

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

ELISANDRA SILVA DA SILVA  
JÉSSICA DA SILVEIRA

LONGITUDINALIDADE DA ATENÇÃO E A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA  
À SAÚDE BUCAL DOS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS DA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE PORTO ALEGRE.

Porto Alegre  
2013

ELISANDRA SILVA DA SILVA  
JÉSSICA DA SILVEIRA

LONGITUDINALIDADE DA ATENÇÃO E A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA  
À SAÚDE BUCAL DOS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS DA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE PORTO ALEGRE.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Graduação em Odontologia da  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul como  
requisito parcial para a obtenção do título de  
Cirurgião-Dentista.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Juliana Balbinot Hilgert

Porto Alegre  
2013

### **CIP- Catalogação na Publicação**

Silva, Elisandra Silva da

Longitudinalidade da atenção e a qualidade de vida relacionada à saúde bucal dos usuários dos serviços odontológicos da Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre / Elisandra Silva da Silva, Jéssica da Silveira. – 2013.

46 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Curso de Graduação em Odontologia, Porto Alegre, BR-RS, 2013.

Orientadora: Juliana Balbinot Hilgert

1. Atenção primária à saúde. 2. Saúde bucal. 3. Serviços de saúde bucal. I. Silveira, Jéssica da. II. Hilgert, Juliana Baibinot. III. Título.

Elaborada por Ida Rossi - CRB-10/771

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Dra. Juliana Balbinot Hilgert pela brilhante orientação, pela paciência e pelos grandes conhecimentos compartilhados.

À Mestre Débora Deus Cardoso, que nos conduziu durante todos os momentos dessa pesquisa, desde a longa jornada de coleta de dados até a construção final deste trabalho, pelo exemplo de dedicação e empenho, por nos incentivar a sempre buscarmos o nosso melhor e principalmente pela amizade.

Ao Professor Dr. Fernando Neves Hugo pela competência e disposição em compartilhar experiências e saberes.

Aos nossos colegas de pesquisa, que após dois anos de coleta de dados, tornaram esse trabalho realidade.

Aos nossos amigos e familiares pela compreensão e apoio incondicional.

## RESUMO

SILVA, ELISANDRA SILVA DA; SILVEIRA, JÉSSICA DA. **Longitudinalidade da atenção e a qualidade de vida relacionada à saúde bucal dos usuários dos serviços odontológicos da Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre.** 2013. 46 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

**Introdução:** A atenção primária à saúde (APS) constitui a principal estratégia de organização da atenção à saúde, o atributo longitudinalidade é identificado como característica central da APS e avaliar a sua efetividade torna-se essencial para o aprimoramento do sistema. A qualidade de vida é uma importante medida de impacto em saúde, sendo um conceito amplamente utilizado nas pesquisas em saúde. **Objetivo:** Avaliar a presença do atributo longitudinalidade, bem como sua associação com qualidade de vida relacionada à saúde bucal dos usuários dos serviços odontológicos da atenção primária da cidade de Porto Alegre. **Método:** Estudo transversal de base em serviços. Foram entrevistados 417 usuários em visitas domiciliares de quinze unidades de saúde de Porto Alegre, a partir de uma amostra aleatória por conglomerado de três modelos de atenção primária: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, Estratégia Saúde da Família e Unidades de Saúde Tradicionais (SSC-GHC, ESF e US Tradicionais). Os usuários responderam a um questionário com dados sociodemográficos e comportamentais, bem como ao instrumento PCATool Brasil dirigido à Saúde Bucal e OHIP 14. Para análise estatística utilizou-se o software SPSS 16.0, e foram realizados os testes qui-quadrado e ANOVA. **Resultados:** O estudo revela melhor desempenho do SSC-GHC quando comparado às US Tradicionais em relação ao atributo longitudinalidade. Na comparação entre os demais modelos, ESF e US Tradicionais, não houve diferença na média desse atributo. Além disso, não foi encontrada uma relação entre o modelo de atenção primária à saúde e a qualidade de vida relacionada à saúde bucal. **Conclusão:** Evidenciou-se que a manutenção do vínculo com o usuário no SSC-GHC é mais consistente e parece existir uma maior aproximação do profissional com o usuário.

Palavras-chaves: Atenção Primária à Saúde. Saúde Bucal. Serviços de Saúde Bucal.

## ABSTRACT

SILVA, ELISANDRA SILVA DA; SILVEIRA, JÉSSICA DA. **Longitudinality of care and quality of life related to oral health of users of dental services of Primary Health Care of Porto Alegre.** 2013. 46 f. Final Paper (Graduation in Dentistry) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Port Alegre.

**Introduction:** The primary health care (PHC) is the main organization strategy of the health care, the longitudinality attribute is known as the central feature of the PHC and to evaluate its effectiveness is essential to the system's improvement. The quality of life is an important measure of health impact and it is largely used in health researches. **Objective:** To evaluate the presence of the longitudinality attribute as well as its association with quality of life related to the oral health of dental services users in the city of Porto Alegre. **Method:** Services-based cross-sectional study. We interviewed 417 users in home visits, from fifteen health care units in Porto Alegre, from random cluster sampling of three primary health care models: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, Estratégia Saúde da Família e Unidades de Saúde Tradicionais (SSC-GHC, ESF e US Tradicionais). The users answered to a sociodemographic and behavioral survey as well as to the PCATool Brasil directed to oral health and OHIP 14. For the statistical analysis, we have used the SPSS 16.0 software, with Chi-Square and ANOVA tests. **Results:** The present study shows best performance of SSC-GHC model in comparison to US Tradicionais in the longitudinality attribute. Between the other models, ESF e US Tradicionais, there was no difference in this attribute mean. Besides, no relationship has been found between the primary health care model and the quality of life related to oral health. **Conclusion:** We have found that the maintenance of the bond to the user in the SSC-GHC model was more consistent and that it seems to happen closer relationship between professional and user.

Keywords: Primary Health Care. Oral Health. Oral Health Services.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma da amostragem.....	27
--	----

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas da amostra, por unidade de saúde – Porto Alegre – 2011-2013.....	29
Tabela 2 – Condições sistêmicas, hábito em relação ao tabaco e vínculo a planos de saúde dos usuários, por unidade de saúde – Porto Alegre – 2011-2013.....	30
Tabela 3 – Diferença Médiado atributo longitudinalidade, entre tipos de serviço de saúde da cidade de Porto Alegre – 2011-2013;	30
Tabela 4 – Atributo longitudinalidade em diferentes serviços de saúde bucal da atenção primária, por unidade de saúde – Porto Alegre – 2011-2013.....	31
Tabela 5 – Usuários com e sem impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal, por unidade de saúde – Porto Alegre – 2011-2013.....	33

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária á Saúde
COMPESQ	Comissão de Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
CPOS	Centro de Pesquisas em Odontologia Social
ESF	Estratégia Saúde da Família
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OHIP 14	Oral Health Impact Profile 14
OMS	Organização Mundial da Saúde
PC	Procedimentos Coletivos
PCATool	Primary Care Assessment Tool
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PHC	Primary Health Care
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SSC	Serviço de Saúde Comunitária
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UBS	Unidade Básica de Saúde
US	Unidades de Saúde
TC	Tratamentos Complementares

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	12
<b>3</b>	<b>REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	13
3.1	O SURGIMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE.....	13
3.2	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	14
<b>3.2.1</b>	<b>Longitudinalidade</b> .....	15
3.3	SAÚDE BUCAL.....	15
3.4	MODELOS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE.....	17
3.5	QUALIDADE DE VIDA.....	20
3.6	QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE BUCAL.....	21
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	22
4.1	DESENHO DO ESTUDO.....	22
4.2	POPULAÇÃO ALVO.....	22
4.3	AMOSTRA.....	22
4.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	22
<b>4.4.1</b>	<b>Inclusão Unidades de Saúde</b> .....	22
<b>4.4.2</b>	<b>Inclusão Usuários</b> .....	22
<b>4.4.3</b>	<b>Exclusão Usuários</b> .....	23
4.5	AMOSTRAGEM.....	23
4.6	COLETA DE DADOS.....	23
<b>4.6.1</b>	<b>Instrumento</b> .....	24
4.6.1.1	Questionário Sócio-Demográfico.....	24
4.6.1.2	PCATool Saúde Bucal Versão Usuários.....	24
4.6.1.3	OHIP 14.....	25
4.7	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	25

4.8	ASPECTOS ÉTICOS.....	26
5	RESULTADOS.....	27
6	DISCUSSÃO.....	33
7	CONCLUSÃO.....	36
	REFERÊNCIAS.....	37
	<b>ANEXO A – ATRIBUTO LONGITUDINALIDADE – PCATool</b> <b>VERSÃO ADULTO.....</b>	43
	<b>ANEXO B – QUESTIONÁRIO OHIP-14.....</b>	44
	<b>ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E</b> <b>ESCLARECIDO.....</b>	45

## 1 INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde (APS) constitui a principal estratégia de organização da atenção à saúde. É o primeiro contato do usuário para um acesso coordenado, universal e contínuo às demais partes da rede do sistema nacional de saúde. É o planejamento e desenvolvimento de ações direcionadas ao indivíduo, às famílias, e à comunidade do território definido com objetivo de promoção, prevenção, cura, reabilitação e manutenção da saúde da população (BRASIL, 2007; ANDRADE; BUENO; BEZERRA, 2012).

A APS fundamenta-se nos seguintes princípios: acesso, integralidade, longitudinalidade e coordenação. O acesso diz respeito à acessibilidade do usuário ao sistema, à atenção básica, utilizando ferramentas tecnológicas como o acolhimento (tecnologia leve) usado para escutar e encaminhar o usuário para o atendimento e direcionamento para resolução de suas necessidades essenciais. Na integralidade o paciente não é apenas visto como um indivíduo com uma enfermidade, ele é observado holisticamente e está inserido em um contexto socioeconômico, político, cultural e ambiental. A coordenação da atenção é essencial para garantir a qualidade dos outros princípios da APS (STARFIELD, 2002). Por exemplo, este atributo organiza a integralidade em vários aspectos: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articular ações de promoção à saúde; prevenção de agravos; vigilância à saúde; tratamento e reabilitação; entre outros (BRASIL, 2011).

A longitudinalidade refere-se à continuidade da atenção, ao acompanhamento do paciente ao longo do tempo. Reflete uma relação interpessoal intensa que expressa a confiança mútua, entre os usuários e os profissionais de saúde, através da construção de um vínculo (STARFIELD, 2002). O paciente não é esquecido, nem entra em um limbo após ter curado uma doença, a atenção básica prossegue com foco na saúde de seus usuários. A presença deste atributo nos serviços de atenção básica está relacionada com resultados positivos, o que justifica sua utilização para fins de avaliação da APS (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

Embora em diversos estudos a longitudinalidade seja identificada como característica central da APS e esteja associada a resultados positivos, como melhor aceitação dos usuários a cuidados preventivos (CUNHA; GIOVANELLA, 2011), diminuição dos custos (CAMPOS et al., 2008) e maior satisfação dos usuários (CAPRARA; FRANCO, 1999), não há na literatura estudos que relacionem este atributo à qualidade de vida.

Além de avaliar a longitudinalidade da atenção, o estudo pretende relacionar este atributo e o impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal dos usuários nos

diferentes serviços de atenção básica. Atualmente, a qualidade de vida, uma medida de desfecho, é um conceito amplamente utilizado nas pesquisas em saúde. Seu conceito engloba uma série de fatores como estado de saúde, meio ambiente, recursos econômicos, relacionamentos e lazer (RODRIGUES; FERREIRA, 2003). O grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1994, definiu qualidade de vida como “[...] a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1994). Neste contexto, percebe-se que a qualidade de vida é uma importante medida de impacto em saúde, inclusive na odontologia. A partir disto, instrumentos estão sendo utilizados para medir com que intensidade as alterações bucais comprometem a qualidade de vida e abrangem medidas subjetivas como dor, incômodo, problemas estéticos, restrições na alimentação, na comunicação, nas relações afetivas, nas atividades diárias e no bem-estar psicológico dos indivíduos (HAIKAL, 2011). Nossa hipótese no estudo é a de que usuários que obtiveram maior grau do atributo longitudinalidade, terão menos impactos na qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

## **2 OBJETIVOS**

Avaliar a presença do atributo longitudinalidade, bem como sua associação com qualidade de vida relacionada à saúde bucal dos usuários dos serviços odontológicos em três modelos assistenciais da atenção primária da cidade de Porto Alegre.

### 3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

#### 3.1 O SURGIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Em 1986, com o crescente movimento sanitário brasileiro nasce a VIII Conferência Nacional de Saúde (RONCALLI, 2009) com a participação das instituições que atuavam no setor e representações da sociedade civil, dos grupos profissionais e dos partidos políticos (BRASIL, 1986). Foi discutida a reforma sanitária a ser implantada pelo governo (LUZ, 1991), tendo em pauta três temas importantes para a saúde no país – “Saúde como Direito”, “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “Financiamento do Setor”. Estas discussões serviram de base para os assuntos no âmbito da saúde na Constituição Federal de 1988 (PAULUS; CORDONI, 2006). No relatório final da conferência foram destacados alguns pontos para serem enfatizados na conclusão dos temas debatidos. Um desses pontos refere-se as modificações necessárias no setor saúde (BRASIL, 1986).

[...] ficou evidente que as modificações necessárias ao setor saúde transcendem ao limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que se está convencionado chamar a Reforma Sanitária (BRASIL, 1986, p 02).

Com a Constituição Brasileira de 1988 veio a criação de um sistema que atendesse as necessidades de saúde da população, que proporcionasse saúde para todos com o conceito ampliado de saúde (social, cultural, biológico e bioecológico). O SUS foi uma conquista do movimento da reforma sanitária brasileira, entre a sétima e a oitava décadas do século XX (VASCONCELLOS; PASCHE, 2012). Este sistema transforma seus princípios – universalidade, equidade e integralidade – e suas diretrizes – descentralização, regionalização e participação comunitária – em ações (VASCONCELLOS; PASCHE, 2006).

Para regular as ações e serviços de saúde deste sistema, sendo elas tanto de caráter público quanto privado, foi criada, em 1990, a Lei Orgânica de Saúde, a lei 8080/90. Ainda nesta lei, são apresentados os fatores determinantes para a saúde, como o saneamento básico, a renda e a educação. A lei 8080, após complementada pela lei 8142, que recuperou vetos no

âmbito do financiamento e da participação comunitária, especifica os princípios e diretrizes formulados na constituição e detalha a coordenação e o funcionamento do sistema (VASCONCELLOS; PASCHE, 2012; BRASIL, 1990). O SUS tem como atribuições e competências a vigilância em saúde, fazer a regulação dos serviços de saúde privados, regular a formação de profissionais da área, assistência em três níveis (básica, especializada e hospitalar) e elaborar e implementar políticas técnico-científicas. Além do próprio sistema de saúde, cada esfera do Estado (federal, estadual e municipal) possui suas competências (VASCONCELLOS; PASCHE, 2006; BRASIL, 1990).

### 3.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Inglaterra definiu o Centro de Saúde, em 1920, como instituição encarregada do nível primário de atenção à saúde, organizando e aproximando-se da definição de APS como conhecemos hoje (STARFIELD, 2002; ANDRADE; BUENO; BEZERRA, 2012). Em setembro de 1978, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em conjunto com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), realizou a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, cidade do Cazaquistão (BUSS, 2000). Nesta conferência foi aprovado formalmente os cuidados de saúde primários como base para um serviço de saúde universal, equitativo e de fácil acesso posta ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, tendo a plena participação destes e tendo um custo passível de ser suportado pela comunidade e pelo país (ANDRADE; BUENO; BEZERRA, 2012; HALL; TAYLOR, 2003). A Declaração de Alma-Ata propôs que APS deveria ser orientada de acordo com os principais problemas sanitários da comunidade e realizar ações de prevenção, promoção e de reabilitação de saúde. Além disso, recomendou a adoção de um conjunto de oito elementos essenciais para saúde de uma população, como saneamento básico, nutrição adequada, distribuição de medicamentos básicos e educação em saúde, com isso redirecionou as prioridades do setor saúde (ANDRADE; BUENO; BEZERRA, 2012; BUSS, 2000; UNICEF, 2009).

No Brasil, para reorientar o modelo assistencial adotado, o SUS incorpora o conceito de Atenção Primária à Saúde (APS), chamada pelo Ministério da Saúde como Atenção Básica (AB), a qual é definida por “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e

nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades” (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2012b; BRASIL, 2011).

A AB é a principal porta de entrada para o sistema de saúde implementado no Brasil, tornando-se o centro de comunicação de toda Rede de Atenção à Saúde. APS, portanto, é utilizada como uma estratégia organizacional da atenção à saúde (BRASIL, 2012a). Para medir o potencial e o alcance da APS são analisados seus atributos. Starfield (2012) expõe claramente e define os atributos essenciais da APS, sendo estes: atenção ao primeiro contato; longitudinalidade; integralidade; e coordenação da atenção.

### **3.2.1 Longitudinalidade**

Há diferença entre continuidade e longitudinalidade do cuidado. A continuidade refere-se a sequência de consultas nas quais não há a importância de onde ocorrem, nem por qual motivo, estando relacionada a problemas de saúde específicos (STARFIELD, 2002; CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

Contudo, a Longitudinalidade é uma relação pessoal de longa duração, entre paciente e profissional da unidade de saúde de referência, sem a necessidade de continuidade, podendo, portanto, ser interrompida a atenção, mas não a relação entre as partes. O indivíduo deve ter acesso a uma fonte regular de atenção, estando esta a disposição ao longo do tempo (STARFIELD, 2002). Para tal, a adesão do usuário e a construção de um vínculo torna-se importante para haver uma “cooperação mútua” entre pessoas e profissionais, com o objetivo de construir uma relação de confiança e de tornar referência do cuidado a unidade de saúde e seus profissionais (BRASIL, 2012a).

## **3.3 SAÚDE BUCAL**

Saúde Bucal não se resume apenas em procedimentos tecnicistas, baseados no curativismo e biologicismo, para resolução de enfermidades restritas apenas à boca. Envolve, também, fatores psicológicos, sociais, culturais e biológicos dos indivíduos. É uma peça necessária para melhorar a saúde e, portanto, a qualidade de vida do ser humano (SOUZA; RONCALLI, 2007).

Por anos o modelo incremental e os primeiros programas de odontologia sanitária, criados em 1952 no SESP (Serviço Especial de Saúde Pública), influenciaram as ações em saúde bucal no setor público (NARVAI, 2006; NARVAI; FRAZÃO, 2009). Momento este do

campanhismo, em que havia programação de algumas atividades de saúde, presente no modelo sanitarisata de saúde da época (NARVAI; FRAZÃO, 2009).

No Brasil, a promulgação da Constituição em 1988 apresentou um marco na gestão da saúde, com implicações para a saúde bucal que, entendida como uma dimensão inseparável da saúde, passou também a ser considerada um direito de todos e um dever do Estado (NARVAI; FRAZÃO, 2009, p 19).

Em 1986, houve a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, na qual foi levantada a questão da carência pela saúde bucal da população e a proposta de uma Política Nacional de Saúde Bucal, a qual em 1989 vem a ser criada (NARVAI; FRAZÃO, 2009). Contudo, nos governos, que procediam a estes eventos, a saúde bucal se resumia em doenças com a visão biológica e quantidade de procedimentos executados. Entre 1990 e 1992 foram criados os PCs – Procedimentos Coletivos – no governo do presidente Fernando Collor com o objetivo de substituir os Tratamentos Complementares (TC). Estes PCs, extinguidos em 2006, foram criados na tabela SIA-SUS através da portaria 184, com finalidade de caráter substitutivo do modelo assistencial preconizado até então. Com esta portaria foram impulsionadas ações educativas e preventivas com recursos do Fundo Nacional de Saúde (CARVALHO, 2009).

Já em 1993, com a II Conferência de Saúde Bucal, foi discutida uma saúde bucal como direito de cidadania, um modelo de atenção em saúde bucal, além dos recursos humanos, o controle social e o financiamento tudo para mudar a situação da saúde bucal da época (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 1993). Após estas conferências e lutas no âmbito da saúde bucal, em 2004, apresentaram-se as diretrizes do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) com o intuito de organizar a atenção em saúde bucal no SUS. Isso fez com que houvesse uma reorientação da prática e dos conceitos de saúde bucal no sistema de saúde do país. Esse documento dispõe dos pressupostos desta reorientação, como ter o comprometimento da qualificação desta atenção primária, com qualidade e resolutividade e garantir uma rede articulada com toda rede de serviços. Ele ainda dispõe sobre os princípios das ações, o processo de trabalho, as ações em si e a ampliação e qualificação da atenção básica, da secundária e da terciária, além de expor a importância da Estratégia de Saúde da Família para ampliação da saúde bucal no Brasil (BRASIL, 2004).

### 3.4 MODELOS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE

Segundo Paim (1993), o conceito de modelos assistenciais pode ser interpretado como combinações de conhecimentos e técnicas utilizadas para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas, não caracterizando simplesmente uma forma de organização dos serviços de saúde, nem um modo de gerenciar um sistema de saúde. Nessa concepção, os modelos de atenção à saúde são formas de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologias utilizadas no processo de trabalho em saúde, no qual o propósito é intervir sobre problemas e necessidades sociais de saúde historicamente definidas .

Ao longo de sua história o sistema de saúde brasileiro foi marcado por um modelo de assistência curativista e hospitalocêntrico, centrado na consulta médica (SILVA; CALDEIRA, 2010). O modelo assistencial médico-centrado caracteriza-se como um modelo centrado na doença, voltado para o diagnóstico e a terapêutica, considera uma explicação unicausal da doença, pelo biologicismo, com ênfase no tecnicismo, no qual prevalecem as relações impessoais (BACKES, 2009). O centro da atenção é o indivíduo doente. A partir disso, as ações de recuperação e reabilitação da doença são priorizadas em detrimento das ações da promoção e proteção à saúde (CUTOLO, 2006). Não há espaço para a saúde e sua promoção e proteção, o diagnóstico comunitário e suas intervenções e a determinação social do processo saúde/doença (CUTOLO, 2006).

Nesse contexto, a partir da complexidade do conceito atual de saúde, esse modelo assistencial curativista e não inclusivo foi amplamente questionado. Assim estratégias de implantação de um modelo de atenção focalizado na inclusão, na prevalência, no trabalho em equipe e na participação popular e na promoção da saúde foram necessárias (CUTOLO, 2006). Esse modelo deve agregar todas as dimensões do ser humano (a biológica, psicológica, social, cultural e histórica), considerar a diversidade cultural do nosso país, melhorar a qualidade da assistência à saúde dos indivíduos e respeitar as suas singularidades e particularidades (BACKES, 2009).

Para Teixeira, a transformação do modelo de atenção exige a implementação de mudanças no processo de trabalho em saúde, tanto no que se refere a seus propósitos ou finalidades, quanto nos seus elementos estruturais (TEIXEIRA, 2006).

Com o objetivo de promover a mudança é necessário ter como finalidades ou propósito da atenção à saúde superar o modelo centrado na atenção à demanda espontânea, de atendimento a doentes, para incluir áreas de prevenção de riscos e agravos e de promoção da

saúde, para além dos muros das unidades de saúde, isto é, nos territórios onde vive e trabalha a população da rede abrangência dos serviços, esses delimitados enquanto área de abrangência de unidades de saúde (TEIXEIRA, 2006).

Atualmente, no Brasil existem diferentes modelos assistenciais à saúde, porém essa mudança iniciou-se após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e, principalmente, a partir da criação da Estratégia Saúde da Família (ESF), iniciada em 1994 (SILVA; CALDEIRA, 2010). Convém ressaltar que antes da implantação da Saúde da Família, as unidades de saúde tradicionais desenvolviam assistência em saúde no nível de atenção primária com objetivo curativista, nas quais a organização do processo de trabalho priorizava a demanda espontânea (BULGARELI, 2011).

A ESF é a principal estratégia adotada pelo Ministério da Saúde para expansão, qualificação, consolidação e organização da APS (ANDRADE; BUENO; BEZERRA, 2012). Esse modelo favorece uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da APS, de modo a ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades (BRASIL, 2012<sup>a</sup>).

Observa-se, que a ESF tem colaborado de forma significativa para a melhoria dos indicadores de saúde no país (MACINKO; GUANAIS; SOUZA, 2006; FACCHINI, 2006; RONCALLI; LIMA, 2006). Paulatinamente, os modelos de assistência tradicionais estão sendo substituídos pela ESF, contudo há dúvidas em relação o quanto a implementação da estratégia tem implicado em concreta reestruturação do modelo assistencial (TEIXEIRA, 2002; PICCINI, 2006) e se esse modelo realmente apresenta maior orientação para APS.

Atualmente, no município de Porto Alegre há diferentes modelos de serviço, que visam à resolução efetiva dos problemas e necessidades de saúde da população. Dentre esses modelos destacam-se as Unidades de Saúde Tradicionais (US) e a ESF vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde, e o Serviço de Saúde Comunitária (SSC-GHC) do Grupo Hospitalar Conceição, vinculado à esfera pública federal (CASTRO, R., 2012).

A literatura assinala diversos elementos que diferenciam a atenção primária prestada pela Saúde da Família da atenção prestada por unidades básicas tradicionais de saúde, dentre esses se evidenciam a delimitação da área de abrangência com adstrição de clientela, organização da demanda, ênfase na atenção integral, enfoque familiar e ênfase na ação da equipe da saúde da família em contraposição à ênfase na intervenção médica (VAN STRALEN, 2008).

Nas unidades tradicionais, são oferecidos os serviços de uma equipe multidisciplinar composta por médicos (clínico geral, ginecologista e pediatra), enfermeiros, auxiliares de

enfermagem, nutricionistas e odontólogos, e não há presença de agentes comunitárias de saúde. Nas unidades de saúde da ESF, a equipe é composta por médico generalista ou de saúde da família, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde e desde 2000 a portaria nº 1444, incluiu equipes de Saúde Bucal compostas de Cirurgião-Dentista e técnico e/ou auxiliar de saúde bucal nessas equipes (CASTRO, J., 2000; BRASIL, 2000). Com base nessas diferenças, estudos têm relatado melhores resultados nos atributos da APS em unidades que a ESF está presente, quando comparadas às unidades básicas tradicionais. No estudo de Pereira et al, em 2009, observou-se que indivíduos residentes em áreas com unidades com ESF tinham maior chance de receber tratamento odontológico em relação aos residentes em áreas com unidades básicas tradicionais.

Há na literatura estudos realizados com profissionais de ambos os modelos de atenção, unidades básicas tradicionais e ESF que evidenciam melhor estrutura e processo de atenção nas unidades de ESF (CHOMATAS, 2008; CUNHA, 2007; IBAÑEZ et al., 2006; MACINKO, 2004; VAN STRALEN, 2008; CASTRO, R., 2012). Castro em 2012, Chomatas em 2008, Ibañez et al. Em 2006 e van Stralen *et al* em 2008 encontraram diferenças significativas nos atributos "acesso de primeiro contato", "integralidade serviços prestados", "orientação familiar" e "orientação comunitária", contudo dentre os estudos referidos somente Castro não encontrou diferenças significativas em relação ao atributo "longitudinalidade" quando comparados os dois modelos de atenção. Macinko et al. (2004) também evidenciou diferenças significativas no atributo longitudinalidade entre os modelos estudados.

O Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição é um serviço de Atenção Primária à saúde fundado em 1982, atualmente é constituído por 12 unidades localizadas em pontos estratégicos da Zona Norte de Porto Alegre. O SSC vem tornando-se referência em assistência para a rede municipal de atenção primária e em ensino para todo o Brasil, sendo polo formador de recursos humanos para o SUS. É reconhecido por ser um serviço organizado de forma regionalizada, composto por equipes multidisciplinares, cada Unidade é composta por equipes mínimas preconizadas pela Estratégia de Saúde da Família do Ministério da Saúde, as equipes são basicamente formadas por: médico, enfermeiro, auxiliar e técnico em enfermagem, agente comunitário de saúde, assistente social, psicólogo, odontólogo, técnico em higiene bucal, residentes de (psicologia, enfermagem e medicina, serviço social, nutrição e farmácia) e em todas as unidades contam com o profissionais de nutrição e farmácia no sistema de matriciamento (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2013).

É importante destacar que o SSC visa ser referência em APS para o SUS, norteando seu processo de organização do cuidado à saúde na Atenção primária à saúde como eixo estratégico para a reorientação do modelo assistencial no SUS (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2013).

Em 2012, num estudo transversal realizado com profissionais médicos e enfermeiros, Castro comparou os diferentes serviços de APS de Porto Alegre, através do PCATool versão profissionais e mostrou que as US tradicionais apresentam menor grau de orientação à APS, sendo SSC-GHC, o que apresenta maior grau de orientação (CASTRO, R., 2012). Em relação ao atributo longitudinalidade em estudos que compararam os três tipos de serviço, SSC-GHC, EFS e UBS, Oliveira, em 2007, mostrou que o SSC apresentou escores superiores ao nível 6,6 considerado ótimo, em contrapartida o ESF apresentou nível inferior, mas muito próximo do escore referenciado, já as UBS obtiveram os níveis mais baixos em relação a esse atributo.

### 3.5 QUALIDADE DE VIDA

O conceito de qualidade de vida relacionada à saúde é definido por Auquier et al. (1997) como o valor atribuído à vida, ponderado pelas deteriorações funcionais; as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, agravos, tratamentos; e a organização política e econômica do sistema assistencial (AUQUIER; SIMEONI; MENDIZABAL, 1997).

Partindo-se dessa conceituação, observa-se que no âmbito da saúde, a partir das duas últimas décadas, há um interesse crescente pelo conceito de qualidade de vida. Esse fato deve-se em parte, às mudanças nos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas do setor. Nesse contexto, a melhoria da qualidade de vida passou a ser um dos resultados esperados, tanto das práticas assistenciais quanto das políticas públicas nos campos da promoção da saúde e da prevenção de doenças (SCHUTTINGA, 1995).

Observa-se que a qualidade de vida tem se consolidado como uma variável importante na prática clínica e na produção de conhecimento na área de saúde (SEIDL; ZANNON, 2004), suas informações têm sido incluídas tanto como indicadores para avaliação da eficácia, eficiência e impacto de determinados tratamentos para grupos de portadores de agravos diversos, quanto na comparação entre procedimentos para o controle de problemas de saúde (KAPLAN, 1995).

A partir dessa perspectiva, Bausell (1998) avalia que, tendo em vista a grande abundância das atuais medidas de qualidade de vida, essas deveriam ser consideradas o ponto

de partida para as políticas de atenção. Assim, cabe ressaltar que estudos que correlacionem medidas de qualidade de vida da população e modelos de atenção à saúde são de suma importância para avaliar a eficiência e eficácia dos serviços prestados, todavia, há pouca evidência na literatura comparando esses parâmetros. Paskulin et al. em 2009, mostrou em seu estudo com usuários da atenção primária de Porto Alegre, que ter recebido atendimento na rede pública estava associado a piores índices de qualidade de vida, contudo o estudo não apresentava uma definição clara de APS, nem correlacionava com a qualidade dos serviços prestados.

### 3.6 QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE BUCAL

Nos estudos na área da odontologia tem-se utilizado muito o desfecho qualidade de vida, nesses os problemas associados à saúde bucal são reconhecidos como importantes causadores de impacto negativo no desempenho diário e na qualidade de vida dos indivíduos e da sociedade (GOMES; ABEGG, 2007).

Estudos utilizando o instrumento OHIP 14 (Oral Health Impact Profile) revelam que as variáveis associadas à prevalência de impacto dos problemas referentes à saúde bucal sobre a qualidade de vida são sexo, percepção sobre condição de saúde bucal e faixa etária. Slade e Spencer (1994), Banov (2009) e Pereira et al. (2008) mostraram que mulheres tinham maior chance de ter impacto dos problemas de saúde bucal na qualidade de vida que homens. Em contrapartida os estudos de Chapelin, Barcellos e Miotto(2008) não encontraram diferença significativa entre a variável sexo e impacto da saúde bucal na qualidade de vida. Em relação à faixa etária, os estudos mostram que indivíduos com maior idade tem maior chance de ter algum impacto na qualidade de vida. Para esses mesmos autores a variável percepção da condição de saúde bucal mostra significância com o impacto na qualidade de vida, sendo que aqueles que consideram a sua saúde bucal ruim têm maior chance de ter impacto na qualidade de vida.

Nesse sentido, o uso de indicadores sociodentais, baseados na qualidade de vida e nos impactos odontológicos, proporciona vantagens importantes para o planejamento e provisão dos serviços odontológicos (CAVALHEIRO, 2010). Entretanto, há evidências restritas na literatura sobre a associação entre a qualidade de vida relacionada ao estado de saúde bucal e o modelo de atenção, ou grau de orientação da atenção primária à saúde.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 DESENHO DO ESTUDO**

A pesquisa constituiu-se em um estudo transversal de base em serviços.

### **4.2 POPULAÇÃO ALVO**

A população alvo da pesquisa foi representada por indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, residentes nos territórios de abrangência cobertos pela rede pública de APS com serviços odontológicos disponíveis e selecionados para o estudo.

### **4.3 AMOSTRA**

Foram avaliadas quinze unidades de saúde de três modelos de atenção primária à saúde de Porto Alegre, sendo seis Unidades do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC-GHC), quatro unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e cinco Unidades Básicas Tradicionais (US).

### **4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO**

#### **4.4.1 Inclusão Unidades de Saúde**

Na seleção das unidades de saúde era necessário seguir os seguintes critérios: a equipe de saúde bucal deveria ser constituída de Cirurgião-Dentista e Auxiliar ou Técnico de Saúde Bucal. Era necessária a presença de consultório odontológico na unidade e o cirurgião-dentista precisaria estar lotado na unidade em que atende e trabalhando na unidade há no mínimo dois anos.

#### **4.4.2 Inclusão Usuários**

Os usuários deveriam ter no mínimo dezoito anos e ter utilizado a unidade de saúde para realização de exame ou tratamento odontológico nos últimos dois anos e deveriam residir no domicílio ou área de abrangência do serviço amostrado há pelo menos 12 meses.

#### 4.4.3 Exclusão Usuários

Os usuários que não tivessem condições físicas e mentais para responder ao questionário; os que haviam consultado apenas em serviço de saúde fora de Porto Alegre; estar ausente do domicílio por 6 ou mais meses ou serviço identificado para avaliação não era uma das Unidades Amostradas para o estudo foram excluídos do estudo.

#### 4.5 AMOSTRAGEM

Selecionaram-se quinze unidades de saúde que ofereciam serviços odontológicos, de três modelos de atenção primária de Porto Alegre. Foi realizado um levantamento de todas as Unidades de saúde do SSC/GHC e Unidades Básicas Tradicionais de Porto Alegre que atendessem aos critérios de inclusão do estudo. A partir desta seleção, foram sorteadas cinco unidades de cada modelo de atenção. Das Unidades de ESF existentes em Porto Alegre, apenas cinco atendiam aos critérios de inclusão e foram automaticamente selecionadas e, posteriormente, uma foi excluída e substituída por uma unidade de SSC/GHC.

Foi realizada uma amostragem aleatória por conglomerado dos domicílios das áreas de abrangência destas unidades. Desta forma, após a seleção das unidades era realizado um sorteio dos setores censitários do território de abrangência de cada unidade, baseado no censo do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) realizado em 2000.

Os mapas dos setores censitários eram impressos, um fluxograma era numerado, assim como as quadras, assim a sequência foi definida em que as quadras seriam percorridas. Após este processo era sorteada uma quadra e aleatoriamente selecionava-se uma esquina e elencando-se este o ponto inicial para coleta das entrevistas. A partir da seleção da esquina, começava-se pela primeira casa, pulava-se o domicílio ao lado e selecionava-se o próximo. Em cada domicílio foi selecionado apenas um usuário que atendesse aos critérios de inclusão do estudo a partir de um sorteio. Em razão da falta de cálculo para amostragem, foram coletados dados de no mínimo trinta entrevistas em cada unidade selecionada. A ausência de cálculo amostral é justificada pelo fato de o estudo ser inédito e, portanto, não há parâmetros para serem usados.

#### 4.6 COLETA DE DADOS

A realização do estudo foi através da aplicação de um questionário estruturado. Os usuários selecionados foram entrevistados em seus domicílios por pesquisadores previamente

capacitados do Centro de Pesquisas em Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da UFRGS (CPOS/UFRGS), após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A duração das entrevistas foi em média de uma hora.

Ao todo, dezessete entrevistadores participaram da coleta de dados deste estudo. A capacitação dos pesquisadores ocorreu previamente ao início do estudo através de três reuniões com carga horária de 4 horas cada uma, na qual receberam orientações sobre a metodologia para aplicação, manipulação e preenchimento dos questionários. Foi elaborado um manual de campo direcionado aos pesquisadores. Durante o treinamento os entrevistadores realizaram entrevistas simuladas. Para avaliar a capacitação foi realizada uma saída de campo piloto, em duplas, onde um pesquisador aplicava o questionário em um usuário, enquanto o outro o avaliava. Os dados do estudo piloto não foram utilizados.

#### **4.6.1 Instrumento**

O questionário aplicado era composto por questões que avaliavam características sócio-demográficas, pelo instrumento PCATool Brasil dirigido à Saúde Bucal Versão Usuários e pelo OHIP 14.

##### **4.6.1.1 Questionário Sócio-Demográfico**

Foram registradas características Sócio-demográficas através de perguntas que avaliaram idade, sexo, situação conjugal, renda, número de pessoas na família, presença ou ausência de filhos e escolaridade. O questionário também era composto de questões a respeito do histórico de saúde geral, hábito em relação ao fumo, presença ou ausência de doenças, como hipertensão, diabetes, cardiopatia isquêmica e depressão. Foi perguntado aos entrevistados se possuíam ou não plano de saúde com ou sem assistência odontológica.

##### **4.6.1.2 PCATool Saúde Bucal Versão Usuários**

O PCATool Brasil dirigido à Saúde Bucal Versão Usuários mede a presença e a extensão dos quatro atributos essenciais e dos três atributos derivados da APS. Esse instrumento produz escores dos atributos e um escore geral sobre a qualidade do processo de atenção em APS. O questionário é composto por 87 itens, divididos em 10 componentes. Nesse estudo foi utilizado o componente longitudinalidade compostos por 15 questões, que

tem como objetivo avaliar o vínculo entre o usuário e o profissional ou serviço de saúde bucal. Nesses itens, o usuário é questionado sobre aspectos das consultas como tempo, conforto emocional, compreensão e expressão do dentista; conhecimento do profissional a respeito de questões pessoais do usuário como emprego, família, problemas importantes, condições financeiras, história de saúde; e pretensão do usuário de trocar de dentista ou serviço de saúde bucal. O PCATool viabiliza, através de respostas tipo Likert, construir escores de APS com intervalo de 1-4 para cada atributo. As respostas possíveis para cada um dos itens foram: "com certeza sim", "provavelmente sim", "provavelmente não", "com certeza não" e "não sei / não lembro". O escore final de cada um desses atributos é dado pela média das respostas de seus itens.

#### 4.6.1.3 OHIP 14

A qualidade de vida associada à saúde bucal dos usuários foi medida por meio do instrumento OHIP 14. Esse instrumento permite avaliar o impacto da condição de saúde bucal na qualidade de vida do indivíduo. As questões aplicadas abordam condições físicas, em que estão incluídos fatores como dor, alimentação, autocuidado e descanso; condições psicológicas, que abrangem o comportamento emocional e o grau de preocupação; e as condições ao trabalho, à interação social, à rotina diária e ao entretenimento. As respostas são obtidas a partir da aplicação do escalonamento Likert, a cada categoria é atribuído um valor entre 0 e 4. A resposta “sempre” recebe o maior número de pontos, 4; “frequentemente”, 3 pontos; “às vezes”, 2 pontos; “raramente”, 1 pontos e “nunca” recebe 0. A soma dos pontos (de 0 a 4) atribuídos às respostas dadas a cada item foi realizada a fim de gerar um escore global para o OHIP-14, com os valores podendo variar de 0 a 56.

#### 4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os questionários foram escaneados através do Software Teleform para criar o banco de dados e o Software SPSS 16.0 foi utilizado para realizar as análises estatísticas.

O atributo longitudinalidade foi calculado através da soma do valor das respostas do questionário dividido pelo número de perguntas para produzir um escore médio do atributo.

Na análise da qualidade de vida relacionada à saúde bucal nos diferentes serviços (GHC, US TRADICIONAL e ESF) as variáveis do OHIP 14 foram recategorizadas em “com impactos” e “sem impactos”. Aqueles indivíduos que não relataram nenhum impacto em

saúde bucal, com soma igual a zero foram recategorizados em “sem impacto” e os que relataram algum impacto com soma um ou mais foram considerados “com impacto”.

Para variáveis qualitativas, foi utilizado o teste qui-quadrado. Para variáveis quantitativas que apresentaram distribuição normal foi utilizado o teste ANOVA, para aquelas que não apresentaram distribuição normal foi utilizado o teste Kruskal-Wallis para verificar se havia diferença estatisticamente significativa entre os grupos. O valor para rejeição da hipótese nula foi de 0,05. As variáveis quantitativas foram testadas quanto à normalidade através do teste Kolmogorov-Smirnov Z.

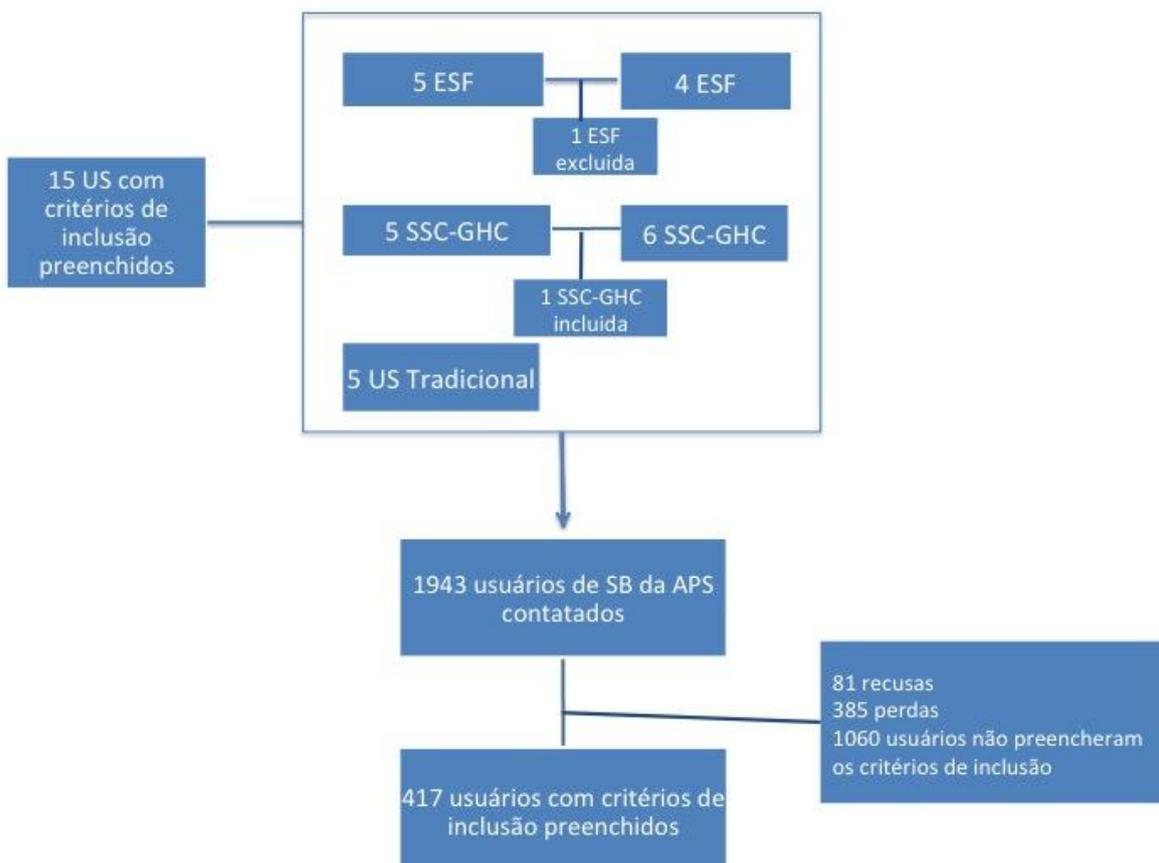
#### 4.8 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi apresentado e aprovado pelos comitês de ética em pesquisa do GHC e da Prefeitura Municipal de Porto Alegre (processos 10-120, 001043203108) e pela Comissão de Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), número 19765. Os dados obtidos foram confidenciais e anônimos, não trazendo qualquer prejuízo ao participante do estudo e foram utilizados somente para esta pesquisa, conforme Resolução 196/96.

## 5 RESULTADOS

O estudo selecionou 15 unidades de saúde de atenção primária de Porto Alegre de três distintos modelos de serviço. Das 75 Us Tradicionais que correspondiam aos critérios de inclusão, 5 foram selecionadas. No SSC-GHC, havia 12 unidades elegíveis para o estudo e 6 foram selecionadas, e na ESF 4 unidades foram automaticamente selecionadas, conforme fluxograma (figura 1). Foram contatados nesse estudo 1943 usuários, desses 81 recusaram-se a responder ao questionário, ocorreram 385 perdas e 1060 usuários não preencheram os critérios de inclusão (figura 1). Na amostra final de 417 usuários, 155 (37,17%) utilizavam o SSC-GHC, 166 (39,81%) eram usuários das US Tradicionais e 96 (23,02%) pertenciam as ESF. Em relação ao sexo 250 (60,24%) indivíduos eram do sexo masculino. A idade dos entrevistados variou de 18 a 96 anos, com uma média ( $\pm$ desvio-padrão) de 48,13 ( $\pm$ 17,03) anos (Tabela 1).

Figura 1 – Fluxograma da amostragem.



Dentre os entrevistados a maioria era casado, representando 235 (57,46%) usuários da amostra, 92 (22,49%) eram solteiros. Na comparação entre os grupos o SSC-GHC apresentou maior número de viúvos que solteiros, ao contrário da US Tradicional e ESF em que o número de solteiros foi superior ao de viúvos, houve diferença significativa entre os grupos ( $p=0,001$ ). Ao serem questionados sobre a composição familiar, 335 (87,47%) dos usuários relataram ter filhos. Para o número total de pessoas na família o resultado foi uma média de 4,19 ( $\pm 1,80$ ) pessoas na ESF, 4,30 ( $\pm 2,10$ ) na US Tradicional e 3,78 ( $\pm 2,05$ ) no SSC-GHC (Tabela 1), não tendo diferença estatisticamente significativa entre os tipos de serviço ( $p=0,091$ ).

Em relação ao questionamento sobre renda familiar (Tabela 1), a maior média foi de 1088,98 reais ( $\pm 799,83$ ) na US Tradicional, seguido de 1037,63 reais ( $\pm 640,76$ ) no SSC-GHC e 981,71 reais ( $\pm 851,77$ ) na ESF. Já na questão renda pessoal a maior média foi no SSC-GHC, com o valor de 801,76 reais ( $\pm 790,77$ ) (Tabela 1). Contudo, tanto na renda familiar ( $p=0,388$ ), quanto na renda pessoal ( $p=0,792$ ) não houve diferença estatisticamente significativa na comparação entre os modelos assistenciais. A média de escolaridade, em anos, foi de 7,47( $\pm 3,48$ ) na ESF, na US Tradicional a média ficou em 7,74 ( $\pm 3,41$ ) e no SSC-GHC foi de 7,46 ( $\pm 4,11$ ), não havendo diferença entre eles ( $p=0,763$ )(Tabela 1).

Quando questionados a respeito de sua saúde sistêmica (Tabela 2), da amostra total, 149 (35,73%) são hipertensos, 48 (11,51%) são portadores de Diabetes e 60 (14,38%) relataram ter depressão, não havendo diferença significativa entre os serviços para as condições sistêmicas (Tabela 2). No questionamento sobre plano de saúde, 53 (12,70%) usuários das unidades possuem plano ou seguro saúde, dentre estes 32 (7,67%) têm disponível serviço de saúde bucal em seu plano de saúde (Tabela 2).

A maioria dos entrevistados relatou não ser fumante, representando 220 (52,76%) usuários. Quando comparados os modelos assistenciais houve diferença estatisticamente significativa, o SSC-GHC foi o modelo que apresentou maior proporção de não fumantes com 97 (62,58%) entrevistados (Tabela 2).

Em relação ao atributo longitudinalidade, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre SSC-GHC e US Tradicional, sendo a diferença média de 4,96 ( $p=0,001$ ). Entretanto, o mesmo não aconteceu entre ESF e os outros dois tipos de serviço. A diferença média entre ESF e US Tradicional foi de 3,21( $p=0,089$ ), enquanto que entre a ESF e o modelo do GHC houve uma diferença de 1,75 ( $p=0,494$ ).

Na avaliação do impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal, os resultados mostram que 295 (73,06%) dos entrevistados tinham algum impacto na qualidade de vida,

sendo que os usuários da ESF relataram menos impactos que usuários de US Tradicional e do SSC-GHC. Nas análises do teste qui-quadrado os resultados não determinaram diferenças estatisticamente significantes ( $p=0,559$ ).

Quanto ao teste de Kolmogorov-Smirnov Z, as variáveis mostraram-se normais.

Tabela 1 – Características sociodemográficas da amostra, por unidade de saúde – Porto Alegre – 2011-2013;

		n (%)/ Média ( $\pm$ dp)			P
		ESF	US Tradicional	SSC-GHC	
<b>Sexo</b>	Feminino	27 (28,43)	73 (44,25)	65 (41,94)	0,034 <sup>#</sup>
	Masculino	68 (71,57)	92 (55,75)	90 (58,06)	
<b>Situação Conjugal</b>	Casado/União	58 (61,70)	87 (53,72)	90 (58,83)	0,001 <sup>#</sup>
	Solteiro	17 (18,08)	51 (31,48)	24 (15,68)	
	Viúvo	8 (8,51)	12 (7,40)	30 (19,61)	
	Separado	11 (11,71)	12 (7,40)	9 (5,88)	
<b>Idade</b>		47,12 ( $\pm$ 15,76)	44,49 ( $\pm$ 16,01)	52,73 ( $\pm$ 17,89)	1,000 <sup>*</sup>
<b>Renda Familiar</b>	em reais	981,71 ( $\pm$ 640,76)	1088,98 ( $\pm$ 799,83)	1037,63 ( $\pm$ 851,77)	0,388 <sup>\$</sup>
<b>Renda Pessoal</b>	em reais	694,13 ( $\pm$ 630,82)	679,10 ( $\pm$ 623,51)	801,76 ( $\pm$ 790,77)	0,792 <sup>\$</sup>
<b>Número total de pessoas na família</b>		4,19 ( $\pm$ 1,80)	4,30 ( $\pm$ 2,10)	3,78 ( $\pm$ 2,05)	0,091 <sup>*</sup>
<b>Escolaridade</b>	anos	7,47 ( $\pm$ 3,48)	7,74 ( $\pm$ 3,41)	7,46 ( $\pm$ 4,11)	0,763 <sup>*</sup>

# - Teste qui-quadrado

\* - Teste ANOVA

\$ - Teste Kruskal-Wallis

Tabela 2 – Condições sistêmicas, hábito em relação ao tabaco e vínculo a planos de saúde dos usuários, por unidade de saúde – Porto Alegre – 2011-2013;

		n (%)			p <sup>#</sup>
		ESF	US Tradicional	SSC-GHC	
<b>Condições sistêmicas</b>	Problema de saúde há	64 (66,67)	98 (59,03)	99 (64,28)	0,484
	Hipertensão	36 (8,63)	51 (12,23)	62 (14,86)	0,720
	Diabetes	16 (3,83)	13 (3,11)	19 (4,55)	0,455
	Cardiopatía Isquêmica	5 (1,19)	4 (0,95)	11 (2,63)	0,363
	Depressão	16 (3,83)	15 (3,59)	29 (6,95)	0,297
<b>Uso de tabaco</b>	Fumantes	31 (31,96)	49 (29,52)	27 (17,42)	0,017
	Ex-fumantes	19 (19,59)	40 (24,10)	31 (20,00)	
	Não fumantes	46 (47,42)	77 (46,38)	97 (62,58)	
<b>Usuários vinculados a algum plano de saúde</b>	Entrevistados com plano ou seguro saúde	12 (12,50)	19 (11,72)	22 (14,37)	0,775
	Plano ou seguro saúde com serviço de saúde bucal	11 (91,66)	12 (63,15)	9 (40,90)	0,136

# - Teste qui-quadrado

Tabela 3 – Diferença Médiado atributo longitudinalidade, entre tipos de serviço de saúde da cidade de Porto Alegre – 2011-2013;

Modelo assistencial	Modelo assistencial de comparação	Diferença média	p <sup>*</sup>
US Tradicional	ESF	-3,21343	0,089
SSC-GHC	ESF	1,75406	0,494
	US Tradicional	4,96750	0,001

\* - Teste ANOVA

Tabela 4 – Atributo longitudinalidade em diferentes serviços de saúde bucal da atenção primária, por unidade de saúde – Porto Alegre – 2011-2013;

(continua)

Questão de Longitudinalidade	Modelo Assistencial	Respostas		p <sup>#</sup>
		SIM n (%)	NÃO n (%)	
“Quando você vai ao seu dentista, é o mesmo dentista que atende você todas às vezes?”	ESF	58 (65,91)	30 (34,09)	0,620
	US Tradicional	114 (71,69)	45 (28,31)	
	SSC-GHC	104 (68,43)	48 (31,57)	
“Você acha que o seu dentista entende o que você diz ou pergunta?”	ESF	91 (95,79)	4 (4,21)	0,068
	US Tradicional	151 (92,64)	12 (7,36)	
	SSC-GHC	152 (98,07)	3 (1,93)	
“O seu dentista responde suas perguntas de maneira que você entenda?”	ESF	93 (96,87)	3 (3,13)	0,009
	US Tradicional	149 (90,85)	15 (9,15)	
	SSC-GHC	151 (98,05)	3 (1,95)	
“Se você tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o dentista que melhor conhece você?”	ESF	22 (27,16)	59 (72,84)	0,127
	US Tradicional	30 (20,27)	118(79,73)	
	SSC-GHC	40 (30,76)	90 (69,24)	
“O seu dentista lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações e problemas?”	ESF	84 (88,43)	11 (11,57)	<0,001
	US Tradicional	118 (71,95)	46 (28,05)	
	SSC-GHC	138 (89,62)	16 (10,38)	
“Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu dentista?”	ESF	82 (87,24)	12 (12,76)	<0,001
	US Tradicional	118 (71,52)	47 (28,48)	
	SSC-GHC	136 (89,47)	16 (10,53)	
“O seu dentista conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde bucal?”	ESF	27 (29,04)	66 (70,96)	0,005
	US Tradicional	27 (16,56)	136(83,44)	
	SSC-GHC	48 (31,78)	103(68,22)	
“O seu dentista sabe quem mora com você?”	ESF	41 (47,13)	46 (52,87)	<0,001
	US Tradicional	55 (35,48)	100 (64,52)	
	SSC-GHC	88 (60,27)	58 (39,73)	
“O seu dentista sabe quais problemas são mais importantes para você?”	ESF	50 (56,82)	38 (43,18)	<0,001
	US Tradicional	59 (38,06)	96 (61,94)	
	SSC-GHC	97 (67,36)	47 (32,64)	

Tabela 4 – Atributo longitudinalidade em diferentes serviços de saúde bucal da atenção primária, por unidade de saúde – Porto Alegre – 2011-2013;

(continuação)

Questão de Longitudinalidade	Modelo Assistencial	Respostas		p <sup>#</sup>
		SIM n (%)	NÃO n (%)	
“O seu dentista conhece a sua história de saúde geral e saúde bucal completa?”	ESF	55 (60,44)	36 (39,56)	0,031
	US Tradicional	89 (55,28)	72 (44,72)	
	SSC-GHC	100 (69,93)	43 (30,07)	
“O seu dentista sabe a respeito do seu trabalho ou emprego?”	ESF	40 (43,00)	53 (57,00)	0,150
	US Tradicional	62 (39,00)	97 (61,00)	
	SSC-GHC	73 (50,00)	73 (50,00)	
“O seu dentista saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos ou produtos de higiene oral como escova, pasta de dente, fio dental que você precisa?”	ESF	33 (35,48)	60 (64,52)	0,015
	US Tradicional	58 (37,18)	98 (62,82)	
	SSC-GHC	76 (51,35)	72 (48,65)	
“O seu dentista sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando?”	ESF	45 (50,56)	44 (49,44)	0,272
	US Tradicional	96 (61,15)	61 (38,85)	
	SSC-GHC	84 (57,54)	62 (42,46)	
“Você poderia mudar do “nome do serviço de saúde bucal/ nome do dentista” para outro se quisesse?”	ESF	23 (25,56)	67 (74,44)	0,178
	US Tradicional	55 (34,37)	105 (65,63)	
	SSC-GHC	38 (25,85)	109 (74,15)	
“Você mudaria do “nome do serviço de saúde bucal/ nome do dentista” para outro serviço de saúde bucal se isto fosse muito fácil de fazer?”	ESF	38 (40,43)	56 (59,57)	<0,001
	US Tradicional	95 (57,93)	69 (42,07)	
	SSC-GHC	51 (33,77)	100 (66,23)	

# - Teste qui-quadrado

Tabela 5 – Usuários com e sem impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal, por tipo de serviço de saúde – Porto Alegre – 2011-2013;

	<b>Modelo Assistencial</b>	<b>n (%)</b>		<b>p<sup>#</sup></b>
		<b>Sim</b>	<b>Não</b>	
<b>OHIP-14 &gt; 0</b>	ESF	30 (32,26)	63 (67,74)	0,559
	US Tradicional	44 (26,83)	120 (73,27)	
	SSC-GHC	40 (26,32)	112 (73,68)	

# - Teste qui-quadrado

## 6 DISCUSSÃO

Este é um dos primeiros estudos no Brasil a comparar o atributo longitudinalidade dos serviços de saúde bucal nos diferentes modelos de serviço na APS, relacionado ao impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos usuários. Os principais achados deste estudo referem-se à maior orientação do atributo longitudinalidade no SSC-GHC quando comparado às US Tradicionais. A ESF mostrou-se inferior ao SSC-GHC e superior às US Tradicionais, contudo não houve diferença estatisticamente significativa. Além disso, os resultados mostraram que não há relação entre o modelo de serviço e o impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

Ainda, analisando as características socio-demográficas da população, nosso estudo apresentou maior número de entrevistados do sexo masculino do que feminino, contrariando um panorama comum em estudos de populações (BRASIL, 2003; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2004, 2010, 2013). Em relação à escolaridade, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013) mostra que nossos resultados para esta variável aproximam-se aos encontrados pelo IBGE. No Censo Demográfico de 2010 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010), encontramos uma média menor ao do nosso estudo para o número total de pessoas na família (2,75 pessoas por domicílio), na cidade de Porto Alegre. Já para a renda mensal por família, neste mesmo censo, encontramos o nosso resultado dentro dos valores médios da pesquisa do IBGE. Quando analisado o resultado da idade média dos entrevistados e comparado com os dados fornecidos pelo IBGE (2013), podemos observar a média coincidindo com a média da população do estado, sendo maior entre 40 e 59 anos.

Ao comparar nossos resultados para doenças relatadas pelos entrevistados com outros estudos que relatam sobre as mesmas patologias na cidade de Porto Alegre, podemos verificar valores próximos. Da população da capital, maiores de 18 anos, 6% são portadores de diabetes e 25,7 foram diagnosticados com hipertensão arterial (BRASIL, 2003; OLIVEIRA, 2007; BRASIL, 2012c).

Na análise dos dados em relação ao tabagismo, no SSC-GHC 62,58% dos entrevistados não são fumantes. Isto pode estar atrelado à média superior obtida pelo modelo no atributo longitudinalidade. Um maior vínculo do indivíduo com os profissionais e com a unidade de saúde eleva os resultados de ações de promoção e prevenção em saúde (BRASIL, 2006).

Com relação à longitudinalidade, altos escores neste atributo podem mostrar alto grau de orientação para APS, visto que é considerada como uma característica central e exclusiva da APS, pressupondo a existência de uma fonte continuada e personalizada da atenção (STARFIELD, 2002; CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

O SSC-GHC obteve os maiores escores de longitudinalidade dentre os serviços avaliados, estando em concordância com estudos anteriores que também mostraram escores superiores desse modelo em relação à ESF e US Tradicional (CASTRO, R., 2012; OLIVEIRA, 2007). No entanto, na comparação entre US Tradicionais e ESF não houve diferença, contrariando o encontrado por outros autores que revelaram maiores índices da ESF em relação às US Tradicionais (CHOMATAS, 2008; CUNHA, 2007; IBÁÑEZ et al., 2006; MACINKO, 2004; VAN STRALEN, 2008).

Nesse sentido, o alto índice de longitudinalidade obtido pelo SSC-GHC nesse estudo sugere que neste serviço há um maior vínculo dos usuários aos profissionais de odontologia. Esse resultado reflete o peculiar processo de organização do cuidado à saúde na APS desse serviço, que visa ser referência para o SUS (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2013). Outro aspecto que convém ressaltar do SSC-GHC é a Residência Integrada em Saúde, na área de Saúde da Família e Comunidade do GHC, que tem como objetivo especializar profissionais de saúde em atenção básica conforme os princípios do SUS, o que resulta em profissionais mais qualificados e orientados para APS, contribuindo para os melhores resultados desse modelo.

As US Tradicionais apresentaram os piores resultados de longitudinalidade com diferença significativa em relação ao SSC-GHC. Destaca-se essa diferença quando perguntado aos usuários se eles mudariam de serviço de saúde bucal se isso fosse fácil de fazer, em que somente nas US Tradicionais houve maior porcentagem de respostas sim, contrário ao SSC-GHC e ao ESF em que a maior parte dos entrevistados relata que não mudaria de serviço. Este resultado evidencia que as características desse modelo de serviço não favorecem o atributo longitudinalidade e a orientação de APS preconizada pelo Ministério da Saúde, dentre essas características pode-se destacar a organização do processo de trabalho com priorização da demanda espontânea, assistência em saúde com objetivo curativista e não adscrição de clientela, o que contribui para falta de assistência continuada aos usuários e não construção do vínculo entre o profissional e o usuário (BULGARELI, 2011).

Além disso, as US Tradicionais, ao contrário da ESF e do SSC-GHC, não trabalham em um território definido, não possuem agentes comunitários de saúde e nem realizam visitas domiciliares. O território define em si a adstrição dos usuários, propiciando relações de vínculo, afetividade e confiança, os profissionais passam ser referência para o cuidado, o que garante a continuidade e a resolutividade das ações de saúde (BRASIL, 2011). A falta de agentes comunitários de saúde também favorece a menor longitudinalidade nesse modelo, visto que as ACS são responsáveis pelo estabelecimento de um elo entre a população adstrita e os profissionais do sistema de saúde, assim como pelos cuidados integrais e continuados, com base no núcleo familiar e adequados à cultura local (OLIVEIRA, 2007). As visitas domiciliares são realizadas no SSC-GHC e na ESF e são empregadas como forma de acesso do profissional de saúde à comunidade e ao ambiente de vida dos usuários, o que também colabora para um maior vínculo entre profissional-usuário.

Nesse estudo esperava-se que o modelo de serviço que apresentasse maiores índices de longitudinalidade estaria relacionado a menor impacto de saúde bucal na qualidade de vida. Entretanto, nas análises estatísticas, embora o SSC-GHC tenha apresentado maior longitudinalidade, não se pode afirmar que apresentou menor impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal, visto que não houve diferença entre os grupos, evidenciando nesse estudo que o modelo de atenção não tem influência sobre a qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Além disso, confundidores socio-econômicos, renda e escolaridade, não tiveram diferenças significativas entre os modelos, excluindo-se a possibilidade de esses serem determinantes quanto ao resultado do atributo longitudinalidade no modelo de serviço do SSC-GHC.

As limitações do estudo incluem o elevado número de perdas e exclusões, sugere-se que esse fato foi ocasionado pela dificuldade de acessibilidade aos serviços públicos de saúde bucal de Porto Alegre, o que tornou restrito o número de usuários que correspondessem aos critérios de inclusão. Além disso, outra limitação foi a não realização de análise multivariada de variáveis sócio-econômicas como sexo e idade, impossibilitando a análise da relação destas variáveis com o desfecho qualidade de vida.

## 7 CONCLUSÕES

Considera-se um ponto forte do estudo a sua originalidade, não há evidências na literatura de trabalhos que comparem atributos da atenção primária em saúde bucal e o desfecho qualidade de vida. Estudos como esse mensuram a qualidade dos serviços prestados, contribuem para o aperfeiçoamento dos modelos assistenciais e proporcionam vantagens importantes para o planejamento e provisão dos serviços odontológicos. Além disso, também destacamos como ponto forte do estudo a realização de uma amostragem aleatória por conglomerado, na qual é possível alcançar um resultado representativo da população e evita possíveis vieses da amostra.

Os achados do estudo revelam melhor desempenho do SSC-GHC quando comparado às US Tradicionais em relação ao atributo longitudinalidade. Na comparação entre os demais modelos, ESF e US Tradicionais, não houve diferença na média desse atributo. Assim, evidenciou-se que a manutenção do vínculo com o usuário no SSC-GHC é mais consistente e parece existir uma maior aproximação do profissional com o usuário. Além disso, conclui-se que não existe uma relação entre o modelo de serviço e os impactos na qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Neste estudo não foi encontrada relação entre o atributo longitudinalidade e a qualidade de vida dos usuários.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, L.; BUENO, I. C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. de S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2012. p. 783-836.

AUQUIER, P.; SIMEONI, M.; MENDIZABAL, H. Approches théoriques et méthodologiques de la qualité de vie liée à la santé. **Revue Prevenir**, [S.l.], v. 33, p. 77-86, 1997.

BACKES, M. et al. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Rev. Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 17, p. 111-117, 2009.

BANOV, F. Avaliação do impacto dos problemas de saúde bucal na qualidade de vida de trabalhadores de uma empresa de supermercado do Estado de São Paulo – Brasil no ano de 2007. **UFES Revista de Odontologia**, Vitória, v. 10, n. 3, p.4-9, 2008.

BAUSELL, R. Quality-of-life assessment in outcomes research. **Evaluation & The Health Professions**, [S.l.], v. 21, n. 2, p. 139-140, 1998.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. Rio de Janeiro, RJ, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS. In: \_\_\_\_\_. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília. 2007. 232 p. (Coleção Progestores). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/colee\\_progestores\\_livro8.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/colee_progestores_livro8.pdf)>. Acesso em: 20 abr. 2013.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)>. Acesso em: 23 jul. 2013.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Inquérito Domiciliar sobre Comportamento de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis**. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/publicacoes/publicacao\\_inquerito22\\_06.pdf](http://www.inca.gov.br/publicacoes/publicacao_inquerito22_06.pdf)>. Acesso em: 02 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 dez. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Bucal**. Brasília, DF, 2008b. (Caderno de Atenção Básica, n 17).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.80 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico 2011. Brasília, DF, 2012c. Disponível em: <[http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Ago/22/vigitel\\_2011\\_final\\_0812.pdf](http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Ago/22/vigitel_2011_final_0812.pdf)>. Acesso em: 02 nov. 2013.

BRASIL. Política Nacional de Atenção Básica. **Ministério da Saúde**. Brasília, DF, 2012a.

BRASIL. Portaria MS/GM Nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2011. Seção 1, p. 48-55.

BULGARELI, J. **Atenção básica e secundária comparando os modelos de atenção existentes no município de Marília/SP**. 2011. 92 f. Dissertação (Mestrado Odontologia em Saúde Coletiva) - Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade de Campinas, Piracicaba.

BUSS, P. M. Promoção de Saúde e Qualidade de Vida. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CAMPOS, G. W. S. et al. Reflexões sobre a atenção básica e a Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. **Manual de práticas de atenção básica - Saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2008. p.132-151.

CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. S. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 647-654. 1999.

CARVALHO, L. A. C. et al. Procedimentos Coletivos de Saúde Bucal: gênese, apogeu e ocaso. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 490-499, 2009.

CASTRO, J. **A utilização do sistema de custeio por absorção para avaliar custos da atenção básica de saúde: reformulações e aprimoramentos metodológicos.** 2000. 236 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) –Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

CASTRO, R. et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1772- 1784, set. 2012.

CAVALHEIRO, C. **Relação entre dor bucal, e impacto odontológico em uma população de 50 a 74 anos de idade do sul do Brasil.** 2010. 65 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Odontológicas). Centro de Ciências Odontológicas, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria.

CHAPELIN, C.; BARCELLOS, L.; MIOTTO, M. Efetividade do tratamento odontológico e redução de impacto na qualidade de vida. **UFES Revista de Odontologia**, Vitória, v. 10, n. 2, p. 46-51, 2008.

CHOMATAS, E. **Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária na rede básica de saúde no município de Curitiba.** 2008. 95 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. **Relatório Final.** Brasília: Ministério da Saúde, 1986. 21 p. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf)>. Acesso em: 3 set 2013.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 2., 1993, Brasília. **Relatório Final.** Brasília: Conselho Nacional de Odontologia, 1993. 23 p.

CUNHA, C. **Percepção da qualidade da atenção à saúde infantil pelos médicos e enfermeiros: comparação entre o programa saúde da família e o modelo tradicional.** 2007. 86 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, 2011. supl. 1. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000700036&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700036&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 25 ago. 2013.

CUTOLO, L. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, [S.l.], v. 35, n. 4, p. 16-24, 2006.

FACCHINI, L. A, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 669-681, 2006.

GOMES, A.; ABEGG, C. O impacto odontológico no desempenho diário dos trabalhadores do Departamento Municipal de Limpeza Urbana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1707-1714, jul. 2007.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Serviço de Saúde Comunitária**. GHC. 2013. Disponível em: <<http://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=2&idSubMenu=5>>. Acesso em: 4 ago. 2013.

HAIKAL, D. S. et al. Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: uma abordagem quanti-qualitativa. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, jul. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000800031&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800031&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 5 maio 2013.

HALL, J. J.; TAYLOR, R. Health for all beyond 2000: the demise of the Alma-Ata Declaration and primary health care in developing countries. **The Medical Journal of Australia**, Sydney, v. 178, no. 1, p. 17-20, 2003.

IBAÑEZ, N. e t al. Avaliação do desempenho da atenção básica no estado de São Paulo. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 683-703, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico de 2010: média de moradores em domicílios particulares ocupados**. Rio de Janeiro, RJ, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/webcart/swf/swf.php?nFaixas=5&ufs=43>>. Acesso em: 02 nov. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores 2012**. Rio de Janeiro, RJ, 2013. Disponível em: <[ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho\\_e\\_Rendimento/Pesquisa\\_Nacional\\_por\\_Amostra\\_de\\_Domicilios\\_anual/2012/Sintese\\_Indicadores/sintese\\_pnad2012.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_anual/2012/Sintese_Indicadores/sintese_pnad2012.pdf)>. Acesso em: 02 nov. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050 – revisão 2004: metodologia e resultados**. Rio de Janeiro, RJ out. 2004. 84 p. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2004/metodologia.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2013.

KAPLAN, R. Quality of life, resource allocation, and the U.S. Health-care crisis. In: DIMSDALE J.; BAUM, A. **Quality of life in behavioral medicine research**. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1995. p. 3-30.

LUZ, M. T. Notas sobre as Políticas de Saúde no Brasil de "Transição Democrática: Anos 80". **PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 1, n. 1, p. 77- 96, 1991.

MACINKO, J. et al. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. **J. Health Plann Manage**, [S.l.], v. 19, p. 303-317, 2004.

MACINKO, J.; GUANAIS, F.; SOUZA, M. Evaluation of the impact of the Family Health Care Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. **J. Epidemiol. Community Health**, [S.l.], v. 60, p. 13-22, 2006.

NARVAI, P. C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, p. 141-147, mar. 2006.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. O SUS e a Política Nacional de Saúde Bucal. In: PEREIRA, A. C. et al. **Tratado de Saúde Coletiva em Odontologia**. Nova Odessa: Ed. Napoleão, 2009. p 17-34.

OLIVEIRA, M. **Presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde entre os serviços de atenção primária em Porto Alegre**: uma análise agregada. 2007. 118 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

PAIM, J. S. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: MENDES, E. V. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1993.

PASKULIN, L.; VIANNA, L.; MOLZAHN, A. Factors associated with quality of life of Brazilian older adults. **Int. Nurs. Ver.**, [S.l.], v. 56, p. 109-115, 2009.

PAULUS, A.; CORDONI, L. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil**. dez. 2006. Disponível em: <[http://www.professores.uff.br/jorge/v8n1\\_artigo\\_3.pdf](http://www.professores.uff.br/jorge/v8n1_artigo_3.pdf)>. Acesso em: 3 set. 2013.

PEREIRA, C. et al. Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 985-996, 2009.

PEREIRA, M. Avaliação do impacto das condições bucais na qualidade de vida medido pelo instrumento OHIP-14. **UFES Revista de Odontologia**, Vitória, v. 10, n. 3, p.4-9, 2008.

PICCINI, R. et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 657-667, 2006.

RODRIGUES, J.; FERREIRA, C. Qualidade de vida como medida de desfecho em saúde. **Rev. Méd. Minas Gerais**, Belo Horizonte, p. 42-46, jan./mar. 2003.

RONCALLI, A. G. O. O desenvolvimetro das políticas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, A. C. **Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 28-49.

RONCALLI, A.; LIMA, K. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 713-724, 2006.

SCHUTTINGA, J. Quality of life from a federal regulatory perspective. In: DIMSDALE J.; BAUM, A. **Quality of life in behavioral medicine research**. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1995. p. 31-42.

SEIDL, E.; ZANNON, C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p.580-588, mar. 2004.

SILVA, J. M.; CALDEIRA, A. P. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p.1187-1193, jun. 2010.

SLADE, G.; SPENCER, A. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. **Comm. Dent. Health**, [S.l.], v. 11, n. 1, p. 3-11, 1994.

SOUZA, T. M. S.; RONCALLI, A. G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2727-2739, nov. 2007.

STARFIELD, B. **Atenção Primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002. 726p.

TEIXEIRA, C. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In:\_\_\_\_\_.(Org.) **Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família**. Salvador: Edufba, 2006. p. 19-58.

TEIXEIRA, C. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 153-163, 2002.

UNICEF. **Primary health care: 30 years since Alma-Ata**. 2009. Disponível em: <<http://www.unicef.org/sowc09/docs/SOWC09-Panel-2.2-EN.pdf>>. Acesso em: 5 ago. 2013.

VAN STRALEN, C. et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 148-158, 2008.

VASCONCELLOS, C. M.; PASCHE, D. F. Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. de S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2012. p. 531-562.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Quality of Life Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: ORLEY, J.; KUYKEN, W. (Ed.). **Quality of life assessment: international perspectives**. Heidelberg: Springer Verlag, 1994. p. 41-60.

## ANEXO A - ATRIBUTO LONGITUDINALIDADE – PCATool VERSÃO ADULTO

□□□□					
D - LONGITUDINALIDADE					
Entrevistador para todas as próximas perguntas use o Cartão Respostas 1.					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
D1. Quando você vai ao seu "nome do serviço da saúde bucal/ nome do dentista", é o mesmo dentista que atende você todas às vezes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
D2. Você acha que o seu "dentista" entende o que você diz ou pergunta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
D3. O seu "dentista" responde suas perguntas de maneira que você entenda?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
D4. Se você tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o "dentista" que melhor conhece você?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
D5. O seu "dentista" lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
D6. Você se sente à vontade contando suas preocupações ou problemas ao seu "dentista"?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
D7. O seu dentista conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde bucal?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
D8. O seu "dentista" sabe quem mora com você?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
D9. O seu "dentista" sabe quais problemas são mais importantes para você?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
D10. O seu "dentista" conhece a sua história de saúde geral e saúde bucal completa?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
D11. O seu "dentista" sabe a respeito do seu trabalho ou emprego?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
D12. O seu "dentista" saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos ou produtos de higiene oral, como escova, pasta de dente ou fio-dental, que você precisa?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
D13. O seu "dentista" sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
D14. Você poderia mudar do "nome do serviço da saúde bucal/ nome do dentista" para outro se quisesse?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
D15. Você mudaria do "nome do serviço da saúde bucal/ nome do dentista" para outro serviço de saúde bucal se isto fosse muito fácil de fazer?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

## ANEXO B- QUESTIONÁRIO OHIP-14

□ □ □ □					
<b>M – SAÚDE BUCAL – QUALIDADE DE VIDA</b>					
Entrevistador para todas as próximas perguntas use o Cartão Respostas 2.					
Nos últimos seis meses, por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura:					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
M1. Você teve problemas para falar alguma palavra por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentadura?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
M2. Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentadura?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
M3. Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentadura?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
M4. Você se sentiu incomodado ao comer algum alimento por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentadura?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
M5. Você ficou preocupado por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentadura?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
M6. Você se sentiu estressado por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentadura?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
M7. Sua alimentação ficou prejudicada por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentadura?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
M8. Você teve que parar suas refeições por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentadura?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
M9. Você encontrou dificuldades para relaxar por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentadura?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
M10. Você se sentiu envergonhado por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentadura?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
M11. Você ficou irritado com outras pessoas por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentadura?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
M12. Você teve dificuldade para realizar suas atividades diárias por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentadura?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
M13. Você sentiu que a vida, em geral, ficou pior por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentadura?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
M14. Você mudaria do "nome do serviço da saúde bucal/ nome do dentista" para outro serviço de saúde bucal se isto fosse muito fácil de fazer?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

## ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – VERSÃO USUÁRIOS

Esta pesquisa que tem com título “**Presença e extensão dos atributos da atenção primária nos serviços odontológicos públicos de Porto Alegre e sua relação com a qualidade de vida relacionada à saúde bucal dos usuários**” está sendo desenvolvida por pesquisadores vinculados ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Seu objetivo é avaliar a qualidade do cuidado em saúde bucal oferecido aos adultos pelos diferentes modelos de serviços presentes na rede pública de atenção primária (Estratégia Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde, Serviço de Saúde Comunitária/GHC) da cidade de Porto Alegre e relacionar a qualidade do cuidado à qualidade de vida relacionada à saúde bucal de usuários destes serviços. Para isso, será feita uma entrevista com perguntas que respondam a estas questões.

Farão parte do estudo os adultos maiores de 18 anos residentes nos domicílios selecionados das áreas de atuação das equipes pertencentes aos serviços selecionados, que aceitarem livremente participar da pesquisa, após leitura, aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Sua participação nesta pesquisa compreenderá responder um questionário para avaliar a qualidade da atenção recebida no seu serviço de saúde odontológico, sua qualidade de vida relacionada à saúde bucal, uso de prótese dental e questões sócio-demográficas, como renda e escolaridade. Além disso, o entrevistador precisará contar o número de dentes naturais que o Sr.(a) possui. Para isso, será pedido que o Sr.(a) abra a boca e será utilizado um palito abaixador de língua. Este estudo não implica em nenhum risco para a sua saúde, apenas a disponibilidade de tempo para responder o questionário, cuja entrevista será feita na sua casa, com tempo estimado de uma hora.

**Será assegurado ao participante desta pesquisa que:**

- 1. A concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar seu atendimento no seu local de consulta;**
- 2. Este estudo não implica em nenhum risco para a sua saúde, apenas a disponibilidade de tempo para responder o questionário, cuja entrevista será feita na sua casa;**
- 3. Para fins de pesquisa os pesquisadores garantem que seu nome será preservado e que nenhum dado sobre sua pessoa ou sua família será divulgado;**
- 4. A participação nesta pesquisa pode ser interrompida a qualquer momento, se o (a) participante assim o decidir, sem que isto traga prejuízo à continuação do seu cuidado e do seu tratamento e nenhum prejuízo para si;**

Após ter sido informado sobre a pesquisa de forma clara e detalhada e ter esclarecido minhas dúvidas, eu \_\_\_\_\_ (usuário do serviço de saúde odontológico) concordo em participar deste estudo. Declaro que recebi cópia deste Termo, bem como recebi a informação de que se houver qualquer dúvida poderei entrar em contato com a pesquisadora Débora Deus Cardozo, com seu orientador Prof. Dr. Fernando Neves Hugo, nos telefones e e-mails abaixo descritos. Declaro que fui igualmente informado da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento sem prejuízo de meu atendimento na unidade de saúde, da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e de que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa.

Este formulário foi lido para \_\_\_\_\_  
em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ pelo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ enquanto eu estava presente.  
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2010.

Assinatura do Participante

Nome do participante:

Data:

Assinatura da Testemunha

Nome da Testemunha:

Data:

Assinatura do Pesquisador

Nome do Pesquisador

Data:

**Endereços para Contato:**

**Pesquisadora:** Débora Deus Cardozo, telefone (51) 93264988, e-mail  
deb\_cardozo@yahoo.com.br.

**Orientador:** Prof. Dr. Fernando Neves Hugo, email  
fernandoneveshugo@gmail.com

No caso de qualquer dúvida ética, poderá entrar em contato com o  
coordenador executivo do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC, Daniel  
Demétrio Faustino da Silva, através do telefone 3357-2407, ou no endereço  
Rua Francisco Trein, 596, 3<sup>o</sup> Andar, Hospital Conceição, Porto Alegre ou pelo  
telefone 3212 4623; ou com a coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa  
do Município de Porto Alegre, Elen Maria Borba, através do telefone 3289-  
1379, ou no endereço Rua Capitão Montanha, 27, 70 andar.