



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

MARIA LUIZA HIROMI IWAKURA KASAI

**CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL E UTILIZAÇÃO DE  
SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS ENTRE  
ADULTOS DE 40 ANOS OU MAIS:  
ESTUDO DE BASE POPULACIONAL**

MARIA LUIZA HIROMI IWAKURA KASAI

**CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL E UTILIZAÇÃO DE  
SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS ENTRE  
ADULTOS DE 40 ANOS OU MAIS:  
ESTUDO DE BASE POPULACIONAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Regina Kazue Tanno de Souza

Londrina  
2013

**Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da  
Universidade Estadual de Londrina**

**Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)**

K19c Kasai, Maria Luiza Hiromi Iwakura.

Condições de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos entre adultos de 40 anos ou mais : estudo de base populacional / Maria Luiza Hiromi Iwakura Kasai. – Londrina, 2013.

115 f. : il.

Orientador: Regina Kazue Tanno de Souza.

Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2013. Inclui bibliografia.

1. Saúde bucal – Teses. 2. Odontologia sanitária – Estudos transversais – Teses. 3. Acesso aos serviços de saúde – Teses. 4. Saúde pública – Idosos – Teses. I. Souza, Regina Kazue Tanno de. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU 614.2:616.314

MARIA LUIZA HIROMI IWAKURA KASAI

**CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL E UTILIZAÇÃO DE  
SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS ENTRE ADULTOS DE 40  
ANOS OU MAIS:  
ESTUDO DE BASE POPULACIONAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de doutora em Saúde Coletiva.

**BANCA EXAMINADORA (Titulares)**

---

Profa. Dra. Regina Kazue Tanno de Souza  
UEL – Londrina – PR

---

Profa. Dra. Maria. Celeste Morita  
UEL – Londrina – PR

---

Profa. Dra. Brígida Gimenez Carvalho  
UEL – Londrina – PR

---

Profa. Dra. Marcia Hiromi Sakai  
UEL – Londrina – PR

---

Profa. Dra. Mirian Marubayashi Hidalgo  
UEM – Maringá – PR

**BANCA EXAMINADORA (Suplentes)**

---

Profa. Dra. Mitsue Fujimaki Hayacibara  
UEM – Maringá – PR

---

Prof. Dr. Arthur Eumann Mesas  
UEL – Londrina – PR

Londrina, 05 de dezembro de 2013.

Aos meus pais, a oportunidade de viver e aprender. Para eles,  
meu reconhecimento eterno.

Ao meu querido e amado Oscar, companheiro de toda a vida,  
amigo nas horas mais difíceis, que soube segurar com firmeza e  
cumplicidade sem nunca perder a doçura e a paciência, virtudes  
que se fizeram presentes em toda essa trajetória, amor maior do  
mundo!

Aos meus amores, meu filho, Henrique, razão da minha vida, e  
meus sobrinhos queridos, Lucas, Camila, Mayra e Mariana, que  
tanto me inspiraram, e inspiram, em todos os momentos,  
exemplos de superação, atitudes e perseverança, a realização  
de um sonho para eles e por eles.

Aos meus irmãos, Roberto, sempre presente, e minha irmã  
querida, Maria Fátima, meu “clone” mais que perfeito, pessoa  
que admiro e idolatro.

Obrigada simplesmente por existirem!

## AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Regina Tanno, que me conduziu com dedicação, atenção, esmero nos detalhes, sutileza na fala, uma orientação segura, sem nunca faltar com o respeito, a ética e, percebendo minhas limitações, com a sabedoria que os orientais têm, soube agir com sensibilidade e carinho nos momentos mais críticos. Regina me orientou não só para esta tese, mas para a minha vida.

Aos meus amigos de turma, companheiros de caminhada, nem sempre retilínea e linear, meu respeito e admiração pela trajetória de cada um, cada qual com sua história de vida, vitórias e conquistas, esta é mais uma delas! Parabéns a todos!

Aos membros titulares e suplentes da banca, Professoras Doutoras Mitsue Fujimaki Hayacibara, Maria Celeste Morita, Marcia Hiromi Sakai, Brígida Gimenez Carvalho, Mirian Marubayashi Hidalgo e Professor Doutor Arthur Eumann Mesas, pelo aceite na participação de minha banca e por muito contribuírem para a conclusão deste trabalho.

Aos professores do programa de pós-graduação, obrigada de coração pela dedicação, doação e responsabilidade para com a condução deste curso. Aprendi muito e continuarei aprendendo, mais uma etapa se conclui, mas tenho que seguir os passos de vocês e continuar no mesmo caminho. Talvez a lição maior que tenha ficado é de que nunca o conhecimento é suficiente, sempre há mais para se aprender.

Aos estudantes e colaboradores do VigiCardio, que tanto contribuíram para o sucesso e conclusão deste trabalho. Muito obrigada pela dedicação.

À Secretaria Municipal de Saúde de Cambé, pela parceria e colaboração cedendo seus espaços para o êxito desta pesquisa e por acreditar que é possível melhorar a qualidade de vida dos cidadãos.

Aos amigos do Curso de Odontologia, docentes, discentes, secretaria, ABENO, sinceros agradecimentos pela paciência, colaboração, força, estímulo e amizade. Seria difícil vencer esta barreira sem vocês. Obrigada!

Aos meus queridos amigos da Secretaria Municipal de Saúde de Londrina, companheiros desta longa jornada. Cada dia que convivo com vocês é um aprendizado novo.

A todos os(as) amigos(as) que tenho pelo mundo afora. Seria impossível nominá-los, pois muitos cruzaram meu caminho e deixaram suas marcas com palavras e gestos de carinho, incentivo e perseverança.

KASAI, Maria Luiza Hiromi Iwakura. **Condições de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos entre adultos de 40 anos ou mais:** estudo de base populacional. 2013. 115f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2013.

## RESUMO

O presente estudo teve por objetivo analisar as condições de saúde bucal e a utilização de serviços odontológicos entre adultos de 40 anos ou mais e fatores associados. Realizou-se estudo transversal de base populacional, com amostra representativa de 1180 indivíduos residentes na região urbana de Cambé, no período de fevereiro a junho de 2011. Esta pesquisa faz parte de um estudo mais abrangente – Projeto VigiCardio. Foram calculadas medidas de associação expressas pelas razões de prevalências (RP) brutas e ajustadas, estimadas por modelos de regressão de Poisson univariados e múltiplos, com estimadores robustos de variância. A média de idade dos indivíduos foi de 54,6 anos e 54,4% eram mulheres. O edentulismo total foi observado em 22,7% dos indivíduos, a prevalência de mais de doze dentes perdidos foi de 49,7% e a média de dentes perdidos foi igual a 15,6 (mediana de 12,0). A necessidade de tratamento dentário atual foi citada por 67,6%, e 37,8% consultaram o dentista há três anos ou mais. No modelo final, após análise ajustada pela regressão de Poisson os fatores que permaneceram significativamente associados aos desfechos foram: a) perda dentária superior a 12 dentes: ser do sexo feminino (RP=1,397; IC95%: 1,243;1,570); ter mais de 60 anos de idade (RP = 1,730; IC95%: 1,551;1,931); ter cursado até 7 anos de estudo (RP = 2,074; IC95%: 1,710;2,516); e ter realizado a última consulta com o dentista há três anos ou mais (RP = 1,297; IC95%: 1,161;1,449); b) consulta ao dentista há três anos ou mais: ser do sexo feminino (RP = 0,710; IC95%: 0,575;0,877); ter cursado até 7 anos de estudo (RP = 2,076; IC95%: 1,627;2,648); possuir alguma prótese dentária (RP = 0,702; IC95%: 0,571;0,862); e necessitar de tratamento dentário atual (RP = 2,155; IC95%: 1,520;3,056); c) necessidade de tratamento dentário atual: última consulta ao dentista há três anos ou mais (RP = 1,174; IC95%: 1,095;1,260); sangramento na gengiva (RP = 1,132; IC95%: 1,049;1,222); presença de dente amolecido (RP = 1,117; IC95%: 1,038;1,203); e insatisfação com os dentes/boca (RP = 1,517; IC95%: 1,381;1,666). Os resultados aqui apresentados apontam desigualdade no acesso aos serviços odontológicos e iniquidade na atenção, e indicam a necessidade de ampliação da oferta de serviços odontológicos e das opções de tratamento no âmbito do SUS à população adulta idosa e não idosa.

**Palavras-chave:** Saúde bucal. Serviços de saúde bucal. Acesso aos serviços de saúde bucal. Estudos transversais. Adulto. Idoso.

KASAI, Maria Luiza Hiromi Iwakura. **Oral health conditions and utilization of dental care services among adults 40 years old and older: population-based study.** 2013. 115p. Thesis (Doctorate in Public Health) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2013.

## ABSTRACT

The objective of the present study was to analyze the oral health conditions and utilization of dental care services among adults 40 years old and older and factors associated. A population-based cross-sectional survey was performed, with a representative sample of 1180 individuals living in the urban region of Cambé, conducted between February and June 2011. This research is part of a wider study – the *Projeto VigiCardio*. Crude and adjusted prevalence ratios (PR) were estimated by univariate and multiple Poisson Regression model with robust variance. The average age of the individuals was 54.6 years old and 54.4% of them were women. The total edentulism was observed in 22.7% of the individuals, the prevalence of more than twelve teeth lost was of 49.7% and the average of the lost teeth was 15.6 (median of 12.0). The necessity for dental treatment nowadays was mentioned by 67.6% and 37.8% consulted a dentist since three years ago or more. In the final model, after an analysis adjusted by the Poisson regression the factors which remain significantly associated with the outcomes were: a) dental loss of more than 12 teeth: to be a female (RP = 1,397; IC95%:1,243;1,570); to have more than 60 years old (RP = 1,730; IC95%: 1,551;1,931), to have up to 7 years of schooling (RP = 2,074;IC95%: 1,710;2516) and to have had the last dental consultation three years ago or more (RP = 1,297; IC95%:1,161;1,449); b) a dental consultation three years ago or more: to be a female (RP = 0,710; IC95%: 0,575; 0,877), to have attended school up to 7 years (RP = 2,076; IC95%: 1,627;2,648), to have a dental prosthesis (RP = 0,702; IC95%: 0,571;0,862) and need dental care nowadays (RP = 2,155; IC95%: 1,520; 3056); c) the need for dental care nowadays: the last dental consultation three years ago or more (RP = 1,174; IC95%: 1,095; 1,260), bleeding of the gums (RP = 1,132; IC95: 1,049;1,222), presence of softened teeth (RP = 1,117; IC95%: 1,038;1,203), and dissatisfaction with the teeth/mouth (RP = 1,517; IC95%: 1,381;1,666). The results hereby presented point towards the inequality in the access to dental services and the iniquity in the attention and indicate the necessity for the growth in the offer of dental services and of the treatment options in the framework of the SUS to the elderly and non-elderly adult population.

**Keywords:** Oral health. Dental health services. Cross-sectional studies. Adult. Aged.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Distribuição da população estudada, segundo características demográficas e socioeconômicas. Cambé, Paraná, 2011 .....	38
<b>Tabela 2</b> – Distribuição da população estudada, segundo condições de saúde. Cambé, Paraná, 2011 .....	39
<b>Tabela 3</b> – Número médio de dentes perdidos e prevalência de edentulismo por sexo e por faixa etária, Cambé, Paraná, 2011 .....	41
<b>Tabela 4</b> – Distribuição da população estudada, segundo utilização de serviços de saúde. Cambé, Paraná, 2011.....	42
<b>Tabela 5</b> – Fatores associados à perda dentária superior a 12 dentes segundo características sociodemográficas, utilização de serviços de saúde e condições de saúde na análise bruta pela regressão de Poisson. Cambé, 2011.....	43
<b>Tabela 6</b> – Fatores associados à perda dentária na análise ajustada de múltiplos fatores pela regressão de Poisson. Cambé, 2011.....	44
<b>Tabela 7</b> – Fatores associados à realização da última consulta ao dentista há três anos ou mais (somente dântulos) segundo características sociodemográficas, hábitos de vida e utilização de serviços, na análise bruta de múltiplos fatores pela regressão de Poisson.....	45
<b>Tabela 8</b> – Fatores associados à consulta ao dentista há três anos ou mais (somente dântulos) segundo variáveis de condições de saúde, na análise bruta pela regressão de Poisson. Cambé, 2011 .....	46
<b>Tabela 9</b> – Fatores associados à consulta com o dentista há três anos ou mais (somente dântulos) na análise ajustada de múltiplos fatores pela regressão de Poisson. Cambé, 2011 .....	47
<b>Tabela 10</b> – Fatores associados à necessidade de tratamento dentário (somente dântulos) segundo características sociodemográficas e de utilização de serviços de saúde na análise bruta pela regressão de Poisson. Cambé, 2011 .....	48
<b>Tabela 11</b> – Fatores associados à necessidade de tratamento dentário e condições de saúde (somente dântulos) na análise bruta pela regressão de Poisson. Cambé, 2011 .....	49

<b>Tabela 12</b> – Fatores associados à necessidade de tratamento dentário (somente dântulos) na análise ajustada de múltiplos fatores pela regressão de Poisson. Cambé, 2011 .....	50
---	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
AIS	Ações Integradas de Saúde
CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasil
CDC	<i>Center for Disease Control and Prevention</i>
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CPO-D	Dentes Cariados Perdidos e Obturados
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DP	desvio padrão
ESB	Equipes de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
Fundação SESP	Fundação Serviço Especial de Saúde Pública
GM	Gabinete do Ministro
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSF	Programa de Saúde da Família
RP	razão de prevalência
SB	Saúde Bucal
Projeto SB Brasil	Pesquisa Nacional de Saúde Bucal
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Science</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
VigiCardio	Projeto Doenças Cardiovasculares no estado do Paraná

Vigitel

Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para  
Doenças Crônicas por inquérito telefônico

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	14
1.1	ESTUDOS POPULACIONAIS SOBRE SAÚDE BUCAL .....	16
1.2	POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL .....	18
1.3	JUSTIFICATIVA .....	20
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	22
2.1	OBJETIVO GERAL .....	22
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	22
<b>3</b>	<b>MÉTODOS</b> .....	23
3.1	TIPO DE ESTUDO .....	23
3.2	LOCAL DO ESTUDO .....	23
3.3	POPULAÇÃO DE REFERÊNCIA E AMOSTRAGEM .....	25
3.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO .....	26
3.4.1	Critérios de Inclusão .....	26
3.4.2	Critérios de Exclusão .....	26
3.5	PERDA AMOSTRAL .....	27
3.6	ETAPAS PRÉVIAS À COLETA DE DADOS .....	27
3.6.1	Seleção e Treinamento dos Entrevistadores .....	27
3.6.2	Pré-teste e Estudo Piloto .....	27
3.7	PROCESSAMENTO DOS DADOS .....	28
3.8	COLETA DE DADOS .....	28
3.9	VARIÁVEIS .....	29
3.9.1	Variáveis Dependentes .....	29
3.9.2	Variáveis Independentes .....	30
3.9.2.1	Caracterização .....	30
3.9.2.2	Hábitos de vida autorreferidos .....	32
3.9.2.3	Utilização de serviços de saúde .....	32
3.9.2.4	Condições de saúde .....	33
3.10	ANÁLISE ESTATÍSTICA .....	34
3.11	ASPECTOS ÉTICOS .....	35

<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>37</b>
4.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS .....	37
4.2	CONDIÇÕES DE SAÚDE .....	39
4.3	UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.....	41
4.4	FATORES ASSOCIADOS A PERDAS DENTÁRIAS.....	43
4.5	FATORES ASSOCIADOS À ÚLTIMA CONSULTA AO DENTISTA HÁ TRÊS ANOS OU MAIS.....	44
4.6	FATORES ASSOCIADOS À NECESSIDADE DE TRATAMENTO DENTÁRIO .....	47
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>51</b>
5.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CONDIÇÕES DE SAÚDE E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.....	51
5.2	FATORES ASSOCIADOS À PERDA DENTÁRIA SUPERIOR A 12 DENTES .....	55
5.3	FATORES ASSOCIADOS À REALIZAÇÃO DA ÚLTIMA CONSULTA ODONTOLÓGICA HÁ TRÊS ANOS OU MAIS .....	58
5.4	FATORES ASSOCIADOS À AUTOPERCEPÇÃO DE NECESSIDADE DE TRATAMENTO DENTÁRIO.....	61
<b>6</b>	<b>CONSTATAÇÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>64</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>67</b>
	<b>APÊNDICE</b> .....	<b>75</b>
	<b>APÊNDICE A</b> – Manual de Entrevista e Coleta dos Dados .....	<b>76</b>
	<b>APÊNDICE B</b> – Instrumento de Coleta de Dados.....	<b>95</b>
	<b>APÊNDICE C</b> – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	<b>113</b>
	<b>ANEXO</b> .....	<b>114</b>
	<b>ANEXO A</b> – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UEL .....	<b>115</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Saúde Bucal, em uma conceituação ampla, compreende um conjunto de condições biológicas, psicológicas e funcionais que contemplam a dimensão estética e possibilitam ao ser humano exercer funções como mastigação, deglutição e fonação. A partir da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 1986), passou a ser reconhecida como “parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, e está diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e à informação” (BRASIL, 1986).

Neste sentido, nas últimas décadas, a saúde bucal vem adquirindo crescente importância no cenário nacional. Todavia, apesar das profundas alterações do perfil demográfico brasileiro, com evidente envelhecimento populacional, o atendimento integral às necessidades de saúde da população adulta e idosa, caracterizadas pelas elevadas prevalências de edentulismo, de cárie e de doença periodontal, ainda não é visto como prioritário. Atualmente, os adultos e idosos carregam a herança de um modelo assistencial centrado em práticas curativas e, muitas vezes, mutiladoras, com grande número de indivíduos com ausência de dentes e necessidades de tratamento protético e reabilitador das suas funções essenciais (MARTINS; BARRETO; PORDEUS, 2008a; MOREIRA; NICO; TOMITA, 2011).

A perda dentária possui forte efeito sobre a qualidade de vida das pessoas, impacta diretamente na diminuição das capacidades funcionais de mastigação e fonação, com prejuízo nutricional, estético e psicológico, redução da autoestima e da integração social. A manutenção da dentição funcional é primordial, e para tal é necessário que o indivíduo tenha pelo menos 20 dentes naturais presentes, ou seja, um mínimo de 20 dentes funcionais, pois a perda de vários elementos pode comprometer esse equilíbrio (BARBATO et al., 2007).

O edentulismo (perda de todos os dentes) pode ser considerado o pior desfecho possível e a falência da manutenção da integridade bucal. Embora do ponto de vista teórico e prático seja um bom indicador de saúde bucal em estudos com idosos, ultimamente tem perdido a sua utilidade, principalmente entre adultos jovens e crianças, que raramente apresentam ausência de todos os dentes.

A odontologia brasileira se caracteriza por uma contradição histórica. Ao mesmo tempo em que é uma das mais avançadas do mundo sob o ponto de vista técnico, a situação epidemiológica revela um dos índices mais elevados de doenças bucais, com oferta restrita de serviços públicos odontológicos. Verifica-se disparidade no acesso e na utilização de serviços odontológicos e a necessidade de ampliar a oferta de serviços e estimular o seu uso (ARAÚJO et al., 2009).

Porém, a utilização dos serviços de saúde segue uma lógica que aponta a necessidade de saúde como a primeira etapa de uma série de eventos que serão desencadeados. Necessidade de saúde é um conceito relacionado ao estado de saúde de indivíduos e grupos populacionais, que difere de indivíduo para indivíduo, entre os grupos, os profissionais, as diversas culturas e ao longo do tempo.

Uma vez percebida a necessidade, o usuário manifesta seu desejo de obter cuidados, procura por um serviço de saúde para resolver seu problema e entra em uma rede em que os prestadores definirão a assistência necessária.

A necessidade percebida pelo indivíduo difere daquela diagnosticada por profissionais de saúde. É um conceito multidimensional e, portanto, de múltiplas interpretações, o que dificulta sua compreensão. A disponibilidade refere-se ao volume e tipo de serviços em relação às necessidades. Neste processo, todo usuário se depara com barreiras que dificultam seu acesso e, conseqüentemente, a resolução de seu problema.

Para uma melhor compreensão do que seriam necessidades de saúde, Cecílio (2001) as classifica conforme concepções que se referem a ter “boas condições de vida”, garantia de acesso, consumo de tecnologias de saúde, criação de vínculos entre usuários e equipe/profissional e autonomia do usuário para satisfazer suas necessidades.

O modelo de atenção em saúde bucal deve contemplar tais aspectos, no sentido de facilitar o ingresso, a entrada nos serviços de saúde, o estabelecimento de vínculos e modificar as condições de saúde da população. Assim, propostas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010b), como a organização do sistema articulado em Redes de Atenção à Saúde, podem constituir importante iniciativa para garantir a integralidade do cuidado e assegurar maior resolutividade.

Deste modo, partindo do pressuposto que a análise e o monitoramento da situação de saúde da população, inclusive a de saúde bucal, bem

como do acesso e do uso de serviços, são condições para a orientação das políticas públicas, estudos se fazem necessários. Nesse processo, acredita-se que a informação é essencial para a tomada de decisões. Todavia, apesar da ampliação dos sistemas de informação como instrumentos de planejamento e gestão, sua utilização para caracterizar as ações de saúde bucal ainda é incipiente, reforçando a necessidade de realização de estudos que se proponham conhecer o quadro vigente da saúde bucal de uma determinada população.

### 1.1 ESTUDOS POPULACIONAIS SOBRE SAÚDE BUCAL

No Brasil, o primeiro levantamento sobre saúde bucal de base nacional foi realizado em 1986 pelo Ministério da Saúde. Este levantamento epidemiológico foi realizado pela então recém-criada Divisão Nacional de Saúde Bucal, conforme recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), tendo como idades-índice grupos etários preconizados pela OMS. Anterior a esse levantamento, os dados existentes referiam-se a várias pesquisas isoladas, não tendo abrangência nacional (RONCALLI, 2003).

Posteriormente, o Ministério da Saúde realizou três grandes levantamentos nacionais na área de Saúde Bucal, 1996, 2003 - Projeto SB Brasil 2003 e, em 2011, concluiu-se o levantamento epidemiológico de âmbito nacional, intitulado SB Brasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Os dois levantamentos, 1986 e 1996, foram restritos às capitais, a alguns grupos etários e limitados a apenas dois problemas bucais: a cárie, em ambos, e a doença periodontal, no primeiro (BRASIL, 1988; BRASIL, 1996).

Em 1996, 10 anos após a realização do primeiro levantamento epidemiológico de base nacional, o novo estudo teve como objetivo verificar tendências. No entanto, dificuldades operacionais e metodológicas comprometeram a divulgação dos resultados e nenhum relatório oficial do levantamento foi publicado. Posteriormente, os resultados foram disponibilizados no sítio do DATASUS (COSTA OLIVEIRA, 2006).

Em agosto de 2004, o Ministério da Saúde concluiu o Projeto SB-Brasil 2003. Esta pesquisa diferenciou-se das anteriores por levantar um conjunto mais abrangente de informações sobre a saúde bucal, além da necessidade de tratamento em diversas faixas etárias pesquisadas e de dados relativos à situação

socioeconômica, à autoavaliação da saúde bucal e ao acesso aos serviços odontológicos (BRASIL, 2004).

A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal de 2010 (Projeto SB Brasil 2010) (BRASIL, 2012) mostrou resultados preocupantes em relação à situação de saúde bucal dos brasileiros. Apesar de o estudo ter sido realizado em capitais e municípios selecionados, a metodologia permitiu a extrapolação dos resultados para o restante da população brasileira. Cerca de 13,6% dos adolescentes brasileiros nunca haviam ido ao dentista e, em relação aos adultos e idosos, 60,7% e 67,0%, respectivamente, relataram ter procurado um serviço odontológico particular ou plano de saúde ou convênio para resolver seu problema de saúde bucal. Essa situação apontada na pesquisa reforçou a dificuldade de acesso ao atendimento odontológico em serviços públicos.

Além das pesquisas de saúde bucal, destacam-se os estudos de base populacional realizados no Brasil pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), por meio da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD).

Em 1998, a PNAD mostrou que um número expressivo da população brasileira nunca havia recebido atendimento odontológico e somente 31,1% dos entrevistados relataram consulta recente ao dentista, o que poderia caracterizar baixa utilização de serviços odontológicos (IBGE, 2000). Na PNAD de 2003 (IBGE, 2005), esse valor foi de 38,8%. Na PNAD de 2008, embora 88,3% da população já tivessem procurado serviços odontológicos, apenas 40,4% o fizeram há menos de um ano da data da entrevista, ou seja, em uma década não houve aumento substancial no acesso às consultas (IBGE, 2010a).

Apesar do incremento das pesquisas epidemiológicas de base populacional, incluindo-se aqui as de saúde bucal, os dados sobre as condições de saúde bucal ainda são escassos e limitados. Portanto, inquéritos populacionais com ênfase na vigilância em saúde são importantes ferramentas e se apresentam como estratégias de vigilância em saúde bucal no que diz respeito à produção de dados primários.

## 1.2 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

Na trajetória da odontologia brasileira e das políticas públicas voltadas ao setor, a atenção à saúde bucal restringiu-se à assistência odontológica destinada a grupos específicos da população, com prioridade ao atendimento de crianças e escolares. Anteriormente à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a assistência odontológica pública era de responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que atendia somente os trabalhadores contribuintes (NICKEL; LIMA; SILVA, 2008).

Até o final da década de 1980, o Sistema Incremental era o modelo assistencial em saúde bucal vigente no país, caracterizado pela assistência exclusiva a escolares. Este modelo trazido dos Estados Unidos pela Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (Fundação SESP), surgiu como proposta de prestação de serviços odontológicos de forma programática e sistemática, porém logo se mostrou como um modelo superado, tanto do ponto de vista de sua eficácia, quanto de sua abrangência e cobertura, que priorizava escolares de 7 a 14 anos, de forma excludente (PINTO, 1989; NICKEL; LIMA; SILVA, 2008).

O sistema incremental durou aproximadamente 30 anos, tornando-se um marco para a programação em saúde bucal. Posteriormente surge o modelo de atenção de Odontologia Simplificada desencadeando todo um processo de simplificação dos equipamentos, das rotinas, dos instrumentais, dos materiais, das técnicas restauradoras e cirúrgicas, consolidando o conceito de equipe odontológica (MENDES, 1986).

Não se pode perder de vista que uma série de medidas foi introduzida no histórico de serviços de saúde bucal para a população brasileira. Dentre as ações coletivas estão a fluoretação das águas de abastecimento público e a educação em saúde. A fluoretação das águas de abastecimento público é garantida pela Lei Federal nº 6.050, de 24 de maio de 1974. Esta medida proporcionou uma redução na prevalência de cárie entre as mais diversas populações, sobretudo entre os jovens. Cabe ressaltar que grande parcela da população brasileira ainda não dispõe dos benefícios da fluoretação das águas, o que pode agravar a já precária situação de saúde bucal, levando, em muitos casos, à destruição total dos elementos dentários, resultando em exodontias como única alternativa terapêutica (ANTUNES; NARVAI, 2010).

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, o acesso universal da população aos serviços de saúde foi garantido legalmente aos cidadãos. A adoção dos princípios constitucionais do SUS, Universalidade, Integralidade e Equidade permitiram reconhecer a saúde bucal como parte indissociável da saúde geral, como dever do Estado e direito de todos.

Em 1994, foi criado pelo Ministério da Saúde o Programa de Saúde da Família, para assegurar o cumprimento dos princípios instituídos na Constituição Federal de 1988, com vistas a redirecionar a porta de entrada do sistema de saúde e reorganizar a atenção básica (BRASIL, 1997).

Porém, a inserção das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF) se iniciou gradativamente a partir de 1998. Embora, com o objetivo de atuar em uma nova perspectiva, centrado na promoção da saúde, com o profissional da saúde bucal atuando de forma coletiva e participativa, esta inserção foi incentivada pela possibilidade de repasse de recursos financeiros, regulamentado pela Portaria GM/MS nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000 (BRASIL, 2000). A odontologia passa a fazer parte do Programa de Saúde da Família (PSF); no entanto, na prática continuou reproduzindo a fragmentação histórica da atenção à saúde bucal.

O Plano de Reorientação das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica, regulamentado pela Portaria GM/MS nº 267, de 6 de março de 2001, foi formulado diante da expectativa de melhora dos índices epidemiológicos de saúde bucal da população brasileira e na perspectiva de ampliação do acesso à atenção em saúde bucal, nos níveis de promoção, proteção e recuperação da saúde.

A Política Nacional de Saúde Bucal, instituída em 2004, reforça a participação popular por meio da gestão participativa de representantes de usuários, trabalhadores e prestadores, o acesso universal aos serviços assistenciais, a ética em saúde, o acolhimento ao usuário, o vínculo profissional-usuário, e a responsabilidade profissional (BRASIL, 2004).

Em 2004, posteriormente ao inquérito SB Brasil 2003, o Ministério da Saúde implantou a política de saúde bucal chamada “Brasil Sorridente”, com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços não só ao nível primário (baixa complexidade), mas também no que se refere aos procedimentos especializados (média e alta complexidade), que durante anos ficou a cargo, quase que exclusivamente, do setor privado. Tem como eixo de reorientação do modelo a

humanização do processo de trabalho, a responsabilização dos serviços, cujos pressupostos caracterizam-se por qualificação da atenção básica (qualidade e resolutividade), integralidade das ações, utilização da epidemiologia e das informações sobre o território, subsidiando o planejamento, acompanhamento do impacto das ações de saúde bucal por meio de indicadores adequados, ampliação do acesso, entre outros (BRASIL, 2004).

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), seguindo as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal e com a expansão do conceito de atenção básica, foram implantados para suprir a necessidade de ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados, aumentar a oferta e a diversidade de procedimentos e propiciar o acesso aos serviços de média e alta complexidade.

Apesar destes avanços, ainda se observa fragmentação e falta de integração entre os profissionais e entre os níveis de complexidade. Esta fragmentação pode se refletir na insatisfação dos usuários com o serviço público, pelo não atendimento de todas as necessidades, a desorganização dos processos de trabalhos e a demora no atendimento (GOUVEIA, 2005).

Deste modo, ainda existe uma grande quantidade de pessoas com necessidades bucais que são influenciadas por fatores relacionados às políticas vigentes, além da demanda gerada por uma dívida social acumulada decorrente das práticas restritas e mutiladoras.

### 1.3 JUSTIFICATIVA

Os danos causados pelas doenças bucais aumentam com a idade, limitando a capacidade funcional do indivíduo, incrementando a necessidade de tratamento restaurador e de próteses, ainda pouco ofertadas pelo SUS, apesar da implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

No Brasil, os dados sobre a situação de saúde bucal das populações adulta e idosa mais comumente são aqueles relacionados à cárie dentária e doença periodontal. Os indicadores construídos a partir destes dados são limitados, pois problemas importantes como a perda da capacidade funcional, questões estéticas e de fonação não são disponibilizados.

Apesar da importância de se avaliar a autopercepção de saúde bucal, principalmente entre adultos e idosos, poucos estudos realizados no Brasil

focam esse tema em amostras representativas ou de base populacional. Em um país com dimensões continentais como o Brasil, em que a oferta de serviços odontológicos ainda é restrita, conhecer a percepção das pessoas sobre sua condição bucal é fundamental para a elaboração de programas voltados para o autodiagnóstico e o autocuidado.

Conhecer as condições de saúde bucal, a utilização de serviços e a autopercepção da necessidade de tratamento pela população contribui para compreender o comportamento do indivíduo com as suas necessidades e para a proposição de políticas efetivas de consolidação dos programas voltados para a melhoria das condições de saúde da população, conforme as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.

O tema é relevante pelo seu potencial de contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento odontológico, propiciando informações que podem auxiliar no planejamento e distribuição de recursos, assim como no aprofundamento das discussões referentes à qualidade do atendimento público odontológico no Brasil à população adulta.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar as condições de saúde bucal e a utilização de serviços odontológicos entre adultos de 40 anos ou mais no município de Cambé-PR.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar a população estudada de acordo com os aspectos sociodemográficos, condições de saúde, perdas dentárias e utilização de serviços de saúde;
- Verificar os fatores sociodemográficos, condições de saúde e de utilização de serviços associados a perdas dentárias superiores a 12 dentes;
- Identificar na população dântula os fatores associados à realização da última consulta odontológica há três anos ou mais e à necessidade de tratamento dentário atual.

### 3 MÉTODOS

O presente estudo se insere em um amplo inquérito de saúde, de base populacional, de um projeto maior denominado “Doenças Cardiovasculares no Estado do Paraná: mortalidade, perfil de risco, terapia medicamentosa e complicações”, denominado “VigiCardio”, com 32 participantes, entre estudantes de graduação, mestrado e doutorado e docentes do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Vários aspectos relacionados à saúde da população foram investigados, em uma amostra de adultos e idosos, incluindo questões de saúde bucal.

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal de base populacional.

#### 3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido na zona urbana do município de Cambé, região metropolitana de Londrina, no norte do estado do Paraná. Segundo Censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população estimada para Cambé em 2010 era de 96.733 habitantes, 96,1% dos quais residentes na zona urbana (DATASUS, 2011).

O índice de desenvolvimento humano (IDH) referente ao ano 2010 foi de 0,734, considerado município com alto IDH (PNUD, 2011).

O município tem área de 496.122 km<sup>2</sup> e está localizado no terceiro planalto do estado do Paraná, com coordenadas 23°16' latitude sul e 91°17' longitude oeste. Cambé é considerada uma cidade de médio porte e faz parte dos municípios que compõem a 17<sup>a</sup> Regional de Saúde: Alvorada do Sul, Assaí, Bela Vista do Paraíso, Cafeara, Cambé, Centenário do Sul, Florestópolis, Guaraci, Ibiporã, Jaguapitã, Jataizinho, Londrina, Lupionópolis, Miraselva, Porecatu, Prado Ferreira, Primeiro de Maio, Rolândia, Sertanópolis e Tamarana.

As ações de Saúde Bucal no município de Cambé foram estruturadas em 1983, a partir das Ações Integradas de Saúde com

descentralização de recursos financeiros para estados e municípios, com o atendimento prioritário às crianças.

O Programa Incremental iniciou em 1986 e, de acordo com a política nacional vigente à época, a prioridade eram as crianças em idade escolar (NAKAGAWA, 2006).

Em 1987, ocorreu a implantação do Programa de Atendimento a Bebês e Cambé foi o primeiro município do país a implantar na rede pública o serviço de atenção odontológica as crianças de 0 a 30 meses de idade (WALTER; FERELLE; ISSAO, 1996).

Concomitante à expansão das bebê-clínicas para todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS), a partir de 1988, foram incrementadas as ações de promoção da saúde bucal e prevenção da cárie dentária, destacando-se o programa de bochecho de flúor, atividades educativas realizadas nas escolas da rede pública municipal e estadual e a fluoretação da água de abastecimento público que, desde 1987, cobre 100% dos bairros do município. Observou-se importante redução no Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados (Índice CPO-D) entre crianças aos 12 anos de idade, passando de 8,0 em 1983 para 0,68 em 2008 (CAMBÉ, 2010).

O PSF em Cambé implantado em 1998, inicialmente com três equipes, foi expandido para vinte equipes em 2000, sem incorporar ações de Saúde Bucal (SB). A inserção das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF) ocorreu em setembro de 2005, com 18 ESB, com vistas a atender à necessidade apontada pelos usuários e também com base em avaliações de demanda e cobertura (CAMBÉ, 2006).

Em 2008, com o propósito de criar uma base de dados para avaliação da inserção das ESB na ESF e atualizar os indicadores epidemiológicos na população infantil, a Secretaria Municipal de Saúde de Cambé realizou, com apoio do Departamento de Medicina Oral e Odontologia Infantil da Universidade Estadual de Londrina, novo levantamento epidemiológico em SB, com a mesma metodologia que foi utilizada pelo Ministério da Saúde no SB BRASIL 2003. Para as faixas etárias de 35 a 45 anos e 65 a 74 anos, embora com índices considerados altos, com CPO-D de 16,92 e 24,73 respectivamente, apresentaram índices inferiores à média estimada para a região Sul de 20,61 para primeira e 27,33 para a última (BRASIL, 2012).

Em 2013, a Estratégia Saúde da Família estava implantada no município em 100% das Unidades de Saúde, com cobertura de atendimento à população de 73,9%, acima da média brasileira que é de 55,7%. Todas as Unidades de Saúde possuem Clínicas Odontológicas, e o município possui 15 equipes de saúde bucal com uma cobertura populacional de 52,8%, valor superior à média nacional (37,3%) e estadual (38,8%), segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013).

### 3.3 POPULAÇÃO DE REFERÊNCIA E AMOSTRAGEM

A população de referência do estudo foi constituída por adultos e idosos com idade igual ou superior a 40 anos, completos no momento da coleta de dados, de ambos os sexos e residentes na zona urbana do município de Cambé. Para fins de amostragem, utilizaram-se informações relativas à contagem populacional realizada em 2007, cuja população estimada era de 92.888 habitantes e os indivíduos de 40 anos ou mais correspondiam a aproximadamente 33,1% da população total do município, perfazendo cerca de 30.710 indivíduos (IBGE, 2010b).

O tamanho da amostra foi calculado utilizando-se o aplicativo Epi Info 3.5.1, considerando uma proporção esperada de 50%, margem de erro de 3% e intervalo de confiança de 95% resultando em uma amostra de 1.066 pessoas a serem entrevistadas. A esse número foram acrescentados 25% para eventuais perdas totalizando 1.332 indivíduos.

Todos os 86 setores censitários da região urbana foram incluídos no estudo. O setor censitário é uma unidade de trabalho do IBGE, composto por um agrupamento de domicílios. Em geral, um setor engloba cerca de 300 domicílios e, conforme a densidade populacional, pode variar bastante em tamanho. Áreas densamente povoadas possuem setores com menor área, e locais com menor densidade populacional apresentam setores com áreas mais extensas. Os setores podem ser rurais ou urbanos.

A quantidade de pessoas a serem entrevistadas em cada setor foi calculada proporcionalmente ao número de homens e mulheres de 40 anos e mais. Para cada setor, havia uma cota de indivíduos segundo sexo e faixa etária, com intervalos quinquenais. Após estes procedimentos, o número total de pessoas a serem entrevistadas foi de 1339, considerando-se os arredondamentos para cima.

Para este estudo, foram utilizados mapas com a divisão por setores censitários da área urbana, com localização de bairros, quadras e ruas. As quadras de cada setor censitário foram enumeradas e, nele, uma esquina foi sorteada como ponto de partida para o percurso dos domicílios e do sentido do deslocamento (em frente, para direita) iniciando-se o trabalho de campo.

Foram visitados domicílios intercalados em uma trajetória previamente traçada de forma aleatória, e em cada domicílio foi realizado o sorteio, caso houvesse mais de um morador elegível com 40 anos ou mais, até completar a cota de pessoas a serem entrevistadas, de acordo com o sexo e faixa etária (intervalos quinquenais), de cada setor censitário.

Dados do percurso, informações sobre os domicílios e moradores foram registrados em ficha de arrolamento, que foi utilizada com o objetivo de listar os domicílios e as pessoas elegíveis.

### 3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

#### 3.4.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídos no estudo todos os indivíduos que tinham 40 anos ou mais de idade na data da entrevista, residiam na área urbana do município de Cambé/PR e que concordaram em participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C).

#### 3.4.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídos do estudo todos os indivíduos sem plenas condições de raciocínio ou comunicação e que não estivessem acompanhados do cuidador, indivíduos com deficiência visual e/ou auditiva graves ou em estágios avançados de transtornos mentais que impedissem a compreensão dos questionamentos da entrevista e do idioma que não o português. Nos casos em que o respondente era o cuidador e que a resposta dependia do julgamento do participante, algumas perguntas não foram realizadas.

### 3.5 PERDA AMOSTRAL

Foi considerada perda amostral quando o indivíduo não foi encontrado após três tentativas de visitas sem sucesso em dias e horários agendados e alternados. Para as revisitas considerou-se a 1ª visita a qualquer horário, a 2ª visita fora do horário comercial (em dias úteis, após as 18h30min; aos sábados, após as 14h; e aos domingos ou feriados, a qualquer horário) e a 3ª visita em outro dia e em horário distinto dos dois primeiros (com pelo menos uma hora de diferença).

Para a recusa, considerou-se a negativa de participação do indivíduo.

### 3.6 ETAPAS PRÉVIAS À COLETA DE DADOS

#### 3.6.1 Seleção e Treinamento dos Entrevistadores

Foram constituídas três equipes de coleta de dados, totalizando 24 entrevistadores. A seleção de entrevistadores foi realizada entre os alunos de graduação do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Estadual de Londrina.

O treinamento foi realizado em duas etapas e envolveu: apresentação do projeto; abordagem inicial na entrevista e simulações de entrevistas; avaliação da concordância das questões do instrumento; e apresentação do manual de instruções elaborado para as equipes de campo, com descrição detalhada dos procedimentos da coleta dos dados (APÊNDICE A).

Os coordenadores e supervisores do estudo foram responsáveis pelas etapas de seleção e treinamento das equipes e também pela confecção do manual de orientações.

#### 3.6.2 Pré-teste e Estudo Piloto

Após o treinamento, foi realizado o pré-teste do formulário em indivíduos da mesma faixa etária da pesquisa no município de Londrina e visou adequar o instrumento para o trabalho de campo, a compreensão das questões, o

entendimento por parte dos entrevistados e o padrão de repostas. Estas entrevistas não foram utilizadas no estudo.

O pré-teste e o estudo piloto foram realizados em um bairro do município de Londrina, a fim de testar o instrumento e o manual de coleta de dados, a logística do trabalho de campo, o tempo médio da entrevista, seleção do indivíduo a ser entrevistado, abordagem individual e familiar, digitação do banco de dados e projeção inicial da taxa de recusa. Nesta etapa, foram corrigidas algumas questões do instrumento e de logística de campo.

### 3.7 PROCESSAMENTO DOS DADOS

Foi elaborado o formulário de digitação dos dados, com a codificação de todos os campos para facilitar a entrada dos dados no programa Epi Info versão 3.5.1 (CDC, EUA). O banco de dados foi obtido mediante dupla digitação e posterior checagem de inconsistências e amplitudes. Os arquivos foram comparados pelo mesmo programa, e os dados discordantes ou discrepantes foram corrigidos, após consulta aos formulários. Após a obtenção do banco finalizado, este foi convertido para o formato do programa *IBM SPSS Statistic versão 19.0* para posterior análise dos desfechos de cada recorte.

### 3.8 COLETA DE DADOS

A coleta foi realizada entre os meses de fevereiro e junho de 2011. Previamente a esta etapa, foi realizada ampla divulgação acerca dos propósitos e objetivos da pesquisa nos meios de comunicação (divulgação em telejornalismo em rede regional e estadual, emissoras de rádio e jornais locais) e apresentação formal do projeto à Secretaria Municipal de Saúde, aos coordenadores das Unidades Básicas de Saúde e ao Conselho Municipal de Saúde. A entrevista no domicílio iniciava-se com a apresentação dos entrevistadores devidamente identificados, esclarecimentos sobre a pesquisa, aceitação em participar e assinatura do TCLE. A duração das entrevistas variou de 30 minutos a 1 hora e 30 minutos, de acordo com o nível de compreensão e da idade do entrevistado.

### 3.9 VARIÁVEIS

Foi elaborado instrumento de coleta de dados contemplando os objetivos e desfechos dos 7 subprojetos do VigiCardio (APÊNDICE B). O questionário foi composto por 136 questões divididas em 7 blocos:

Bloco 1 - Caracterização

Bloco 2 - Hábitos de Vida

Bloco 3 - Capacidade Funcional

Bloco 4 - Utilização dos Serviços de Saúde

Bloco 5 - Condições de Saúde

Bloco 6 - Tratamento Medicamentoso

Bloco 7 - Medidas

Para o presente estudo foram utilizadas questões referentes aos blocos de caracterização, hábitos de vida, utilização dos serviços de saúde e condições de saúde (Apêndice B).

#### 3.9.1 Variáveis Dependentes

- 1- *Perdas dentárias*. Foi obtida a partir da quantidade de perdas dentárias referida e, posteriormente, dicotomizada em  $> 12$  perdas e  $\leq a 12$  dentes perdidos, de acordo com a teoria do arco dentário reduzido. Este indicador foi utilizado em diversos estudos nacionais e internacionais (BARBATO et al., 2007; HUGO et al., 2007; BARBATO; PERES, 2009; SILVA; RIHS; SOUSA, 2009; HEEGAARD et al., 2011). Esta teoria preconiza que um adulto deve ter pelo menos 20 dentes funcionais sem lacunas estéticas, de modo a permitir uma mastigação funcional aceitável (KÄYSER, 1981).
- 2- *Realização da consulta odontológica há três anos ou mais*. O acesso ao dentista foi avaliado pela questão: “quando consultou o dentista pela última vez?”, a mesma utilizada nas PNADs 2003 e 2008 e SB Brasil 2003 e 2010. Foram obtidas respostas, assim classificadas: menos de um ano, um a dois anos ou três anos e mais. As respostas foram dicotomizadas em: última consulta há

3 anos ou mais e a última consulta há menos de três anos. Esta categorização foi utilizada considerando-se os diversos estudos nacionais e internacionais de avaliação de acesso aos serviços, permitindo a comparação dos resultados (GILBERT et al., 1994; GIFT; ATCHISON; DRURY, 1998; MATOS; GIATTI; LIMA-COSTA, 2004; MATOS; LIMA-COSTA, 2006; MARTINS; BARRETO; PORDEUS, 2007; MARTINS; BARRETO; PORDEUS, 2008b; ARAÚJO et al., 2009; CHAVES et al., 2010; PETERSEN; KWAN, 2010).

- 3- *Necessidade de tratamento dentário*. Esta variável foi obtida pela auto percepção da necessidade de tratamento odontológico, por meio da seguinte pergunta: "acha que necessita de tratamento dentário atualmente?" Admitia respostas "não" ou "sim". Essa mesma pergunta foi utilizada nos levantamentos epidemiológicos SB Brasil 2003 e 2010 (MARTINS; BARRETO; PORDEUS, 2008b; MOREIRA; NICO; SOUSA, 2009) e em estudos internacionais (HEFT et al., 2003; MAHARANI, 2009).

Na análise de fatores associados às variáveis realização da consulta odontológica há três anos ou mais e necessidade de tratamento dentário, os registros referentes aos edêntulos foram retirados, pois a avaliação de fatores associados aos indivíduos dêntulos é de grande importância em termos de saúde pública e distinta dos edêntulos na avaliação do acesso e na percepção de necessidade de tratamento dentário.

### 3.9.2 Variáveis Independentes

Para fins de análise, as variáveis e suas categorias estão discriminadas a seguir:

#### 3.9.2.1 Caracterização

- Sexo:
- ✓ Masculino
- ✓ Feminino.

- Faixa etária: (idade): em anos completos até o momento da pesquisa
  - ✓ 40 a 59 anos
  - ✓ 60 ou + anos.
- Estado civil:
  - ✓ Solteiro/divorciado/separado/viúvo
  - ✓ Casado/união estável.
- Cor ou raça - autorreferida, conforme categorização do censo 2010, realizado pelo IBGE (IBGE, 2010a). Branca, Parda, Preta, Amarela e Indígena
  - ✓ Não branca (amarela, indígena, parda, preta)
  - ✓ Branca (branca).
- Anos completos de estudo: para associação com as demais variáveis foram agrupados em dois grupos
  - ✓ 0 a 7 anos de estudo
  - ✓ 8 ou mais.
- Situação ocupacional: a partir da referência de pelo menos um trabalho remunerado
  - ✓ Ocupado
  - ✓ Não ocupado.
- Classe econômica (classe de consumo): as categorias da classe econômica foram estabelecidas de acordo com a classificação proposta pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) por meio do Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP, 2010). Esse instrumento estima o poder de compra das pessoas e famílias urbanas por meio da soma de pontos referentes à posse de bens e ao grau de instrução do chefe da família.
  - ✓ Classe A + B
  - ✓ Classe C
  - ✓ Classe D + E.

## 3.9.2.2 Hábitos de vida autorreferidos

- Tabagismo:
  - ✓ Sim
  - ✓ Não.
  
- Consumo abusivo de bebida alcoólica: frequência de consumo de mais de quatro doses para as mulheres ou mais de cinco doses para os homens, de bebidas alcoólicas em uma mesma ocasião, dentro dos últimos 30 dias (BRASIL, 2010a). Considerou-se como dose de bebida alcoólica uma dose de bebida destilada, uma lata de cerveja ou uma taça de vinho.
  - ✓ Sim
  - ✓ Não.

## 3.9.2.3 Utilização de serviços de saúde

- Adesão a Plano privado de Saúde:
  - ✓ Sim
  - ✓ Não.
  
- Utilização da Unidade Básica de Saúde:
  - ✓ Sim
  - ✓ Não.
  
- Consulta com dentista:
  - ✓ Sim
  - ✓ Não.
  
- Última consulta ao dentista:
  - ✓ Menos de três anos
  - ✓ Três anos ou mais.
  
- Local da última consulta:
  - ✓ Serviço público/outros
  - ✓ Serviço particular/Plano de saúde ou Convênio.

- Motivo da última consulta:
  - ✓ Revisão, prevenção ou *check-up*
  - ✓ Dor/extração
  - ✓ Tratamento/outros.
- Opinião sobre a última consulta:
  - ✓ Muito bom/bom/regular
  - ✓ Ruim/muito ruim.

#### 3.9.2.4 Condições de saúde

- Perda dentária:
  - ✓ Sim
  - ✓ Não.
- Número de dentes perdidos:
  - ✓ > 12
  - ✓ ≤ 12.
- Possui alguma prótese dentária:
  - ✓ Sim
  - ✓ Não.
- Localização da prótese:
  - ✓ Superior da boca
  - ✓ Inferior da boca
  - ✓ Ambas.
- Dor de dentes nos últimos 6 meses:
  - ✓ Sim
  - ✓ Não.
- Sangramento na gengiva:
  - ✓ Sim
  - ✓ Não.
- Presença de dente amolecido:
  - ✓ Sim
  - ✓ Não.

- Satisfação com os dentes/boca:
  - ✓ Sim (satisfeito)
  - ✓ Não (insatisfeito/nem um nem outro).
- Incômodo ao comer:
  - ✓ Sim (às vezes/frequentemente)
  - ✓ Não.
- Sentiu-se envergonhado com dentes/boca:
  - ✓ Sim (às vezes/frequentemente)
  - ✓ Não.
- Estado de saúde:
  - ✓ Muito bom/bom
  - ✓ Regular/ruim/muito ruim.
- Hipertensão arterial referida:
  - ✓ Sim
  - ✓ Não.
- Diabetes Mellitus referida:
  - ✓ Sim
  - ✓ Não.

### 3.10 ANÁLISE ESTATÍSTICA

O banco de dados foi elaborado utilizando-se o programa Epi Info versão 3.5.1, mediante dupla digitação e posterior checagem de inconsistências.

Inicialmente realizou-se uma análise estatística descritiva, observando-se a distribuição de frequência, percentual e medidas de associação pelo teste de qui-quadrado ou teste exato de Fisher, de cada variável analisada dentro dos blocos de caracterização, utilização de serviços de saúde e condições de saúde.

Na sequência, as características das pessoas com os desfechos “perdas dentárias superiores a 12 dentes”, “última consulta ao dentista há três anos ou mais” e “necessidade de tratamento dentário” foram comparadas às variáveis

independentes dos blocos de caracterização, utilização de serviços de saúde e condições de saúde.

Para a identificação dos fatores associados aos desfechos foram calculadas medidas de associação expressas pelas razões de prevalências (RP) brutas e ajustadas, estimadas por modelos de regressão de Poisson, com estimadores robustos de variância.

Numa primeira etapa, foram realizadas as análises univariadas, para identificar as variáveis independentes com nível de significância  $p < 0,20$ , que entraram no modelo final de análise de múltiplos fatores utilizando-se a regressão de Poisson com variância robusta. Foram consideradas estatisticamente significativas as associações com valor de  $p < 0,05$  na análise ajustada, pelo método *backward*. Considerando-se a importância do sexo, faixa etária e escolaridade nos desfechos selecionados, essas variáveis foram incluídas em todas as análises ajustadas, independentemente do valor de  $p$  na análise univariada.

A opção de análise por Regressão de Poisson deveu-se ao fato de, em estudos de corte transversal, os modelos de Cox e Poisson com variância robusta apresentarem-se como melhores alternativas que a regressão logística (COUTINHO; SCAZUCA; MENEZES, 2008), em situações nas quais a prevalência do desfecho excede a 20%, pois a utilização da regressão logística superestima a medida de efeito (BARROS; HIRAKATA, 2003).

A análise dos dados foi realizada pelo programa estatístico *Statistical Package for the Social Science (SPSS)*, versão 19.0.

### 3.11 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi elaborado e conduzido com base nos preceitos éticos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (ANEXO A) com parecer registrado no Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (CAAE nº 0192.0.268.000-10).

Os indivíduos amostrados foram devidamente orientados quanto aos objetivos da pesquisa e seus direitos, sendo lhes apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C).

Participaram da pesquisa somente os indivíduos que concordaram com a assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram assegurados o sigilo e o uso exclusivo das informações no estudo.

Foram solicitadas assinaturas dos termos de consentimento dos participantes da pesquisa feitas em duas vias, sendo a primeira arquivada pelo pesquisador e a segunda entregue ao entrevistado.

## 4 RESULTADOS

### 4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

A amostra estudada foi composta de 1.180 indivíduos, com taxa de participação de 88,1% de um total de 1.339 sujeitos a serem entrevistados. Das 159 perdas (11,9%), 66 ocorreram por não ter encontrado o indivíduo selecionado em sua residência em pelo menos três tentativas em datas e horários alternados e 93 indivíduos que se recusaram a participar da pesquisa.

Os entrevistados tinham em média 54,6 anos (desvio-padrão 10,39); 54,4% eram mulheres; 73,1% eram casados ou viviam em união estável e 59,7% declararam a raça/cor da pele como branca. Quanto ao nível de escolaridade, a maioria foi formada por pessoas com 8 a 11 anos de estudo (40,9%) e com 4 a 7 anos de estudo (39,4%). Sobre a situação ocupacional, 62,0% referiram exercer pelo menos um trabalho principal e metade (52,0%) pertencia à classe econômica C, segundo a Classificação Econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. No entanto, entre os idosos as classes econômicas C, D e E representaram 72,9%, percentual superior a 57,4% observado em indivíduos de 40 a 59 anos. O consumo regular de bebida alcoólica foi citado por 38,0%, e o hábito de fumar, por 20,0%. Com exceção da variável sexo, diferenças significativas entre idosos e não idosos foram observadas em todas as características (Tabela 1).

**Tabela 1** – Distribuição da população estudada, segundo características demográficas e socioeconômicas. Cambé, Paraná, 2011.

Características	Total*		40 a 59		60 e +		p
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							0,433
· Feminino	642	54,4	451	53,6	191	56,3	
· Masculino	538	45,6	390	46,4	148	43,7	
Total	1180	100,0	841	100,0	339	100,0	
Estado civil							0,001
· Solteiro/divorciado/separado/viúvo	317	26,9	204	24,3	113	33,3	
· Casado/união estável	863	73,1	637	75,7	226	66,7	
Total	1180	100,0	841	100,0	339	100,0	
Cor ou raça							<0,001
· Não Branca	476	40,3	365	43,4	111	32,7	
· Branca	704	59,7	476	56,6	228	67,3	
Total	1180	100,0	841	100,0	339	100,0	
Anos completos de estudo <sup>(a)</sup>							<0,001
· 0 a 3 anos de estudo	102	8,7	21	2,5	81	24,0	
· 4 a 7 anos	464	39,4	290	34,5	174	51,6	
· 8 a 11 anos	482	40,9	420	49,9	62	18,4	
· 12 e + anos	130	11,0	110	13,1	20	5,9	
Total	1178	100,0	841	100,0	337	100,0	
Situação ocupacional							<0,001
· Não ocupado	448	38,0	198	23,5	250	73,7	
· Ocupado	732	62,0	643	76,5	89	26,3	
Total	1180	100,0	841	100,0	339	100,0	
Classe econômica ABEP <sup>(b)</sup>							<0,001
· D+E	116	9,8	51	6,1	65	19,2	
· C	613	52,0	431	51,3	182	53,7	
· A+B	450	38,2	358	42,6	92	27,1	
Total	1179	100,0	840	100,0	339	100,0	
Tabagismo							0,001
· Sim	236	20,0	189	22,5	47	13,9	
· Não	944	80,0	652	77,5	292	86,1	
Total	1180	100,0	841	100,0	339	100,0	
Consumo de bebida alcoólica							<0,001
· Sim	448	38,0	359	42,7	89	26,3	
· Não	732	62,0	482	57,3	250	73,7	
Total	1180	100,0	841	100,0	339	100,0	

\*Os totais variam devido às perdas de informação.

<sup>(a)</sup> 2 não responderam. <sup>(b)</sup> 1 não respondeu.

## 4.2 CONDIÇÕES DE SAÚDE

A perda dentária de pelo menos um elemento foi observada na quase totalidade dos entrevistados. Observou-se elevado percentual de uso de prótese dentária, que foi de 72,7%.

A necessidade de atendimento odontológico atual foi referida por 67,6%, a maioria dos quais apontou como motivo principal o tratamento dentário.

O sangramento na gengiva foi referido por 12,5% dos entrevistados. Os idosos apresentaram prevalência de perdas superiores a 12 dentes e de uso de prótese dentária bem mais elevada que os indivíduos de até 59 anos.

A menção à necessidade de tratamento dentário, dor de dente nos últimos 6 meses, insatisfação com dentes/boca e sentimento de vergonha foi mais elevada entre os indivíduos de 40 a 59 anos.

O estado de saúde foi considerado muito bom/bom por 57,3% dos indivíduos, não diferindo muito entre adultos e idosos.

Somente a frequência de presença de dente amolecido e incômodo ao comer não apresentaram diferenças significativas entre idosos e não idosos (Tabela 2).

**Tabela 2** – Distribuição da população estudada, segundo condições de saúde. Cambé, Paraná, 2011.

Características	Total*		40 a 59		60 e mais		p
	n	%	n	%	n	%	
Perda dentária <sup>(a)</sup>							0,002
· Sim	1134	96,2	799	95,0	335	99,1	
· Não	45	3,8	42	5,0	3	0,9	
Total	1179	100,0	841	100,0	338	100,0	
Número de dentes perdidos <sup>(b)</sup>							<0,001
· >12	558	49,7	299	37,9	259	77,5	
· ≤ 12	564	50,3	489	62,1	75	22,5	
Total	1122	100,0	788	100,0	334	100,0	
Prótese dentária <sup>(c)</sup>							<0,001
· Sim	824	72,7	530	66,3	294	88,0	
· Não	309	27,3	269	33,7	40	12,0	
Total	1133	100,0	799	100,0	334	100,0	
Necessidade de tratamento dentário <sup>(d)</sup>							<0,001
· Sim	790	67,6	602	72,0	188	56,5	
· Não	379	32,4	234	28,0	145	43,5	

Total	1169	100,0	836	100,0	333	100,0	
Dor de dente nos últimos 6 meses <sup>(e)</sup>							0,029
· Sim	168	16,2	139	17,6	29	11,6	
· Não	871	83,8	649	82,4	222	88,4	
Total	1039	100,0	788	100,0	251	100,0	
Sangramento na gengiva <sup>(f)</sup>							0,001
· Sim	147	12,5	125	14,9	22	6,5	
· Não	1028	87,5	714	85,1	314	93,5	
Total	1175	100,0	839	100,0	336	100,0	
Presença de dente amolecido <sup>(g)</sup>							0,987
· Sim	148	14,9	115	14,8	33	15,1	
· Não	847	85,1	662	85,2	185	84,9	
Total	995	100,0	777	100,0	218	100,0	
Satisfação com dentes/boca <sup>(d)</sup>							<0,001
· Satisfeito	569	48,7	363	43,4	206	62,0	
· Insatisfeito	600	51,3	474	56,6	126	38,0	
Total	1169	100,0	837	100,0	332	100,0	
Incomodo ao comer <sup>(h)</sup>							0,423
· Não	818	69,8	578	69,1	240	71,6	
· Às vezes	354	30,2	259	30,9	95	28,4	
Total	1172	100,0	837	100,0	335	100,0	
Sentiu-se envergonhado com os dentes/boca <sup>(i)</sup>							0,045
· Não	697	59,6	483	57,7	214	64,3	
· Às vezes	473	40,4	354	42,3	119	35,7	
Total	1170	100,0	837	100,0	333	100,0	

Tabela 2 (continuação)

Características	Total		40 a 59		60 e mais		p
	n	%	n	%	n	%	
Estado de saúde <sup>(j)</sup>							0,079
· Muito bom/bom	672	57,3	494	58,9	178	53,1	
· Regular/ruim/muito ruim	501	42,7	344	41,1	157	46,9	
Total	1173	100,0	838	100,0	335	100,0	
Hipertensão Arterial referida <sup>(k)</sup>							<0,001
· Sim	502	42,7	292	34,8	210	62,3	
· Não	674	57,3	547	65,2	127	37,7	
Total	1176	100,0	839	100,0	337	100,0	
Diabetes Mellitus referida <sup>(a)</sup>							<0,001
· Sim	138	11,7	75	8,9	63	18,6	
· Não	1041	88,3	766	91,1	275	81,4	
Total	1179	100,0	841	100,0	338	100,0	

\*Os totais variam devido às perdas de informação.

<sup>(a)</sup> 1 excluído. <sup>(b)</sup> 13 excluídos, 45 não se aplica. <sup>(c)</sup> 47 excluídos. <sup>(d)</sup> 11 excluídos. <sup>(e)</sup> 141 não se aplica.

<sup>(f)</sup> 5 excluídos. <sup>(g)</sup> 185 não se aplica. <sup>(h)</sup> 8 excluídos. <sup>(i)</sup> 10 excluídos. <sup>(j)</sup> 7 excluídos. <sup>(k)</sup> 4 excluídos.

A Tabela 3 apresenta os resultados em relação ao edentulismo. Dentre os 1180 participantes da pesquisa, somente 3,8% dos entrevistados referiram não ter nenhum dente perdido (Tabela 2). A média de dentes perdidos por indivíduo foi de 15,6 (dp=12,2; mediana=12,0), sendo mais elevada em idosos acima de 70 anos (média=27,6; dp=8,4) e menor no grupo de 40 a 49 anos (média=8,7; dp=9,3). Destaca-se a elevada prevalência de edentulismo (22,7%), principalmente entre os indivíduos com 70 anos ou mais anos (66,7%).

A prevalência de edentulismo em mulheres foi de 27,7%, bem superior à observada entre os homens (16,7%). Todavia entre as 178 mulheres edêntulas, 87,1% referiram uso de prótese em ambas as arcadas e 38,2% fizeram sua última consulta ao dentista há menos de três anos. Entre os 90 homens edêntulos o percentual de uso de prótese em ambas as arcadas foi de 85,6% e somente 26 indivíduos (28,9%) consultaram o dentista nos últimos três anos.

**Tabela 3** – Número médio de dentes perdidos e prevalência de edentulismo por sexo e por faixa etária, Cambé, Paraná, 2011.

Característica	Dentes perdidos média (dp*)	Edêntulo	
		n	%
<b>Sexo</b>			
Feminino (642)	17,5 (12,3)	178	27,7
Masculino (538)	13,3 (11,7)	90	16,7
<b>Idade</b>			
40-49 anos (476)	8,7 (9,3)	30	6,3
50-59 anos (365)	16,8 (11,7)	78	21,4
60-69 anos (240)	21,7 (11,5)	94	39,2
70 anos e mais (99)	27,6 (8,4)	66	66,7
<b>Total de participantes (1180)</b>	<b>15,6 (12,2)</b>	<b>268</b>	<b>22,7</b>

\*desvio padrão

#### 4.3 UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A Tabela 4 apresenta a distribuição das variáveis quanto à utilização de serviços de saúde. Aproximadamente 58,0% não possuíam plano de saúde e utilizavam a Unidade Básica de Saúde (UBS). Quase a totalidade já foi a um consultório odontológico, porém procurou por serviço particular ou plano de saúde ou convênio (76,5%). A consulta há menos de três anos foi relatada por 62,2% dos indivíduos. O motivo da procura na última consulta foi o tratamento e outros

procedimentos (60,6%) e a dor/extração (23,9%). Sem diferenças significativas entre os grupos etários, quase todos consideraram o tratamento odontológico recebido satisfatório. Diferenças significativas entre os grupos etários foram observadas quanto à adesão a plano privados de saúde (mais elevada entre os idosos), consulta com dentista e última consulta ao dentista há menos de três anos.

**Tabela 4** – Distribuição da população estudada, segundo utilização de serviços de saúde. Cambé, Paraná, 2011.

Características	Total*		40 a 59		60 e mais		p
	n	%	n	%	n	%	
Plano de saúde							<0,001
· Sim	498	42,2	328	39,0	170	50,1	
· Não	682	57,8	513	61,0	169	49,9	
Total	1180	100	841	100,0	339	100,0	
Utilização de UBS <sup>(a)</sup>							0,699
· Sim	975	82,8	698	83,1	277	82,0	
· Não	203	17,2	142	16,9	61	18,0	
Total	1178	100	840	100,0	338	100,0	
Consulta com dentista** <sup>(b)</sup>							0,014
· Sim	1153	97,8	817	97,1	336	99,4	
· Não	26	2,2	24	2,9	2	0,6	
Total	1179	100	841	100,0	338	100,0	
Última consulta ao dentista <sup>(c)</sup>							<0,001
· Menos de três anos	717	62,2	547	67,0	170	50,6	
· Três anos ou mais	436	37,8	270	33,0	166	49,4	
Total	1153	100	817	100,0	336	100,0	
Local da última consulta <sup>(d)</sup>							0,410
· Serviço público/outros	265	23,5	196	24,2	69	21,7	
· Serviço particular/Plano/Convênios	862	76,5	613	75,8	249	78,3	
Total	1127	100,0	809	100,0	318	100,0	
Motivo da sua última consulta <sup>(e)</sup>							0,057
· Revisão, prevenção ou <i>check-up</i>	175	15,5	137	16,9	38	11,8	
· Dor/extração	271	23,9	184	22,7	87	27,0	
· Tratamento/outros	686	60,6	489	60,4	197	61,2	
Total	1132	100,0	810	100,0	322	100,0	
Opinião sobre a última consulta <sup>(f)</sup>							0,903
· Muito bom/bom/regular	1065	95,3	765	95,1	300	95,5	
· Ruim/muito ruim	53	4,7	39	4,9	14	4,5	
Total	1118	100,0	804	100,0	314	100,0	

\*\*Teste exato de Fisher.

\*Os totais variam devido às perdas de informação.

<sup>(a)</sup> 2 excluídos. <sup>(b)</sup> 1 excluído. <sup>(c)</sup> 27 excluídos. <sup>(d)</sup> 53 excluídos. <sup>(e)</sup> 48 excluídos. <sup>(f)</sup> 62 excluídos.

## 4.4 FATORES ASSOCIADOS A PERDAS DENTÁRIAS

Os resultados da análise bruta (Tabela 5) mostram que a maioria das variáveis associou-se a perdas dentárias > 12; apenas a cor da pele ou raça, plano de saúde e a local da última consulta odontológica realizada em algum serviço público não se associaram ( $p > 0,05$ ).

**Tabela 5** – Fatores associados à perda dentária superior a 12 dentes segundo características sociodemográficas, utilização de serviços de saúde e condições de saúde na análise bruta pela regressão de Poisson. Cambé, 2011.

Características	> 12 dentes		Perdas dentárias	
	n	%	RP bruta	p
<b>Sexo</b>				
Feminino (638)	351	55,0	1,409 (1,240-1,600)	< 0,001
Masculino (530)	207	39,1	1	
<b>Faixa etária</b>				
60 ou + anos (337)	259	76,9	2,136 (1,917-2,380)	<0,001
40 a 59 (831)	299	36,0	1	
<b>Estado Civil</b>				
Solteiro/Divorciado/Separado/Viúvo (315)	184	58,4	1,332 (1,181-1,502)	<0,001
Casado/União estável (853)	374	43,8	1	
<b>Cor ou raça</b>				
Não branca (473)	226	47,8	1,000 (0,885-1,130)	0,997
Branca (695)	332	47,8	1	
<b>Anos completos de estudo</b>				
0 a 7 (729)	459	63,0	2,808 (2,338-3,372)	<0,001
8 ou mais (437)	98	22,4	1	
<b>Situação Ocupacional</b>				
Não ocupado (447)	302	67,6	1,903 (1,692-2,140)	<0,001
Ocupado (721)	256	35,5	1	
<b>Classe econômica ABEP</b>				
D+E (116)	91	78,4	2,563 (2,162-3,037)	<0,001
C (610)	331	54,3	1,773 (1,513-2,077)	
A+B (444)	135	30,6	1	
<b>Plano de saúde</b>				
Não (673)	337	50,1	1,122 (0,991-1,270)	0,068
Sim (493)	220	44,6	1	
<b>Utilização de UBS</b>				
Não (201)	59	29,4	0,570 (0,456-0,712)	<0,001
Sim (965)	497	51,5	1	
<b>Última consulta ao dentista</b>				
Três anos ou mais (410)	264	64,4	1,695 (1,505-1,908)	<0,001
Menos de três anos (708)	269	38,0	1	
<b>Local da última consulta</b>				
Serviço público/Outros (262)	133	50,8	1,102 (0,958-1,267)	0,173
Serviço particular/Plano de Saúde ou Convênios (853)	393	46,1	1	

Na Tabela 6, são apresentados os fatores associados à perda dentária superior a 12 dentes na análise de múltiplos fatores pela regressão de Poisson. No modelo final, os fatores que permaneceram significativamente associados à perda dentária foram: ser do sexo feminino (RP=1,39); ter mais de 60 anos de idade (RP = 1,730, IC95%: 1,551;1,931), ter até 7 anos de estudo (RP = 2,074, IC95%: 1,710;2,516), ter realizado a última consulta com o dentista há três anos ou mais (RP = 1,267, IC95%: 1,154;1,390) e não utilizar a UBS (RP = 0,720, IC95%: 0,586;0,884).

**Tabela 6** – Fatores associados à perda dentária na análise ajustada de múltiplos fatores pela regressão de Poisson. Cambé, 2011.

Características	Perdas dentárias > 12	
	RP ajustada	p
<b>Sexo</b>		
Feminino	1,397 (1,243-1,570)	<0,001
Masculino	1	
<b>Faixa etária</b>		
60 ou + anos	1,730 (1,551-1,931)	<0,001
40 a 59	1	
<b>Anos completos de estudo</b>		
0 a 7	2,074 (1,710-2,516)	<0,001
8 ou mais	1	
<b>Utilização de UBS</b>		
Não	0,720 (0,586-0,884)	0,002
Sim	1	
<b>Última consulta ao dentista</b>		
Três anos ou mais	1,297 (1,161-1,449)	<0,001
Menos de três anos	1	

#### 4.5 FATORES ASSOCIADOS À ÚLTIMA CONSULTA AO DENTISTA HÁ TRÊS ANOS OU MAIS

Em relação às características sociodemográficas, hábitos de vida e utilização de serviços, na análise bruta os fatores que se mantiveram associados ao desfecho a consulta há três anos ou mais foram: escolaridade (RP bruto=2,11; IC 95%=1,66-2,69) e classe econômica ABEP (RP bruto=1,81; IC95%=1,19-2,76 e RP bruto=1,88; IC95%=1,49-2,38 para as classes D+E e C, respectivamente, comparativamente às classes A e B). Ser do sexo feminino e não utilizar a UBS também se associaram à última consulta ao dentista ter ocorrido há três anos ou mais (Tabela 7).

**Tabela 7** – Fatores associados à realização da última consulta ao dentista há três anos ou mais (somente dântulos) segundo características sociodemográficas, hábitos de vida e utilização de serviços, na análise bruta de múltiplos fatores pela regressão de Poisson.

Características	Última consulta ao dentista há três anos ou mais		RP bruta	p
	Sim n	%		
<b>Sexo</b>				
Feminino (450)	105	23,3	0,672 (0,543-0,830)	<0,001
Masculino (426)	148	34,4	1	
<b>Faixa etária</b>				
60 ou + anos (176)	59	33,5	1,210 (0,951-1,538)	0,120
40 a 59 (700)	194	27,7	1	
<b>Estado Civil</b>				
Solteiro/Divorciado/Separado/Viúvo (206)	62	30,1	1,056 (0,830-1,342)	0,658
Casado/União estável (670)	191	28,5	1	
<b>Cor ou raça</b>				
Não branca (347)	129	37,2	1,586 (1,291-1,949)	<0,001
Branca (529)	124	23,4	1	
<b>Anos completos de estudo</b>				
0 a 7 (478)	181	37,9	2,117 (1,662-2,692)	<0,001
8 ou mais (397)	71	17,9	1	
<b>Situação Ocupacional</b>				
Não ocupado (259)	79	30,5	1,082 (0,866-1,352)	0,490
Ocupado (617)	174	28,2	1	
<b>Classe econômica ABEP</b>				
D+E (51)	18	35,3	1,815 (1,190-2,769)	<0,001
C (428)	157	36,7	1,887 (1,490-2,389)	
A+B (396)	77	19,4	1	
<b>Tabagismo</b>				
Sim (163)	54	33,1	1,187 (0,926-1,521)	0,175
Não (713)	199	27,9	1	
<b>Consumo de bebida alcoólica</b>				
Sim (365)	112	30,7	1,112 (0,903-1,370)	0,318
Não (511)	141	27,6	1	
<b>Plano de saúde</b>				
Não (497)	158	31,8	1,265 (1,019-1,571)	0,033
Sim (378)	95	25,1	1	
<b>Utilização de UBS</b>				
Não (179)	35	19,6	0,627 (0,457-0,861)	0,004
Sim (696)	217	31,2	1	
<b>Local da última consulta</b>				
Serviço público/Outros (193)	59	30,6	1,114 (0,871-1,424)	0,390
Serviço particular/Plano de Saúde ou Convênios (674)	185	27,4	1	

Em relação às variáveis relacionadas às condições de saúde, na análise bruta, a consulta ao dentista há três anos ou mais se associou às seguintes variáveis: possuir prótese dentária, necessidade de tratamento dentário, não satisfação com os dentes/boca, hipertensão arterial e diabetes mellitus (Tabela 8).

**Tabela 8** – Fatores associados à consulta ao dentista há três anos ou mais (somente dântulos) segundo variáveis de condições de saúde, na análise bruta pela regressão de Poisson. Cambé, 2011.

Características	Última consulta ao dentista há três anos ou mais		RP bruta	p
	Sim n	%		
<b>Prótese dentária</b>				
Sim (553)	136	24,6	0,650 (0,527-0,801)	<0,001
Não (280)	106	37,9	1	
<b>Necessidade de tratamento dentário</b>				
Sim (649)	219	33,7	2,341 (1,669-3,283)	<0,001
Não (222)	32	14,4	1	
<b>Dor de dente nos últimos 6 meses</b>				
Sim (159)	38	23,9	0,802 (0,595-1,082)	0,149
Não (715)	213	29,8	1	
<b>Sangramento na gengiva</b>				
Sim (132)	35	26,5	0,905 (0,667-1,229)	0,524
Não (741)	217	29,3	1	
<b>Satisfação com dentes/boca</b>				
Insatisfeito/Nem um nem outro (493)	162	32,9	1,411 (1,130-1,763)	0,002
Satisfeito (378)	88	23,3	1	
<b>Incomodado ao comer</b>				
Às vezes/Frequentemente (260)	74	28,5	0,984 (0,782-1,238)	0,891
Não (612)	177	28,9	1	
<b>Sentiu-se envergonhado com os dentes/boca</b>				
Às vezes/Frequentemente (356)	108	30,3	1,106 (0,895-1,366)	0,350
Não (514)	141	27,4	1	
<b>Hipertensão Arterial referida</b>				
Sim (334)	115	34,4	1,347 (1,096-1,656)	0,005
Não (540)	138	25,6	1	
<b>Diabetes Mellitus referida</b>				
Sim (90)	34	37,8	1,356 (1,017-1,808)	0,038
Não (786)	219	27,9	1	

Após análise ajustada pela regressão de Poisson, os fatores que permaneceram significativamente associados ao desfecho ( $p < 0,05$ ) foram: ser do sexo feminino, ter cursado até 7 anos de estudo, possuir alguma prótese dentária e necessitar de tratamento dentário atual. No entanto, a associação entre hipertensão arterial e Diabetes Mellitus não permaneceu.

A consulta ao dentista há três anos ou mais foi mais elevada entre os homens. Os indivíduos com até 7 anos de estudo apresentaram prevalência de a última consulta ao dentista ter sido há três anos ou mais, 2,0 vezes maior quando comparados aos que tinham mais anos completos de estudo. Os indivíduos que relataram possuir necessidade de tratamento apresentaram frequência duas vezes maior de a última consulta ao dentista ter ocorrido há três anos ou mais quando comparados aos que relataram não necessitar (Tabela 9).

**Tabela 9** – Fatores associados à consulta com o dentista há três anos ou mais (somente dântulos) na análise ajustada de múltiplos fatores pela regressão de Poisson. Cambé, 2011.

Características	Consulta ao dentista há três anos ou mais	
	RP ajustada	p
<b>Sexo</b>		
Feminino	0,710 (0,575-0,877)	0,001
Masculino	1	
<b>Anos completos de estudo</b>		
0 a 7	2,076 (1,627-2,648)	<0,001
8 ou mais	1	
<b>Prótese dentária</b>		
Sim	0,702 (0,571-0,862)	0,001
Não	1	
<b>Necessidade de tratamento dentário</b>		
Sim	2,155 (1,520-3,056)	<0,001
Não	1	

\*Ajustado pela faixa etária.

#### 4.6 FATORES ASSOCIADOS À NECESSIDADE DE TRATAMENTO DENTÁRIO

Na análise bruta entre a necessidade de tratamento dentário e as características sociodemográficas e de utilização de serviços de saúde, os fatores que se associaram significativamente foram a cor da pele ou raça não branca, baixa escolaridade, classe econômica C, ser fumante, ter consultado o dentista há três anos ou mais e ter realizado a última consulta em serviço público (Tabela 10).

**Tabela 10** – Fatores associados à necessidade de tratamento dentário (somente dântulos) segundo características sociodemográficas e de utilização de serviços de saúde na análise bruta pela regressão de Poisson. Cambé, 2011.

Características	necessidade de tratamento dentário atual			
	Sim n	%	RP bruta	p
<b>Sexo</b>				
Feminino (461)	342	74,2	0,974 (0,904-1,049)	0,487
Masculino (445)	339	76,2	1	
<b>Faixa etária</b>				
60 ou + anos (177)	127	71,8	0,944 (0,853-1,045)	0,265
40 a 59 (729)	554	76,0	1	
<b>Estado Civil</b>				
Solteiro/Divorciado/Separado/Viúvo (216)	160	74,1	0,981 (0,897-1,073)	0,675
Casado/União estável (690)	521	75,5	1	
<b>Cor ou raça</b>				
Não branca (366)	296	80,9	1,134 (1,054-1,220)	0,001
Branca (540)	385	71,3	1	
<b>Anos completos de estudo</b>				
0 a 7 (497)	390	78,5	1,104 (1,022-1,193)	0,012
8 ou mais (408)	290	71,1	1	
<b>Situação Ocupacional</b>				
Não ocupado (267)	193	72,3	0,947 (0,869-1,031)	0,210
Ocupado (639)	488	76,4	1	
<b>Classe econômica ABEP</b>				
D+E (56)	39	69,6	0,997 (0,829-1,198)	0,001
C (444)	358	80,6	1,154 (1,067-1,248)	
A+B (405)	283	69,9	1	
<b>Tabagismo</b>				
Sim (174)	145	83,3	1,138 (1,051-1,232)	0,001
Não (732)	536	73,2	1	
<b>Consumo de bebida alcoólica</b>				
Sim (379)	294	77,6	1,056 (0,980-1,138)	0,150
Não (527)	387	73,4	1	
<b>Plano de saúde</b>				
Não (523)	402	76,9	1,056 (0,978-1,141)	0,166
Sim (382)	278	72,8	1	
<b>Utilização de UBS</b>				
Não (179)	124	69,3	0,905 (0,814-1,005)	0,062
Sim (726)	556	76,6	1	
<b>Última consulta ao dentista</b>				
Três anos ou mais (251)	219	87,3	1,258 (1,172-1,350)	<0,001
Menos de três anos (620)	430	69,4	1	
<b>Local da última consulta</b>				
Serviço público/Outros (197)	161	81,7	1,130 (1,042-1,225)	0,003
Serviço particular/Plano de Saúde ou Convênios (676)	489	72,3	1	

Na Tabela 11, estão apresentados os resultados da análise bruta da necessidade de tratamento dentário e condições de saúde. Com exceção das variáveis ter hipertensão e Diabetes Mellitus, todas as demais apresentaram associações significantes.

**Tabela 11** – Fatores associados à necessidade de tratamento dentário e condições de saúde (somente dântulos) na análise bruta pela regressão de Poisson. Cambé, 2011.

Características	necessidade de tratamento dentário atual		RP bruta	p
	Sim n	%		
<b>Dor de dente nos últimos 6 meses</b>				
Sim (160)	136	85,0	1,164 (1,076-1,259)	<0,001
Não (745)	544	73,0	1	
<b>Sangramento na gengiva</b>				
Sim (139)	120	86,3	1,181 (1,091-1,278)	<0,001
Não (766)	560	73,1	1	
<b>Presença de dente amolecido</b>				
Sim (148)	131	88,5	1,221 (1,135-1,313)	<0,001
Não (756)	548	72,5	1	
<b>Satisfação com dentes/boca</b>				
Insatisfeito/Nem um nem outro (516)	458	88,8	1,558 (1,422-1,708)	<0,001
Satisfeito (388)	221	57,0	1	
<b>Sentiu-se envergonhado com os dentes/boca</b>				
Às vezes/Frequentemente (376)	319	84,8	1,245 (1,158-1,339)	<0,001
Não (527)	359	68,1	1	
<b>Hipertensão Arterial referida</b>				
Sim (345)	266	77,1	1,041 (0,965-1,123)	0,297
Não (559)	414	74,1	1	
<b>Diabetes Mellitus referida</b>				
Sim (93)	75	80,6	1,082 (0,972-1,205)	0,151
Não (813)	606	74,5	1	

Após análise ajustada pela Regressão de Poisson, mantiveram-se associados ao desfecho ( $p < 0,05$ ) os seguintes fatores: a última consulta ao dentista há três anos ou mais, sangramento gengival recente, sentir algum dente amolecido e insatisfação com os dentes/boca (Tabela 12).

**Tabela 12** – Fatores associados à necessidade de tratamento dentário (somente dântulos) na análise ajustada de múltiplos fatores pela regressão de Poisson. Cambé, 2011.

Características	necessidade de tratamento dentário atual	
	RP ajustada	p
<b>Sexo</b>		
Feminino	0,949 (0,882-1,022)	0,168
Masculino	1	
<b>Faixa etária</b>		
60 ou + anos	0,968 (0,875-1,071)	0,530
40 a 59	1	
<b>Anos completos de estudo</b>		
0 a 7	1,053 (0,974-1,139)	0,190
8 ou mais	1	
<b>Última consulta ao dentista</b>		
Três anos ou mais	1,174 (1,095-1,260)	<0,001
Menos de três anos	1	
<b>Sangramento na gengiva</b>		
Sim	1,132 (1,049-1,222)	0,002
Não	1	
<b>Presença de dente amolecido</b>		
Sim	1,117 (1,038-1,203)	0,003
Não	1	
<b>Satisfação com dentes/boca</b>		
Insatisfeito/Nem um nem outro	1,517 (1,381-1,666)	<0,001
Satisfeito	1	

## 5 DISCUSSÃO

Um dos aspectos positivos da metodologia empregada foi a consideração da situação de saúde bucal a partir da percepção do usuário, por sua fácil aplicação e a identificação de desigualdades entre subgrupos populacionais, podendo constituir estratégia complementar às informações clínicas no diagnóstico e planejamento das ações. Outro ponto positivo foi a garantia da representatividade em relação à população urbana de Cambé-PR, deste estudo de base populacional.

Podem ser consideradas limitações a possibilidade de ocorrência do erro recordatório, principalmente para os idosos, por terem sido questionados sobre informações referentes a um período de um ou mais anos anteriores à pesquisa. Porém, devem-se destacar os cuidados metodológicos adotados (por exemplo, a aplicação do instrumento minixame do estado mental - meem) para compensar as limitações e minimizar viés que pudesse comprometer o resultado final.

### 5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CONDIÇÕES DE SAÚDE E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Este estudo foi realizado com o intuito de analisar as condições de saúde bucal, utilização e necessidade de tratamento odontológico entre adultos de 40 anos ou mais residentes na zona urbana do município de Cambé-PR. Os resultados revelaram condições de saúde bucal insatisfatórias, caracterizadas pela elevada prevalência de perdas dentárias, sangramento na gengiva, presença de dente amolecido e incômodo ao comer.

O perfil apresentado é compatível com as características da população estudada, uma vez que, entre os entrevistados, predominaram pessoas de baixa escolaridade, de forma mais pronunciada entre os idosos, e indivíduos de classes econômicas menos favorecidas (estratos C, D e E da Classificação ABEP). Sabe-se que a manutenção da saúde bucal em condições satisfatórias depende, em grande medida, da disponibilidade de serviços odontológicos e da capacidade de absorção das necessidades apontadas.

Apesar de a metade dos idosos possuir plano de saúde, 82,0% utilizam a UBS, provavelmente para que outros problemas de saúde sejam resolvidos, pois a realização da consulta ao dentista há três anos ou mais foi referida

por quase metade dos idosos, e apenas 21,7% mencionaram o serviço público como local da última consulta. Esta situação, na qual predomina o uso de serviços privados de saúde bucal, é semelhante à encontrada também nos resultados das PNADs 1998 e 2003, no Projeto SB Brasil 2003, no estudo de Bambuí (MATOS et al., 2001) e no estudo de Barros e Bertoldi (2002).

Na presente pesquisa, a cobertura por plano de saúde foi de 42,3%, o que pode indicar melhores condições de vida que a média brasileira. Estudos apontam que as pessoas com cobertura por pelo menos um plano de saúde apresentou crescimento: em 1998, 24,5% de pessoas eram asseguradas; em 2003, permaneceu em 24,6%; mas, em 2008, passou para 26,3% (IBGE, 2010a). Entre os idosos no Brasil, a cobertura por plano de saúde, segundo a PNAD 2003, era de aproximadamente 29,4% do total de idosos (IBGE, 2005). Resultados da PNAD 2008 revelaram que, no grupo de 65 anos ou mais de idade, o percentual de pessoas cobertas foi bastante similar ao resultado de 2003, com 29,7% de cobertura (IBGE, 2010a). Neste estudo, verificou-se cobertura de 39,0% e 50,1% na faixa etária de 40 a 59 anos e 60 anos e mais, respectivamente.

Historicamente, no país, a assistência à saúde bucal pública tem tido baixo alcance populacional. As principais ações foram iniciadas na década de 1980, privilegiando a população escolar. Conseqüentemente, a condição de saúde bucal observada no estudo é reflexo das políticas de saúde bucal, com ênfase nas extrações dentárias.

Estudo conduzido por Peres et al. (2012) comparando dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2003 e 2008 concluiu que o uso recente de serviço odontológico (consulta no último ano) aumentou discretamente de 2003 a 2008 e a proporção da população que nunca tinha consultado dentista diminuiu. Estes resultados mostram que, apesar das enormes desigualdades existentes, houve melhora no acesso e na oferta de serviços odontológicos, após a implantação de estratégias como as estabelecidas nas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004), Brasil Sorridente, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e as Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2009).

A estratificação por faixa etária evidenciou diferenças significativas nas características estudadas entre os idosos e não idosos, exceto em relação ao sexo. Esta estratificação mostrou uma pior situação para os idosos, que têm menor

escolaridade, são mais pobres, características que interferem na condição de saúde bucal. Esses achados são semelhantes aos do estudo de Peres et al. (2010), em relação aos mais velhos, os mais pobres e menos escolarizados.

A prevalência de edentulismo observada no presente estudo (22,7%) coincide com a de vários outros estudos (HUGO et al., 2007; MOREIRA; NICO; TOMITA, 2011; KOLTERMANN; GIORDANI; PATTUSSI, 2011). Embora o edentulismo tenha sido menos frequente na população estudada do que a verificada entre nipo-brasileiros de 30 a 92 anos na pesquisa realizada por Borges et al. (2007), na qual 39,0% eram edêntulos, a variação das faixas etárias entre os vários estudos dificulta a comparação da prevalência global.

Entre os indivíduos de 60 anos ou mais, a prevalência de edentulismo de 47,2% é aquém da observada por Silva e Valsecki Jr. (2000), que, em estudo realizado em Araraquara-SP, comparando idosos institucionalizados e não institucionalizados, encontraram prevalência de edentulismo de 72,0% e 60,0%, respectivamente. Colussi e Freitas (2002), ao revisarem os estudos epidemiológicos em publicações nacionais, a partir de 1988, constataram prevalência média de edentulismo de 68,0% entre os idosos. Estes resultados são muito próximos aos observados no presente estudo para a população de 70 anos ou mais (66,7%). Ao considerar que a coleta de dados de nosso estudo foi realizada em 2011, as idades referentes aos estudos citados, majoritariamente coletados na década de 2000, são equivalentes.

Ferreira (2007) avaliou a condição de saúde bucal de 355 idosos com 60 anos e mais institucionalizados em Belo Horizonte e encontrou uma prevalência de edentulismo em 74,9% nos idosos, e 42,6% não usavam qualquer tipo de prótese. Resultados mais positivos foram encontrados neste estudo, em que 47,2% dos idosos eram edêntulos e somente 11,8% referiram não utilizar qualquer tipo de prótese.

Em um estudo transversal com 321 idosos utilizando o Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI), índice que avalia o impacto dos problemas bucais na qualidade de vida das pessoas idosas, a prevalência de edentulismo foi de 52,0% e somente 6,2% dos idosos apresentavam 20 dentes ou mais (VASCONCELOS et al., 2012). Nosso estudo mostrou média de 23,4 dentes perdidos entre os idosos, um pouco abaixo do relatado pela pesquisa realizada por Silva e Valsecki Jr. (2000), com mais de 27 dentes perdidos em média.

Do total de 339 idosos participantes desta pesquisa, 22,1% tinham mais de 20 dentes presentes, e 59,9% referiram utilizar prótese dentária em ambos os arcos. Estudo transversal realizado por Silva et al. (2011), com 876 participantes de 65 anos ou mais, concluiu que a proporção de indivíduos com mais de 20 dentes presentes foi de 17,2%, e 38,2% usavam prótese dentária em ambos os arcos. Nossos resultados mostraram-se mais favoráveis; no entanto, diferenças nas faixas etárias devem ser consideradas nas análises.

Em relação aos não idosos, no Brasil, dados epidemiológicos relativos à saúde bucal ainda são limitados, e a maioria refere-se a inquéritos nacionais, como as PNAD 2003 e 2008 e SB Brasil 2003 e 2010.

No nosso estudo, a prevalência de edentulismo entre os indivíduos de 40 a 59 anos (12,8%) foi muito próxima à verificada no SB Brasil 2003 (BRASIL, 2005), em indivíduos de 35 a 44 anos (11,4%), e no estudo de Silva, Rihs e Sousa (2009), cujos resultados apontaram que 10,8% dos 1612 adultos de 34 a 44 anos examinados eram edêntulos. O resultado sobre a perda dentária superior a 12 dentes (35,7%) também é próximo ao encontrado por Gibilini et al. (2010) no estudo realizado com 1612 adultos de 35 a 44 anos. Apesar das diferenças na composição das faixas etárias para análise, a situação observada em indivíduos não idosos reflete também a dificuldade de acesso e de utilização dos serviços odontológicos, sobretudo os de natureza conservadora.

Apesar da elevada prevalência de perdas dentárias, 57,3% das pessoas avaliarem sua condição de saúde como muito boa ou boa e a percepção com sua condição bucal foi satisfatória para 48,7% das pessoas entrevistadas. Pesquisa realizada com 201 pessoas dentadas com 60 anos ou mais constatou que 42,7% dos indivíduos consideravam sua condição bucal como regular (SILVA; FERNANDES, 2001). Nesta pesquisa, 62,0% dos idosos referiram estar satisfeitos com seus dentes/boca, diferentemente do grupo de 40 a 59 anos em que somente 43,4% manifestaram satisfação com sua situação bucal. Resultados do SB Brasil 2003 entre idosos de 65 e 74 anos indicaram que a maioria dos idosos autorreferiu sua saúde bucal como positiva, mesmo com condições clínicas de saúde bucal insatisfatórias (MARTINS et al., 2010).

Haikal et al. (2011), em estudo de abordagem quanti-qualitativa com 45 idosos, revelaram que 57,7% eram dentados, 60% referiram não necessitar de tratamento, e 67% consideraram-se satisfeitos com sua saúde bucal.

A percepção da saúde bucal pode ser influenciada por valores pessoais, como a crença de que algumas dores e incapacidades são inevitáveis com o avançar da idade (REIS; MARCELO, 2006; VASCONCELOS et al., 2012), justificando, assim, o fato de 62,0% dos idosos da pesquisa, diferentemente dos indivíduos de 40 a 59 anos (43,4%), referirem satisfação com sua condição bucal apesar da situação em que se encontravam no momento do estudo.

## 5.2 FATORES ASSOCIADOS À PERDA DENTÁRIA SUPERIOR A 12 DENTES

Após a realização da análise de múltiplos fatores pela regressão de Poisson, os fatores que permaneceram significativamente associados à perda dentária foram: ter mais de 60 anos de idade, ser do sexo feminino, ter até 7 anos de estudo, utilizar a UBS e ter realizado a última consulta com o dentista há três anos ou mais.

A prevalência significativamente mais elevada de perdas dentárias superiores a 12 dentes entre os idosos pode ser reflexo das políticas públicas de saúde bucal no Brasil, prioritariamente dirigidas às crianças e gestantes com as ações preventivas e educativas. As piores condições de saúde bucal da população idosa, medidas pelo indicador mais de 12 dentes perdidos, são compatíveis ao fato de a saúde bucal ser reconhecida como parte integrante da saúde geral do indivíduo somente a partir da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 1986). Além disso, as alterações na cavidade bucal que levam à perda de funções essenciais, o que facilita o aparecimento da cárie, doença periodontal e problemas articulares, são relacionadas ao avanço cronológico da idade (ETTINGER, 1993; SILVA et al., 2008; MOREIRA; NICO; SOUSA, 2009).

As perdas dentárias superiores a 12 dentes associadas ao sexo feminino concordam com a situação verificada em outros estudos similares, nos quais as mulheres apresentam esta associação independentemente da faixa etária (BARBATO et al., 2007; HUGO et al., 2007; SILVA; RIHS; SOUSA, 2009).

Alguns autores sugerem que há maior proporção de mulheres do que de homens em idade adulta que utilizam os serviços odontológicos regularmente e em frequência maior (BARROS; BERTOLDI, 2002; MOREIRA et al., 2005), o que poderia resultar na perda precoce de elementos dentários por parte das mulheres, como resultado de possível sobretratamento (BARBATO; PERES, 2009;

SILVA; RIHS; SOUSA, 2009). Em análise mais detalhada, observou-se que, entre aqueles com perda dentária total, a proporção de mulheres que utilizavam prótese dentária em ambas as arcadas foi discretamente superior à de homens (respectivamente, 87,1% e 85,6%). No entanto, entre os que apresentaram perdas dentárias entre 12 e 31 dentes, as mulheres se mostraram em situação mais desfavorável (prevalência de 26,9% e 21,7%, respectivamente).

Os resultados sobre a associação entre a perda dentária superior a 12 dentes e consulta ao dentista há três anos ou mais concordam com os de outros estudos que associam a perda dentária ao não uso regular de serviços odontológicos (MOREIRA; NICO; SOUSA, 2009; MOREIRA; NICO; TOMITA, 2011; PINTO; MATOS; LOYOLA FILHO, 2012). Barbato et al. (2007) utilizaram a base de dados do SB Brasil 2003 para estimar a prevalência de perdas dentárias em adultos de 35 a 44 anos de idade e encontraram associação entre as perdas dentárias e a não utilização de serviços odontológicos.

A menor prevalência de perdas superiores a 12 dentes entre os que não utilizam a UBS pode ser devido à pouca oferta de serviço odontológico para adultos e idosos nas Unidades de Saúde para suprir a necessidade de tratamento, o que poderia justificar a procura por serviços particulares pela maioria.

Em relação à escolaridade, os achados deste estudo são concordantes aos encontrados na pesquisa de Silva, Rihs e Sousa (2009), em que houve associação estatisticamente significativa entre baixo nível de escolaridade e ter menos dentes presentes. A associação das perdas dentárias com piores condições socioeconômicas foi mostrada em diversos estudos, independentemente da faixa etária estudada (BARBATO et al., 2007; MARTINS; BARRETO; PORDEUS, 2008b).

No entanto, no presente estudo, após ajuste, a associação entre perdas dentárias e classes econômicas perdeu a significância. Porém, a prevalência de perdas superiores a 12 dentes duas vezes superior entre os indivíduos com até sete anos de estudo (RP de 2,07) reforça este quadro de iniquidade.

Estudos envolvendo idosos apontam que o gradiente social incrementa as perdas dentárias. Uma dentição funcional, medida pela presença de 20 ou mais dentes naturais presentes, é mais frequentemente encontrada em idosos de elevada condição socioeconômica em contraste com indivíduos de situação oposta (BARBATO et al., 2007; PETERSEN; YAMAMOTO, 2005).

Nível de escolaridade, grau de assimetria entre o conhecimento do usuário e do profissional de saúde são indicadores de informação, dentre as quatro dimensões de acesso à saúde, segundo Sanchez e Ciconelli (2012). Ter informações sobre problemas bucais é importante, pois a perda dentária associada à idade pode diminuir com a melhoria das condições de vida (BRAGA; BARRETO; MARTINS, 2012).

No presente estudo, os indivíduos com consultas odontológicas realizadas há três anos ou mais tiveram uma maior prevalência de perdas dentárias comparados aos que consultaram o dentista há menos tempo ( $p < 0,001$ ). Esses resultados coincidem com os achados de um estudo desenvolvido por Ettinger (1993) sobre cuidados de saúde oral em idosos e outro sobre fatores associados à necessidade subjetiva de tratamento odontológico em idosos brasileiros (MOREIRA; NICO; SOUSA, 2009).

No Brasil, realizar pelo menos uma consulta anual ao dentista é prática mais frequente nas idades escolares, provavelmente por um histórico de políticas públicas de atenção odontológica voltada a esta parcela da população. Nosso estudo sugere que as barreiras de acesso ainda são bastante acentuadas se levarmos em consideração a alta prevalência de indivíduos que tiveram sua última consulta ao dentista há três anos ou mais.

Apesar da ampliação da oferta de atendimento público odontológico após a implantação do SUS, em relação à provisão do serviço questiona-se se houve impacto sobre a redução da desigualdade no acesso a tratamento dentário.

Pesquisa realizada no município de Cambé por Faé (2011) e Nakagawa (2011) sobre avaliação do serviço público odontológico na ESF concluíram que as Equipes de Saúde Bucal atuam em consonância com os princípios do SUS, porém necessitam de mudanças no processo de trabalho, a fim de garantir a efetivação do modelo proposto, ampliar o acesso das famílias e possibilitar que o indivíduo tenha suas necessidades de saúde bucal atendidas. No entanto, a oferta de serviços ainda é inferior às necessidades, explicada, em parte, pela forma como as ESB foram estruturadas no município, onde muitos profissionais continuam a atuar com crianças e com a manutenção dos programas anteriores, o que restringe a atenção a outras clientelas.

A população adulta no Brasil é a mais desfavorecida em oferta de tratamento odontológico. A maioria dos serviços ofertados ainda tem sido destinada

a urgências odontológicas provocadas por dor e que, muitas vezes, resulta em perda dentária. A pouca acessibilidade e utilização limitada de serviços odontológicos podem contribuir para estas perdas (BARBATO et al., 2007).

O estudo dos fatores associados à perda dentária é complexo, e pesquisas mundiais divergem sobre os resultados, principalmente devido às diferentes variáveis preditivas utilizadas nos estudos. As variáveis associadas à perda dentária tanto podem se referir ao nível dentário ou clínico (perda de inserção periodontal, sangramento gengival, dentes amolecidos) até o nível individual e subjetivo (relato da dor, necessidade percebida de tratamento odontológico, grupo etário, sexo feminino) (MOREIRA; NICO; TOMITA, 2011; MUIRHEAD et al., 2009).

### 5.3 FATORES ASSOCIADOS À REALIZAÇÃO DA ÚLTIMA CONSULTA ODONTOLÓGICA HÁ TRÊS ANOS OU MAIS

Na análise de fatores associados à realização da última consulta há três anos ou mais, os registros referentes aos edêntulos foram retirados. A avaliação de fatores associados aos indivíduos dêntulos é importante na identificação de fatores relacionados ao contexto do acesso ao tratamento dentário como parte da política pública de saúde.

Pela complexidade de compreensão e interpretação do termo *acesso*, sua conceituação varia entre autores. Travassos e Martins (2004), com base em alguns estudos, mencionam que o substantivo *acessibilidade* expressa qualidade do que é acessível. No entanto, assim como *acesso*, ambos os termos indicam o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde.

Estudo sobre desigualdades sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil entre 1998 e 2003 concluiu que o acesso aos serviços de saúde é fortemente influenciado pela condição social das pessoas (TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006). Acesso refere-se à possibilidade de um indivíduo utilizar serviços de saúde quando necessário; expressa características de oferta que facilitam ou obstruem a capacidade de as pessoas usarem serviços de saúde quando deles necessitam (TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006). Segundo Sanchez e Ciconelli (2012), em revisão de conceitos, o acesso à saúde pode ser representado em quatro dimensões/indicadores: a *disponibilidade*, a *aceitabilidade*, a *capacidade*

*de pagamento e a informação* para a compreensão de cada uma das dimensões do acesso.

Neste estudo, o acesso foi avaliado pelo indicador de utilização de serviços odontológicos, ou seja, pelo tempo decorrido após a última consulta ao dentista. O acesso aos serviços é importante e deve ser avaliado, pois a identificação dos fatores associados pode possibilitar a implementação de ações com ênfase na redução das desigualdades apontadas.

No presente trabalho, foram confirmadas associações entre uso de serviços odontológicos há três anos ou mais e as variáveis sexo, escolaridade, possuir alguma prótese dentária e necessitar de tratamento dentário atual.

Tais achados são coerentes com as conclusões de Rocha e Góes (2008), de que fatores sociodemográficos, como sexo, idade, renda e escolaridade, interferem no acesso aos serviços de saúde.

Alguns estudos sugerem que há maior proporção de mulheres adultas do que homens que utilizaram os serviços odontológicos no último ano e também que elas visitam mais vezes o dentista (MOREIRA et al., 2005; BARROS; BERTOLDI, 2002; ROCHA; GOES, 2008).

Manhães e Costa (2008), ao avaliar o acesso e a utilização de serviços odontológicos no Estado do Rio de Janeiro, concluíram que, em relação ao sexo, para os homens a chance de usar o serviço odontológico foi menor do que o observado entre as mulheres adultas. Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2003 e 2008 reforçam essa informação. As mulheres tendem a mostrar maior predisposição para o uso de serviços de saúde do que os homens, elas se cuidam mais (PINHEIRO et al., 2002).

Embora os resultados desta pesquisa indiquem que 97,8% da população já tenham consultado o dentista, 37,8% o fizeram há três anos ou mais da data da entrevista. Apesar do avanço considerável no acesso e na utilização de serviços odontológicos no Brasil, na última década (PERES et al., 2012), a oferta ainda é insuficiente frente às necessidades apontadas por estudos populacionais (BRASIL, 2005; BRASIL, 2012).

A maior prevalência dos que tiveram a última consulta há três anos ou mais, registrada entre os indivíduos de baixa escolaridade, também foi observada no estudo conduzido por Matos, Giatti e Lima-Costa (2004), em que os autores

encontraram associações independentes com visita ao dentista há mais tempo com a variável escolaridade (0 a 3 anos de estudo).

Neste estudo, entre os entrevistados que referiram à necessidade de tratamento dentário, a frequência de consulta ao dentista há três anos ou mais foi mais elevada. Nossos resultados apontam que, apesar do reconhecimento da necessidade de atenção, a utilização de serviços não ocorreu a contento, provavelmente por dificuldades na oferta de serviços de saúde bucal.

Neste sentido, é possível que o modo como os serviços de saúde estão estruturados no município dificultem o acesso ao tratamento odontológico principalmente para os adultos. Dificuldades na utilização de serviços odontológicos foram apontadas por Faé (2011) e Nakagawa (2011), em estudo realizado no município, e algumas foram observadas também nesta pesquisa no decorrer da coleta de dados, por relatos dos participantes. Dentre essas destacam-se o horário de atendimento nas UBS (comercial), elevado número de retornos para conclusão do tratamento, que leva a altas taxas de abandono e de faltas, acarretando subutilização da capacidade instalada, desperdício de tempo para a equipe e execução de procedimentos mais simples e de baixa complexidade.

Resultados do VIGITEL 2009 (Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por inquérito telefônico) associaram baixa escolaridade ao menor acesso aos serviços odontológicos (PERES et al., 2012), resultado que se assemelha aos nossos achados, ou seja, a baixa escolaridade (ter até 7 anos de estudo) esteve fortemente associada à última consulta ao dentista ter sido realizada há três anos ou mais, o que denota dificuldade no acesso. A informação (ou falta de) pode determinar a lacuna entre a oportunidade e real utilização dos serviços, quando a necessidade de saúde é detectada (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

As conclusões referentes à escolaridade observadas neste estudo reforçam resultados de outros realizados no país (BARROS; BERTOLDI, 2002; PINHEIRO; TORRES, 2006; PERES et al., 2012; MANHÃES; COSTA, 2008; ARAÚJO et al., 2009) e fora do país (GILBERT et al., 1994; MUIRHEAD et al., 2009; MAHARANI, 2009) e podem estar relacionadas às questões apontadas por Cecílio (2012) acerca da produção do cuidado, das práticas e do conhecimento. A utilização dos serviços de saúde bucal reflete também o descompasso entre o tempo dos gestores, da equipe de saúde e dos usuários e os múltiplos sistemas que regulam o

acesso e consumo de serviços de saúde. Considerando estas questões, no contexto do acesso à saúde, com ênfase aos serviços odontológicos, a garantia de uma maior equidade não se limita aos sistemas de saúde, dependem de ações intersetoriais e políticas públicas que permitam reduzir as desigualdades de renda e educação, bem como a promoção de um usuário autônomo e capaz de fazer escolhas.

#### 5.4 FATORES ASSOCIADOS À AUTOPERCEPÇÃO DE NECESSIDADE DE TRATAMENTO DENTÁRIO

A variável de necessidade avaliada neste estudo foi a autopercepção de necessidade de tratamento. No presente estudo, a autopercepção de necessidade de tratamento dentário, entre os indivíduos dentados, associou-se à última consulta ao dentista ter ocorrido há três anos ou mais e às condições bucais como o sangramento gengival, a presença de dentes amolecidos e a insatisfação com os dentes, denotando um quadro de deterioração da saúde bucal.

A avaliação da autopercepção da necessidade de tratamento realizada de forma dicotômica (sim/não) pode ter dificultado o entendimento das relações entre problemas dentais e autopercepção da necessidade de tratamento. Esta dificuldade também foi apontada por Martins, Barreto e Pordeus (2008b), Heft et al. (2003) e Maharani (2009) e pode estar relacionada à própria construção desta variável dependente. Fatores e desfecho variam ao longo da vida, são processos dinâmicos que dificultam estabelecer possíveis relações temporais entre as associações observadas em estudo seccional. No entanto, assume-se que a necessidade percebida de tratamento pode constituir uma medida útil para a procura de serviços de saúde bucal.

As necessidades de saúde, a demanda e utilização de serviços de saúde quando organizados indicam que as necessidades das pessoas em termos de saúde transformam-se em demanda, que, por sua vez, gera a utilização dos serviços, desde que garantido o acesso a eles. Segundo Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000), a forma como os serviços estão organizados também se constitui num contexto instaurador de novas necessidades. Portanto, para que um indivíduo use um serviço de saúde, é necessário que ele perceba a necessidade (PINHEIRO;

ESCOSTEGUY, 2004). Esta percepção tem se mostrado como forte preditora da utilização de serviços, desde que exista oferta.

Uma questão importante a considerar e a investigar é a pouca valorização do serviço odontológico por parte da população. Grande parte ainda desvaloriza a saúde bucal em relação a outros problemas de saúde pela cultura geral de que problemas bucais não são prioritários. Neste contexto, conforme destacam Soares et al. (2011), a atuação dos profissionais, não só da equipe de saúde bucal, mas de toda equipe de saúde da família, é primordial para legitimar junto à população a concepção de saúde bucal como um dos componentes da saúde em sua expressão mais ampla, ou seja, a qualidade de vida. Estes autores, em revisão, pontuam que, para cumprir tais atribuições, há necessidade de melhorar a formação dos profissionais para que suas práticas sejam consoantes aos fundamentos da ESF.

Assegurar àqueles que procuram o serviço a oportunidade de terem as suas necessidades de saúde atendidas mostra-se insuficiente para ampliar a compreensão de suas necessidades, que não deve restringir-se a situações de agravamento da saúde bucal, como a presença de sangramento.

Exemplifica esta situação a associação entre a autopercepção de necessidade de tratamento e o sangramento ou a presença de dentes amolecidos. Uma possível explicação para as associações observadas pode ser a falta ou ausência de intervenção precoce, pois os resultados sugerem que a procura por assistência odontológica se dá quando a saúde bucal declina de forma considerável, ainda mais quando condições objetivas e subjetivas concorrem para isso.

Estes resultados mostram-se como aspectos preocupantes, pois revelam necessidades na saúde bucal, cuja postergação do tratamento tende a levar ao edentulismo, se não houver um tratamento adequado e em tempo hábil. Embora a situação de saúde bucal possa ser considerada uma importante medida de avaliação das condições individuais e dos serviços odontológicos, conforme ressaltado por Matos et al. (2001) e Gibilini et al. (2010), esta avaliação deve também incluir a satisfação do indivíduo quanto à aparência dos dentes/boca e com a capacidade de mastigação.

Apesar desta pesquisa não ter avaliado as necessidades objetivas de tratamento dentário, as questões mencionadas, acrescidas do fato de a insatisfação com a saúde bucal se associar com a necessidade de tratamento,

levam a inferir que os indivíduos dentados apresentam condições adversas de saúde bucal.

Deste modo, sugere que na população estudada as necessidades acumuladas por tratamento dentário decorrem da pouca oferta de serviços e a reversão do quadro apresentado depende da ampliação do acesso.

Embora o delineamento transversal do presente estudo não permita estabelecer uma possível relação temporal entre as associações observadas, pois causas e efeitos variam ao longo da vida e as variáveis investigadas têm relações bastante dinâmicas, a frequência de pessoas que referiu necessitar de tratamento, bem como os fatores associados a esse desfecho, aponta que os esforços dispendidos não foram suficientes para cobertura satisfatória da população adulta. A implantação da Política Nacional de Saúde Bucal em 2003, pelo Ministério da Saúde, e de outras estratégias complementares, como a implantação das equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, a ampliação e qualificação da atenção especializada, com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), a ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito aos cidadãos de todas as idades, ainda não impactaram nos indicadores de saúde bucal da população adulta e idosa.

No município de Cambé, o fato de a Estratégia Saúde da Família ter sido implantada em 100% das Unidades de Saúde, com cobertura populacional de 73,9%, além de contar com 15 Equipes de Saúde Bucal da Família, indica a possibilidade de ampliação da atenção odontológica com vistas à melhoria das condições de saúde bucal.

A não associação entre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus com a percepção de necessidade de tratamento atual pode indicar a falta de integração entre os profissionais das ESB e da ESF na abordagem da importância das condições de saúde bucal no controle das complicações, principalmente ao considerar que 77,1% das pessoas com hipertensão e 80,6% com diabetes mencionaram necessidade de tratamento atual. Esses resultados apontam a importância de potencializar os programas já implantados, sobretudo os de atenção à saúde voltados à população adulta e idosa, priorizando grupos populacionais mais expostos às complicações das doenças crônicas.

## 6 CONSTATAÇÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, baseado nos objetivos do estudo e nos resultados obtidos, concluiu-se que as condições de saúde bucal da população adulta são insatisfatórias.

A perda dentária de pelo menos um elemento foi observada na quase totalidade dos entrevistados. Os idosos apresentaram prevalência de perdas superiores a 12 dentes, bem mais elevada que as pessoas de até 59 anos (77,5% e 37,9%, respectivamente).

Dentre os participantes da pesquisa, somente 3,8% dos entrevistados referiram não ter nenhum dente perdido. A média de dentes perdidos por indivíduo foi de 15,6, sendo mais elevada em idosos acima de 70 anos e menor no grupo de 40 a 49 anos. Destaca-se a elevada prevalência de edentulismo (22,7%), principalmente entre os indivíduos com 70 anos ou mais anos.

A maioria já foi a um consultório odontológico, porém procurou por serviço particular ou plano de saúde ou convênio (76,5%). A consulta há três anos ou mais foi relatada por 37,8% dos indivíduos. A necessidade de tratamento dentário atual foi referida por 67,6%.

Os fatores que permaneceram significativamente associados à perda dentária superior a 12 dentes foram: ser do sexo feminino, ter mais de 60 anos de idade, ter até 7 anos de estudo, ter realizado a última consulta com o dentista há três anos ou mais e não utilizar a UBS.

Ao desfecho última consulta ao dentista há três anos ou mais, os fatores associados foram: ser do sexo feminino, ter até 7 anos de estudo, possuir alguma prótese dentária e necessitar de tratamento dentário atual.

Quanto ao desfecho necessidade de tratamento dentário atual, associaram-se os seguintes fatores: a última consulta ao dentista há três anos ou mais, sangramento gengival recente, sentir algum dente amolecido e insatisfação com os dentes/boca.

Este trabalho não teve como objetivo investigar os modelos assistenciais e os processos de trabalho no município de Cambé, mas conhecer as condições de saúde bucal da população e a forma como são utilizados os serviços de saúde. As questões relacionadas aos processos de implantação das várias estratégias, ao longo dos anos, devem ser investigadas futuramente.

As mudanças recentes na atenção à saúde bucal, com a implantação de políticas como a integração da saúde bucal à ESF, a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas e dos Laboratórios Regionais de Prótese Odontológica, com suas diversas metodologias, programas e investimentos da proposta de inversão do modelo assistencial, ainda não produziram os efeitos esperados em nível populacional, pois a maioria dos entrevistados mencionou a necessidade de tratamento dentário atual.

Os resultados aqui apresentados apontam dificuldade no acesso aos serviços odontológicos e iniquidade na atenção. A universalidade ainda é uma realidade bastante distante. Apesar dos avanços do SUS no município, principalmente após a implantação do PSF e da expansão das Equipes de Saúde Bucal, o acesso à atenção odontológica ainda precisa ser ampliado. A população de Cambé não é exceção, tem na boca um retrato das dificuldades apontadas, com evidência da real necessidade de reabilitar danos já instalados. Nossos resultados indicam a necessidade de ampliação das opções de tratamento oferecidas no âmbito do SUS.

Além disso, o envelhecimento da população, conseqüentemente o aumento do número de idosos, aponta para a necessidade de políticas de saúde bucal específicas voltadas à população adulta, no sentido de evitar as perdas dentárias, o edentulismo e as demais condições que interferem na capacidade funcional. Neste sentido, é primordial adequar a oferta de serviços e incentivar o uso de serviços odontológicos que restabeleçam a capacidade funcional de mastigação e fonação, os aspectos nutricionais, estéticos, de autoestima e de integração social. Tal medida passa necessariamente pela superação da prática ainda predominante de atendimento preferencial às crianças, que reproduz um modelo altamente excludente. Sem desconsiderar os avanços das últimas décadas, há necessidade de se ampliar o acesso e melhorar a oferta de serviços clínicos restauradores à população adulta.

A implantação do Programa Saúde da Família a partir de 1994 foi fundamental para a mudança do modelo assistencial. Porém, os avanços nos serviços odontológicos em decorrência da incorporação de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família ainda não são observados.

É preciso, a partir do conhecimento de real necessidade de tratamento e reabilitação das funções essenciais de manutenção da saúde bucal,

implementar políticas com ações que promovam a inclusão do grande contingente de indivíduos – uma “Geração Perdida” – ainda não contemplado pelas políticas mais recentes. As necessidades observadas no presente estudo provavelmente não se restringem ao local estudado, mas refletem uma realidade nacional, apresentando-se como um dos grandes desafios do SUS, considerando o seu papel na redução das desigualdades e no acesso universal ao cuidado integral.

Os resultados sugerem que ocorreram alguns avanços nos serviços de saúde bucal do município após a implantação das ESB, porém as mudanças ainda não foram expressivas a ponto de se perceber grandes mudanças no perfil epidemiológico. As necessidades acumuladas, sobretudo entre os adultos, e a garantia do tratamento clínico restaurador exige expansão da oferta de serviços e profissionais.

É necessário que se invista em qualificação das equipes locais para o trabalho interdisciplinar, com ênfase nas estratégias como a Educação Permanente em Saúde, no sentido de potencializar os programas já implantados e preparar as ESB, dentro da ESF, para atuar baseado em critérios epidemiológicos e priorizar os grupos populacionais mais vulneráveis.

Desta forma, a implantação das ações e programas deve ser voltada para a promoção de saúde visando ampliar a compreensão da saúde bucal como parte integrante da saúde em geral entre profissionais, gestores e comunidade, bem como o restabelecimento da capacidade funcional, com ênfase no controle das doenças bucais mais prevalentes, para que os adultos sejam idosos com melhores condições de saúde bucal e os idosos tenham melhor qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. **CCEB** – Critério Brasil. Disponível em: <<http://www.abep.org/novo/Content.aspx?SectionID=84>>. Acesso em: 08 out. 2010.

ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. C. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 360-365, 2010.

ARAÚJO, C. S. et al. Utilização de serviços odontológicos e fatores associados: um estudo de base populacional no sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1063-1072, 2009.

BARBATO, P. R. et al. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do estudo epidemiológico nacional (projeto SB Brasil 2002-2003). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1803-1814, 2007.

BARBATO, P. R.; PERES, M. A. Perdas dentárias em adolescentes brasileiros e fatores associados: estudo de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 13-25, 2009.

BARROS, A. J. D.; BERTOLDI, A. D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos; uma avaliação em nível nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 709-717, 2002.

BARROS, A. J. D.; HIRAKATA, V. N. Alternatives for logic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. **BMC Medical research Methodology**, v. 20, p. 3-21, Oct. 2003.

BORGES, P. K. O. et al. Prevalência e características associadas a síndrome metabólica em nipo-brasileiros com e sem doença periodontal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 657-668, 2007.

BRAGA, A. P. G.; BARRETO, S. M.; MARTINS, A. M. E. B. L. Autopercepção da mastigação e fatores associados em adultos brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 889-904, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana**. Brasília: Ministério da Saúde, 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **I Conferência Nacional de Saúde Bucal**. Relatório final Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.444, 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para reorganização da saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 dez. 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, seção 1, p. 89, 31 dez. 2010a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde Bucal. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal: 1ª etapa - cárie dental - projeto**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Série G. Estatística e Informação em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

\_\_\_\_\_. SAGE – Sala de Apoio à Gestão Estratégica. **Sala de situação em saúde**. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 15 out. 2013.

CAMBÉ. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal: 2008**. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, Cambé, Prefeitura Municipal, 2010.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde de Cambé, 2006 – 2007**, Cambé, 2006.

CDC. Center for Disease Control and Prevention. **Epi Info**. Disponível em: <<http://wwwn.cdc.gov/epiinfo/html/prevVersion.htm>>. Acesso em: 18 jul. 2013.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2001. p. 113-127.

\_\_\_\_\_. Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazermos “mais do mesmo”? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 280-289, 2012.

CHAVES, S. C. L. et al. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 6, p. 1005-1013, dez. 2010.

COLUSSI, C. F.; FREITAS, S. F. T. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1313-1320, set./out. 2002.

COSTA OLIVEIRA, A. G. R. Levantamentos epidemiológicos em Saúde Bucal no Brasil. In: ANTUNES, J. L. F.; PERES, M. A. (Ed.). **Epidemiologia da saúde bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 32-48.

COUTINHO, L. M. S.; SCAZUKA, M.; MENEZES, P. R. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 6, p. 992-998, dez. 2008.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. Informações de Saúde. Demográficas e Socioeconômicas. **Censo 2010**. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/poppr.def>>. Acesso em: 09 ago. 2013.

ETTINGER, R. L. Oral health needs of the elderly – an international review. Commission of Oral Health, Research and Epidemiology Report of a Working Group. **International Dental Journal**, v. 43, n. 4, p. 348-54, Aug. 1993.

FAÉ, O. R. **Avaliação do serviço público odontológico na estratégia saúde da família em município de médio porte na região sul do Brasil**. 2011. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2011.

FERREIRA, R. C. **Saúde bucal de idosos residentes em instituições de longa permanência de Belo Horizonte**. 2007. Tese (Doutorado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

GIBILINI, C. et al. Acesso a serviços odontológicos e autopercepção da saúde bucal em adolescentes, adultos e idosos. **Arquivos de Odontologia**, v. 46, n. 4, p. 213-223, 2010.

GIFT, H. C.; ATCHISON, K. A.; DRURY, T. F. Perceptions of the natural dentition in the context of multiple variables. **Journal of Dental Research**, v. 77, n. 7, p. 1529-1538, July 1998.

GILBERT, G. H. et al. Perceived need for dental care in dentate older adults. **International Dental Journal**, v. 44, n. 2, p. 145-52, Apr. 1994.

GOUVEIA, G. C. et al. Health care users' satisfaction in Brazil, 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, supl. 1, p. S109-S118, 2005.

- HAIKAL, D. S. et al. Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: uma abordagem quanti-qualitativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3317-3329, 2011.
- HEEGAARD, K. et al. Amount and type of alcohol consumption and missing teeth among community-dwelling older adults: findings from the Copenhagen oral health senior study. **Journal of Public Health Dentistry**, v. 71, p. 318-326, 2011.
- HEFT, M. W. et al. Relationship of dental status, sociodemographic status, and oral symptoms to perceived need for dental care. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 31, n. 5, p. 351-360, Oct. 2003.
- HUGO, F. N. et al. Correlates of partial tooth loss and edentulism in the Brazilian elderly. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 35, n. 3, p. 224-232, 2007.
- IBGE. **Contagem de população 2007**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/contagem\\_final/abela1\\_1\\_21.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/contagem_final/abela1_1_21.pdf)>. Acesso em: 02 ago. 2010b.
- \_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 1998)**. Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.
- \_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 2003)**. Um panorama da Saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. Rio de Janeiro: IBGE, 2005.
- \_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 2008)**. Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. Rio de Janeiro: IBGE, 2010a.
- KÄYSER, A. F. Shortened dental arches and oral function. **Journal of Oral Rehabilitation**, v. 8, n. 5, p. 457-462, Sept. 1981.
- KOLTERMANN, A. P.; GIORDANI, J. M. A.; PATTUSSI, M. P. A associação entre aspectos individuais e contextuais na dentição funcional de adultos do Rio Grande do Sul, Brasil: um estudo multinível. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 173-182, jan. 2011.
- MAHARANI, D. A. Perceived need for and utilization of dental care in Indonesia in 2006 and 2007: a secondary analysis. **Journal of Oral Science**, v. 51, n. 4, p. 545-550, 2009.
- MANHÃES, A. L. D.; COSTA, A. J. L. Acesso e utilização de serviços odontológicos no estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 1998: um estudo exploratório a partir da pesquisa nacional por amostra de domicílios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 207-218, 2008.
- MARTINS, A. M. E. B. L. et al. Autopercepção da saúde bucal entre idosos brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 5, p. 912-22, 2010.

MARTINS, A. M. E. B. L.; BARRETO, S. M.; PORDEUS, I. A. Características associadas ao uso de serviços odontológicos entre idosos dentados e edentados no sudeste do Brasil: Projeto SB Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 81-92, 2008a.

\_\_\_\_\_. Fatores associados à autopercepção da necessidade de tratamento odontológicos entre idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 3, p. 487-96, 2008b.

\_\_\_\_\_. Uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros. **Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health**, v. 22, n. 5, p. 308-316, 2007.

MATOS, D. L. et al. Projeto Bambuí: estudo de base populacional dos fatores associados com o uso regular de serviços odontológicos em adultos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 661-668, 2001.

MATOS, D. L.; GIATTI, L.; LIMA-COSTA, M. F. Fatores sócio-demográficos associados ao uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1290-1297, set./out. 2004.

MATOS, D. L.; LIMA-COSTA, M. F. Autoavaliação da saúde bucal entre adultos e idosos residentes na Região Sudeste: resultados do Projeto SB-Brasil, 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1699-1707, ago. 2006.

\_\_\_\_\_. Tendência na utilização de serviços odontológicos entre idosos brasileiros e fatores associados: um estudo baseado na PNAD (1998 e 2003). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2740-2748, 2007.

MENDES, E. V. A reforma sanitária e a educação odontológica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 2, n. 4, p. 533-552, dez. 1986.

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

MOREIRA, R. S.; NICO, L. S.; SOUSA, M. L. R. Fatores associados à necessidade subjetiva de tratamento odontológico em idosos brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 2661-2671, 2009.

MOREIRA, R. S.; NICO, L. S.; TOMITA, N. E. O risco espacial e fatores associados ao edentulismo em idosos em município do Sudeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 2041-2053, out. 2011.

MUIRHEAD, V. E.; QUINONEZ, C.; FIGUEIREDO, R.; LOCKER, D. Predictors of dental care utilization among working poor Canadians. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 37, n. 3, p. 199-208, 2009.

NAKAGAWA, M. C. S. **Avaliação das práticas em serviço público odontológico na Estratégia Saúde da Família**. 2011. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2011.

\_\_\_\_\_. Saúde bucal no PSF: estratégia para a universalização e a integralidade no Município de Cambé. 2006. **Congresso da Rede Unida**, Curitiba, v. 7, p. 15-18, jul. 2006.

NICKEL, D. A.; LIMA, F. G.; SILVA, B. B. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 241-246, 2008.

PERES, M. A. et al. Autoavaliação da saúde em adultos no sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 5, p. 901-911, 2010.

\_\_\_\_\_. Desigualdades no acesso e na utilização de serviços odontológicos no Brasil: análise do sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL 2009). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, p. S90-S100, 2012.

PETERSEN, P. E.; KWAN, S. The 7<sup>th</sup> WHO Global conference on health promotion – towards integration of oral health (Nairobi, Kenya 2009). **Community Dental health**, v. 27, suppl. 1, p. 129-136, 2010.

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.

PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.

PINHEIRO, R. S.; ESCOSTEGUY, C. C. Epidemiologia e serviços de saúde. In: MEDRONHO, R. A. et al. (Org.). **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2004.

PINHEIRO, R. S.; TORRES, T. Z. G. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 999-1010, 2006.

PINTO, R. S.; MATOS, D. L.; LOYOLA FILHO, A. I. Características associadas ao uso de serviços odontológicos públicos pela população adulta brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 2, p. 531-544, 2012.

PINTO, V. G. Programação para Clientelas Específicas (cap. 4). In: \_\_\_\_\_. **Saúde bucal: Odontologia social e preventiva**. São Paulo: Livraria Editora Santos, 1989. p. 41-82.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Desenvolvimento Humano e IDH**. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/arquivos/ranking-idhm-2010.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2013.

REIS, S. C. G. B.; MARCELO, V. C. Saúde bucal na velhice: percepção dos idosos, Goiânia, 2005. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 191-199, 2006.

- ROCHA, R. A. C. P.; GOES, P. S. A. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2871-2880, 2008.
- RONCALLI, A. G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, A. C. et al. **Odontologia em saúde coletiva**. São Paulo: Artmed, 2003.
- SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health**, v. 31, n. 3, p. 260-268, 2012.
- SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (Org.). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 29-47. (Coleção Saúde em Debate).
- SILVA, D. B. et al. Autopercepção da saúde bucal em idosos e fatores associados em Campinas-SP 2008-2009. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1145-1153, 2011.
- SILVA, D. D.; RIHS, L. B.; SOUSA, M. L. R. Fatores associados à presença de dentes em adultos de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2407-2418, 2009.
- SILVA, S. O. et al. Saúde bucal do idoso institucionalizado em dois asilos de passo Fundo – RS. **RGO – Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 56, n. 3, p. 303-308, 2008.
- SILVA, S. R. C.; FERNANDES, R. A. C. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 349-355, 2001.
- SILVA, S. R. C.; VALSECKI JR, A. Avaliação das condições de saúde bucal dos idosos em um município brasileiro. **Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health**, v. 8, n. 4, p. 268-271, 2000.
- SOARES, F. F. et al. Atuação da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família: análise dos estudos publicados no período 2001-2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3169-3180, 2011.
- TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004.
- TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G.; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 975-986, 2006.
- VASCONCELOS, L. C. A. et al. Autopercepção da saúde bucal de idosos de um município de médio porte do nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, p. 1101-1110, 2012.

WALTER, L. R. F.; FERELLE, A.; ISSAO, M. **Odontologia para bebê**. São Paulo: Artes Médicas, 1996.

## **APÊNDICE**

## APÊNDICE A

Manual de Entrevista e Coleta dos Dados

**MANUAL DE ENTREVISTA E COLETA DOS DADOS**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA  
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**



**MANUAL DE ENTREVISTA E COLETA DOS DADOS**

**LONDRINA  
2011**

## 2. INSTRUÇÕES GERAIS

### 2.1. ENTREVISTA

A seguir seguem orientações gerais sobre como abordar os sujeitos e proceder na entrevista. Estas orientações são muito importantes por representarem código de conduta do entrevistador. Informações específicas serão apresentadas mais adiante.

- Procure-se apresentar de forma simples e sem exageros, a fim de não provocar constrangimentos ou recusas. Se usar óculos escuros, retire-os ao abordar um domicílio. Tenha bom senso no vestir. Lembre-se que irá entrevistar famílias de diferentes níveis socioeconômicos e culturais com valores e padrões diferentes.
- **Use sempre seu crachá de identificação e jaleco.**
- Seja sempre gentil e educado, pois as pessoas não têm obrigação de recebê-lo. A primeira impressão causada na pessoa que o recebe é muito importante.
- Informe, de forma clara e breve, os objetivos da pesquisa. Procure despertar o interesse em fornecer os dados requeridos, esclarecendo a importância das informações para a pesquisa. Adapte seu discurso de apresentação ao nível cultural do entrevistado. Esteja preparado para responder às perguntas relativas aos objetivos.
- Deixe bem claro que a entrevista é de caráter sigiloso e que as informações são absolutamente confidenciais. Isto significa que nomes e endereços não serão identificados na análise e divulgação dos resultados. No momento da entrevista, para reforçar esta afirmação, evite fazer qualquer comentário a respeito de outras entrevistas já realizadas.
- Apresente ao entrevistado o Termo de Consentimento (TCLE) e informe que isto é apenas um requisito da pesquisa, garantindo a ela o sigilo de todas as informações colhidas. Lembre à pessoa que ela tem o telefone do responsável pela Pesquisa no Termo e poderá ligar para esclarecer qualquer dúvida. Se necessário ou solicitado, leia-o ao entrevistado. Caso o entrevistado seja analfabeto, assine por ele no primeiro momento, mas será necessário retornar para colher a impressão digital.
- Trate os entrevistados por "Senhor (a)", e sempre com respeito. Só mude este tratamento se a própria pessoa pedir para ser tratada de outra forma.
- Chame o entrevistado sempre pelo nome (por ex. Senhora Maria). Jamais chame alguém de tia, vó, mãe, etc. Isto pode ser interpretado como desinteresse pela pessoa.
- Durante a entrevista, de vez em quando, faça referência ao nome do entrevistado. É uma forma de ganhar a atenção e manter o interesse da mesma. Por exemplo: "Senhora Maria, agora vamos falar sobre..." e não simplesmente "Agora vamos falar sobre...".
- **ATENÇÃO:** se o entrevistado fumou, comeu, bebeu ou fez exercício físico antes ou durante a entrevista, anote a informação na página 2 do formulário. Não aceite nada do que o entrevistado lhe oferecer.
- Nunca demonstre censura, aprovação ou surpresa diante das respostas, nem intimide a entrevistada a fornecê-las. Lembre-se que o propósito da entrevista é obter informações e não transmitir ensinamentos ou influenciar conduta nas pessoas. A postura do entrevistador deve ser sempre neutra em relação às respostas.
- Procure estabelecer um clima de cordialidade durante a entrevista, mas evite que a pessoa se desvie do roteiro. Evite assuntos controvertidos ou alheios ao questionário.

- Demonstre segurança no manuseio do formulário e dos assuntos que dele constam, o que implica em estudo prévio do mesmo, eliminando quaisquer dúvidas.
- Tente conduzir a entrevista distante de outras pessoas, possibilitando que o entrevistado responda às questões livremente.
- Comentários a respeito de entrevistas não devem ser realizados em qualquer lugar público, mesmo com um colega de pesquisa. Comentários sobre dúvidas e problemas surgidos durante a aplicação do questionário devem ser feitos apenas com os responsáveis pela pesquisa, em local reservado e em tom de voz baixo.
- **ENTRE EM CONTATO COM OS RESPONSÁVEIS PELA PESQUISA SEMPRE QUE TIVER DÚVIDAS.**

## **2.2. PREENCHIMENTO DOS FORMULÁRIOS**

- Cuide bem de seus formulários. Use sempre uma base fixa na hora de preencher as respostas.
- Posicione-se de preferência frente a frente com a pessoa entrevistada, evitando que ela procure ler as questões durante a entrevista.
- **Os formulários devem ser preenchidos à caneta.**
- Faça as perguntas, conforme formuladas no questionário. Evite omissões, improvisações e alterações das perguntas. O êxito de uma pesquisa depende em grande parte da forma como as questões foram formuladas. Se a pessoa entrevistada não entender a pergunta, explique o conteúdo da questão do modo que você achar mais adequado para a entrevistada entender sem, contudo, mudar o sentido da mesma ou induzir a alguma resposta.
- Não faça comentários sobre o que se pretende obter através das respostas.
- A ordem das questões deverá ser sempre respeitada para evitar distorções. Não a altere.
- A indução, sugestão ou antecipação das respostas é uma das causas mais freqüentes de erros. Portanto, **jamais sugira, induza ou antecipe respostas à qualquer questão**, por mais tempo que a entrevistada requeira para entender ou respondê-la.
- Mantenha a mão o seu manual de instruções e consulte-o, se necessário, durante a entrevista.
- As letras e os números devem ser escritos de maneira absolutamente legível, sem deixar dúvidas. Lembre-se: tudo isto vai ser relido e digitado. De preferência, use letra de forma.
- Não use abreviaturas ou siglas, a não ser que tenham sido orientadas pelo manual.
- Nunca passe para a próxima pergunta se tiver alguma dúvida sobre a questão que acabou de ser respondida. Se necessário, peça para que se repita a resposta. Não registre a resposta se não estiver absolutamente seguro de ter entendido o que foi dito pelo entrevistado.
- Nunca confie em sua memória e não deixe para registrar nenhuma informação depois da entrevista.
- Use o verso da capa (página 2) do formulário para escrever tudo o que você considerar que seja importante para sanar qualquer dúvida. Na hora de discutir com os responsáveis estas anotações são muito importantes.

### 3. SEQUÊNCIA DE ATIVIDADES NO MOMENTO DA ENTREVISTA

**A.** Verifique se está com todo o material necessário à correta aplicação do questionário:

- 1) caneta;
- 2) crachá de identificação;
- 3) jaleco;
- 4) carteira de identidade;
- 5) questionários;
- 6) termos de consentimento em quantidade suficiente;
- 7) manual de instruções;
- 8) planilha de reconhecimento da região;
- 9) ficha de rolamento das visitas domiciliares;
- 10) planilha específica para agendamento dos exames e;
- 11) equipamentos de medida.

**B.** Todos os entrevistadores deverão estar em dupla para a realização da coleta de dados, podendo, eventualmente, separarem-se caso os domicílios a serem pesquisados forem próximos uns dos outros. Caso os entrevistados se separem, aconselha-se utilizar um sistema que indique em qual casa os entrevistados se encontram, por exemplo, cartões coloridos que são colocados na área externa da casa e que permita ao parceiro identificar em qual casa o entrevistador está.

**C.** A partir do mapa, siga a numeração das quadras. No início de cada quadra, o entrevistador deve sortear entre o primeiro e o segundo domicílio para saber o ponto inicial. Você deverá percorrer a quadra sempre no sentido anti-horário e alternando as casas (visita uma, pula uma, visita uma, pula uma, etc.).

**D.** Quando chegar à frente da casa a ser visitada. Bata palmas ou aperte a campainha e sempre aguarde que alguém apareça para recebê-lo. Se necessário, peça ajuda aos vizinhos para chamar o morador da casa. Anote na ficha de rolamento (última página do manual) os dados do domicílio visitado, mesmo que nenhum morador seja incluído no estudo. Algumas situações importantes que podem acontecer e como proceder:

- Quando o domicílio estiver fechado, anotar na página um (1) do formulário a data da primeira visita;
- Se, ao final do trajeto a cota não for preenchida, retornar ao trajeto visitando os domicílios não entrevistados;
- Casa de repouso ou abrigo não entram na amostragem;
- Em prédios, considera-se os apartamentos como domicílios – o primeiro apartamento é o primeiro domicílio;
- Quando houver duas ou mais casas no mesmo terreno, considerar como domicílios diferentes;
- Na Ficha de Rolamento (última página do manual), fazer anotações quanto ao *status* da visita e agende o melhor horário para nova visita.

**E.** Ao ser atendido, identifique-se mostrando crachá (carteirinha). Apresente-se, em seguida, dizendo, por exemplo: "Boa tarde! Sou aluno da Universidade Estadual de Londrina e faço parte de uma pesquisa sobre a saúde da população de Cambé".

**F.** Pergunte se no domicílio reside alguém de 40 anos ou mais. Caso resida, pegue um formulário e na capa identifique todos os indivíduos da residência (escreva o nome completo, sexo e idade de cada um). Após isso realize o sorteio do indivíduo amostrado seguindo a distribuição das cotas. Caso o entrevistado não esteja em casa verifique o melhor horário para o retorno, anote os dados da primeira visita e siga para o domicílio seguinte.

- Caso houver um cuidador ou responsável e este não se encontrar no domicílio, agende um horário melhor para a entrevista.
- Caso seja cumprida a cota para determinada faixa etária, os indivíduos não devem ser incluídos no sorteio.

**G.** Caso não haja indivíduo na faixa etária definida e conforme as cotas, agradeça a atenção, anote na planilha o endereço e o número "zero" na casela destinada ao número de sujeitos residentes e siga para a próxima residência.

**H.** Solicite para adentrar o domicílio. Caso esteja sozinho, identifique o domicílio conforme item 3 (subitem B). Apresente o TCLE, lendo-o se necessário e solicite que ele o assine. A entrevista não deve ser realizada sem a assinatura no TCLE.

**I.** ***Nunca deixe nenhuma resposta em branco.*** Ao final da entrevista verifique se todas as perguntas da página foram respondidas. Lembre-se que, no caso de uma pergunta sem resposta, você terá que voltar ao local da entrevista para obtê-la.

**J.** Após a realização das últimas medidas, agende o horário da coleta de sangue assinalando no formulário e na planilha específica. Preencha também o aviso de coleta, entregue o folder explicativo, questione se há mais alguma coisa que você pode responder e após isso se despeça.

**K.** Os termos e formulários devem ser mantidos juntos e entregues no NESCO até prazo estipulado, para posterior digitação.

#### 4. CASOS ESPECIAIS

**ATENÇÃO: Casos de perda, recusa ou exclusão CONTABILIZAM a cota de entrevistados.** Assim, caso você deve chegar em um domicílio, preencher a ficha de rolamento, a capa do formulário (caso hajam moradores de 40 anos ou mais), realizar o sorteio entre os moradores incluídos (conforme o cumprimento das cotas). Tendo o indivíduo sorteado, ele será contabilizado na cota mesmo que ele se recuse, seja excluído ou perda (não encontrado após três visitas em dias e horários distintos).

##### 4.1. CUIDADOR/RESPONSÁVEL

As questões a seguir não deverão ser respondidas pelo cuidador/responsável:

4	8	14	23	27	39	88	95
5	9	15	24	28	81	92	97
6	10	16	25	29	84	93	
7	11	22	26	38	85	94	

##### 4.2. EXCLUSÃO

- Aqueles que não possuam cuidador ou responsável que possa responder a pesquisa, no caso de ser portador de deficiência visual e/ou auditiva graves não corrigidas, ou de estágios avançados de transtornos mentais que impeçam o entendimento e execução dos procedimentos em teste e idioma que não o português.
- Preencha o cabeçalho do questionário. No campo final (verso do formulário), indique a data da visita e assinale a alternativa exclusão no espaço definido.
- Explique o motivo da exclusão na página 2 do formulário (campo "OBSERVAÇÕES").
- Agradeça a atenção, anote corretamente na planilha a situação e siga para a próxima residência.

#### 4.3. RECUSA

- A recusa ocorre quando a pessoa não aceita participar da entrevista. Ela pode acontecer por vários motivos. Mesmo que ela ocorra, mantenha sempre uma atitude cortês.
- O indivíduo que recusar participar da pesquisa, o entrevistador deverá contar como parte da cota de acordo com a faixa etária.
- Preencha o cabeçalho do questionário. No campo final (espelho do formulário), indique a data da visita e anote "recusa" na linha destinada ao motivo.
- Agradeça a atenção, anote corretamente na planilha a situação e siga para a próxima residência.
- Além das recusas para responder o questionário como um todo, o entrevistado tem o direito de se negar a responder perguntas específicas do formulário. Nesses casos indique o item "não respondeu".
- Pode ocorrer uma recusa circunstancial, como por exemplo, a pessoa não pode atender naquele momento específico, mas aceita agendar outra visita para a entrevista. Neste caso, deixe a visita agendada, agradeça e retorne no outro dia.

#### 4.4 PERDA

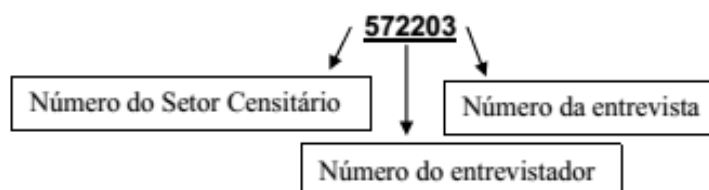
- É considerado perda quando o indivíduo sorteado não for encontrado após três tentativas de entrevista em dias e horários distintos.
- Quanto mais se minimizar as perdas, principalmente de homens abaixo de 60 anos, de melhor qualidade será o estudo. Portanto, lance mão de todos os recursos, como contato prévio por telefone, entrega de folheto explicativo, divulgação em igrejas e associações da comunidade, para evitar as perdas.

### 5. ORIENTAÇÕES QUANTO AO PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO

A. **Número da coleta:** Na primeira página ainda, no quadro sobre "INFORMAÇÕES DO INDIVÍDUO AMOSTRADO", após o preenchimento do nome da pessoa sorteada, anote o **CÓDIGO** do entrevistado. Ele será composto por **6 dígitos** e é um campo obrigatório da visão. A seguir, como codificar a entrevista:

- a. Número do setor censitário será composto por 2 dígitos;
- b. Número do entrevistador, composto por 2 dígitos (conforme indicado na página 2 deste manual);
- c. Número da coleta: será composto por 2 dígitos. Compreende uma sequência contínua estipulada cronologicamente pelas coletas (01, 02, 03...).

**Por exemplo:** No setor 57, a entrevistadora Raphaela, número 22, irá realizar sua terceira entrevista, então a sequência numérica ficará:



**B. Orientações específicas para cada bloco do questionário**

A maioria das questões foi elaborada de maneira a ser autoexplicativa, de modo que a seguir serão enfatizadas as questões que possivelmente possam gerar dúvidas.

Lembre-se que caso haja alguma dúvida, deve-se o mais rapidamente possível entrar em contato com os responsáveis pela pesquisa. Tudo deve ser respectivamente anotado.

Vale relembrar uma orientação geral importante:

- Nas perguntas terminadas com ponto de interrogação (?), não se deve ler as alternativas para os sujeitos (deve-se aguardar a resposta e assinalar a questão que mais se aproxime – entre as opções elencadas – da resposta dada);
- Nas perguntas terminadas com dois pontos (:), deve-se ler as alternativas para que o sujeito possa proceder a escolha daquela opção mais próxima à sua realidade.

**Bloco 1 – Variáveis de Caracterização**

**QUESTÃO 11:** Leia a questão e as respectivas perguntas, assinalando com um "X" aquelas em que o sujeito referiu fazer em pelo menos uma ocasião nos últimos 12 meses.

**QUESTÃO 16:** Leia a pergunta e a primeira opção (A1). Caso a resposta seja sim, deve-se preencher o quadro a seguir. Pergunte uma opção por vez.

1. O Sr. Trabalha atualmente com alguma dessas atividades:	S/N	Há quanto tempo (anos)?
A1. Fabricação e recuperação de baterias	<b>S</b>	<b>5</b>
A2. Fundições secundárias: fusão de sucatas ou barras de chumbo	N	
A3. Produção de ligas (bronze, latão)	N	
A4. Galvanoplastia (ex: Pado)	N	
A5. Operação de corte e solda de peças e chapas metálicas contendo chumbo	N	
A6. Fabricação de PVC e outros plásticos	N	
A7. Indústria da borracha	N	

No item A4, com o intuito de esclarecer o que seria o processo de galvanoplastia, caso o entrevistado não conheça e questione, seria o procedimento de revestimento anticorrosivo de um metal.

**QUESTÃO 17:** Leia a pergunta. Escreva a resposta dada pelo sujeito. Caso a resposta seja sim, deve-se preencher o quadro a seguir, lendo ao sujeito as opções e assinalando aquela(s) que for(em) correspondente(s) ao trabalho do sujeito.

16. O Sr. já trabalhou com alguma das atividades: ↳ Caso já tenha lido as alternativas: O(a) senhor(a) já trabalhou em algum dos locais que acabei de citar?	S/N	Durante quanto tempo? (anos)	Parou há quanto tempo (anos)?
A1. Fabricação e recuperação de baterias	N		
A2. Fundições secundárias: fusão de sucatas ou barras de chumbo	N		
A3. Produção de ligas (bronze, latão)	N		
A4. Galvanoplastia (ex: Pado)	N		
A5. Operação de corte e solda de peças e chapas metálicas contendo chumbo	<b>S</b>	<b>10</b>	<b>5</b>
A6. Fabricação de PVC e outros plásticos			
A7. Indústria da borracha			

**QUESTÃO 18:** Leia a pergunta. Escreva a resposta dada pelo sujeito. Caso a resposta seja sim, deve-se preencher a questão 18.1 seguindo os códigos das questões anteriores (16 e 17). Por exemplo, caso um dos sujeitos da casa trabalha com produção de ligas (bronze, latão) deve-se assinalar A3 no espaço correspondente à questão 18.1.

<b>17. Alguém que mora com o Sr (a) trabalha com exposição ao chumbo?</b> <input checked="" type="radio"/> (1) SIM <input type="radio"/> (2) NÃO	
↳ Se <b>SIM: 18.1.</b> Em qual atividade (códigos a...):	[ <b>A7</b> ]

**QUESTÃO 20:** Leia a pergunta e as respectivas opções de resposta. Nesta questão, mais de uma resposta é possível.

**QUESTÃO 21:** A definição de chefe de família será feita pelo próprio entrevistado. O entrevistador deve perguntar a quantidade dos bens constantes na lista e a situação da escolaridade do chefe da família e circular o valor referente (pontos) nas tabelas. Fazer, posteriormente, o somatório. Instruções específicas para cada item seguem abaixo.

<b>18. Classe econômica:</b>					ABEP	
	<b>Número de Itens</b>					
<b>Quais desses itens você possui?</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>		<b>4+</b>
Televisão em cores	0	1	2	3		4
Rádio	0	1	2	3		4
Banheiro	0	4	5	6		7
Automóvel	0	4	7	9		9
Empregada mensalista	0	3	4	4		4
Máquina de Lavar	0	2	2	2		2
Vídeo cassete e/ou DVD	0	2	2	2		2
Geladeira	0	4	4	4	4	
Freezer (separado ou duplex)	0	2	2	2	2	
<b>Qual o Grau de Instrução do chefe da família?</b>						
Analfabeto / primário incompleto / até a 3ª série do fundamental					0	
Primário Completo / ginásial incompleto / até a 4ª série do fund.					1	
Ginásial completo / colegial incompleto / fundamental completo					2	
Colegial completo / superior incompleto / ensino médio completo					4	
Superior completo					8	
<b>Pontuação total</b>					[ <b>28</b> ]	

## PROCEDIMENTO NA COLETA DOS ITENS

É importante e necessário que o critério seja aplicado de forma uniforme e precisa. Para tanto, é fundamental atender integralmente as definições e procedimentos citados a seguir.

Para aparelhos domésticos em geral devemos:

Considerar os seguintes casos

- Bem alugado em caráter permanente
- Bem emprestado de outro domicílio há mais de 6 meses
- Bem quebrado há menos de 6 meses

Não considerar os seguintes casos

- Bem emprestado para outro domicílio há mais de 6 meses
- Bem quebrado há mais de 6 meses
- Bem alugado em caráter eventual
- Bem de propriedade de empregados ou pensionistas

### Televisores

Considerar apenas os televisores em cores. Televisores de uso de empregados domésticos (declaração espontânea) só devem ser considerados caso tenha(m) sido adquirido(s) pela família empregadora.

### Rádio

Considerar qualquer tipo de rádio no domicílio, mesmo que esteja incorporado a outro equipamento de som ou televisor. Rádios tipo walkman, conjunto 3 em 1 ou microsystems devem ser considerados, desde que possam sintonizar as emissoras de rádio convencionais. Não pode ser considerado o rádio de automóvel.

### Banheiro

O que define o banheiro é a existência de vaso sanitário. Considerar todos os banheiros e lavabos com vaso sanitário, incluindo os de empregada, os localizados fora de casa e os da(s) suite(s). Para ser considerado, o banheiro tem que ser privativo do domicílio. Banheiros coletivos (que servem a mais de uma habitação) não devem ser considerados.

### Automóvel

Não considerar táxis, vans ou pick-ups usados para fretes, ou qualquer veículo usado para atividades profissionais. Veículos de uso misto (lazer e profissional) não devem ser considerados.

### Empregada doméstica

Considerar apenas os empregados mensalistas, isto é, aqueles que trabalham pelo menos 5 dias por semana, durmam ou não no emprego. Não esquecer de incluir babás, motoristas, cozinheiras, copeiras, arrumadeiras, considerando sempre os mensalistas.

### Aspirador de Pó

Considerar mesmo que seja portátil e também máquina de limpar a vapor (Vaporetto).

### Máquina de Lavar

Perguntar sobre máquina de lavar roupa, mas quando mencionado espontaneamente o tanquinho deve ser considerado.

### Videocassete e/ou DVD

Verificar presença de qualquer tipo de vídeo cassete ou aparelho de DVD.

### Geladeira e Freezer

No quadro de pontuação há duas linhas independentes para assinalar a posse de geladeira e freezer respectivamente. A pontuação entretanto, não é totalmente independente, pois uma geladeira duplex (de duas portas), vale tantos pontos quanto uma geladeira simples (uma porta) mais um freezer.

As possibilidades são:

Não possui geladeira nem freezer	0 pt
Possui geladeira simples (não duplex) e não possui freezer	2 pts
Possui geladeira de duas portas e não possui freezer	3 pts
Possui geladeira de duas portas e freezer	3 pts
Possui freezer mas não geladeira (caso raro mas aceitável)	1 pt

**ATENÇÃO:** Somente os entrevistados com 50 anos ou mais de idade deverão ser questionados quanto às questões 22 a 29.

**QUESTÃO 22:** Sobre a orientação temporal, faça a primeira pergunta, aguarde a resposta e pontue. Faça a segunda pergunta, aguarde a resposta e pontue. Cada resposta certa deverá contabilizar um (1) ponto somente (máximo para esta questão é de 5 pontos).

**QUESTÃO 23:** Sobre a orientação espacial, faça a primeira pergunta, apontando para o chão, aguarde a resposta e pontue. Faça a segunda pergunta, apontando ao redor num sentido mais amplo que a primeira, aguarde a resposta e pontue. Cada resposta certa deverá contabilizar um (1) ponto somente (máximo para esta questão é de cinco -5 - pontos).

**QUESTÃO 24:** Esta é uma questão para averiguar a memória imediata que deverá ser lida ao entrevistado (exceto as instruções entre parênteses). Contabilize um (1) ponto para cada palavra repetida acertadamente na primeira vez. Indique o número de tentativas do entrevistado também (máximo de cinco – 5 - tentativas).

**QUESTÃO 25.1:** Será verificada a concordância com a resposta anterior (da questão 25). Essa questão corresponde à subtração de setes seriadamente (100-7, 93-7, 86-7, 79-7, 72-7, 65).

- Considere um (1) ponto para cada resultado correto;
- Se houver erro, corrija o entrevistado e prossiga;

Você deverá considerar como correta a resposta se o entrevistado espontaneamente se autocorrigir;

- Máximo de cinco (5) pontos para esta questão.

**QUESTÃO 25.2:** Caso o entrevistado não faça cálculos, contabilize um (1) ponto para cada letra na posição correta (máximo de 5 pontos).

**QUESTÃO 26: ATENÇÃO: o instrumento está errado!!!** As palavras corretas são: "CARRO, VASO e TIJOLO". É uma questão que vai averiguar a memória de evocação, relembrando as palavras que foram memorizadas na questão 24. Contabilize um (1) ponto para cada palavra certa (máximo de três – 3 - pontos).

**QUESTÃO 27.1:** Nesta questão, você deverá contabilizar ponto somente se a repetição for perfeita. Máximo de um (1) ponto para a questão.

**QUESTÃO 27.2:** Mostre os desenhos dos lápis e pergunte, pontue um (1) ponto para a resposta correta. A seguir, mostre o desenho do relógio e pergunte, pontue um (1) ponto para a resposta correta. Máximo de dois (2) pontos para a questão.

**QUESTÃO 27.3:** Primeiramente, pegue o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) para que o entrevistado cumpra com as tarefas. Caso o entrevistado peça auxílio, não o faça em nenhum momento. Contabilize um (1) ponto para cada ação correta:

- Pegue este papel com a mão direita (um -1 - ponto);
- Dobre-o ao meio (um -1 - ponto);
- Coloque-o no chão (um – 1 - ponto);
- Total máximo de três - 3 pontos para a questão.

**QUESTÃO 27.4:** Mostre a página do formulário com o comando "FECHE OS OLHOS". Não auxilie o entrevistado caso seja solicitado ou se só ler a frase sem realizar o comando. Só contabilize um (1) ponto caso o entrevistado leia e realize o comando.

**QUESTÃO 27.5:** Após ler o enunciado da questão, empreste uma caneta e entregue o formulário ao entrevistado para que escreva uma frase na linha indicada pela questão. Contabilize um (1) ponto e não considere erros gramaticais ou ortográficos.

**QUESTÃO 28:** Ao mostrar o desenho, oriente ao entrevistado fazer o melhor possível. Considere um (1) ponto apenas se houver dois pentágonos interseccionados (10 ângulos), formando uma figura de quatro lados ou com dois ângulos na intersecção.

**QUESTÃO 29:** Some todos os pontos da questão 22 a 28. Total máximo de 30 pontos.

### **Bloco 2 – Variáveis de Hábitos de Vida**

**QUESTÃO 35:** Antes de ler a pergunta, leia a observação que precede a questão no questionário. A pergunta refere-se somente à atividade física no lazer (tempo livre), ou seja, deve-se ignorar a prática de atividade física em outros contextos (de trabalho, domésticas ou de deslocamento).

**QUESTÃO 36:** Leia o enunciado e preencha as atividades citadas, assinalando com um "X" as atividades referidas pelos sujeitos, bem como a respectiva frequência e duração da atividade. A duração deve ser preenchida sempre em minutos, ou seja, caso o sujeito responda uma (1) hora e meia, deve-se assinalar 90 minutos.

### **Bloco 3 – Variáveis de Capacidade Funcional**

O avaliador deve basear-se no que o indivíduo faz e não no que ele/ela poderia ou deveria fazer.

Nos itens com dificuldade, refere-se às atividades que o indivíduo realiza independentemente, pois não precisa de estímulo ou supervisão, mas com dificuldade, porque realiza de forma mais vagarosa do que o normal ou tem de quebrar a atividade em passos.

**QUESTÃO 49.1:** Avalia a capacidade de alimentar-se, incluindo a capacidade de abrir potes, cortar a comida, pegar e levar a boca. Inclui o uso de mecanismos compensatórios para alimentar-se, por exemplo, sonda nasogástrica ou gastrostomia. Então, alimentar-se independentemente é quando *"a pessoa come sozinha, inclusive abre potes, corta a comida, coloca o alimento no garfo ou colher ou no copo e leva à boca. Isso não inclui preparar a comida"*, sendo este o caso, o resultado obtido naquele item é um. Então prossiga para a próxima questão (no caso abaixo a questão 49.2). Segue um exemplo na página seguinte.

42. O(a) Sr(a) tem alguma dificuldade ou precisa de ajuda para:		Nível:
<b>49.1. Alimentar-se?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim →	Se SIM: (2) Com dificuldade (3) Sozinho, mas precisa de estímulo/supervisão (4) Precisa de ajuda parcial (5) Não consegue, precisa de outra pessoa	1
<b>49.2. Tomar banho?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim →		
<b>49.3. Vestir-se?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim →		
<b>49.4. Cuidar da aparência (escovar dentes, pentear-se, fazer barba, cortar unhas ou se maquiar)?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim →		
<b>49.5. Utilizar o vaso sanitário (sentar-se, levantar-se da privada, limpar-se e se vestir)?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim →		

Entretanto, se uma incapacidade for identificada, avalie o grau de dificuldade do indivíduo.

Por exemplo: Ao avaliar a pessoa na função comer, o instrumento define que o indivíduo é capaz de comer, cortar a comida, colocar o alimento no garfo ou colher ou no copo e levar a boca. Isso não inclui preparar a comida. Mas caso o indivíduo precise da ajuda de alguém pra cortar os alimentos, o escore obtido é quatro ou, no caso de precisar de ajuda completa ou alimentar-se por sonda nasogátrica ou gastrostomia, o escore é cinco.

49. O(a) Sr(a) tem alguma dificuldade ou precisa de ajuda para:		Nível:
<b>49.1. Alimentar-se?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte) (X) Sim →	Se SIM: (2) Com dificuldade (3) Sozinho, mas precisa de estímulo/supervisão (4) Precisa de ajuda parcial (5) Não consegue, precisa de outra pessoa	4
<b>49.2. Tomar banho?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim →		
<b>49.3. Vestir-se?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim →		
<b>49.4. Cuidar da aparência (escovar dentes, pentear-se, fazer barba, cortar unhas ou se maquiar)?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim →		
<b>49.5. Utilizar o vaso sanitário (sentar-se, levantar-se da privada, limpar-se e se vestir)?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim →		

Algumas definições:

- Alguns ajuda: ajuda necessária para realizar as tarefas, mas não a atividade completa.
- Sonda nasogátrica: sonda que percorre através do nariz até o estômago, para facilitar o transporte de alimentos líquidos. É instalado quando a pessoa não pode engolir normalmente.
- Gastrostomia: tubo inserido diretamente no estômago através da parede abdominal. Transporta os alimentos líquidos até o estômago.

**QUESTÃO 49.2:** Não há incapacidade quando "a pessoa toma banho sozinha, de maneira correta, incluindo conseguir entrar na banheira ou no chuveiro". Se eventualmente o indivíduo usar uma órtese durante o banho, isto não muda o escore.

Algumas definições:

- Prótese: equipamento que substitui total ou parcialmente um membro do corpo;

- Órtese: equipamento ortopédico designado para proteger ou imobilizar ou suportar o corpo ou parte dele.

**QUESTÃO 49.3:** Vestir-se sozinho refere-se quando “a pessoa escolhe a roupa do guarda-roupa ou gaveta, veste e tira a roupa sozinha, fecha zíper, botões e laços”. O escore quatro (4) indica que o sujeito participa ativamente, mas precisa de ajuda para finalizar a atividade.

**QUESTÃO 49.4:** Cuidar da aparência sozinho refere-se quando “a pessoa faz sozinha os cuidados básicos (escova dentes ou corta as unhas das mãos e dos pés ou faz a barba ou penteia os cabelos)”. Se eventualmente, o indivíduo faz todas as funções exceto cortar as unhas dos pés, o escore é quatro, porque necessita de ajuda para a atividade.

**QUESTÃO 49.5:** Não há incapacidade quando “a pessoa usa o vaso sanitário sozinha, sem precisar de supervisão, estímulo ou ajuda para usar um vaso convencional”.

Algumas definições para o entendimento da 49.6 e 49.7:

- **Incontinência ocasional ou gotejamento:** perda de urina ou fezes quando ri, tosse, carrega peso ou demora para ir ao banheiro. Deve ir ao banheiro a cada duas horas para evitar incidentes de incontinência ou deixa vestígios de urina ou fezes nas roupas íntimas.
- **Incontinência frequente:** quando a perda de urina acontece frequentemente, de uma a duas vezes por dia. Quando necessita de clister regularmente ou supositório para eliminar as fezes ou acontece episódios de incontinência fecal 4 vezes por semana durante o último mês.
- **Incontinência total:** indica a inabilidade total de urinar ou defecar voluntariamente, necessita de proteção, fralda, usar sonda ou ostomia.

**QUESTÃO 49.6:** Micção normal refere-se quando “a pessoa urina normalmente sem nenhum problema de incontinência (não perde urina quando tosse, ri, carrega peso ou em caso de demora para ir ao banheiro, nem precisar ser lembrado de ir ao banheiro nem necessita de proteção, fralda ou uso de sonda)”.

**QUESTÃO 49.7:** Defecação normal refere-se quando “a pessoa defeca normalmente sem nenhum problema de incontinência (não suja a roupa quando tosse, ri, carrega peso ou se demorar para ir ao banheiro, nem precisar ser lembrado de ir ao banheiro nem necessita de proteção, fralda ou uso de lavagem intestinal)”. Isso não inclui usar o vaso sanitário.

Observe que em algumas questões, no caso de uma incapacidade identificada, além dos escores com o grau de dificuldade, essa questão possui um subitem, como é o caso da 51.1, na qual a questão 51.2 seria o subitem. Preste atenção para não deixar de preenchê-la, caso haja alguma incapacidade.

<p>19. O(a) Sr(a) tem alguma dificuldade ou precisa de ajuda para <b>levantar-se, sentar-se e deitar-se, da cama para uma poltrona ou para uma cadeira de rodas e ficar de pé e vice-versa?</b></p> <p>(1) Não (pule para a questão seguinte)    <b>(X)</b> Sim</p> <p>↳ Se <b>SIM</b>: 50.1. Como o(a) Sr (a) realiza a transferência:</p> <p>(2) Com dificuldade</p> <p>(3) Sozinho, mas precisa de ajuda</p> <p><b>(4)</b> Precisa de ajuda de outra pessoa</p> <p>(5) Não consegue, precisa de outra pessoa</p>	<p>CF10</p> <p style="text-align: right; font-size: 2em;"><b>4</b></p>
---	--

**QUESTÃO 55:** Não importa o número de degraus. No escore dois (2), o indivíduo sobe e desce escada independentemente, mas relata alguma dificuldade respiratória ou dor.

**QUESTÕES 57 e 58:** Avaliam a capacidade do indivíduo de ver ou ouvir com ou sem o auxílio de equipamento, por isso se o indivíduo utilizar lentes corretivas ou aparelho auditivo, ele/ela deve ser testado com o dispositivo de correção.

**QUESTÃO 59:** Comunicar-se normalmente refere-se quando "a pessoa faz sentenças completas e consegue expressar-se".

**QUESTÃO 60:** Não ter problemas de memória nas atividades diárias refere-se quando "a pessoa se lembra de fatos recentes, antigos e do dia-a-dia. Não precisa ser lembrada, nem de auxílio de memória para lembrar fatos na vida diária". O escore três (3) indica o esquecimento regular ou lapsos graves de memória, por exemplo esquecer de desligar o fogão, de tomar uma medicação, de colocar as coisas fora do lugar, entre outros. Esquecimentos que podem levar a riscos para a vida da pessoa.

**QUESTÃO 61:** O indivíduo é orientado quando "avalia a orientação da pessoa na vida diária, e não em uma situação específica (por exemplo, uma vez foi a Londrina e se perdeu na cidade quando voltava para casa). Sabe a data, dia, hora, ano, onde está e aonde quer ir. Reconhece pessoas familiares e reconhece a si mesmo no espelho".

**QUESTÃO 62.2:** O indivíduo compreende o que está sendo perguntado ou dito no dia-a-dia. "Isso avalia a compreensão e não o impacto da perda da audição".

**QUESTÃO 63:** O indivíduo avalia as situações e toma decisões de maneira independente na vida diária. "É útil avaliar a pessoa propondo-lhe uma situação. Por exemplo, o que você faria se você acordasse de noite e sentisse uma dor muito forte"? Mas tenha cuidado se você usar um exemplo para avaliar essa função, que poderia afetar o comportamento de um sujeito psicologicamente instável. Por exemplo, se você perguntar a uma pessoa com ansiedade o que ela faria se houvesse um incêndio no cesto de lixo na sala durante a noite, esta questão pode ter impacto real sobre o nível de ansiedade do sujeito durante a noite.

**ATENÇÃO:** Nas questões relativas às Atividades Instrumentais de Vida Diária (65 a 68) poderão ocorrer algumas dúvidas, especialmente para as tarefas domésticas que os homens não executam por uma questão de gênero, entretanto, marque apenas o desempenho real do indivíduo (o que ele faz), e não o seu potencial (o que ele poderia ou deveria ser capaz de fazer). Embora estas incapacidades sejam culturais, mesmo assim elas são reais, pois quando o homem perde a esposa (um importante recurso), frequentemente experimenta a incapacidade que pode até resultar em institucionalização.

**QUESTÃO 65.1:** O indivíduo cuida da limpeza da casa sozinho bem como de tarefas pesadas ocasionais. "A pessoa faz sozinha as tarefas domésticas, incluindo tirar a poeira, limpar o fogão, a geladeira, a cozinha e o banheiro, lavar o chão, as janelas, tirar os móveis do lugar".

**QUESTÃO 65.2:** O indivíduo lava sozinho as roupas quando "separa as roupas para lavar, opera a máquina de lavar roupa ou o tanquinho, coloca as roupas para secar e dobra as roupas, sem precisar de estímulo ou supervisão".

**QUESTÃO 65.3:** O indivíduo prepara sozinho a comida quando "prepara os alimentos, incluindo cortar, preparar e cozinhar a comida. Prepara refeições substanciais e apropriadas. Consegue separar a comida necessária, prepará-la e cozinhá-la sem estímulo ou supervisão".

**QUESTÃO 65.4:** O indivíduo faz sozinho as compras quando "faz a lista de compras, escolhe os itens necessários (comida, roupas, artigos de higiene, etc.) e os traz para casa".

**QUESTÃO 66:** O indivíduo usa sozinho o telefone, quando "encontra um número na agenda telefônica ou catálogo, disca o número e se comunica por telefone. Por exemplo, encontra o número do bombeiro hidráulico na agenda e comunica-se com ele".

**QUESTÃO 67:** "a pessoa entra e sai do carro sozinho, dirige o carro (se já sabia fazê-lo) ou sabe qual ônibus pegar e consegue entrar nele sem ajuda. Consegue dirigir um veículo adaptado, sem ajuda".

**QUESTÃO 68:** O indivíduo paga sozinho as contas, no dia certo, faz transações financeiras pequenas e grandes e usa corretamente o dinheiro da carteira. "A pessoa administra sozinho todas as transações necessárias. Toma decisões de maneira independente e apropriada".

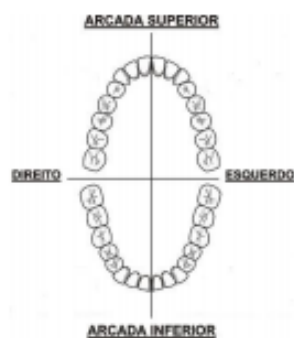
**QUESTÃO 119:** O indivíduo toma sozinho os remédios, de maneira apropriada e segura quando "toma a medicação sem ajuda, de acordo com a prescrição ou não precisa tomar remédios. Tira o remédio de dentro dos frascos, caixas e envelopes ou usa uma caixa de remédios que ela mesma preparou".

#### **Bloco 4 – Utilização de Serviços de Saúde e Bloco 5 – Condições de Saúde**

**QUESTÃO 69.1:** Plano de saúde parcial ou coparticipativo é aquele em que o convênio assume parte do pagamento e o conveniado a outra parte (pode ser metade ou menos). Plano de saúde integral é aquele em que o convênio assume todas as despesas.

**QUESTÃO 71:** Cuidado se a pessoa responder que recebe visita. É interessante identificar qual o profissional que realiza as visitas, pois é comum confundir o Agente Comunitário de Saúde (ACS) com o Agente da Dengue ou técnico de enfermagem/enfermeiro. A questão 72 trata especificamente do ACS.

**QUESTÃO 82.1:** A seguir, uma ilustração da arcada dentária completa (32 dentes).



**QUESTÃO 83:** Algumas definições e ilustrações:

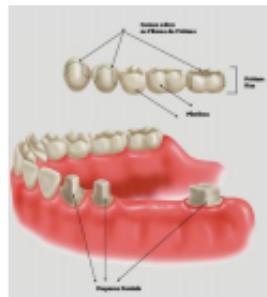
- Prótese dentária é um componente artificial que tem como objetivo o restabelecimento e a manutenção das funções do sistema mastigatório, visando a proporcionar conforto;
- Pivô é um dente artificial fixado à raiz por meio de haste metálica ou pino;



- Coroa é a parte do dente que fica visível na boca, conforme ilustrado na figura abaixo;



- Ponte móvel ou fixa (ou prótese parcial móvel ou fixa) seriam próteses que substituem um ou mais elementos dentários e que é ancorado sobre a coroa dos dentes, as raízes ou ainda sobre os implantes, podendo ser confeccionadas em diversos materiais;



Ponte fixa



Ponte móvel



- Dentadura seria um conjunto de dentes artificiais devidamente montados.



**QUESTÃO 96:** Descreva o horário considerando 24 horas, por exemplo: “22:00” e não 10hs da noite.

**QUESTÃO 98:** Idem 96.

**QUESTÃO 99:** Em caso do relatado em horas e minutos, registrar conforme o relatado. Por exemplo: 7horas e 20 minutos = 7:20 hs.

**QUESTÃO 108 e 109:** Neste momento estas informações serão somente autorreferidas. Somente ao final do formulário o entrevistado passará pelas medidas antropométricas.

**ATENÇÃO: GRANDE ALTERAÇÕES NA FORMA DE AFERIÇÃO DA PRESSÃO FORAM REALIZADAS. ORIENTE-SE POR ESTE MANUAL.**

**QUESTÃO 110 E 111:** Serão realizadas para todas as pessoas 4 medidas de pressão. A primeira em ambos os braços e as duas seguintes apenas no braço de maior pressão.

**Preparo do paciente:**

1. Explicar o procedimento ao paciente e deixá-lo em repouso por pelo menos 5 minutos em ambiente calmo. Deve ser instruído a não conversar durante a medida. Possíveis dúvidas devem ser esclarecidas antes ou após o procedimento.
2. Certificar-se de que o paciente NÃO:
  - está com a bexiga cheia
  - praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos
  - ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos
  - fumou nos 30 minutos anteriores.

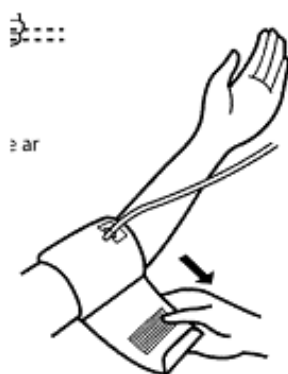
3. Posicionamento do paciente:

Deve estar na posição sentada, pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado. O braço deve estar na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou 4o espaço intercostal), livre de roupas, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido.

**Para medida propriamente:**

1. Obter a circunferência aproximadamente no meio do braço que a pessoa realiza suas atividades. Se:
  - < 22cm ou > 32cm → **ORIENTAR QUE SERÁ REALIZADA OUTRA VISITA PARA AFERIÇÃO DA PRESSÃO. ANOTAR NA PÁGINA DE OBSERVAÇÕES.**

- Entre 22 cm e 32 cm, prossiga.
2. **NO BRAÇO ESQUERDO**, coloque a braçadeira, sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital, alinhando a seta para a artéria braquial
  3. Pressione o botão START e aguarde a medição.
  4. **NO BRAÇO DIREITO**: Coloque a braçadeira, sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital, alinhando a seta e o tubo de ar para a parte interna do cotovelo. Cuidado para não deixar o braço apoiar sobre o tubo de ar.
  5. Pressione o botão START e aguarde a medição.
  6. Registre no formulário o valor EXATO do braço de **maior pressão**. **INDIQUE QUAL O BRAÇO com (D ou E)**.
  7. Caso vá realizar a terceira medida no mesmo braço, aguarde pelo menos 1 minuto.



Braço Esquerdo



Braço direito

**QUESTÃO 112:** Considerar o diagnóstico do médico associado ou não a uma prescrição medicamentosa. Por exemplo, níveis de glicemia alterados em que foi recomendada somente mudança da dieta alimentar – considerar como "sim"; nível de colesterol alterado em que foi recomendado mudança na dieta alimentar – também considerar como "sim".

**QUESTÃO 113:** Morte súbita compreende aquela repentina, que não se deve a causas externas.

### **Bloco 6 – Tratamento Medicamentoso**

**QUESTÃO 118:** Esta questão é a introdutória do bloco. Todas as informações investigadas se referem ao período aos 15 dias anteriores a entrevista. Mais de 70% da população utiliza ou utilizou algum tipo de medicamento, para evitar omissões ou esquecimentos exemplifique a partir do descrito na questão (ex.: de uso contínuo, para dores, para o estômago ou outro). Caso não hajam medicamentos, pule para o bloco 7.

Um conceito importante:

**REFERÊNCIAS**

- ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. *Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB): em vigor a partir de 01/01/2010*. Disponível em: <<http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=301>>. Acesso em 11 jun. 2010.
- BRUCKI, S.M.D.; NITRINI, R.; CARAMELLI, P.; BERTOLUCCI, P.H.F.; OKAMOTO, I.H. Sugestões para o uso do mini exame do estado mental no Brasil. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, vol. 61, n. 3B, p. 777-781, 2003.
- GIROTTI, E. *Adesão ao tratamento anti-hipertensivo e fatores associados na área de abrangência de uma unidade de saúde da família, Londrina, PR* [dissertação mestrado em Saúde Coletiva]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2008. 189p.
- HÉBERT, R.; GUILBEAULT, J.; PINSONNAULT, E.. *Functional Autonomy Measurement System: User Guide. Centre d'expertise em santé de Sherbrooke. Sherbrooke, Quebec, Canada, 2002*.
- MELCHIORS, A. C.; CORRER, C. J.; FERNÁNDES-LLIMOS, F. Tradução e validação para o Português do Medication Regimen Complexity Index. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, v. 89, n. 4, p. 210-8, 2007.
- PEIXOTO, M. R. C. et al. Circunferência da cintura e índice de massa corporal como preditores da hipertensão arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. Rio de Janeiro, v.87, n.4, p.462-70, Out. 2006.
- REZENDE, F. A. C. et. al. Índice de massa corporal e circunferência abdominal: associação com fatores de risco cardiovascular. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v.87, n.6, p.728-34, Dez. 2006.
- ROSA, M. L. G. et al. Índice de massa corporal e circunferência da cintura como marcadores de hipertensão arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. Rio de Janeiro, v.88, n.5, p.573-78, Out. 2007.
- ROZENFELD, S.; VALENTE, J. Estudos de utilização de medicamentos - considerações técnicas sobre coleta e análise de dados. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 13, n. 2, p. 115-23, abr/jun 2004.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SBC; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SBH; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA/SBN. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Revista Brasileira de Hipertensão*, São Paulo, v. 17, n.1, Suplemento 4 p.1-69, 2010.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. I Diretriz Brasileira de diagnóstico e tratamento da síndrome metabólica. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. Rio de Janeiro, v.84, Suplemento 1, p.1-28, Abr. 2005.

**APÊNDICE B**

Instrumento de Coleta de Dados

**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS****UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA  
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA****Doenças cardiovasculares no Estado do Paraná: mortalidade, perfil de risco,  
terapia medicamentosa e complicações****INFORMAÇÕES DO DOMICÍLIO AMOSTRADO**

Localização		
Rua:		
Setor Censitário:	Nº:	Complemento:
Telefone:	Obs:	
Moradores		
Nome	Sexo	Idade
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

**INFORMAÇÕES DO INDIVÍDUO AMOSTRADO**

Nome:	Código:
Data de Nascimento:	Celular:
Recursos: (0) própria pessoa (1) cuidador auxiliar (2) cuidador substituto	
Data da Entrevista:	



**INFORMAÇÕES DA COLETA**


Entrevistador:	
1º Visita: ___/___/___	<input type="checkbox"/> Entrevistado <input type="checkbox"/> Não (motivo):
2º Visita: ___/___/___	<input type="checkbox"/> Entrevistado <input type="checkbox"/> Não (motivo):
3º Visita: ___/___/___	<input type="checkbox"/> Entrevistado <input type="checkbox"/> Não (motivo):
<input type="checkbox"/> Recusa <input type="checkbox"/> Perda <input type="checkbox"/> Exclusão	Motivo:
Data para coleta de exames laboratoriais: ___/___/___	Digitação: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2

Nome:	Código:
-------	---------

➡ Para todos os indivíduos:





<b>BLOCO 1 – VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO</b>															
<b>1. Qual é o seu Estado Civil?</b> (1) Solteiro (2) Casado (3) Divorciado/Separado (4) Viúvo (5) União estável	CIV														
<b>2. Você se considera da cor ou raça:</b> (1) Amarela (2) Branca (3) Indígena (4) Parda (5) Preta	COR														
<b>3. Quantos anos completos você estudou? [     ]</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Analfabeto</td> <td style="text-align: right;">0 anos</td> </tr> <tr> <td>Primário completo ou até a 4ª série do fundamental</td> <td style="text-align: right;">4 anos</td> </tr> <tr> <td>1º grau ou ensino fundamental/ginásio completo</td> <td style="text-align: right;">8 anos</td> </tr> <tr> <td>2º grau ou ensino médio</td> <td style="text-align: right;">11 anos</td> </tr> <tr> <td>Ensino superior</td> <td style="text-align: right;">15 anos</td> </tr> <tr> <td>Especialização</td> <td style="text-align: right;">15 + 1</td> </tr> <tr> <td>Mestrado</td> <td style="text-align: right;">15 + 2</td> </tr> </table>	Analfabeto	0 anos	Primário completo ou até a 4ª série do fundamental	4 anos	1º grau ou ensino fundamental/ginásio completo	8 anos	2º grau ou ensino médio	11 anos	Ensino superior	15 anos	Especialização	15 + 1	Mestrado	15 + 2	ESTU
Analfabeto	0 anos														
Primário completo ou até a 4ª série do fundamental	4 anos														
1º grau ou ensino fundamental/ginásio completo	8 anos														
2º grau ou ensino médio	11 anos														
Ensino superior	15 anos														
Especialização	15 + 1														
Mestrado	15 + 2														
<b>4. Quantos amigos próximos você diria que têm hoje?</b> Essas pessoas são aquelas com quem se sente à vontade, para conversar a respeito de assuntos particulares, ou chamar quando precisa de ajuda. [     ]	REDE1														
<b>5. Se de repente você precisasse de uma pequena quantia em dinheiro, (equivalente ao ganho de uma semana de trabalho) quantas pessoas, de fora do seu domicílio, estariam dispostas a lhe fornecer este dinheiro, se você pedisse a elas?</b> (1) Ninguém (2) Uma ou duas (3) Três ou quatro (4) Cinco ou mais	REDE2														
<b>6. Em toda comunidade, algumas pessoas se dão bem e confiam umas nas outras, enquanto outras pessoas não. Agora, eu gostaria de falar a respeito da confiança e da solidariedade na sua comunidade. Em geral, você concorda ou discorda das seguintes afirmações:</b>															
<b>6.1. Pode-se confiar na maioria das pessoas que moram neste(a) bairro/localidade:</b> (1) Concordo totalmente (2) Concordo em parte (3) Não concordo nem discordo (4) Discordo em parte (5) Discordo totalmente	SOL10														
<b>6.2. Neste(a) bairro/localidade, é preciso estar atento ou alguém pode tirar vantagem de você:</b> (1) Concordo totalmente (2) Concordo em parte (3) Não concordo nem discordo (4) Discordo em parte (5) Discordo totalmente	SOL11														
<b>6.3. A maioria das pessoas neste(a) bairro/localidade estão dispostas a ajudar caso você precise:</b> (1) Concordo totalmente (2) Concordo em parte (3) Não concordo nem discordo (4) Discordo em parte (5) Discordo totalmente	SOL12														
<b>6.4. Neste(a) bairro/localidade, as pessoas geralmente não confiam umas nas outras quanto a emprestar e tomar dinheiro emprestado:</b> (1) Concordo totalmente (2) Concordo em parte (3) Não concordo nem discordo (4) Discordo em parte (5) Discordo totalmente	SOL13														
<b>7. Hoje em dia, com que frequência você diria que as pessoas neste(a) bairro/localidade ajudam umas às outras:</b> (1) Sempre ajudam (2) Quase sempre ajudam (3) Algumas vezes ajudam (4) Raramente ajudam (5) Nunca ajudam	SOL2														



<b>8. Na sua opinião, esse(a) bairro/localidade é geralmente:</b> (1) Muito pacífico (2) Moderadamente pacífico (3) Nem pacífico nem violento (4) Moderadamente violento (5) Muito violento		VIOL1
<b>9. Em relação a sua segurança, como você se sente ao andar sozinho(a) na sua rua depois de escurecer:</b> (1) Muito seguro(a) (2) Moderadamente seguro(a) (3) Nem seguro (a), nem inseguro(a) (4) Moderadamente inseguro(a) (5) Muito inseguro(a)		VIOL2
<b>10. Qual o controle que você sente que tem para tomar as decisões que afetam as suas atividades diárias:</b> (1) Nenhum controle (2) Controle sobre muito poucas decisões (3) Controle sobre algumas decisões (4) Controle sobre a maioria das decisões (5) Controle sobre todas as decisões		POL1
<b>11. Nos últimos 12 meses, você fez alguma dessas coisas:</b>	Marque com um (x)	
11.1. Participou de uma reunião de conselho, reunião aberta ou grupo de discussão?		POL21
11.2. Encontrou um político, telefonou para ele/ela, ou enviou-lhe uma carta/email?		POL22
11.3. Participou de um protesto ou demonstração?		POL23
11.4. Participou de uma campanha eleitoral ou informativa?		POL24
11.5. Alertou algum jornal, rádio ou TV para um problema local?		POL25
11.6. Notificou a polícia ou a justiça a respeito de um problema local?		POL26
<b>AGORA FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SEU TRABALHO E OS BENS DA SUA CASA. GOSTARIA DE LEMBRAR QUE OS DADOS DESTE ESTUDO SERVIRÃO APENAS PARA A PESQUISA.</b>		
<b>12. Quantos trabalhos você exerce atualmente? [     ]</b>  Se maior ou igual a 1 (um) pule para questão 14		TR1
<b>13. Caso não exerça nenhum trabalho, como você se classifica?</b> (1) Aposentado (2) Do lar (3) Desempregado  Pular para questão 17		TR2
<b>14. Se trabalha atualmente, qual seu trabalho principal?</b>		TR3
<b>15. Nesse trabalho você é:</b> (1) Empregado (2) Trabalhador doméstico (na casa de terceiros empregado doméstico, diarista etc.) (3) Conta própria (sem empregado ou com ajuda de trabalhador não remunerado) (4) Empregador (5) Não remunerado		TR4
<b>16. O Sr. Trabalha atualmente com alguma dessas atividades:</b>	S/N	Há quanto tempo (anos)?
<b>A1.</b> Fabricação e recuperação de baterias		
<b>A2.</b> Fundições secundárias: fusão de sucatas ou barras de chumbo		
<b>A3.</b> Produção de ligas (bronze, latão)		
<b>A4.</b> Galvanoplastia (ex: Pado)		
		PB1
		PB11
		PB12
		PB13
		PB14

<b>A5. Operação de corte e solda de peças e chapas metálicas contendo chumbo</b>				PB15	
<b>A6. Fabricação de PVC e outros plásticos</b>				PB16	
<b>A7. Indústria da borracha</b>				PB17	
<b>17. O Sr. já trabalhou com alguma das atividades:</b>  <b>Caso já tenha lido as alternativas:</b> O(a) senhor(a) já trabalhou em algum dos locais que acabei de citar?	S/N	Durante quanto tempo? (anos)	Parou há quanto tempo (anos)?		
<b>A1. Fabricação e recuperação de baterias</b>				PB20	
<b>A2. Fundições secundárias: fusão de sucatas ou barras de chumbo</b>				PB21	
<b>A3. Produção de ligas (bronze, latão)</b>				PB22	
<b>A4. Galvanoplastia (ex: Pado)</b>				PB23	
<b>A5. Operação de corte e solda de peças e chapas metálicas contendo chumbo</b>				PB24	
<b>A6. Fabricação de PVC e outros plásticos</b>				PB25	
<b>A7. Indústria da borracha</b>				PB26	
<b>18. Alguém que mora com o Sr (a) trabalha com exposição ao chumbo?</b> (1) Sim (2) Não				PB30	
 Se <b>SIM: 18.1.</b> Em qual atividade (códigos acima)? [            ]				PB31	
<b>19. Existe alguma fonte de contaminação por chumbo próxima à sua residência?</b> (conforme alternativas citadas). (1) Sim (2) Não				PB40	
 Se <b>SIM: 19.1.</b> Qual a distância aproximada (metros) da fonte em relação à sua casa? [        ]				PB41	
<b>20. Por quais desses meios de comunicação costuma se informar:</b> (1) Televisão (2) Rádio (3) Jornal Impresso (4) Internet (5) Outros				COM	
<b>21. Classe econômica:</b>				ABEP	
	<b>Número de Itens</b>				
<b>Quais desses itens você possui?</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4+</b>
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de Lavar	0	2	2	2	2
Vídeo cassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (separado ou	0	2	2	2	2
<b>Qual o Grau de Instrução do chefe da família?</b>					
Analfabeto / primário incompleto / até a 3ª série do fundamental					0
Primário Completo / ginásial incompleto / até a 4ª série do fund.					1
Ginásial completo / colegial incompleto / fundamental completo					2
Colegial completo / superior incompleto / ensino médio completo					4
Superior completo					8
<b>Pontuação total</b> [            ]					

↪ Para todos os indivíduos




<b>BLOCO 2 – VARIÁVEIS DE HÁBITOS DE VIDA</b>	
<b>30.O(a) Sr(a) Fuma?</b> (1) Sim (2) Não ↪ Se <b>NÃO</b> , pule para a questão 33	FUM1
↪ Se <b>SIM</b> : 30.1. Qual a frequência? (1) Diariamente (2) Ocasionalmente	FUM2
↪ Se <b>DIARIAMENTE</b> : 30.2. Quantos cigarros por dia? [     ]	FUM3
<b>31. Que idade o(a) senhor (a) tinha quando começou a fumar regularmente?</b> [     ] anos (99) Não lembra	FUM4
<b>32.O(a) senhor(a) já tentou parar de fumar?</b> (1) Sim (2) Não	FUM5
<b>33.O Sr (a) já fumou?</b> (1) Sim (2) Não	FUM6
↪ Se <b>SIM</b> : 33.1. Que idade o(a) senhor(a) tinha quando parou de fumar? [     ] anos (99) Não lembra	FUM7
<b>34.O(a) Sr(a) costuma consumir bebida alcoólica?</b> (1) Sim (2) Não ↪ Se <b>NÃO</b> , pule para a questão 35	ALC1
↪ Se <b>SIM</b> : 34.1.Com frequência faz uso de bebida alcoólica? (1) Ocasionalmente (menos que 2x/sem) (2) Frequentemente (2 a 6x/sem) (3) Todos os dias	ALC2
<b>34.2. Nos últimos 30 dias o Sr (a) consumiu mais que 4 (para mulher)/5(para homem) doses de bebida alcoólica em uma ocasião?</b> <i>(mais de 4/5 doses seriam 4/5 latas de cervejas ou 4/5 taças de vinho ou 4/5 doses de cachaça/whisky/qualquer outra bebida destilada)</i> (1) Sim (2) Não	ALC3
↪ Se <b>SIM</b> : 34.2.1 Em quantos dias do mês isso ocorreu? [     ]	ALC4
<b>AGORA, VAMOS FALAR SOBRE ATIVIDADES FÍSICAS, COMO CAMINHADA, ESPORTES E EXERCÍCIOS FEITOS DE MANEIRA REGULAR E QUE FAÇAM A RESPIRAÇÃO FICAR MAIS FORTE QUE O NORMAL.</b>	
<b>35.Em uma semana normal (típica) o sr(a) faz algum tipo de atividade física no seu tempo livre?</b> (1) Sim (2) Não ↪ Se <b>NÃO</b> , pule para a questão 38	EX1
↪ Se <b>SIM</b> :	

<b>36. Em uma semana normal (típica) quais são as atividades físicas que o(a) Sr(a) pratica no tempo livre:</b>				
	Se Sim, assinale com X	Quantas vezes por semana? (dias)	Quanto tempo dura por dia? (minutos)	
36.1. Caminhada?				EX21
36.2. Alongamento?				EX22
36.3. Dança?				EX23
36.4. Musculação?				EX24
36.5. Ginástica de academia?				EX25
36.6. Futebol?				EX26
36.7. Outra? Qual?				EX27
<b>37. O(a) Sr.(a) faz atividade física REGULAR há mais de 6 meses?</b> (1) Sim (2) Não  Se Sim, pule para a questão 40				EX5
<b>38. O(a) Sr.(a) pretende começar a fazer atividade física REGULAR nos próximos 30 dias?</b> (1) Sim (2) Não  Se Sim, pule para a questão 40				EX6
<b>39. O(a) Sr.(a) pretende começar a fazer atividade física REGULAR nos próximos 6 meses?</b> (1) Sim (2) Não				EX7
<b>40. Com relação ao seu trabalho remunerado, ou às atividades domésticas, em relação ao esforço físico, como você classificaria o seu trabalho:</b> (1) Muito leve (2) Leve (3) Moderado (4) Intenso (5) Muito intenso				EX8
<b>41. O(a) Sr.(a) caminha ou vai de bicicleta até o trabalho?</b> (1) Sim (2) Não (99) Não se aplica  Se NÃO ou NÃO SE APLICA, pule para a questão 43				EX9
<b>42. Quanto tempo o(a) Sr.(a) leva caminhando ou pedalando neste deslocamento (somar tempo de ida e volta): [        ] minutos.</b>				EX10
<b>AGORA FAZER ALGUMAS PERGUNTAS QUANTO A SEUS HÁBITOS ALIMENTARES</b>				
<b>43. Em quantos dias da semana (a) Sr(a) costuma comer frutas?</b> (1) Quase nunca (2) Nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias				AL1
<b>44. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (alface, tomate, couve, chuchu, berinjela, abobrinha), sem contar batata, mandioca ou inhame?</b> (1) Quase nunca (2) Nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias				AL2
<b>45. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer carne vermelha ?</b> (1) Quase nunca (2) Nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias  Se nunca, pule para questão 46				AL3






<b>45.1. Quando o(a) Sr(a) come carne vermelha com gordura, o(a) Sr(a) costuma:</b> (1) Tirar sempre o excesso de gordura visível (2) Comer com a gordura (3) Não come carne vermelha com muita gordura	AL4	
<b>46. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer frango?</b> (1) Quase nunca      (2) Nunca      (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias      (5) 5 a 6 dias      (6) Todos dias   <b>Se nunca, pule para questão 47</b>	AL5	
<b>46.1. Quando o(a) Sr(a) come frango com pele costuma:</b> (1) Tirar sempre a pele (2) Comer com a pele (3) Não come pedaços de frango	AL6	
<b>47. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma tomar leite? (não vale leite de soja)</b> (1) Quase nunca      (2) Nunca      (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias      (5) 5 a 6 dias      (6) Todos dias   <b>Se nunca, pule para questão 48</b>	AL7	
<b>47.1. Quando o(a) Sr(a) toma leite, que tipo de leite costuma tomar?</b> (1) Integral      (2) Desnatado ou semi-desnatado (3) Os dois tipos      (99) Não sabe	AL8	
<b>BLOCO 3 – VARIÁVEIS DE CAPACIDADE FUNCIONAL</b>		
<b>48. Respondente:</b> (1) Própria pessoa      (2) Cuidador	RES	
AGORA VAMOS VALAR DA SUA CAPACIDADE FUNCIONAL, CAPACIDADE MOTORA, COGNIÇÃO E ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA		
<b>49. O(a) Sr(a) tem alguma dificuldade ou precisa de ajuda para:</b>	<b>Nível:</b>	
<b>49.1. Alimentar-se?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim →	<b>Se SIM:</b> (2) Com dificuldade (3) Sozinho, mas precisa de estímulo/supervisão (4) Precisa de ajuda parcial (5) Não consegue, precisa de outra pessoa	CF1
<b>49.2. Tomar banho?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim →		CF2
<b>49.3. Vestir-se?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim →		CF3
<b>49.4. Cuidar da aparência (escovar dentes, pentear-se, fazer barba, cortar unhas ou se maquiar)?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim →		CF4
<b>49.5. Utilizar o vaso sanitário (sentar-se, levantar-se da privada, limpar-se e se vestir)?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim →		CF5
<b>49.6. Para urinar (micção)?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim →	(2) Incontinência ocasional ou gotejamento (3) Incontinência frequente (4) Incontinência total	CF6
<b>49.7. Para fazer cocô (defecação)?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim →		CF7

<p><b>50.</b> O(a) Sr(a) tem alguma dificuldade ou precisa de ajuda para <b>levantar-se, sentar-se e deitar-se, da cama para uma poltrona ou para uma cadeira de rodas e ficar de pé e vice-versa?</b>  (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim</p> <p>↪ Se <b>SIM: 50.1. Como o(a) Sr (a) realiza a transferência:</b>  (2) Com dificuldade  (3) Sozinho, mas precisa de estímulo ou supervisão  (4) Precisa de ajuda parcial  (5) Não consegue, precisa de outra pessoa</p>	CF10
<p><b>51.</b> O(a) Sr(a) tem alguma dificuldade ou precisa de ajuda <b>para andar pela casa ou chegar ao elevador</b> (no caso de morar em apartamento)?  (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim</p> <p>↪ Se <b>SIM, 51.1. Como o(a) Sr (a) anda pela casa:</b>  (2) Com dificuldade (com bengala, prótese, órtese ou andador)  (3) Sozinho, mas precisa que alguém o guie, estimule ou supervise  (4) Precisa de ajuda de outra pessoa para caminhar  (5) Não anda</p>	CF11
<p><b>51.2. O senhor utiliza algum dispositivo para auxiliá-lo a caminhar?</b>  (1) Bengala simples (2) Tripode (3) Quadripode (4) Andador</p>	CF111
<p><b>52.</b> O(a) Sr(a) tem alguma dificuldade ou precisa de ajuda para <b>caminhar fora de casa?</b>  (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim</p> <p>↪ Se <b>SIM, 52.1. Como o(a) Sr (a) caminha fora de sua casa:</b>  (2) Com dificuldade (com bengala, prótese, órtese ou andador)  (3) Utiliza uma Cadeira de Rodas (CR) ou caminha sozinho, mas precisa que alguém o guie, estimule ou supervise ou apresenta marcha instável  (4) Utiliza CR com dificuldade  (5) Precisa de ajuda de outra pessoa para caminhar ou utilizar uma CR  (6) Não pode se locomover na área externa (deve ser transportado em maca)</p>	CF12
<p><b>53. Em relação ao uso de prótese e órtese, o(a) Sr(a) usa?</b>  (1) Não utiliza (pule para a questão seguinte)  (2) Instala sozinho  (3) Instala com dificuldade  (4) Precisa que alguém verifique a instalação ou precisa de alguma ajuda para isso  (5) A prótese ou órtese deve ser instalada por outra pessoa</p>	CF13
<p><b>54. Em relação a Cadeira de Rodas, o(a) Sr (a) precisa utilizar?</b>  (1) Não utiliza (pule para a questão seguinte)  (2) Desloca-se sozinho em CR  (3) Desloca-se com dificuldade em CR  (4) Precisa que alguém empurre a CR  (5) Não pode utilizar uma CR (deve ser transportado em maca)</p>	CF14
<p>↪ Se utiliza, <b>54.1. Qual o tipo de cadeira de rodas?</b>  (1) Cadeira de rodas simples (2) Cadeira de rodas motorizadas</p>	CF141
<p><b>54.2. O local onde o(a) Sr(a) mora permite a circulação em CR?</b>  (1) Sim (2) Não</p>	CF142

<p><b>55. Em relação à utilizar escadas em algum lugar, o(a) Sr (a) apresenta alguma dificuldade para subir e descer?</b>  (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim</p> <p>↪ Se <b>SIM 55.1. Para utilizar escadas, o(a) Sr(a) sobe e desce:</b>  (2) Com dificuldade  (3) Sobe e desce de maneira não segura, precisa que alguém o guie, estimule ou supervisione  (4) Sobe e desce escadas com ajuda de outra pessoa  (5) Não utiliza escadas</p>	CF15
<p><b>56. O(a) Sr(a) precisa utilizar escadas no domicílio?</b>  (1) Sim (2) Não</p>	CF16
<p><b>57. Sem ajuda de nenhum equipamento o(a) Sr(a) tem alguma dificuldade para ler/enxergar?</b>  (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim</p> <p>↪ Se <b>SIM, 57.1. Para ler/enxergar, o(a) Sr(a):</b>  (2) Tem distúrbios visuais, mas enxerga suficientemente para realizar Atividades de Vida Diária (AVDs)  (3) Só enxerga o contorno dos objetos e precisa ser guiado nas AVDs  (4) Não enxerga/Cego</p>	CF20
<p><b>57.1.1. Para exercer suas atividades diárias, o(a) Sr(a) utiliza:</b>  (1) Lentes corretivas/óculos (2) Lupa (3) Não utiliza</p>	CF201
<p><b>58. Sem ajuda de nenhum equipamento o(a) Sr(a) tem alguma dificuldade para ouvir?</b>  (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim</p> <p>↪ Se <b>SIM, 58.1. Para ouvir, o(a) Sr(a):</b>  (2) Só ouve quando falam alto ou precisa que alguém instale seu aparelho auditivo  (3) Só escuta gritos ou algumas palavras ou lê os lábios ou compreende gestos  (4) Surdez total e incapacidade de compreender o que alguém quer lhe comunicar</p>	CF21
<p><b>58.1.1. Utiliza aparelho auditivo?</b>  (1) Sim (2) Não</p>	CF212
<p><b>59. Sem ajuda de nenhum equipamento o(a) Sr(a) tem alguma dificuldade para falar ou comunicar-se normalmente?</b>  (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim</p> <p>↪ Se <b>SIM, 59.1. Para falar normalmente, o(a) Sr(a):</b>  (2) Tem certa dificuldade, mas consegue expressar seu pensamento  (3) Tem uma dificuldade grave, mas pode comunicar certas necessidades básicas ou responde a questões simples (sim, não) ou utiliza linguagem de gestos  (4) Não comunica</p>	CF22
<p><b>59.2. O(a) Sr(a) utiliza algum dispositivo para ajudar em sua comunicação?</b>  (1) Quadro de comunicação (2) Computador (3) Não utiliza</p>	CF221
<p><b>60. O(a) Senhor(a) tem alguma dificuldade para lembrar-se de fatos (de maneira que comprometa a realização de suas atividades)?</b>  (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim</p> <p>↪ Se <b>SIM, 60.1. Com relação a sua memória, o(a) Sr(a):</b>  (2) Esquece fatos recentes, mas se lembra dos fatos importantes  (3) Esquece habitualmente as coisas da vida cotidiana corrente  (4) Amnésia quase total</p>	CF30





<b>61. O(a) Senhor(a) tem alguma dificuldade para localizar-se no tempo, espaço e pessoas?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim  Se <b>SIM, 61.1. O(a) Sr (a) sente-se que está:</b> (2) Algumas vezes desorientado (3) Encontra-se orientado somente em relação a um curto espaço de tempo (período do dia), local (ambiente em que vive habitualmente) e pessoas familiares (4) Desorientação completa		CF31
<b>62. O Sr(a) tem alguma dificuldade para compreender bem o que alguém lhe explica ou pede?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim  Se <b>SIM, 62.1. O(a) Sr (a):</b> (2) É lento para compreender explicações ou pedidos (3) Parcialmente, mesmo após explicações repetidas ou é incapaz de aprender coisas novas (4) Não compreende o que se passa ao seu redor		CF32
<b>63. O Sr (a) consegue avaliar as situações e tomar decisões sensatas?</b> (1) Sim (pule para a questão seguinte) ( ) Não  Se <b>NÃO, 63.1. O(a) Sr (a):</b> (2) Avalia as situações, mas precisa de conselhos para tomar decisões sensatas (3) Avalia mal as situações e toma decisões sensatas apenas se alguém lhe sugerir fortemente uma opinião (4) Não avalia as situações e é preciso que alguém tome-as em seu lugar		CF33
<b>64. Em relação ao comportamento, o(a) Sr(a) apresenta:</b> (1) Comportamento apropriado (2) Distúrbios, como por exemplo: choro, teimosia e apatia, que precisam de supervisão ocasional ou chamar a atenção ou estímulo (3) Distúrbio que precisam supervisão mais intensiva (agressividade contra si ou aos outros, incomoda os outros, perambulação, gritos constantes) (4) Perigoso, precisa de contenções ou tenta machucar/ferir os outros, ferir-se ou tentar fugir		CF34
<b>65. O(a) Sr(a) apresenta dificuldade ou precisa de ajuda para:</b>		Nível:
<b>65.1. Cuidar da casa?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim→	Se <b>SIM:</b> (2) Com dificuldade (3) Sozinho, mas precisa supervisão ou estímulo para manter um nível adequado de limpeza (4) Precisa de ajuda, principalmente para as atividades mais complexas (5) Não faz	CF40
<b>65.2. Lavar roupa?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim→		CF41
<b>65.3. Preparar as refeições?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim→		CF42
<b>65.4. Fazer compras?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim→		CF43







<p><b>66. O (a) Sr (a) apresenta dificuldade ou precisa de ajuda para utilizar o telefone (incluindo a pesquisa de um número no catálogo)?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim</p> <p>↪ Se <b>SIM, 66.1. Com relação à utilizar o telefone, o(a) Sr(a):</b> (2) Utiliza com dificuldade (3) Atende, mas só disca alguns números que sabe de cor ou números em caso de urgência (4) Comunica-se ao telefone, mas não disca e nem atende (5) Não utiliza o telefone</p>	CF44
<p><b>67. O (a) Sr (a) apresenta dificuldade ou precisa de ajuda para utilizar meio de transporte (automóvel, veículo adaptado, táxi, ônibus)?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim</p> <p>↪ Se <b>SIM, 67.1. Com relação à utilizar meios de transporte, o(a) Sr (a):</b> (2) Utiliza com dificuldade (3) Deve ser acompanhado ou utiliza sozinho um veículo adaptado (4) Utiliza apenas automóvel ou veículo adaptado mediante acompanhamento e ajuda para entrar e sair (5) Deve ser transportado em maca</p>	CF45
<p><b>68. O (a) Sr (a) apresenta dificuldade ou precisa de ajuda para lidar com dinheiro (incluindo movimentação bancária)?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim</p> <p>↪ Se <b>SIM, 68.1. Em relação à lidar com dinheiro, o(a) Sr(a):</b> (2) Administra com dificuldade (3) Precisa de ajuda para efetuar certas transações complexas (4) Precisa de ajuda para efetuar transações simples (descontar um cheque, pagar contas), mas utiliza corretamente o dinheiro que lhe é passado (5) Não administra o próprio dinheiro</p>	CF46
<b>BLOCO 4 – UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE</b>	
<p><b>69. O(a) senhor(a) possui plano de saúde?</b> (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	PS1
<p>↪ Se <b>SIM, 69.1: Qual a modalidade da cobertura?</b> (1) parcial (co-participativo) (2) integral (99) Não sabe/lembra</p>	PS2
<p><b>70. Você utiliza o serviço do posto (unidade básica) de saúde?</b> (1) Sim (2) Não</p> <p>↪ Se <b>NÃO</b>, pule para a questão 75</p>	SUS
<p><b>71. O(a) senhor(a) recebe visitas das equipes de saúde da família (do posto de saúde) (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem)?</b> (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	PSF1
<p><b>72. O(a) senhor(a) recebe visitas do agente comunitário de saúde (ACS)?</b> (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	ACS
<p>↪ Se <b>SIM, 72.1: Com que frequência?</b> [       ] visitas/mês</p>	ACS1
<p><b>73. Como o(a) Sr(a) avalia o atendimento da equipe de saúde da família?</b> (1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim</p>	PSF2
<p><b>74. Realizou consultas médicas nos últimos 12 meses?</b> (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	MED1
<p>↪ Se <b>SIM, 74.1: O senhor(a) recorda aproximadamente quantas consultas?</b> [       ]</p>	MED2


<b>74.2: Quantas dessas foram nos últimos dois meses?</b> [     ]	MED3
<b>74.3: Como o(a) Sr(a) avalia a sua relação com seu principal médico?</b> (1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim	MED4
<b>75. Realizou alguma cirurgia nos últimos 12 meses?</b> (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	CIR
<b>76. Você esteve internado (unidade hospitalar por mais de 1 dia) nos últimos 12 meses?</b> (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	INT1
 <b>Se SIM: 76.1. O(a) senhor(a) recorda por qual motivo?</b> _____ (99) Não sabe/lembra	INT2
<b>NESTE MOMENTO VAMOS TRATAR DA SAÚDE DE SEUS DENTES E SUA BOCA</b>	
<b>77. Alguma vez na vida o sr(a) já foi ao consultório do dentista?</b> (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra  <b>Se NÃO pule para a questão 82</b>	DNT1
<b>78. Quando o Sr(a) consultou o dentista pela última vez?</b> (1) Menos de um ano (2) Um a dois anos (3) Três anos ou mais (99) Não sabe/lembra	DNT2
<b>79. Onde foi a sua última consulta ao dentista?</b> (1) Serviço público (2) Serviço particular (3) Plano de Saúde ou Convênios (4) Outros (99) Não sabe/lembra	DNT3
<b>80. Qual o motivo da sua última consulta ao dentista:</b> (1) Revisão, prevenção ou check-up (2) Dor (3) Extração (4) Tratamento (5) Outros (99) Não sabe/lembra	DNT4
<b>81. O que o sr(a) achou do tratamento na última consulta:</b> (1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim	DNT5
<b><u>BLOCO 5 – CONDIÇÕES DE SAÚDE</u></b>	
<b>82. Você já perdeu algum dente?</b> (1) Sim (2) Não  <b>Se NÃO pule para a questão 84</b>	SB1
 <b>Se SIM: 82.1. O(a) senhor(a) consegue recordar aproximadamente quantos? (arcada superior 16 e inferior 16 dentes) [     ]</b>	SB2
<b>83. Possui alguma prótese dentária? (pivô, coroa, ponte móvel ou fixa, ou dentadura superior e/ou inferior)</b> (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	SB3
 <b>Se SIM: 83.1. A(s) prótese(s) fica(m) na parte:</b> (1) Superior da boca (2) Inferior da boca (3) Ambas	SB4
<b>84. O(a) sr(a) acha que necessita de tratamento dentário atualmente?</b> (1) Sim (2) Não	SB5
<b>85. Nos últimos 6 meses o(a) sr(a) teve dor de dente?</b> (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	SB6
<b>86. Você tem observado sangramento na gengiva:</b> (1) Não (2) Sim, na última semana (3) Sim, há 15 dias (4) Sim, há mais de 1 mês	SB7

<b>87. Sente algum (s) dente(s) amolecido(s)?</b> (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra/aplica	SB8
↳ Se <b>SIM</b> : 87.1. Quantos dentes estão amolecidos? [       ]	SB9
<b>88. Com relação aos seus dentes/boca o(a) sr(a) está:</b> (1) Satisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem um nem outro (99) Não sabe/lembra	SB10
<b>89. No último mês você se sentiu incomodado ao comer algum alimento por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou gengiva?</b> (1) Não (2) Às vezes (3) Frequentemente ↳ Se <b>NÃO</b> pule para a questão 92	SB11
<b>90. No último mês sua alimentação ficou prejudicada por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou gengiva?</b> (1) Não (2) Às vezes (3) Frequentemente	SB12
<b>91. No último mês você teve que parar suas refeições por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou gengiva?</b> (1) Não (2) Às vezes (3) Frequentemente	SB13
<b>92. Você já se sentiu envergonhado por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou gengiva?</b> (1) Não (2) Às vezes (3) Frequentemente	SB14
<b>AGORA IREMOS FALAR SOBRE SUA SAÚDE EM GERAL</b>	
<b>93. Como você classifica seu estado de saúde:</b> (1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim	EST1
<b>94. Comparado a um ano atrás, como você classificaria seu estado de saúde:</b> (1) Muito melhor (2) Um pouco melhor (3) Quase a mesma (4) Um pouco pior (5) Muito pior	EST2
<b>95. Comparado com pessoas da mesma idade que a sua, como você classificaria seu estado de saúde:</b> (1) Muito melhor (2) Um pouco melhor (3) Quase a mesma (4) Um pouco pior (5) Muito pior	EST3
<b>AS SEGUINTE PERGUNTAS SÃO RELATIVAS AOS HÁBITOS DE <u>SONO DURANTE O ÚLTIMO MÊS</u>. SUAS RESPOSTAS DEVEM INDICAR A LEMBRANÇA MAIS EXATA DA MAIORIA DOS DIAS E NOITES DO ÚLTIMO MÊS.</b>	
<b>96. Durante o último mês, quando você geralmente foi para a cama à noite?</b> Hora usual de deitar [       ]	SON1
<b>97. Durante o último mês, quanto tempo (em minutos) você geralmente levou para dormir à noite?</b> Número de minutos [       ]	SON2
<b>98. Durante o último mês, quando você geralmente levantou de manhã?</b> Hora usual de levantar [       ]	SON3
<b>99. Durante o último mês, quantas horas de sono você teve por noite?</b> Horas de sono por noite [       ]	SON4
<b>100. Durante o último mês, como você classificaria a qualidade do seu sono de uma maneira geral?</b> (1) Muito boa (2) Boa (3) Ruim (4) Muito ruim	SON6
<b>101. Durante o último mês, com que frequência você tomou medicamento (prescrito ou por conta própria) para lhe ajudar a dormir?</b> (1) Nenhuma no último mês (2) Menos de 1 vez/semana (3) 1 ou 2 vezes/semana (4) 3 ou mais vezes/semana	SON7

<b>102. Durante o último mês, com que frequência você teve dificuldade de dormir porque você:</b>	Nenhuma no último mês (0)	Menos de 1 vez/semana (1)	1 ou 2 vezes/sem. (2)	3 ou + vezes/sem. (3)	
<b>102.1.</b> Não consegui adormecer em até 30 minutos					SON5a
<b>102.2.</b> Acordou no meio da noite ou de manhã					SON5b
<b>102.3.</b> Precisou levantar para ir ao banheiro					SON5c
<b>102.4.</b> Não consegui respirar confortavelmente					SON5d
<b>102.5.</b> Tossiu ou roncou forte					SON5e
<b>102.6.</b> Sentiu frio					SON5f
<b>102.7.</b> Sentiu calor					SON5g
<b>102.8.</b> Teve sonhos ruins					SON5h
<b>102.9.</b> Teve dor					SON5i
<b>102.10.</b> Outra (s) razão(s)	Qual?				SON5ib
Com que frequência, durante o último mês você teve dificuldade para dormir devido a essa razão					SON5j
<b>103. No último mês, com que frequência você teve dificuldade de ficar acordado enquanto dirigia, comia ou participava de uma atividade social (festa, reunião de amigos, estudo)?</b> (1) Nenhuma no último mês (2) Menos de 1 vez/semana (3) 1 ou 2 vezes/semana (4) 3 ou mais vezes/semana					SON8
<b>104. Durante o último mês, quão problemático foi para você manter o entusiasmo (ânimo) para fazer as coisas (suas atividades habituais)?</b> (1) Nenhuma no último mês (2) Menos de 1 vez/semana (3) 1 ou 2 vezes/semana (4) 3 ou mais vezes/semana					SON9
<b>105. Qual a probabilidade de você cochilar ou dormir, e não apenas se sentir cansado, nas seguintes situações (caso não tenha passado por alguma situação, tente imaginar como elas o afetariam):</b> 0 = nunca cochilaria: 1 = pequena probabilidade de cochilar 2 = probabilidade média de cochilar 3 = grande probabilidade de cochilar					
<b>SITUAÇÕES (CIRCULE A PONTUAÇÃO RESPONDIDA)</b>					
<b>105.1</b> Sentado e lendo	0	1	2	3	SON10A
<b>105.2</b> Assistindo TV	0	1	2	3	SON10B
<b>105.3</b> Sentado, quieto, em lugar público (por exemplo, em um teatro, reunião ou palestra)	0	1	2	3	SON10C
<b>105.4</b> Andando de carro por uma hora sem parar, como passageiro	0	1	2	3	SON10D
<b>105.5</b> Sentado quieto após o almoço sem bebida de álcool	0	1	2	3	SON10E
<b>TOTAL</b>					SON10

106. Já lhe disseram que o(a) senhor(a) ronca todas ou quase todas as noites? (1) Sim (2) Não	SON11																																																									
 Se <b>SIM</b> , Isso ocorre há pelo menos 12 meses? (1) Sim (2) Não	SON11a																																																									
107. Já lhe disseram que quando o(a) senhor(a) dorme deixa de respirar por alguns momentos? (1) Sim (2) Não	SON12																																																									
108. O Sr(a) sabe qual o seu peso? [       ] kg	PESR																																																									
109. O Sr (a) sabe qual sua altura? [     ,     ] m	ALTR																																																									
110. CIRCUNFERÊNCIA DO BRAÇO ESQUERDO: [       ] cm	CBE																																																									
111. AFERIR A PRIMEIRA MEDIDA DE PA: _____ / _____	PA1																																																									
VOU PERGUNTAR AGORA SE O(A) SENHOR(A) JÁ FOI DIAGNOSTICADO POR UM MÉDICO OU OUTRO PROFISSIONAL DA SAÚDE SOBRE ALGUMAS DOENÇAS. ATENÇÃO, POIS <b>SÓ DEVE RELATAR AQUILO QUE UM MÉDICO OU PROFISSIONAL DA SAÚDE JÁ LHE INFORMOU QUE POSSUI.</b>																																																										
112. Quais das doenças abaixo você já foi informado por um médico ou outro profissional da saúde (médico, enfermeiro, farmacêutico, outros.) que tem ou teve:																																																										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sim/Não</th> <th>HA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>112.1 Hipertensão Arterial/Pressão Alta?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>112.2 Diabetes Mellitus / Açúcar no sangue?</td> <td></td> <td>DM</td> </tr> <tr> <td>112.3 Colesterol elevado?</td> <td></td> <td>CT</td> </tr> <tr> <td>112.4 Angina?</td> <td></td> <td>AG</td> </tr> <tr> <td>112.5 Insuficiência Cardíaca Congestiva?</td> <td></td> <td>ICC</td> </tr> <tr> <td>112.6 Infarto Agudo do Miocárdio?</td> <td></td> <td>IAM1</td> </tr> <tr> <td>112.6.1 Seus pais ou irmãos tiveram algum episódio de IAM antes dos 60 anos?</td> <td></td> <td>IAM2</td> </tr> <tr> <td>112.7 Doença Cerebrovascular/Derrame?</td> <td></td> <td>DCV1</td> </tr> <tr> <td> Se <b>SIM</b>, há quanto tempo aconteceu? [       ] anos</td> <td></td> <td>DCV2</td> </tr> <tr> <td>112.7.1 Ele já se repetiu alguma vez? (1) Sim (2) Não</td> <td></td> <td>DCV3</td> </tr> <tr> <td>112.7.2 Seus pais ou irmãos tiveram antes dos 60 anos?</td> <td></td> <td>DCV4</td> </tr> <tr> <td>112.8 Insuficiência Renal Crônica?</td> <td></td> <td>IRC</td> </tr> <tr> <td>112.9 Doença pulmonar?</td> <td></td> <td>DP</td> </tr> <tr> <td>112.10 Fratura de quadril?</td> <td></td> <td>FQ</td> </tr> <tr> <td>112.11 Artrite / Artrose / Reumatismo?</td> <td></td> <td>ART</td> </tr> <tr> <td>112.12 Problema na coluna?</td> <td></td> <td>COL</td> </tr> <tr> <td>112.13 Algum tipo de Neoplasia / Câncer?</td> <td></td> <td>CAN</td> </tr> <tr> <td>112.14 Depressão?</td> <td></td> <td>DEP</td> </tr> </tbody> </table>		Sim/Não	HA	112.1 Hipertensão Arterial/Pressão Alta?			112.2 Diabetes Mellitus / Açúcar no sangue?		DM	112.3 Colesterol elevado?		CT	112.4 Angina?		AG	112.5 Insuficiência Cardíaca Congestiva?		ICC	112.6 Infarto Agudo do Miocárdio?		IAM1	112.6.1 Seus pais ou irmãos tiveram algum episódio de IAM antes dos 60 anos?		IAM2	112.7 Doença Cerebrovascular/Derrame?		DCV1	 Se <b>SIM</b> , há quanto tempo aconteceu? [       ] anos		DCV2	112.7.1 Ele já se repetiu alguma vez? (1) Sim (2) Não		DCV3	112.7.2 Seus pais ou irmãos tiveram antes dos 60 anos?		DCV4	112.8 Insuficiência Renal Crônica?		IRC	112.9 Doença pulmonar?		DP	112.10 Fratura de quadril?		FQ	112.11 Artrite / Artrose / Reumatismo?		ART	112.12 Problema na coluna?		COL	112.13 Algum tipo de Neoplasia / Câncer?		CAN	112.14 Depressão?		DEP
	Sim/Não	HA																																																								
112.1 Hipertensão Arterial/Pressão Alta?																																																										
112.2 Diabetes Mellitus / Açúcar no sangue?		DM																																																								
112.3 Colesterol elevado?		CT																																																								
112.4 Angina?		AG																																																								
112.5 Insuficiência Cardíaca Congestiva?		ICC																																																								
112.6 Infarto Agudo do Miocárdio?		IAM1																																																								
112.6.1 Seus pais ou irmãos tiveram algum episódio de IAM antes dos 60 anos?		IAM2																																																								
112.7 Doença Cerebrovascular/Derrame?		DCV1																																																								
 Se <b>SIM</b> , há quanto tempo aconteceu? [       ] anos		DCV2																																																								
112.7.1 Ele já se repetiu alguma vez? (1) Sim (2) Não		DCV3																																																								
112.7.2 Seus pais ou irmãos tiveram antes dos 60 anos?		DCV4																																																								
112.8 Insuficiência Renal Crônica?		IRC																																																								
112.9 Doença pulmonar?		DP																																																								
112.10 Fratura de quadril?		FQ																																																								
112.11 Artrite / Artrose / Reumatismo?		ART																																																								
112.12 Problema na coluna?		COL																																																								
112.13 Algum tipo de Neoplasia / Câncer?		CAN																																																								
112.14 Depressão?		DEP																																																								

112.15 Outras? Qual(is):	DOT
 <b>SOMENTE MULHERES:</b>	
112.20 Tem ovário micropolicístico?	OMP
112.21 Já está na menopausa? (1) Sim (2) Não  Se <b>Não</b> , pule para a questão 113	MP
112.22 Esta gestante no momento?	GRAV
112.23 Esta amamentando no momento?	LAC
113. Você já perdeu seu pai, sua mãe ou algum irmão por morte súbita antes dos 60 anos? (1) Sim (2) Não	MSUB
 Se <b>AFIRMOU</b> alguma doença: 114. Você utiliza algum remédio para controlar suas doenças? (1) Sim (2) Não  Se <b>NÃO</b> pule para a questão 117	TRAT1
NESTE MOMENTO FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O JEITO QUE TOMA SEUS REMÉDIOS. MINHA INTENÇÃO NÃO É AVALIAR VOCÊ. ASSIM, POR FAVOR, RESPONDA AS PRÓXIMAS PERGUNTAS DE MANEIRA SINCERA, SEM SE PREOCUPAR COM O RESULTADO.	
115. Muitas pessoas têm algum tipo de problema ao tomar seus remédios. Nos últimos 15 dias o(a) senhor(a) teve algum problema em tomá-los? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	ADS1
116. Nesses últimos 15 dias o(a) Sr(a) deixou de usar algum remédio que deveria estar usando? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	ADS2
117. Você sofreu alguma queda nos últimos 12 meses? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	QUE1
 Se <b>SIM</b> : 117.1. O(a) senhor(a) recorda quantas vezes? [     ]	QUE2
117.2. Onde?	QUE3
<b>BLOCO 6 – TRATAMENTO MEDICAMENTOSO</b>	
118. Nos últimos 15 dias o(a) senhor(a) utilizou qualquer tipo de medicamento (ex.: de uso contínuo, para dores, para o estômago ou outros)? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra  Se <b>NÃO</b> pule para a questão 131 (pg. 20)	TRAT2

<b>119. Com relação ao uso de medicamentos, o(a) Sr (a):</b> (1) Toma sozinho ( <i>pule para a próxima questão</i> ) (2) Toma com dificuldade (3) Precisa de supervisão (incluindo supervisão à distância) para assegurar que lhe tome adequadamente seus medicamentos ou os medicamentos são organizados em uma caixa semanalmente (preparada por outra pessoa) (4) Toma seus medicamentos se eles são preparados diariamente (5) Alguém deve lhe trazer os medicamentos na hora certa	CF47
<b>120. Nesses últimos 15 dias, você teve algum problema ou desconforto que acha que foi causado pelos remédios que toma?</b> (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	RAM
<b>121. Os horários, efeitos colaterais ou a forma de tomar seus remédios interfere de alguma forma em sua rotina (trabalho ou atividades diárias)?</b> (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	ROT
<b>122. Quando um medicamento é receitado, o médico ou o dentista lhe orienta quanto a sua utilização?</b> (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	OR1
<b>123. Mais algum profissional da saúde (farmacêutico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde) conversa com o(a) Sr(a) a respeito da forma de utilizar seus remédios?</b> (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	OR2
<b>VOLTAREI A FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O JEITO QUE TOMA SEUS REMÉDIOS. <u>ELAS SE REFEREM APENAS AOS MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO (SEM DATA PARA O TÉRMINO DO TRATAMENTO).</u> POR FAVOR, RESPONDA AS PERGUNTAS SEM FICAR PREOCUPADO COM O RESULTADO.</b>	
<b>124. Você às vezes tem problemas em se lembrar de tomar a medicação?</b> (1) Sim (2) Não	ADS3
<b>125. Você às vezes se descuida de tomar seus medicamentos?</b> (1) Sim (2) Não	ADS4
<b>126. Quando está se sentindo melhor, você às vezes para de tomar seus medicamentos?</b> (1) Sim (2) Não	ADS5
<b>127. Às vezes, se você se sente pior ao tomar a medicação, você para de tomá-la?</b> (1) Sim (2) Não	ADS6
<b>128. Número de respostas “NÃO” das perguntas 124 a 127: [       ]</b>	ADS7
<b>129. Nos últimos quinze dias, você deixou de tomar os medicamentos por terem faltado?</b> (1) Sim (2) Não	ACE1
 <b>Se SIM: 129.1. Qual foi a razão pela qual os medicamentos faltaram?</b> (1) Não conseguiu obtê-los nos serviços de saúde onde são fornecidos (2) O serviço onde os obtenho é longe e/ou não funciona no horário em que posso ir buscar. (3) Não teve dinheiro para adquiri-los. (4) Outra	ACE2
<b>AGORA PRECISAREI RELATAR OS REMÉDIOS UTILIZADOS PELO(A) SENHOR(A). POR FAVOR, TRAGA <u>TODOS</u> OS MEDICAMENTOS QUE O(A) SENHOR(A) UTILIZA DIARIAMENTE OU QUE UTILIZOU MESMO QUE EVENTUALMENTE NOS ÚLTIMOS <u>15 DIAS</u>. (PAUSA).</b>	

<p><b>130. O(a) Senhor(a) possui a prescrição destes produtos?</b>          (1) Sim (2) Não</p> <p>↳ Se <b>SIM</b>: Copie as informações sobre o tratamento <b>APENAS</b> da receita <b>MAIS RECENTE</b>:</p> <p>Nome do medicamento:</p> <p>Posologia:</p> <p>Duração do tratamento:</p> <p>Forma de tomar (ações requeridas):</p> <p>Data:</p> <p>Carimbo médico (sim/não):</p> <p>Outras informações contidas:</p> <p>( ) Receita com problemas de legibilidade</p>	REC
--	-----

**RELATE OS MEDICAMENTOS NA FICHA ABAIXO**

<b>BLOCO 7 – MEDIDAS</b>	
131. AFERIR A SEGUNDA MEDIDA DE PA: _____ / _____	PA2
132. Peso (kg): _____	PESM
133. Altura (m): _____	ALTM
134. Circunferência da cintura (cm): _____	CCIN
135. Circunferência do quadril (cm): _____	CQUA
136. CASO A PRIMEIRA E SEGUNDA MEDIDAS DE PA FOREM DIVERGENTES, AFERIR A TERCEIRA MEDIDA DE PA: _____ / _____	PA3
DATA DA COLETA DE EXAMES:	____/____/____ horas: _____

## APÊNDICE C

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



#### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

##### Título da pesquisa:

"DOENÇAS CARDIOVASCULARES NO ESTADO DO PARANÁ: MORTALIDADE, PERFIL DE RISCO, TERAPIA MEDICAMENTOSA E COMPLICAÇÕES"

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa "DOENÇAS CARDIOVASCULARES NO ESTADO DO PARANÁ: MORTALIDADE, PERFIL DE RISCO, TERAPIA MEDICAMENTOSA E COMPLICAÇÕES", realizada em todo o município de Cambé/PR entre os meses de janeiro e maio de 2011. O objetivo da pesquisa é verificar o perfil de risco para doenças cardiovasculares, uso de medicamentos e complicações. A sua participação é muito importante e ela se daria respondendo as perguntas feitas pelos entrevistadores, pela realização de medidas (pressão, peso, altura, cintura) e pela coleta de sangue. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Os benefícios decorrentes de sua participação será o conhecimento da sua situação de saúde, incluindo os resultados dos exames laboratoriais. Além disso, pretende-se contribuir para a melhoria dos serviços de saúde e com o conhecimento científico a respeito do assunto. Caso qualquer alteração em seu estado de saúde seja identificada, o(a) senhor(a) será encaminhado(a) para a Unidade de Saúde mais próxima.

A coleta de sangue será realizada por profissionais experientes e seguirá todas as recomendações da Sociedade Brasileira de Análises Clínicas. Caso aconteça qualquer intercorrência durante o procedimento de coleta, o(a) senhor(a) receberá os devidos cuidados e, quando necessário, será encaminhado(a) ao serviço de saúde. O sangue coletado será utilizado para a realização de exames laboratoriais e após a realização do exame o sangue será descartado.

Informamos que o senhor(a) não pagará nem será remunerado por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa.

Caso o senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode contatar a coordenadora do projeto, professora doutora Regina Tanno, pelo telefone 43 33712398 ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, na Avenida Robert Kock, nº 60, ou no telefone 3371-2490. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Cambé, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011.

Pesquisador Responsável: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (nome por extenso do sujeito de pesquisa), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): \_\_\_\_\_

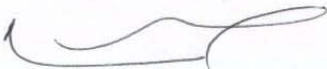
**ANEXO**

**ANEXO A**

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UEL

**PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS DA UEL**

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**  
 Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná  
 Registro CONEP 268

<b>Parecer de Aprovação Nº 236/10</b> <b>CAAE Nº 0192.0.268.000-10</b> <b>FOLHA DE ROSTO Nº 368859</b>	Londrina, 19 de outubro de 2010.
<b>PESQUISADOR: REGINA KAZUE TANNO DE SOUZA</b> <b>CCS/DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA</b>	
<p>Prezada Senhora:</p> <p>O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná" (Registro CONEP 268) – de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto:</p> <p align="center"><b>“DOENÇAS CARDIOVASCULARES NO ESTADO DO PARANÁ: MORTALIDADE, PERFIL DE RISCO, TERAPIA MEDICAMENTOSA E COMPLICAÇÕES.”</b></p>	
<p>Situação do Projeto: <b>APROVADO</b></p> <p>Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá apresentar ao CEP/Uel relatório final da pesquisa.</p>	
<p align="center">Atenciosamente,</p>  <p align="center"><b>Prof. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel</b>      Coordenadora      Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/Uel</p>	