	3	2	1	9
H4.	Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando	4	3	2	1	9
H5.	Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você	4	3	2	1	9
H6.	Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol	4	3	2	1	9
H7.	Verificar e discutir os remédios que você está tomando	4	3	2	1	9
H8.	Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no seu lar, no trabalho, ou na sua vizinhança	4	3	2	1	9

H. INTEGRALIDADE (SERVIÇOS PRESTADOS)

(Entrevistador: repetir a seguinte frase a cada 3-4 itens)

Em consultas ao "nome do local/médico/enfermeira" algum dos seguintes assuntos já foram ou são discutidos (conversados) com você: (Resposta estimulada)

Por favor, indique a melhor opção		Com certeza, sim	Provavelmente sim	Provavelmente, não	Com Certeza, não	Não sei/ Não lembro	NSA
H9.	Perguntar se você tem uma arma de fogo em casa e orientar como guardá-la	4	3	2	1	9	
H10.	Como prevenir queimaduras causadas por água quente	4	3	2	1	9	
H11.	Como prevenir quedas	4	3	2	1	9	
H12.	Só para mulheres: como prevenir osteoporose ou ossos frágeis	4	3	2	1	9	8
H13.	Só para mulheres: o cuidado de problemas comuns da menstruação ou menopausa	4	3	2	1	9	8

I. ENFOQUE NA FAMÍLIA

(Entrevistador: leia a seguinte frase)

As perguntas a seguir são sobre o relacionamento do seu "nome do local/médico/enfermeira" com sua família.

Por favor, indique a melhor opção (Resposta estimulada)		Com certeza, Sim	Provavelmente sim	Provavelmente, não	Com Certeza, não	Não sei/ Não lembro
I1.	O "nome do local/médico/enfermeira" lhe pergunta sobre suas idéias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família?	4	3	2	1	9
I2.	O "nome do local/médico/enfermeira" já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas comuns que podem ocorrer em sua família (câncer, depressão, etc.)	4	3	2	1	9
I3.	O "nome do local/médico/enfermeira" se reuniria com membros da sua família se você achasse necessário?	4	3	2	1	9

J. ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

Por favor, indique a melhor opção (Resposta estimulada)		Com certeza, Sim	Provavelmente sim	Provavelmente, não	Com Certeza, não	Não sei/ Não lembro
J1.	Alguém no "nome do local/médico/enfermeira" faz visitas domiciliares?	4	3	2	1	9
J2.	O "nome do local/médico/enfermeira" conhece os problemas de saúde importantes da sua vizinhança?	4	3	2	1	9
J3.	O "nome do local/médico/enfermeira/" ouviu opiniões e idéias da comunidade sobre como melhorar os serviços de saúde?	4	3	2	1	9

J. ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

(Entrevistador: leia a seguinte frase)

A seguir são listadas formas de avaliar a qualidade de serviços de saúde. O "nome do local/médico/enfermeira" realiza alguma destas?

Por favor, indique a melhor opção (Resposta estimulada)		Com certeza, Sim	Provavel- mente sim	Provavel- mente, não	Com Certeza , não	Não sei/ Não lembro
J4.	Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?	4	3	2	1	9
J5.	Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	4	3	2	1	9
J6.	Convida você e sua família para participar do Conselho Gestor Local de Saúde ou Conselho de Usuários?	4	3	2	1	9

K. COMPETÊNCIA CULTURAL

Por favor, indique a melhor opção (Resposta estimulada)		Com certeza, Sim	Provavel- mente sim	Provavel- mente, não	Com Certeza , não	Não sei/ Não lembro
K1.	Você recomendaria o "nome do local/médico/enfermeira" para um amigo ou parente?	4	3	2	1	9
K2.	Para alguém que usa medicina popular (ervas ou remédios caseiros) ou tem crenças especiais sobre saúde (homeopatia, benzedeiças, religião), você recomendaria o "nome do local/médico/enfermeira"?	4	3	2	1	9

L. AVALIAÇÃO DE SAÚDE

(Entrevistador: leia a frase seguinte e após fazer o questionário abaixo, leia as opções de resposta e quando estiver indicado use o Cartão de Respostas nº2) (Resposta estimulada)

Por favor, indique a melhor opção		Muito insatis- Feito	Insatisfeito	Nem in- satisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satis- Feito
L1.	O quão satisfeito você está com a sua saúde?	5	4	3	2	1

Por favor, indique a melhor opção (use o Cartão nº 2) Muito bom Bom Regular Ruim Muito Ruim

L2.	Como você acredita ser o grau de bem-estar da sua família?	5	4	3	2	1
L3.	Comparando com alguém da sua idade e sexo, como você considera a sua saúde?	5	4	3	2	1
L4.	Algum profissional de saúde já lhe disse que o sr.(a) tem algum problema de saúde que durou ou provavelmente vai durar mais de um ano, tais como problema físico, mental ou emocional?			Sim	Não	Não sei/ Não lembro
				1	2	9

Que problemas de saúde são estes?(Respostas espontâneas)						
L5.	Pressão alta (Hipertensão)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Doença renal	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	Diabetes	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Asma/Bronquite	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	Cardiopatía isquêmica – angina	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Câncer	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	Depressão	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Ansiedade	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	Artrose/Artrite	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Dor nas costas	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	Bronquite crônica/enfisema	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Insuficiência cardíaca	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Outras doenças, qual(is): _____						
L6.	Quantas vezes você consultou no/ com “nome do local/médico/enfermeira” nos últimos 12 meses?	Nº de consultas nos últimos 12 meses: _____				
L7.	Há quantas semanas foi a sua última consulta no/com “nome do local/médico/enfermeira”?	Nº de semanas: _____ (caso o idoso tenha respondido 0 –zero - na questão anterior responda NSA nesta questão)				
L8.	Qual foi o motivo desta consulta? (caso o idoso tenha respondido 0 – zero –na questão L6, escreva NSA nesta questão)	_____ _____ _____ _____				
Por favor, indique a melhor opção (Respostas estimuladas)						
		Resolvido	Melhor	Igual	Pior	NSA
L9.	Sobre este problema que lhe levou a consulta, você acredita que hoje ele está:	4	3	2	1	9

M. AVALIAÇÃO DE SAÚDE BUCAL

(Entrevistador: leia as opções de resposta e quando estiver indicado use o Cartão de Respostas nº2)
(Resposta estimulada)

Por favor, agora indique a melhor opção em relação à saúde bucal:

Excelente Muito boa Boa Razoável Ruim

		5	4	3	2	1
M1.	“Comparando com outras pessoas da sua idade e do seu sexo, como você classifica a saúde da sua boca, no geral?”					
M2.	Qual das afirmações melhor descreve a sua procura por cuidados odontológicos?	1) Eu nunca vou ao dentista. 2) Eu vou ao dentista quando eu tenho um problema ou quando sei que preciso ter alguma coisa arrumada (dente ou prótese) . 3) Eu vou ao dentista ocasionalmente, tenha ou não algum tipo de problema. 4) Eu vou ao dentista regularmente				
M3.	Quando foi a última vez que você foi ao dentista? (Respostas espontâneas)	1) Nunca fui 2) Menos de 6 meses 3) Entre 6 meses e 1 ano 4) Entre 1-3 anos 5) Mais de 3 anos				

Por favor, indique a melhor opção		Muito bom	Bom	Regular	Ruim	94 Muito Ruim
M4.	Como você classificaria o seu último atendimento com o dentista?	5	4	3	3	1
		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito/ Nem satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
M5.	O quão satisfeito você ficou com este atendimento?	5	4	3	2	1
M6.	Este último atendimento dentário foi realizado no “nome do local/médico/enfermeira”?	Sim		Não		Não sei/ Não lembro
		1		2		9
M7.	Se não foi realizado no “nome do local/médico/enfermeira”, aonde foi realizado?	<input type="checkbox"/> Unidade Sanitária <input type="checkbox"/> PSF (Equipe de saúde bucal) <input type="checkbox"/> Unidade Murialdo <input type="checkbox"/> Unidade Hospital Conceição <input type="checkbox"/> Plano de Saúde <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Entidade Filantrópica (universidade, ABO, escolas de odontologia) <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input type="checkbox"/> Não se aplica				
M8.	Entrevistador: Caso o idoso tenha respondido a opção Outro como local de atendimento, especifique. Caso haja resposta apenas passe para a próxima pergunta.	<hr/> <hr/>				
M9.	O consultório do dentista ou clínica que você mencionou é o que está mais próximo de você?	1) Sim 2) Não 8) Não sabe/Não respondeu 9) Não se aplica				
M10	Quanto tempo normalmente leva para chegar a este dentista ou clínica?	1) Menos de 10 minutos 2) 10-20 minutos 3) 21-30 minutos 4) 31-40 minutos 5) 41-50 minutos 6) 51 minutos - 1 hora 7) Mais de 1 hora 8) Não sabe/Não respondeu 9) Não se aplica				

A seguir faremos uma série de afirmações sobre a sua última visita ao dentista, ou sobre as últimas vezes que você consultou, para saber como você classificaria o atendimento que recebeu. Como você classifica...

		Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Ruim	Não sabe/ Não respondeu	Não se aplica
M11.	A qualidade geral do atendimento odontológico que recebeu	1	2	3	4	5	8	9
M12.	A obtenção de uma consulta quando você deseja uma	1	2	3	4	5	8	9
M13.	A maneira como você se sentiu quando chegou ao consultório	1	2	3	4	5	8	9
M14.	A maneira como você se sentiu acolhido pelo dentista	1	2	3	4	5	8	9
M15.	As informações fornecidas pelo dentista sobre a sua boca	1	2	3	4	5	8	9
M16.	Quão atualizados os equipamentos pareciam	1	2	3	4	5	8	9
M17.	A higiene e a limpeza do consultório	1	2	3	4	5	8	9
M18.	A maneira que o dentista explicou as coisas para você	1	2	3	4	5	8	9

Anexo 5- Escala de Resiliência

	Discordo			Nem Concordo Nem Discordo	Concordo		
	Totalmente	Muito	Pouco		Pouco	Muito	Totalmente
1. Quando eu faço planos, eu levo eles até o fim.	1	2	3	4	5	6	7
2. Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra.	1	2	3	4	5	6	7
3. Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
4. Manter interesse nas coisas é importante para mim.	1	2	3	4	5	6	7
5. Eu posso estar por minha conta se eu precisar.	1	2	3	4	5	6	7
6. Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
7. Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação.	1	2	3	4	5	6	7
8. Eu sou amigo de mim mesmo.	1	2	3	4	5	6	7
9. Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo.	1	2	3	4	5	6	7
10. Eu sou determinado.	1	2	3	4	5	6	7
11. Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas.	1	2	3	4	5	6	7
12. Eu faço as coisas um dia de cada vez.	1	2	3	4	5	6	7
13. Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes.	1	2	3	4	5	6	7
14. Eu sou disciplinado.	1	2	3	4	5	6	7
15. Eu mantenho interesse nas coisas.	1	2	3	4	5	6	7
16. Eu normalmente posso achar motivo para rir.	1	2	3	4	5	6	7
17. Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis.	1	2	3	4	5	6	7
18. Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar.	1	2	3	4	5	6	7
19. Eu posso geralmente olhar uma situação de diversas maneiras.	1	2	3	4	5	6	7
20. Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não.	1	2	3	4	5	6	7
21. Minha vida tem sentido.	1	2	3	4	5	6	7
22. Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas.	1	2	3	4	5	6	7
23. Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída.	1	2	3	4	5	6	7
24. Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer.	1	2	3	4	5	6	7
25. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim.	1	2	3	4	5	6	7

Anexo 6 – EXAME DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL

NÚMERO DE DENTES PRESENTES

Arcada Superior- N° de dentes:_____ N° de restos radiculares:_____

Arcada Inferior- N° de dentes:_____ N° de restos radiculares:_____

Total- N° de dentes:_____ N° de restos radiculares:_____

CONDIÇÃO PROTÉTICA (Atribua um dos códigos da ficha)

Arcada Superior-_____

Arcada Inferior-_____

- 0 – sem prótese;
- 1 – prótese parcial fixa;
- 2 – mais de uma prótese parcial fixa;
- 3 – prótese parcial removível;
- 4 – tanto próteses parciais fixas quanto removíveis;
- 5 – prótese total removível

PRESENÇA DE LESÃO DE TECIDOS MOLES:

0 – () Ausência

1 – () Presença

Descrição da Lesão: _____
