



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE**

**UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS ENTRE IDOSOS RESIDENTES NA ZONA
RURAL DO MUNICÍPIO DE RIO GRANDE, RS, BRASIL**

FRANCIANE MARIA MACHADO SCHROEDER

2018



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE**



**UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS ENTRE IDOSOS RESIDENTES NA
ZONA RURAL DO MUNICÍPIO DE RIO GRANDE, RS, BRASIL**

**FRANCIANE MARIA MACHADO SCHROEDER
Mestranda**

**PROF. DR. RAÚL ANDRÉS MENDOZA SASSI
Orientador**

RIO GRANDE, RS, FEVEREIRO DE 2018

FRANCIANE MARIA MACHADO SCHROEDER

**UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS ENTRE IDOSOS RESIDENTES NA
ZONA RURAL DO MUNICÍPIO DE RIO GRANDE, RS, BRASIL**

**Dissertação de mestrado apresentada como requisito
parcial para obtenção do título de mestre junto ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
da Faculdade de Medicina da
Universidade Federal do Rio Grande.**

Orientador: Prof. Dr. Raúl Andrés Mendoza Sassi.

RIO GRANDE, RS, FEVEREIRO DE 2018

FRANCIANE MARIA MACHADO SCHROEDER

**UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS ENTRE IDOSOS RESIDENTES NA ZONA
RURAL DO MUNICÍPIO DE RIO GRANDE, RS, BRASIL**

Banca examinadora:

Prof. Dr. Raúl Andrés Mendoza Sassi
Orientador

(Presidente)

Prof. Dr. Alexandre Emidio Ribeiro da Silva
Examinador externo – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Juraci Almeida Cesar
Examinador interno

Prof. Dr. Rodrigo Dalke Meucci
Examinador suplente

RIO GRANDE, RS, FEVEREIRO DE 2018

LISTA DE SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
AUDIT	Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEPAS	Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CPO-D	Índice de Dentes Permanentes Cariados, Perdidos e Obturados
ESF	Estratégia da Saúde da Família
FURG	Universidade Federal do Rio Grande
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
OR	Odds Ratio
PHQ-9	The Patient Health Questionnaire
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PPGSP	Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
RedCap	Research Electronic Data Capture
RP	Razão de Prevalência
RR	Risco Relativo
SBBrazil	Pesquisa Nacional de Saúde Bucal
SUS	Sistema Único de Saúde

UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS ENTRE IDOSOS RESIDENTES NA ZONA RURAL DO MUNICÍPIO DE RIO GRANDE, RS, BRASIL

Resumo

Objetivo: Analisar a saúde bucal, a utilização de serviços odontológicos e os fatores associados em idosos residentes na área rural do município de Rio Grande, Rio Grande do Sul.

População-alvo: Indivíduos com 60 anos ou mais de idade residentes, em 2017, na zona rural do município de Rio Grande, Rio Grande do Sul.

Delineamento: Estudo transversal, de base populacional.

Desfecho: Prevalência da utilização de serviços odontológicos nos 12 meses anteriores à data da entrevista.

Processo amostral: O processo amostral foi aleatório sistemático, sendo baseado no Censo Demográfico de 2010. Os 24 setores censitários da zona rural do município de Rio Grande fizeram parte do estudo e foram visitados 80% dos domicílios elegíveis em cada setor, pulando um a cada cinco domicílios.

Análise: Foi conduzida análise descritiva e análise bivariada, utilizando o teste Qui-quadrado. As análises bruta e ajustada foram realizadas através da Regressão de Poisson, considerando modelo de análises hierárquico. O nível de significância para todas as análises foi de 95%, sendo realizadas no *software* Stata 14.0.

Resultados: 1030 idosos foram entrevistados, sendo 49,9% (IC95% 47,3-52,8) edêntulos totais e tendo 13,9% (IC95% 11,8-16,2) consultado com dentista no último ano. A probabilidade de consultar foi maior em idosos do sexo feminino, com companheiros(as), com maior escolaridade, pertencentes aos melhores níveis econômicos e que referiram algum problema de saúde bucal. Por outro lado, os idosos que relataram ser ex-fumantes ou fumantes consultaram menos.

Conclusões: A garantia de acesso a serviços de saúde de qualidade e o incentivo ao uso dos serviços entre a população idosa continua sendo o grande desafio da atenção à saúde bucal. Planejamentos em saúde e ações intersetoriais devem ser reorganizados.

Descritores: Serviços de saúde bucal; Saúde bucal; Idoso; População rural; Assistência odontológica.

THE USE OF ODONTOLOGICAL SERVICES AMONG ELDERLY PEOPLE LIVING IN RURAL AREA OF RIO GRANDE, RS, BRAZIL

Abstract

Objective: To analyze oral health, the use of dental services and associated factors in elderly people living in rural areas in Rio Grande, Rio Grande do Sul.

Target population: People with 60 years old, or older, living, in 2017, in rural areas in Rio Grande, Rio Grande do Sul.

Designing: Populational cross-sectional study.

Outcome: The outcome was based on people who have used dental services in the last 12 months prior to the interview's date.

Sampling: The sample process was systematic random, being based on the 2010 Demographic Sense. The 24 rural sectors present in Rio Grande were part of the study and 80% of the eligible households in each sector were visited, jumping one in five households.

Analysis: Descriptive analysis was conducted and bivariate analysis was performed using the Chi-square test. The crude and adjusted analyzes were performed through Poisson Regression, considering a hierarchical analysis model. The level of significance for all analyzes was 95%, which were performed in Stata 14.0 software.

Results: 1030 elderly people were interviewed and among them, 49,9% (CI95% 47.3-52.8) were total edentulous and 13,9% (CI95% 11.8-16.2) have consulted with dentists in the last year. The probability of consulting was higher in female companions, with higher schooling, belonging to the best levels of and that they mentioned some oral health problem that would interfere with their daily. On the other hand, being an ex-smoker or smoker decreased the probability of consulting.

Conclusions: The results indicate that guaranteeing access to quality services and encouraging the use of services among the population care is still the major challenge of oral health care. Planning in health and intersectoral actions must be reorganized.

Keywords: Dental health services; Oral health; Elderly; Rural population; Dental care.

CONTEÚDOS DO VOLUME

1.	Projeto de pesquisa	12
2.	Relatório do trabalho de campo	39
3.	Adaptações no projeto de pesquisa	52
4.	Normas da revista	54
5.	Artigo	66
6.	Nota à imprensa	90
7.	Anexos	92
8.	Apêndices	99

SUMÁRIO

	Projeto de pesquisa	12
1	Introdução	13
1.1	Revisão de literatura	15
1.1.1	Prevalência da utilização de serviços odontológicos	16
1.1.2	Características demográficas	18
1.1.3	Características socioeconômicas	19
1.1.4	Características comportamentais	20
1.1.5	Características de saúde bucal	20
2	Justificativa	21
3	Objetivos	22
3.1	Objetivo geral	22
3.2	Objetivos específicos	22
4	Hipóteses	22
5	Metodologia	23
5.1	Local	23
5.2	População-alvo, critérios de inclusão e de exclusão	23
5.3	Delineamento	23
5.4	Amostragem	24
5.4.1	Cálculo amostral	25
5.5	Informações a serem coletadas	25
5.5.1	Variável dependente	26
5.5.2	Variáveis independentes	26
5.6	Seleção, treinamento de entrevistadores e estudo-piloto	27
5.7	Logística	28
5.8	Controle de qualidade	29
5.9	Processo e análise dos dados	29
5.10	Aspectos éticos	30
5.10.1	Relação custo-benefício	30
5.10.2	Responsabilidade dos pesquisadores e da instituição	30
5.10.3	Infraestrutura dos locais de pesquisa	31

5.10.4	Monitoramento da segurança dos dados	31
6	Publicação dos resultados	31
7	Orçamento	31
8	Cronograma	33
9	Referências bibliográficas	34
	Relatório do trabalho de campo	39
1	Organização do consórcio	41
2	Instrumentos e manuais de instruções	42
3	Seleção e treinamento das entrevistadoras para aplicação dos questionários em papel	42
3.1	Treinamento de entrevistadoras para aplicação dos questionários eletrônicos	43
4	Amostragem	43
5	Logística do trabalho de campo	44
5.1	Abordagem de domicílios	45
5.2	Organização de trajetos e domicílios	45
5.3	Revisão/Codificação e digitação dos questionários em papel	46
5.4	Banco de dados e questionário eletrônico	46
5.5	Controle de qualidade	47
6	Números gerais da pesquisa	48
7	Aspectos éticos	49
7.1	Encaminhamentos de saúde mental	49
8	Orçamento	49
9	Apoio	50
10	Relato individual da participação no consórcio	50
	Adaptações no projeto de pesquisa	52
1	Variável dependente	53
2	Variáveis independentes	53
	Normas da revista	54
	Artigo	66
	Nota à imprensa	90

Anexos	92
Anexo 1 – Critério Brasil 2015/ABEP	93
Apêndices	99
Apêndice 1 - Tabela 2 (Quadro com o resumo dos artigos selecionados para a revisão de literatura)	100
Apêndice 2 – Termo de consentimento livre e esclarecido	103
Apêndice 3 – Logo da pesquisa	105
Apêndice 4 – Folder de divulgação da pesquisa	106
Apêndice 5 - Questionário do bloco domiciliar	107
Apêndice 6 – Questionário do bloco dos idosos	111
Apêndice 7 – Questionário de saúde bucal	124

Projeto de pesquisa

1 Introdução

Os progressos tecnológicos e os avanços dos estudos no campo da saúde têm levado a um aumento na expectativa de vida do homem, tanto no Brasil como nos países mais desenvolvidos (Kina S et al, 1996). O declínio das taxas de mortalidade, em combinação com a ampliação do acesso ao saneamento básico, são fatores que tem resultado em uma participação cada vez mais significativa dos idosos na população, ocasionando em um processo de envelhecimento populacional rápido e intenso (Ramos LR et al, 1987; Frare SM et al, 1997; Padilha DMP et al, 1998; Pereira AC et al, 1999; Saliba CA et al, 1999). De acordo com o IBGE (2011), a faixa de pessoas com 60 anos ou mais, em 1960, era responsável por 4,8% do total da população brasileira. Em 1980, esse número passou para 6,2% e em 1999 atingiu 8,7%. No ano de 2016, este percentual subiu para 12,3% (IBGE, 2016). Mantidas as tendências atuais, a projeção para 2020 é que o Brasil contará com a sexta maior população de idosos do mundo, com cerca de 32 milhões de pessoas (Matos DL et al, 2004).

A saúde pública contemporânea vem tendo como desafio o envelhecimento populacional, principalmente nos países em desenvolvimento. Isto se deve ao fato que nesses países, como o Brasil, a quantidade de idosos tem aumentado de forma mais acentuada que na Inglaterra ou Bélgica, por exemplo, que levaram em torno de um século para que a população de idosos fosse o dobro (Lima-Costa MF, Veras R, 2003).

Já a transição epidemiológica no Brasil que, por sua vez, é caracterizada pela elevação da incidência e prevalência das doenças crônico-degenerativas em detrimento das infectocontagiosas, produziu em conjunto com a transição demográfica, o cenário de uma população com elevado número de indivíduos idosos (Lima-Costa MF, Veras R, 2003; Amélia FV et al, 2011). Como este grupo etário necessita de maiores cuidados médicos e odontológicos, ele acaba sobrecarregando os sistemas de saúde (Ramos LR et al, 1987; Moreira R et al, 2005). Além disso, pode-se acrescentar que, como essas transições ocorreram de forma acentuada, os serviços de saúde não estão prontos para suprir tal demanda.

Aliado ao esgotamento dos serviços de saúde para a população idosa pode-se destacar a problemática da saúde bucal para esta faixa etária. Historicamente, os serviços odontológicos já não veem esse grupo com prioridade, que possui altos índices de edentulismo (perda total de dentes) e uma elevada prevalência de lesões de

cárie e doenças periodontais, em especial a periodontite (Moreira R et al, 2005). Essa perda total de dentes dos idosos, infelizmente, ainda é vista com normalidade pela sociedade e não vista como uma deficiência das políticas públicas que não são voltadas para a população adulta, para que possam chegar à senilidade com seus dentes naturais (Colussi, CF, Freitas SFT, 2002).

Colussi & Freitas (2002) chamam a atenção para outro fato preocupante. Somado a falta de políticas públicas que atendam a necessidade dos idosos, muito dos procedimentos oferecidos pelos serviços públicos são limitados à Odontologia curativa, pois na falta de medidas preventivas, não conseguem conter as doenças bucais e terminam fazendo extrações em massa, sem ter como dar retorno de próteses dentárias.

Visando alterar o quadro precário do acesso dos brasileiros aos serviços de Odontologia públicos do país, em 2003 o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde Bucal, também conhecida como Brasil Sorridente (BRASIL, 2004). Suas principais características envolveram a reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos, reunindo ações em Saúde Bucal para a ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito aos brasileiros, por meio do Sistema Único de Saúde. Algumas destas ações compreenderam a implantação das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF), a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias, além da viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público (BRASIL, 2016).

Pode-se avaliar o impacto das ações do Programa Brasil Sorridente através de dois grandes Levantamentos das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira realizados nos últimos anos – O Projeto SB Brasil 2003 e o Projeto SB Brasil 2010. Apesar da grande melhora do índice CPO-D (dentes cariados, perdidos e obturados) na população jovem, entre os idosos de 65 a 74 anos o CPO praticamente não se alterou, ficando em 27,5 em 2010, enquanto que, em 2003, a média era de 27,8, com a maioria correspondendo ao componente “extraído” ou “perdido” (BRASIL, 2012; Sobrinho L, 2014). A discreta mudança nesse índice talvez se deva a que as sequelas na população idosa são mais graves, mas a realidade de que a distribuição dos serviços

odontológicos públicos para a população ainda enfrenta grandes disparidades regionais e etárias não pode ser ignorada (Sobrinho L, 2014).

1.1 Revisão de literatura

A revisão de literatura foi realizada no banco de dados PubMed, utilizando os seguintes “MeSH terms” (Medical Subject Headings): *rural population, oral health, mouth diseases, dental care, oral hygiene, dental health service, health services accessibility e health services availability*.

Foram encontrados 702 artigos, e depois de serem retiradas 6 duplicatas, foram exportados 182 deles para o programa EndNote para a leitura dos resumos. Destes, 52 foram escolhidos para a leitura na íntegra, restando 7 para compor esta revisão. Os critérios de inclusão foram:

- Ter como desfecho utilização de serviços odontológicos;
- Estudar populações de áreas rurais;
- Ter os idosos (60 anos ou mais) como faixa etária de estudo;
- Ser em língua inglesa, espanhola ou portuguesa.

A seguir apresenta-se a Figura 1, que é um fluxograma da busca dos artigos, o Quadro 1 mostrando os descritores utilizados e a Tabela 2 (Apêndice 1) trazendo as principais características dos artigos selecionados.

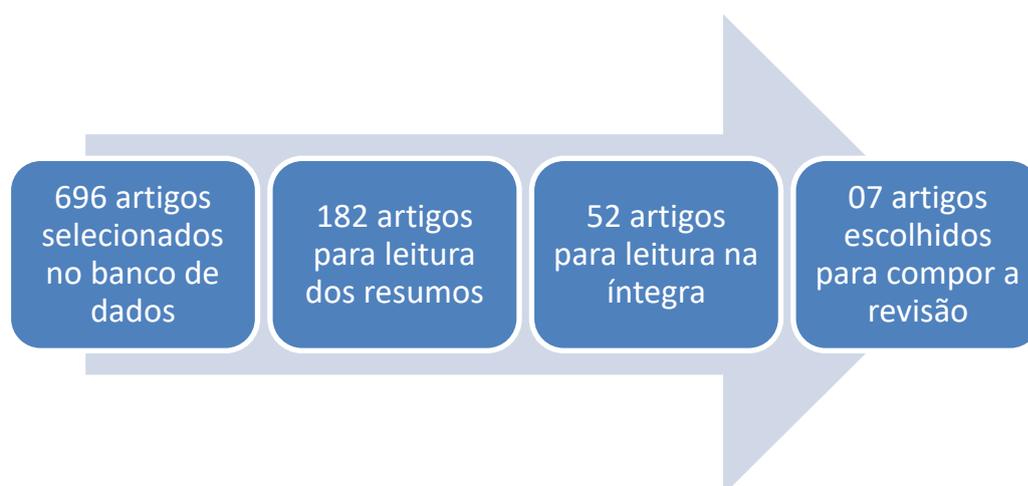


Figura 1. Fluxograma da forma de seleção dos artigos.

Tabela 1. Artigos recuperados pela revisão de literatura.

Revista	MeSH terms - Medical Subject Headings	Artigos recuperados	Artigos selecionados
PubMed	rural population AND (oral health OR mouth diseases OR dental care OR oral hygiene) AND (dental health service OR health services accessibility OR health services availability)	696	07

1.1.1 Prevalência da utilização de serviços odontológicos

A prevalência da utilização de serviços odontológicos em áreas rurais varia conforme características demográficas, sociais, econômicas e culturais de cada país (Gift HC, Newman JF, 1993; Locker D, Ford J, 1994; Da Silveira Moreira R et al, 2005).

É importante ressaltar que a utilização de um serviço de saúde, seja este odontológico ou de outra esfera, está diretamente ligada ao seu acesso. O acesso, que tem um conceito multidimensional, pode ser entendido como um fator que intermedeia a relação entre a procura e a entrada no serviço. Ele expressa um conjunto de características de uma oferta que atua aumentando ou obstruindo a capacidade de um indivíduo utilizar o serviço de saúde. Barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, informacionais, culturais, entre outras, são alguns exemplos dessas características que irão afetar o acesso das pessoas aos serviços e consequentemente a utilização destes (Travassos C, Castro MSMD, 2008). Para compreender essa complexa rede de fatores, diversos estudos foram realizados para verificar a prevalência e os fatores associados à utilização dos serviços odontológicos em níveis locais, regionais e nacionais.

Nos Estados Unidos foi realizado um estudo transversal o qual tinha o objetivo determinar se os americanos mais velhos tinham dificuldade em obter acesso aos cuidados dentários e utilizá-los. Após serem entrevistados 7265 adultos em todo o

país, viram que quase metade dos que possuíam idade superior a 60 anos relataram uma visita ao dentista nos últimos 12 meses, chegando a uma prevalência de 47% (Dolan TA et al, 1988). Achados semelhantes tiveram Arcury TA et al (2011) em um estudo transversal, também nos Estados Unidos, com 635 idosos em condados rurais na Carolina do Norte, encontrando uma prevalência de 50,7% de visitas a consultas odontológicas nos últimos 12 meses.

Dois estudos realizados em zonas rurais na Austrália foram consistentes com os resultados encontrados pelos norte-americanos. Adams e colaboradores, em 2004, conduziram um estudo transversal com 2100 indivíduos de 60 anos ou mais e viram que 49,3% deles tiveram uma consulta odontológica nos últimos 12 meses. Uma década depois, Mariño RJ et al (2014), também em um estudo transversal com idosos, relataram uma prevalência de 51,2% da utilização de serviços odontológicos no último ano.

Já em países de menor poder aquisitivo, os resultados encontrados tiveram uma discrepância maior de valores. Bei Wu (2007), em um delineamento transversal com 1044 indivíduos de 60 anos ou mais, examinou a prevalência do uso de serviços odontológicos e os fatores relacionados entre idosos nas áreas rurais e urbanas de Xangai, China. Foi encontrada uma prevalência de 3,4% na área rural e 11,7% na área urbana. Recentemente, na Índia, Bommireddy VS et al (2016) também resolveram averiguar como a população idosa tinha acesso aos serviços de Odontologia. Entrevistaram 621 indivíduos sobre suas visitas ao dentista no passado e foi encontrada uma prevalência de 31,7%.

No Brasil, Matos DL et al (2004) utilizaram dados secundários obtidos na entrevista da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) para investigar a utilização de serviços odontológicos dos idosos do país e fatores associados. Após analisar dados de 28943 indivíduos com 60 anos ou mais, residentes em áreas urbanas e rurais, encontraram que a prevalência de consultas ao dentista nos últimos 12 meses foi 13,2% e uma porcentagem de 6,3% de idosos que nunca tinham ido ao dentista até o momento.

Os resultados mostram que a utilização dos serviços odontológicos em países de alta renda possui uma variabilidade menor entre si nas prevalências quando comparados aos países de baixa renda. Apesar de alguns desses estudos possuírem

limitações metodológicas, como não ter ajuste para fatores de confusão, podendo enviesar as associações, esse resultado era esperado visto que a utilização dos serviços de Odontologia é afetada pelo sistema de prestação de serviços de saúde, os quais por maiores recursos e financiamentos, são mais desenvolvidos nesses países com maior poder aquisitivo. Esta relação foi bem estruturada por Andersen que, em 1995, propôs um Modelo de Comportamento de Utilização de Serviços de Saúde. Ele demonstrou que as características do ambiente externo, o sistema de prestação de cuidados odontológicos e as características pessoais da população têm influência sobre os comportamentos de saúde bucal (Andersen RM, Davidson PL, 1997). Ele também definiu que os comportamentos de saúde (práticas de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos) como variáveis intermediárias dependentes, que, por sua vez, influenciam os resultados de saúde bucal (avaliados, autopercebidos e satisfação do paciente). Sendo assim, visando elucidar alguns destes fatores, os fatores associados trazidos pelos estudos selecionados para esta revisão serão divididos em características demográficas, socioeconômicas, comportamentais e de saúde bucal.

1.1.2 Características demográficas

Grande parte dos autores encontraram que as mulheres idosas residentes em áreas rurais utilizam mais os serviços odontológicos que os homens. Um dos estudos da Austrália (Adams C et al, 2014) apontou que os homens tinham 92% menos chances de ir ao dentista em 12 meses (OR 0,08; IC: 0,05 – 0,13), achado que o outro estudo (Mariño RJ et al, 2014) corrobora, mas possuindo um valor ainda maior, cerca de 198% de chances dos homens nunca irem ao dentista comparado com o sexo oposto (OR 2,98; IC: 1,38 – 6,46). Os pesquisadores brasileiros (Matos DL et al, 2004) trouxeram uma porcentagem mais discreta, mas ainda assim apontando 34% de propensão do sexo masculino não ir a consultas odontológicas (OR 1,34; IC: 1,16 – 1,57). Eles também encontraram que quanto maior era a faixa etária, menos os indivíduos usavam os serviços odontológicos em 12 meses, com OR de 2,72 (IC: 2,31 – 3,20) para a faixa etária de 80 anos ou mais, quando comparada com a de 60 a 64 anos.

A situação de moradia foi uma variável que foi apontada em quase todos os estudos com associações significativas. Morar em área rural teve associação negativa para visitas ao dentista em comparação com quem residia em área urbana (Dolan TA

et al, 1998). O estudo de Adams e colaboradores (2014) apresentou que quem residia em zona rural tinha 44% menos chances (OR 0,56; IC: 0,45 – 0,71) de visitar um dentista comparado ao morador da zona urbana. Bei Wu (2007) trouxe que os idosos chineses que residiam em área urbana tinham 127% de chances maiores de usarem consultas odontológicas (OR 2,27; IC: 1,02 – 5,08).

No Brasil, Matos DL (2004) encontraram resultados semelhantes aos descritos acima, trazendo o valor de 106% de chances a mais de utilizar serviços odontológicos para os idosos que moravam na zona urbana (OR 2,06; IC: 1,68 – 2,54). Eles estudaram também as diferenças das Macrorregiões brasileiras. Comparados à região Sul, os idosos que residiam na região Norte tiveram maior propensão de visitar um dentista em 12 meses (OR 1,35; IC: 1,01 – 1,82), seguidos pelas regiões Sudeste (OR 1,31; IC: 1,10 – 1,56), Nordeste (OR 1,25; IC: 1,05 – 1,48) e Centro-Oeste (OR 1,02; IC: 0,86 – 1,21).

Ainda, Arcury TA et al (2011) relatam em seu trabalho que não ter local para atendimento odontológico na região em que residem é um empecilho para os norte-americanos frequentarem o dentista (OR 0,11; IC: 0,02 – 0,83).

1.1.3 Características socioeconômicas

A variável escolaridade teve associação inversa com a utilização de serviços odontológicos em diversos estudos. Nos Estados Unidos, o trabalho de Dolan TA et al (1988) encontrou que quem tinha maior grau de instrução tinha 34% mais chance de ir ao dentista (OR 2,34; IC: 1,39 – 2,54), assim como o estudo de Arcury TA et al (2011), que verificou o elevado valor de 81% de propensão do idoso com menor escolaridade utilizar menos o serviço de Odontologia (OR 0,29; IC: 0,09 – 0,89). No Brasil, Matos DL et al (2004) observaram que as pessoas com escolaridade de até 3 anos tinham menores chances de frequentarem os serviços odontológicos por mais de 12 meses comparados a quem tinha 11 anos ou mais de escolaridade (OR 0,28; IC: 0,21 – 0,36). Na Austrália, os pesquisadores Adams C et al (2004) encontraram o valor de 119% mais chances (OR 2,19; IC: 1,47 – 3,24) dos idosos que possuíam maior grau de instrução visitarem o dentista nos últimos 12 meses (OR 2,19; IC: 1,47 – 3,24). Semelhantemente, Mariño RJ et al (2014) viram que a baixa escolaridade fez com que

os australianos idosos tivessem menor procura por atendimento odontológico (OR 0,44; IC: 0,22 – 0,90).

A variável renda também teve associação negativa com a utilização de serviços odontológicos. Tanto no Brasil, com o trabalho de Matos DL et al (2004), como na Austrália, com Mariño RJ et al (2014) foi visto que os idosos que estavam no pior quintil de renda tinham menores chances de visitarem o dentista nos últimos 12 meses comparados a aqueles que estavam no maior quintil, com as porcentagens de 23% (OR 0,77; IC: 0,61 – 0,96) e 86% (OR 0,14; IC: 0,03 – 0,61), respectivamente. Na China, Bei Wu (2007) encontrou que os indivíduos que tinham maior capacidade de pagar despesas médicas utilizavam mais os serviços odontológicos (OR 2,52; IC: 1,05 – 6,02).

1.1.4 Características comportamentais

Na China, Bei Wu (2007) pode analisar em seu trabalho que algumas características comportamentais do indivíduo têm associação com a procura e utilização de serviços odontológicos. As pessoas idosas que possuíam maior sensação de satisfação na sua vida em geral (OR 0,85; IC: 0,75 – 0,97), tinham um estilo de vida saudável (OR 1,85; IC: 1,13 – 3,04), apresentavam maiores limitações por condições crônicas (OR 1,27; IC: 1,12 – 1,45) e faziam exames regularmente (OR 1,95; IC: 1,06 – 3,59) tiveram uma menor propensão de visitar o dentista em 12 meses.

A ansiedade demasiada de ir ao dentista foi vista no estudo de Arcury TA et al (2011) como um fator limitante para a procura de atendimento odontológico (OR 0,81; IC: 0,73 – 0,90). Outro fator comportamental que diminuía essa procura foi visto no trabalho de Mariño RJ et al (2014). Eles constataram que idosos que viviam sozinhos tinham 74% menos chances de procurarem uma consulta odontológica (OR 0,26; IC: 0,10 – 0,65).

1.1.5 Características de saúde bucal

A autopercepção de saúde bucal, entendida como uma avaliação própria do indivíduo sobre seu estado de saúde, é uma variável que possui associação negativa para a procura de serviços odontológicos (Dolan TA et al, 1988). O trabalho australiano de Mariño RJ et al (2014) encontrou que os idosos que apresentaram uma baixa autopercepção de saúde bucal tinham a menor propensão de fazer uso de consultas

odontológicas (OR 0,37; IC: 0,15 – 0,90). Confirmando o achado, Arcury TA et al (2011) perceberam que as pessoas norte americanas, com 60 anos ou mais, que possuíam uma elevada autopercepção da sua saúde oral, tinham maiores chances de utilizarem os serviços odontológicos (OR 4,85; IC: 1,98 - 11,91).

Não possuir dentes naturais (OR 0,16; IC: 0,13 – 0,20) e ter algum problema de saúde bucal que interfira na vida diária (OR 1,51; IC: 1,12 – 2,04) foi apontado por Adams C et al (2014) como fatores que fazem os idosos australianos visitarem mais o dentista. Já nos Estados Unidos, Arcury TA et al (2011) perceberam que os idosos sem dentes obturados procuravam menos atendimento odontológico (OR 0,27; IC: 0,11 – 0,67) do que aqueles que possuíam obturações dentárias. O edentulismo (OR 0,10; IC: 0,04 – 0,23) e a elevada mobilidade dentária (OR 0,41; IC: 0,18 – 0,93) foram apontados como condições presentes nos idosos que frequentavam menos um dentista (Mariño RJ et al, 2014).

No estudo indiano de Bommireddy VS et al (2016) foram encontradas diferenças na utilização de serviços odontológicos com base na resposta dos participantes que relataram ter experiências anteriores negativas com problemas de origem dentária (OR 0,58; IC: 0,45 – 0,71).

2 Justificativa

A utilização dos serviços odontológicos, quando se dá por intermédio de intervenções precoces e por meio de acompanhamentos frequentes e periódicos, traz diversos benefícios para a saúde bucal (Moreira et al, 2005; Austregesilo et al, 2015). Para atingir tal quadro, é necessário conhecer a realidade desses indivíduos e qual é o perfil da utilização dos serviços. Porém, os estudos que se referem à saúde bucal da população idosa brasileira residente em áreas rurais são escassos comparados aos que tiveram como objeto de estudo a área urbana. Exemplo disso é o Projeto SB Brasil 2010, que em seu processo amostral englobou as 27 capitais dos Estados do território brasileiro, mais municípios do interior pertencentes às 5 regiões (Norte, Nordeste, Centro-oeste, Sudeste e Sul), contudo em todas foi estudada a população urbana (BRASIL, 2010).

O município de Rio Grande, situado no sul do Estado do Rio Grande do Sul, não possui uma situação distinta da descrita acima. Pouco se sabe sobre a utilização dos

serviços odontológicos dos residentes idosos da zona rural, e a cobertura das Unidades de Saúde não chega a 60%. Ainda, em média, 25 cirurgiões-dentistas fazem parte do quadro da Prefeitura Municipal para atender cerca de 200 mil habitantes (IBGE, 2011; Siqueira LGR, 2014).

Frente a essas limitações, obter dados epidemiológicos sobre a faixa etária idosa da zona rural de Rio Grande, bem como da utilização dos serviços odontológicos e seus fatores associados, pode proporcionar uma melhor direção das políticas públicas para uma Odontologia que busque a promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal (Martins et al, 2007; Almeida et al, 2007; Austregesilo et al, 2015).

3 Objetivos

3.1 Objetivo geral

Analisar a utilização de serviços odontológicos e fatores associados entre idosos residentes na área rural do município de Rio Grande, Rio Grande do Sul.

3.2 Objetivos específicos

- Verificar a prevalência de consultas odontológicas;
- Verificar o uso e a necessidade da utilização de próteses dentárias;
- Descrever os motivos das consultas odontológicas;
- Avaliar o efeito da autopercepção de saúde oral sobre a utilização dos

serviços odontológicos.

4 Hipóteses

A prevalência da utilização dos serviços odontológicos será de 20%.

Os fatores associados à utilização dos serviços odontológicos serão os idosos:

- Do sexo feminino;
- Com escolaridade maior que 4 anos;
- Pertencentes à categoria de renda familiar do quartil mais alto.

5 Metodologia

5.1 Local

O presente estudo será desenvolvido na área rural de Rio Grande, município com 2.709 km² localizado na Metade Sul, a região mais pobre do Rio Grande do Sul, distante 350 km da capital, Porto Alegre. Para o ano de 2016, são estimados 208 mil habitantes, sendo 4% desse total residentes em área rural (IBGE, 2011). A população rural de Rio Grande é formada por pouco mais de 5% de menores de cinco anos, 22% de mulheres em idade fértil (15 a 49 anos) e 13% por idosos (60 anos ou mais de idade).

Este consórcio trata-se de uma pesquisa com a finalidade de estudar as condições de saúde e os fatores associados na população envolvendo crianças menores de cinco anos, mulheres em idade fértil e idosos, residentes na zona rural do município de Rio Grande, RS, em 2017.

5.2 População-alvo, critérios de inclusão e de exclusão

A população-alvo será composta por idosos residentes no 1º semestre de 2017 na zona rural do município de Rio Grande, RS, sendo estimada em aproximadamente 861 pessoas. Para participar do estudo, os indivíduos deverão morar na zona rural do município de Rio Grande e estarem enquadrados na faixa etária descrita anteriormente. Serão excluídos do estudo os indivíduos institucionalizados em asilos e hospitais, bem como aqueles com incapacidade física e/ou mental para responder à entrevista.

5.3 Delineamento

O delineamento utilizado será do tipo transversal (seccional ou de prevalência). Estudos transversais são apropriados para avaliar desfechos relacionados à saúde e verificar fatores associados, proporcionando o desenvolvimento de conhecimento que embasa o planejamento de políticas de saúde (Gordis, 2009; Rothman KJ, Greenland S, 1998). Além disso, permitem que diversas exposições e desfechos possam ser estudados de forma simultânea a partir de abordagem única. Também são rápidos, de baixo custo e relativamente fáceis de analisar.

A principal desvantagem é o que podemos denominar de “causalidade reversa”, pois a coleta dos dados sobre exposição e desfecho ocorrem em um único momento no tempo, não sendo possível averiguar muitas vezes a causa do desfecho. Ainda, não é um levantamento que abrange a incidência, assim, não determina risco absoluto e duração da doença. A limitação da causalidade reversa pode ser reduzida identificando o momento de início de cada uma das exposições e desfechos a serem investigados (Rouquayrol MZ, Filho NA, 2003).

5.4 Amostragem

Atualmente, cerca de 8825 riograndinos moram na área rural distribuídos em aproximadamente 3000 domicílios. Deste total, cerca de 440 são menores de cinco anos, 1820 são mulheres em idade fértil e 1080 idosos (60 anos ou mais de idade) de ambos os sexos (IBGE, 2011). Primeiramente será realizada uma listagem dos domicílios particulares dos 24 setores rurais do município de Rio Grande. Após, serão visitados 4 de cada 5 domicílios (80%). Para melhor elucidação, segue uma figura abaixo.

		População total				
		População rural				
208.000	3%	6.240	80%	7,8%	355	Crianças de 0 a 59 meses
				31,8%	1453	Mulheres de 15 a 49 anos
				18,8%	861	Idosos (60 anos ou mais)

Figura 2. População de Rio Grande, RS.

5.4.1 Cálculo amostral

Prevalência:

- Prevalência estimada: 20%
- +/- erro: 2 pp
- Nível de confiança: 95%
- N= 861
- 10% de perdas N= 699

Fatores de risco:

- Prevalência estimada: 20%
- Nível de confiança: 95 %
- Poder estatístico: 80%
- RR 2

Tabela 3. Fatores de risco.

Fator Exposição	Relação Não Exp/Exp	Prevalência em Não Expostos	N	N + 10% perdas	N + 20% para fatores de confusão
Sexo feminino	0,60/0,40	17%	345	380	414
Escolaridade > 4 anos	0,85/0,15	12%	635	699	762
Renda familiar (Último quartil)	0,75/0,25	15%	568	625	682

* Parâmetros utilizados foram baseados no estudo de Mariño RJ et al (2014).

5.5 Informações a serem coletadas

As informações coletadas nesse estudo serão coletas por um questionário dividido em bloco geral e bloco específico com as variáveis de interesse, que serão descritas a seguir.

5.5.1 Variável dependente

A variável dependente será o tempo decorrido após a última visita ao dentista. Esta informação foi obtida por meio da seguinte pergunta: “Quando foi que o(a) Sr.(a) consultou um dentista pela última vez, (em meses)?”. De acordo com a resposta, os indivíduos serão classificados em três grupos: aqueles que visitaram o dentista há menos de um ano, aqueles que visitaram o dentista há um ano ou mais e aqueles que nunca visitaram o dentista (Matos DL et al, 2004; Bei Wu, 2007; Adams C et al, 2014; Arcury TA et al, 2011).

5.5.2 Variáveis independentes

Abaixo segue um quadro com as variáveis independentes a serem trabalhadas no presente trabalho e a forma como serão coletadas. O questionário do bloco domiciliar, do bloco do idoso e o questionário de saúde bucal constam nos Apêndices 4, 5 e 6 deste trabalho, respectivamente.

Tabela 4. Variáveis independentes de interesse.

Variável	Definição	Operacionalização	Forma de coleta
Sexo	Observada pelo entrevistador	Masculino e feminino	Categórica dicotômica
Faixa etária	Referida	Em anos completos	Numérica discreta
Escolaridade	Referida	Em anos completos	Numérica discreta
Nível econômico	Referida	Classificação da ABEP (A, B, C, D e E)	Categórica ordinal
Cor da pele	Referida	Branca, preta, parda, amarela e indígena	Categórica politômica
Com quem o indivíduo vive	Referida	Sozinho(a) com ou sem companheiro(a), esposo(a), mãe/pai, filho(a), outros	Categórica politômica
Plano odontológico	Referida	Sim ou não	Categórica dicotômica
Tipo de serviço odontológico utilizado	Referida	Público do posto de saúde, público não sendo do posto de saúde e convênio, privado	Categórica politômica
Problema de saúde bucal	Referida	Sim ou não	Categórica dicotômica

Continua.

Continuação.

Razão pela última consulta com o dentista	Referida	Consulta de urgência, tratamento convencional e revisão	Categórica politômica
Número de dentes naturais (arcada superior)	Referida	Unidade	Numérica discreta
Número de dentes naturais (arcada inferior)	Referida	Unidade	Numérica discreta
Uso de prótese dentária	Referida	Sim ou não	Categórica dicotômica
Necessidade de utilizar prótese dentária	Referida	Sim ou não	Categórica dicotômica
Autopercepção de saúde bucal	Referida	Muito boa, boa, regular, ruim ou muito ruim	Categórica politômica
Tabagismo	Referida	Fumante, ex-fumante e nunca fumou	Categórica politômica
Consumo de álcool	Referida	Sim ou não	Categórica dicotômica
Depressão	Referida	Sim ou não	Categórica dicotômica

5.6 Seleção, treinamento de entrevistadores e estudo-piloto

Para a realização das entrevistas serão treinados durante 40 horas, em cinco dias consecutivos, 20 candidatos. Este treinamento consistirá da leitura de cada um dos questionários e dos respectivos manuais de instrução e aplicação do questionário em duplas e perante todos os treinados. Esta etapa deverá incluir o manejo das duas versões do questionário: papel e eletrônica. No caso da versão eletrônica, os treinados deverão familiarizar-se com especificidades da operação dos tablets.

Previamente à coleta de dados, será colocado em prática um estudo-piloto (a definir local), que tem como finalidade testar o enunciado das questões, familiarizar o entrevistador com o questionário e os tablets, bem como tentar reproduzir as mesmas condições da realização do trabalho de campo a fim de melhor definir sua logística.

5.7 Logística

Este estudo será coordenado por professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Rio Grande – FURG e será supervisionado por 15 alunos do mestrado em Saúde Pública da turma 2016-2017 e por 1 doutorando do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - FURG. A coleta de dados será em regime de consórcio, no qual cada um dos mestrandos e doutorandos terá seu desfecho de interesse coletado de acordo com os objetivos gerais propostos neste projeto.

Para a aplicação diária dos questionários se deslocarão duas (ou três) equipes de três mais um supervisor (mestrando, doutorando ou um dos coordenadores do estudo) e um motorista (o número de equipes será definido) os quais irão às residências de coleta com viaturas e motoristas cedidos para o estudo pela Universidade Federal do Rio Grande e pela Secretaria Municipal de Saúde de Rio Grande. Irá ser feita uma logística por localidade, aonde no início da tarde cada entrevistador irá para um domicílio e o supervisor ficará dando apoio e auxiliando cada um dos entrevistadores.

Os questionários eletrônicos serão aplicados em tablets por meio do aplicativo RedCap®. Diariamente, ao final da coleta de dados, os supervisores serão encarregados de levar os tablets para o QG do consórcio. Neste local, um dos mestrandos será responsável pelo envio dos dados através de conexão com internet, para o servidor disponível na página www.redcap.furg.br. Ao terminar o envio dos dados e, após conferência de que todos os questionários tenham sido corretamente enviados e armazenados no servidor, os questionários serão apagados dos tablets, que deverão ser desligados e terão suas baterias recarregadas para a coleta do dia seguinte. Irão ser levados questionários impressos para possíveis imprevistos com os tablets. Diariamente, serão feitas cópias de segurança do banco de dados em planilhas do software *Microsoft Excel*®. Além disso, os mestrandos responsáveis pelo banco de dados enviarão semanalmente um relatório com erros, inconsistências e variáveis não respondidas a todos os mestrandos. Cada um destes será responsável por revisar e detectar problemas em suas variáveis, bem solicitar correção dos dados inconsistentes/incorretos.

5.8 Controle de qualidade

O controle de qualidade será realizado por meio de repetição de 5% de parte das entrevistas pelos supervisores do estudo. Estas entrevistas serão escolhidas de forma aleatória e o grau de concordância entre a resposta obtida pelo entrevistador e pelos supervisores será avaliado utilizando-se do teste kappa. As duas questões utilizadas para a utilização dos serviços odontológicos em idosos serão: “Qual foi o tipo de serviço que o(a) Sr.(a) utilizou na última consulta?” e “Qual foi a razão que levou o(a) Sr.(a) utilizar o dentista na última consulta?”.

5.9 Processamento e análise dos dados

Todas as informações serão coletadas através de um amplo questionário a ser aplicado em tablets, através do programa RedCap (Research Electronic Data Capture). Serão obtidas informações sobre as seguintes características das famílias: renda nominal e ocupação de todos os residentes no domicílio que trabalharam no mês anterior a entrevista, nível de escolaridade das mulheres em idade fértil, do chefe da família e dos idosos, condições de habitação e saneamento, aglomeração familiar, classe econômica segundo ANEP e recebimento de benefício de programas sociais governamentais. Os desfechos de interesse para cada população também serão avaliados através de questionário. Considerando que os dados serão coletados em tablets, o passo seguinte, ao final de cada dia de entrevistas será o envio dos dados armazenados nos tablets para o servidor da FURG através de conexão *wifi*. Posteriormente, no próprio servidor, será realizada uma revisão dos dados para identificar possíveis erros e inconsistências. Além disso, será realizado *backup* do banco de dados em planilha do *Microsoft Excel* para garantir que não haja perda das informações.

Ao final da etapa de entrevistas, um banco de dados limpo e sem informações que permitam a identificação dos indivíduos será exportado para o programa estatístico *Stata14* para fins de análise. A prevalência do desfecho será calculada de acordo com as principais variáveis independentes. A significância estatística das associações nas análises bivariadas será avaliada por meio dos testes Qui quadrado de heterogeneidade ou Exato de Fisher. As razões de prevalência brutas e ajustadas serão calculadas através da Regressão de Poisson. A análise multivariada irá utilizar o

processo de seleção “background”, sendo mantidas no modelo as exposições com valor $p < 0,20$ e consideradas associadas aquelas com um $p \leq 0,05$.

5.10 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), conforme os preceitos da resolução 466/12 (BRASIL, 2013). Os princípios éticos também serão resguardados para os entrevistados através dos seguintes itens: obtenção de consentimento informado por escrito; garantia do direito de não participação na pesquisa e sigilo acerca da identificação dos respondentes. Serão levados em conta, ademais, os seguintes aspectos éticos.

5.10.1 Relação risco-benefício

A pesquisa envolve entrevistas domiciliares por meio de questionários previamente testados e padronizados. Não haverá nenhum exame e/ou medida invasiva aos participantes da pesquisa. Antes das entrevistas, os participantes serão informados sobre os procedimentos da pesquisa, tendo livre escolha para assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2). As entrevistas serão realizadas apenas mediante a assinatura do termo de consentimento. Portanto, essa pesquisa representa risco mínimo para os participantes. O único risco é de desconforto durante a entrevista e, se este for detectado, o procedimento será encerrado imediatamente. Apesar de o estudo não trazer benefícios diretos para os participantes, os resultados poderão contribuir indiretamente para nortear políticas públicas de promoção à saúde.

5.10.2 Responsabilidades dos pesquisadores e da instituição

Os pesquisadores envolvidos assumem o compromisso de zelar pela privacidade e pelo sigilo das informações que serão obtidas e utilizadas para o desenvolvimento desta pesquisa. As informações obtidas no desenvolvimento deste trabalho serão usadas para atingir o objetivo previsto, sempre respeitando a privacidade e os direitos individuais dos sujeitos da pesquisa. Em nenhuma hipótese

serão divulgados dados de ordem pessoal, como nome, endereço e telefone dos participantes.

Uma das questões do questionário de pesquisa (questão 9 do instrumento PHQ-9) avalia o risco de suicídio. Deste modo, torna-se necessário esclarecer que é de responsabilidade da pesquisadora que todos os indivíduos que pontuarem valores 1, 2 ou 3 nesta questão (ou seja, que apresentarem risco de suicídio) serão encaminhados para atendimento gratuito junto às unidades de saúde mental do município de Rio Grande.

5.10.3 Infraestrutura dos locais de pesquisa

A instituição envolvida na pesquisa (Universidade Federal do Rio Grande – FURG) possui a infraestrutura necessária para a realização dos procedimentos previstos nesta pesquisa, no que diz respeito à equipe técnica, laboratórios, salas de aula e demais equipamentos.

5.10.4 Monitoramento da segurança dos dados

A validade dos questionários completados será verificada semanalmente e serão armazenados pelo período de cinco anos. Os dados referentes ao trabalho de campo ficarão arquivados em um computador, sob responsabilidade do responsável pelo estudo.

6 Publicação dos resultados

Os resultados desta pesquisa serão tornados públicos por meio de trabalhos apresentados em congressos e artigos publicados em periódicos científicos. Também está previsto a apresentação dos resultados para a imprensa local e para as coordenadorias afins da Prefeitura Municipal de Rio Grande.

7 Orçamento

Este projeto de pesquisa foi orçado em R\$ 42.919,00 (quarenta e dois mil novecentos e dezenove reais). Os tablets serão utilizados para entrada imediata de dados provenientes da aplicação dos questionários. O restante será utilizado principalmente no pagamento de pessoal, aquisição de material de consumo e compra

de combustível a ser utilizado em veículo cedido pela prefeitura municipal de Rio Grande para deslocamento até os domicílios da área rural.

O presente projeto será financiado pela Pastoral da Criança, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e por alunos dos programas de pós-graduação em Saúde Pública e em Ciências da Saúde da FURG.

A seguir, é apresentado um quadro com a descrição dos gastos do projeto.

Tabela 5. Gastos específicos.

CAPITAL	Custo em R\$	
	Unitário	Total
Material permanente: - 8 tablets RAM 1.5 GB, MEMÓRIA 8GB, Processador 1.3 GHZ, tela LED 9.6'.	800,00	6.400,00
Subtotal (a)		6.400,00
CUSTEIO	Custo em R\$	
	Unitário	Total
Material de consumo: - 12 manuais de instrução; - 50 pacotes papel sulfite 75g 210x297; - 04 cartuchos de toner laserjet; - 15 pranchetas poliestireno com prendedor; - 3.000 litros de combustível.	15,00 12,60 221,00 15,00 4,00	180,00 630,00 884,00 225,00 12.000,00
Subtotal (b)		13.919,00
CUSTEIO	Custo em R\$	
	Unitário/Mensal	Total
Serviços de terceiros: - 06 entrevistadores (4 meses).	6 x 4 x 1.200,00	28.800,00
Subtotal (c)		28.800,00
TOTAL GERAL (a + b + c)		49.119,00

8 Cronograma

Período	2016										2017												
	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
Atividades																							
Revisão da literatura		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■			
Elaboração do projeto						■	■	■	■	■													
Qualificação do projeto										■													
Envio ao comitê de ética									■	■	■												
Seleção e treinamento dos entrevistadores												■											
Estudo piloto												■											
Coleta de dados													■	■	■								
Controle de qualidade													■	■	■								
Digitação dos dados													■	■	■								
Verificação e limpeza do banco de dados														■	■	■	■						
Análise de consistência																■	■	■					
Análise final																■	■	■	■				
Redação do artigo																		■	■	■			
Defesa da dissertação																				■			
Apresentação pública																						■	
Divulgação dos resultados																							■

9 Referências bibliográficas

Adams C, Slack-Smith L, Larson A, O'grady M. Dental visits in older Western Australians: a comparison of urban, rural and remote residents. *Australian Journal of Rural Health* 2004; 12:143-49.

Almeida CS, De Barros Miotto MHM, Barcellos LA. O perfil do usuário do serviço odontológico do município de São Mateus-ES. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research* 2007; 9:8-5.

Andersen RM, Davidson PL. Ethnicity, aging, and oral health outcomes: a conceptual framework. *Advances in Dental Research* 1997; 11:203-09.

Arcury TA, Savoca MR, Anderson AM, Chen H, Gilbert GH, Bell RA., Quandt SA. Dental care utilization among North Carolina rural older adults. *Journal of public health dentistry* 2012; 72:190-97.

Austregésilo SC, Leal MCDC, Marques APDO, Vieira JDCM, Alencar DLD. Elderly's accessibility to oral health services: an integrative review. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* 2015; 18:189-99.

Bommireddy VS, Koka KM, Pachava S, Sanikommu S, Ravoori S, Chandu VC. Dental Service Utilization: Patterns and Barriers among Rural Elderly in Guntur District, Andhra Pradesh. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR* 2016; 10:ZC43.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União; 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, DF; 2004. 16 p.

Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2010: condições de saúde bucal da população brasileira: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Passo a passo das Ações da Política Nacional de Saúde Bucal; 2016. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/passoa_passo_ceo.pdf.

Colussi CF, De Freitas SFT. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil
Epidemiological aspects of oral health among the elderly in Brazil. Cad. Saúde Pública 2002; 18:1313-320.

De Faria Viana AA, Gomes MJ, De Carvalho RB, De Oliveira E. Acessibilidade dos idosos brasileiros aos serviços odontológicos. Revista da Faculdade de Odontologia-UPF 2011.

Dolan TA, Corey CR, Freeman HE. Older Americans' access to oral health care. Journal of dental education 1988; 52:637-42.

Frare SM, Limas PA, Albarello FJ, Pedot G, Régio RAS. Terceira idade: quais os problemas bucais existentes? Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent 1997; 51:573-6.

Gift HC, Newman JF. How older adults use oral health care services: results of a National Health Interview Survey. The Journal of the American Dental Association 1993; 124:89-3.

Gordis L. Epidemiology. Saunders 2009; 247-263.

Hiramatsu DA, Tomita NE, Franco LJ. Tooth loss and the image of the dentist in a group of senior citizens. Ciência & Saúde Coletiva 2007; 12:1051-56.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico, 2010. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2011.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2016.

Kina S, Conrado CA, Brenner AJ, Kurihara E. O ensino da estomatogeriatría no Brasil: A experiência de Maringá. *Rev. Odontol. Univ. São Paulo* 1996; 10:69-3.

Kiyak HA, Reichmuth M. Barriers to and enablers of older adults' use of dental services. *Journal of Dental Education* 2005; 69:975-86.

Lima-Costa MF, Veras R. Saúde pública e envelhecimento. *Cadernos de Saúde Pública* 2003; 19:700-01.

Locker D, Ford J. Evaluation of an area-based measure as an indicator of inequalities in oral health. *Community dentistry and oral epidemiology* 1994; 22:80-5.

Mariño RJ, Khan AR, Tham R, Khew CW, Stevenson C. Pattern and factors associated with utilization of dental services among older adults in rural Victoria. *Australian dental journal* 2014; 59:504-10.

Martins AMEBL, Barreto SM, Pordeus IA. Uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros. *Rev Panam Salud Publica* 2007; 22:308-16.

Matos DL, Giatti L, Lima-Costa MF. Socio-demographic factors associated with dental services among Brazilian older adults: a study based on the National Household Sample Survey. *Cadernos de Saúde Pública* 2004; 20:1290-297.

Moreira RS, Nico LS, Tomita NE, Ruiz T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Cad Saúde Pública* 2005; 216:1665-75.

Padilha DMP, Baldisserotto J, Soll L, Bercht S, Petry P. Odontogeriatría na universidade: Para não perder tempo. Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre 1998; 39:14-6.

Pereira AC, Silva FRB, Meneguim MC. Prevalência de cárie e necessidade de prótese em uma população geriátrica institucionalizada cidade de Piracicaba-SP. Robrac 1999; 26:17-01.

Pucca Júnior GA. A saúde bucal do idoso? Aspectos demográficos e epidemiológicos. Medcenter 2000.

Ramos LR, Veras RP, Kalache A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. Rev Saúde Pública 1987; 21:211-24.

Rouquayrol MZ, Filho NA. Epidemiologia & Saúde. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 2003; 736p.

Rothman KJ, Greenland S. Modern epidemiology. U.S.A.: Lippincott-Raven 1998.

Saliba CA, Saliba NA, Marcelino G, Moimaz SAS. Saúde bucal dos idosos: uma realidade ignorada. Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent 1999; 53:279-82.

Siqueira LGR. Procedimentos Odontológicos: Um estudo de demanda em unidades básicas de saúde no município do Rio Grande, RS. Dissertação de Mestrado Profissional. Universidade Federal de Pelotas 2014.

Sobrinho L. Das bocas famintas às sorridentes: uma análise da Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil. Diss. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães 2014.

Travassos C, Castro MSMD. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. Políticas e sistemas de saúde no Brasil 2008; 215-243.

Wu B. Dental service utilization among urban and rural older adults in China—a brief communication. *Journal of Public Health Dentistry* 2007; 67:185-88.

Relatório do trabalho de campo

**RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO DO CONSÓRCIO 2016-2017 DO PROGRAMA
DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA/FURG**

O curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública (PPGSP) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) possui seu modelo de trabalho baseado no formato de um consórcio de pesquisa. Esse modelo de pesquisa propicia o trabalho conjunto de todos os mestrandos do programa, desde a elaboração dos instrumentos de pesquisa à coleta de dados.

O consórcio da turma de mestrandos 2016-2017 foi denominado “Saúde da população rural Rio-Grandina”. Seu objetivo geral era conhecer indicadores básicos de saúde e o padrão de morbidade e de utilização e acesso a serviços de saúde em três grupos populacionais residentes nesta área: crianças menores de cinco anos e suas mães, mulheres em idade fértil (15 a 49 anos) e idosos (60 anos ou mais). Além deste objetivo geral, foram incorporados os objetivos específicos de cada pós-graduando(a), conforme apresentado no quadro 1.

Quadro 1. Descrição dos alunos, graduação, população de estudo e tema de pesquisa do consórcio de 2016-2017 do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública/FURG.				
	Aluno(a)	Graduação	População	Tema de pesquisa
1	Adriana Camerini	Odontologia	Crianças	Saúde bucal
2	Aline Henriques Perceval	Fisioterapia	Idosos	Apneia do sono
3	Alessandra Coelho Dziekaniak	Medicina	Idosos	Incontinência urinária
4	Andrea Silveira Lourenço	Psicologia	Mulheres	Violência psicológica
5	Fabiana da Silva Fernandes	Enfermagem	Crianças	Sibilância recorrente
6	Fernanda de Castro Silveira	Nutrição	Mulheres	Consumo alimentar
7	Franciane M. Machado Schroeder	Odontologia	Idosos	Serviços odontológicos
8	Luiza Santos Ferreira	Psicologia	Idosos	Serviços de atenção primária
9	Mariana Lima Corrêa	Psicologia	Idosos	Depressão
10	Nathalia Matties Maas	Nutrição	Domicílios	Insegurança alimentar
11	Otávio Amaral de Andrade Leão	Educação Física	Idosos	Comportamento Sedentário
12	Pedro San Martin Soares	Psicologia	Mulheres	Transtornos mentais comuns
13	Sabrina Silveira Leite	Enfermagem	Crianças	Adequação do pré-natal
14	Stephanie Jesien	Fisioterapia	Idosos	Curandeiros e benzedeiras
15	Vitória dos Santos Alam	Nutrição	Idosos	Comportamento alimentar
16	Priscila Arruda da Silva	Enfermagem	-	-
17	Seiko Nomiya	Enfermagem	-	-

1 Organização do consórcio

O "Estudo Saúde da população rural Rio-Grandina" foi coordenado pelos professores Rodrigo Dalke Meucci e Juraci Almeida Cesar. O trabalho de campo foi supervisionado por uma equipe de dezessete pós-graduandos, que incluiu, além dos 15 mestrandos e uma pós-doutoranda do PPGSP, uma doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da FURG.

Para otimização dos trabalhos, os pós-graduandos foram alocados nas seguintes comissões:

a) Elaboração dos questionários: responsável pela estruturação dos questionários na versão em papel;

b) Elaboração do manual de instruções: responsável pela elaboração dos manuais de instruções, contendo informações acerca de todas as perguntas e alternativas presentes nos questionários;

c) Banco de dados e questionário eletrônico: responsável por programar o questionário eletrônico no programa *RedCap*[®] a partir do questionário da versão em papel. Além disso, no decorrer da coleta de dados, esta comissão foi responsável pelo envio dos dados dos tablets para o servidor <http://redcap.furg.br/>, bem como pela limpeza do banco de dados e verificação/correção de inconsistências;

d) Controle de qualidade: responsável pela elaboração e aplicação de uma versão reduzida dos questionários para verificação da consistência das respostas através da reentrevista de 10% dos indivíduos de cada uma das populações;

e) Mapeamento dos setores e registro de campo: responsável por mapear os setores censitários da área rural e planejar trajetos, além de monitorar os números de domicílios, indivíduos, pendências, perdas e recusas;

f) Organização financeira: responsável pela gestão das finanças do consórcio, incluindo compra de materiais, aluguel de veículos, pagamento de pessoal e prestação de contas;

g) Folder: responsável pela elaboração e diagramação do folder de divulgação do estudo, o qual foi distribuído em todos os domicílios visitados pela equipe deste consórcio (Apêndice 3).

2 Instrumentos e manuais de instruções

Foram elaborados quatro questionários, sendo um bloco domiciliar, bloco do idoso, bloco para mulheres de 15-49 e bloco para crianças menores de 5 anos.

O questionário do bloco domiciliar era respondido pelo chefe do domicílio, preferencialmente alguém com 18 anos ou mais. Este questionário avaliou aspectos socioeconômicos e demográficos da família, participação em programas de transferência de renda (Bolsa Família), criação de animais, cultivo de alimentos, doenças genéticas na família, planos de saúde e uma escala reduzida da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar.

O questionário para idosos foi aplicado em indivíduos com 60 anos ou mais de idade. Foram investigados aspectos relacionados à saúde física e mental, acesso a serviços de saúde, utilização de serviços de benzedeiras, aspectos comportamentais (consumo de álcool, tabagismo, atividade física), comportamento sedentário, comportamento alimentar e utilização de serviços odontológicos.

O questionário das mulheres foi aplicado a mulheres de 15 a 49 anos e/ou mães de crianças com menos de cinco anos. Foram avaliados aspectos relacionados à saúde reprodutiva, transtornos mentais comuns, consumo alimentar, violência psicológica e comportamento (consumo de álcool, tabagismo, atividade física)

O questionário das crianças foi aplicado às mães de menores de cinco anos de idade. Foram avaliados aspectos relacionados à adequação da assistência ao pré-natal, sibilância recorrente, saúde bucal, vacinação e alimentação. Peso e altura/comprimento da criança foram aferidos ao final das entrevistas.

3 Seleção e treinamento de entrevistadoras para aplicação dos questionários em papel

O treinamento das entrevistadoras com o questionário na versão em papel foi realizado entre os dias 10 e 13 de abril de 2017, totalizando uma carga horária de 32 horas (quadro 2). Ao final das apresentações de cada um dos blocos de questionários (domiciliar, mulher em idade fértil, criança e idoso), as candidatas simularam a aplicação dos instrumentos com os pós-graduandos. No último dia de treinamento foi realizado o estudo piloto num setor censitário da área rural de Rio Grande. Os

domicílios abordados no estudo piloto foram excluídos do processo de amostragem realizado durante a coleta de dados.

Ao final do treinamento, foram selecionadas seis candidatas, ficando uma como suplente.

Quadro 2. Cronograma do treinamento das entrevistadoras realizado no ano de 2017. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública/FURG.

Programação	10/abril	11/abril	12/abril	13/abril
Apresentação geral do consórcio.				
Apresentação do bloco domiciliar.				
Simulação do bloco domiciliar.				
Apresentação do bloco para mulheres em idade fértil.				
Simulação do bloco para mulheres em idade fértil.				
Apresentação do bloco para crianças.				
Simulação do bloco para crianças.				
Treinamento de medidas antropométricas: peso e altura/comprimento de crianças.				
Apresentação do bloco para idosos.				
Simulação do bloco para idosos.				
Estudo piloto				

3.1 Treinamento de entrevistadoras para aplicação dos questionários eletrônicos

Após três semanas de coleta de dados com os questionários em papel, foi realizado um novo treinamento, dessa vez utilizando os questionários eletrônicos em tablets, através do aplicativo móvel *RedCap*[®]. Esse treinamento foi realizado em duas tardes, totalizando uma carga horária de oito horas.

4 Amostragem

A zona rural do município de Rio Grande é constituída por 24 setores censitários com cerca de 8500 habitantes distribuídos em aproximadamente 2700 domicílios permanentemente habitados.

Para a seleção de idosos e mulheres de 15-49 anos, utilizou-se um processo de amostragem de modo a selecionar 80% dos domicílios da zona rural. Este processo foi

realizado através do sorteio de um número entre "1" e "5", sendo que o número sorteado correspondeu ao domicílio considerado pulo. Por exemplo, no caso do número "3" ter sido sorteado, todo domicílio de número "3" de uma sequência de cinco domicílios não era amostrado, ou seja, era pulado. Este procedimento garantiu que fossem amostrados quatro em cada cinco domicílios.

Para a seleção das crianças menores de 5 anos, foi realizado um censo dos domicílios da zona rural. Deste modo, mesmo os domicílios pulados no processo de amostragem para idosos e mulheres entre 15-49 anos foram abordados para verificar se haviam moradores menores de 5 anos de idade. Em caso afirmativo, a mãe era entrevistada através aplicação dos questionários da criança e domiciliar, além de realizadas as medidas antropométricas da criança.

5 Logística do trabalho de campo

O trabalho de campo iniciou no dia 17 de abril de 2017 e encerrou em 29 de outubro do mesmo ano. Inicialmente, a coleta de dados era realizada de segunda à sexta-feira, das 12:00 às 19:00 horas. Posteriormente, passou a ser feita também nos finais de semana.

Para organização da coleta de dados, os pós-graduandos foram alocados em três escalas semanais de trabalho. A primeira, realizada no turno da manhã, era destinada à organização da sala do consórcio, denominada de Quartel General (QG). O supervisor escalado tinha a responsabilidade de providenciar os materiais necessários à coleta de dados que seria realizada no turno da tarde. Todo material devia ser organizado em seis pastas individuais para cada entrevistadora (caneta, lápis, borracha, questionários em papel, *tablets*, termos de consentimento, folders). Além disso, eram organizadas caixas com balanças, estadiômetros e bolsas de pesagem de crianças.

A segunda escala, também matutina, era referente à comissão do questionário eletrônico, composta por dois membros que se revezavam diariamente para envio de dados e revisão/correção de inconsistências.

A terceira escala organizou os pós-graduandos para a supervisão da coleta de dados. Foi elaborada de modo a garantir a presença de pelo menos dois supervisores

em campo junto às entrevistadoras. Nessa escala, um supervisor trabalhava a semana inteira enquanto os outros se alternavam durante os dias de semana.

O deslocamento diário das equipes foi realizado predominantemente por viaturas oficiais conduzidas por motoristas da FURG. Adicionalmente, para agilizar a coleta de dados, foi utilizada uma viatura com motorista da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Grande, a qual foi cedida por cerca de 40 dias úteis. Também foram utilizados veículos alugados custeados pelo próprio consórcio, além de carros particulares de alguns mestrandos e do coordenador.

5.1 Abordagem de domicílios

Sempre que chegava em um domicílio elegível amostrado, ou não amostrado com morador menor de 5 anos de idade, o supervisor lhe atribuía um número na planilha de domicílios. Em seguida, abordava os moradores, explicando o estudo, entregando o folder de divulgação e convidando os participantes elegíveis a participar. Mediante aceite, o supervisor apresentava a entrevistadora que, após leitura e assinatura do termo de consentimento, aplicava o questionário correspondente à faixa etária do(s) entrevistado(s), mais o bloco domiciliar ao chefe do domicílio.

5.2 Organização de trajetos e domicílios

A equipe responsável pelos trajetos e planilhas de domicílios organizou os mapas e trajetos de modo que os supervisores soubessem para quais localidades deveriam se deslocar. Isso foi feito de modo a permitir a identificação de domicílios pendentes e/ou finalizados. Do mesmo modo, era feita a descrição dos locais onde a coleta de dados havia parado, viabilizando a continuidade do trajeto no dia seguinte.

As planilhas de controle de trabalho de campo foram elaboradas para que os supervisores anotassem os registros dos domicílios e trajetos percorridos. Primeiramente, o supervisor deveria preencher a planilha com informações do domicílio (número de identificação e endereço), as populações identificadas (crianças menores de 5 anos, mulheres de 15-49 anos e idosos) e a situação do domicílio (pulo, vazio ou ineligível). Ao final da planilha, eram anotados os domicílios com alguma pendência e que, portanto, deveriam ser revisitados. No decorrer do trabalho de campo foi adicionada a coluna "status do domicílio" na qual foi convencionada a

seguinte simbologia: “OK” se o domicílio estava completo com todos os questionários realizados; “P” para pendente; “V” para vazio; “INE” inelegível; “?” se a população não tinha sido identificada por porteira fechada ou falta de acesso ao domicílio; “RE” recusa; e “X” para os domicílios que eram pulo.

Também foram adicionadas colunas para registrar os nomes dos indivíduos elegíveis e telefone para contato. Os endereços deveriam ser anotados com o máximo possível de informações de pontos de referência e aspectos da moradia (cor, tipo de construção, etc.) para facilitar o retorno quando necessário.

No início da coleta de dados os trajetos eram feitos de acordo com as delimitações dos setores censitários a partir dos mapas fornecidos pelo IBGE. Entretanto, para otimizar as saídas de campo e aumentar o número de entrevistas realizadas por dia, foram planejados trajetos que incluíam mais setores. Por exemplo, a BR 471 (estrada Rio Grande-Chuí) passa por 7 setores censitários, assim, o supervisor levava todas as planilhas dos setores incluídos na BR 471 e arredores.

Adicionalmente, alguns trajetos tiveram que ser reorganizados em decorrência da dificuldade de acesso. Assim, foram designadas equipes de supervisores e entrevistadoras para viabilizar a identificação de domicílios e realização das entrevistas nas localidades remotas ou de difícil acesso. Conforme este planejamento em dias específicos, a coordenação do estudo solicitou a saída a campo com caminhonetes com tração nas quatro rodas, de acordo com a disponibilidade do setor de viaturas da FURG e/ou da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Grande.

5.3 Revisão/Codificação e digitação dos questionários em papel

Durante as três primeiras semanas do trabalho de campo, as entrevistas foram realizadas em questionários de papel sendo estes, posteriormente, revisados, codificados e digitados no programa *RedCap*®.

5.4 Banco de dados e questionário eletrônico

Após a elaboração e preparo do questionário eletrônico, a partir da quarta semana de trabalho de campo, os dados passaram a ser coletados através de *tablets* utilizando o programa *RedCap*®. Os dados armazenados nos *tablets* eram diariamente enviados para o servidor da FURG (redcap.furg.br) através de conexão com a *internet*.

Semanalmente, no próprio servidor, era realizado um controle de qualidade dos dados (*ferramenta "data quality"*) para a identificação de variáveis sem resposta ou com algum erro. Nestes casos, os questionários retornavam às entrevistadoras para correção das informações. Após correção, os dados eram novamente enviados ao servidor. Adicionalmente, era realizado um *backup* semanal do banco de dados em planilha do *Microsoft Excel*[®] para garantir que não houvesse perda de informações.

Ao final do trabalho de campo, foram feitas correções adicionais nos bancos de dados e todas as informações que permitiam a identificação dos indivíduos foram excluídas dos bancos enviados aos pós-graduandos para fins de análise no programa estatístico *Stata14*[®].

5.5 Controle de qualidade

Foi aplicada uma versão reduzida de cada instrumento (domiciliar, idosos, crianças até 5 anos e mulheres 15-49 anos) em 10% dos indivíduos entrevistados. Os indivíduos reentrevistados foram sorteados a partir de uma listagem semanal das entrevistas realizadas. As reentrevistas foram realizadas pelos mestrandos por meio de ligações telefônicas iniciadas em 15 de maio de 2017.

Ao final do controle de qualidade, foram aplicados 226 questionários domiciliares (13,8%), 38 questionários de crianças (10,2%), 113 questionários de mulheres em idade fértil (10,5%) e 105 questionários de idosos (10,2%).

Em seguida, foi calculada a estatística Kappa que variou do seguinte modo entre as variáveis analisadas, conforme o instrumento:

- bloco domiciliar: 0,52 a 0,94;
- bloco idosos: 0,50 a 0,88;
- bloco para mulheres de 15-49 anos: 0,51 a 0,97;
- bloco para crianças: 0,68 a 0,84.

Deste modo, a concordância das questões utilizadas nos quatro instrumentos utilizados variou entre boa a excelente.

6 Números gerais da pesquisa

Ao final do trabalho de campo, foram identificados 4.189 domicílios na área rural do município de Rio Grande, sendo 2.669 domicílios permanentes e 1.419 desocupados ou com moradores temporários (somente finais de semana/temporada). Não foi possível obter informações de moradores ou vizinhos de 110 domicílios mesmo após três ou mais tentativas.

Dos 2.669 domicílios que apresentavam moradores permanentes, foram amostrados 2218, o que corresponde a uma amostragem de 83,1% dos domicílios da área rural de Rio Grande. Deste total de domicílios amostrados, 1785 eram elegíveis, ou seja, tinham moradores de ao menos uma das três populações de interesse (crianças menores de cinco anos, mulheres entre 15 e 49 anos ou idosos) (Quadro 3). Do total de domicílios elegíveis amostrados, o percentual de perdas e recusas foi de 8,4%.

Quadro 3. Descrição do processo de identificação e amostragem de domicílios da zona rural de Rio Grande, RS. Consórcio 2016-2017 do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública/FURG.

Total de domicílios encontrados	Total de domicílios com moradores permanentes	Total de domicílios amostrados	Total de domicílios amostrados com população elegível
4189	2669	2218	1785

Os dados referentes a cada população específica do estudo, incluindo perdas e recusas estão descritos no quadro 4.

Quadro 4. Totais das populações estudadas no Consórcio 2016-2017 do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública/FURG.

População	Identificados	Amostrados	Perdas	Recusas	% Total de Perdas e Recusas
Crianças	360	360 (100%)	14 (3,9%)	3 (0,8%)	4,7%
Mulheres em idade fértil	1.391	1.199 (86,2%)	103 (8,6%)	17 (1,4%)	10,0%
Idosos	1.351	1.131 (83,7%)	78 (7,0%)	22 (1,9%)	8,9%

7 Aspectos éticos

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande sob o parecer Nº 51/2017, processo 23116.009484/2016-26. Idosos e mulheres com idade entre 18-49 anos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. As adolescentes de 15-17 anos assinaram o termo de assentimento e todos os responsáveis pelos menores de 18 anos assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

7.1 Encaminhamentos de saúde mental

O questionário dos idosos incluiu o *Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9)*, o qual é um instrumento utilizado para rastreio de sintomas depressivos que possui uma questão específica referente à ideação suicida. Todos os idosos que responderam afirmativamente para esta pergunta foram contactados para oferta de encaminhamento às Unidades Básicas de Saúde da área rural de Rio Grande, conforme acordado com a Secretaria Municipal de Saúde.

8 Orçamento

A pesquisa recebeu financiamento da Pastoral da Criança, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e dos próprios pós-graduandos. O custo total deste consórcio de pesquisa foi de R\$ 48.995,00 (quarenta e oito mil novecentos e noventa e cinco reais). A maior parte deste montante foi utilizada para pagamento de entrevistadoras, aluguel de carro, custeio de combustível, confecção de camisetas e compra de materiais de escritório.

9 Apoio

A execução deste consórcio de pesquisa teve apoio logístico e organizacional da Faculdade de Medicina da FURG, coordenação do PPGSP, Pró-Reitoria de Infra-Estrutura/Divisão de Transportes/FURG e Secretaria Municipal de Saúde/Coordenação da Estratégia em Saúde da Família/Setor de Viaturas/ Prefeitura Municipal de Rio Grande.

10 Relato individual da participação no consórcio

Participar do consórcio e estar inserida no trabalho de campo foi uma grande experiência. O número de pessoas entrevistadas que seriam o “N” final do estudo era enorme, então, as atividades foram divididas meses antes das entrevistas serem realizadas. O meu grupo de trabalho nessas primeiras atividades foi o que elaborou os manuais dos questionários, os quais serviriam de alicerce para as entrevistadoras e demais participantes do estudo. Nesses manuais foram explicadas todas as questões dos questionários. Posteriormente, participei do treinamento das entrevistadoras, onde podemos ter noção, também, de como ficaram os questionários e como seriam as entrevistas.

Logo após a semana de treinamento as atividades de campo iniciaram, no mês de abril. Foi elaborada uma escala onde todos os participantes do campo estavam inseridos para a divisão do trabalho. Os mestrandos que estavam no consórcio tiveram a função de supervisores de campo. Tínhamos a responsabilidade de no dia da supervisão: ir ao QG (localizado na FURG) pegar os questionários (tanto impressos quanto eletrônicos), instrumentos de campo (balanças, pastas, mapas); guiar o caminho para o setor que iríamos; apresentar o estudo às pessoas elegíveis para a pesquisa, organizar os pulos e demais componentes do processo amostral, recolher todo o material e retornar ao QG para o trabalho de campo ser retomado no dia seguinte. Durante os meses da coleta, participei também do controle de qualidade, onde realizei ligações para os entrevistados sorteados para averiguar, posteriormente, se as questões respondidas eram repetidas da mesma forma. O trabalho de campo foi desenvolvido em torno de oito meses. Sendo assim, todos os componentes envolvidos tiveram a oportunidade de conhecer praticamente todos os setores da zona rural de Rio Grande, desde os aspectos geográficos até a realidade da população que participou

da pesquisa. Por fim, creio que seja importante salientar que muitos alunos não possuem a oportunidade de participar de um consórcio desta magnitude e ter a experiência de uma pesquisa em campo, principalmente a nível de mestrado, o que com certeza proporciona alguma noção da aplicação das pesquisas epidemiológicas.

Adaptações no projeto de pesquisa

1 Variável dependente

A variável dependente foi a utilização dos serviços odontológicos nos 12 meses anteriores à entrevista, sendo categorizada de forma dicotômica (sim/não).

2 Variáveis independentes

Para as análises do artigo, a maior parte das variáveis foi utilizada em análises com diferentes categorizações das propostas no projeto. São elas:

- Idade: 60-64; 65-69; 70-74; 75-79 e ≥ 80 .
- Cor da pele: branca/outra.
- Escolaridade (anos completos): 0; 1-3; 4-7 e ≥ 8 .
- Classe econômica (ABEP): A/B; C e D/E.
- Situação conjugal: sem companheiro(a)/com companheiro(a).
- Tabagismo: nunca fumou/fumou ou fuma.
- A variável referente ao consumo de álcool seria coletada, inicialmente, através do instrumento AUDIT - Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool; porém, as informações foram obtidas no questionário final de forma referida, sendo que a utilizada foi consumo de álcool no último mês: sim/não.
 - Autopercepção de saúde bucal: muito boa/boa; regular e ruim/muito ruim.
 - Foi criada a variável “número de dentes arcadas superior e inferior” a partir das variáveis “número de dentes arcada superior” e “número de dentes arcada inferior” e foi categorizada em quartis: 0-8; 9-16; 17-24 e ≥ 25 .

Normas da revista

Revista Ciência e Saúde Coletiva

INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicado sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler e download, e para copiar e divulgar para fins educacionais.

Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates interpares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.

- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.

- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral*

1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço). Observação:

O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

Não há taxas e encargos da submissão

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.

3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. Os artigos submetidos à *C&SC* não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.

5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a

inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/> e <http://decs.bvs.br/>).

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).

5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar. Os gráficos gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) devem ser enviados em arquivo aberto com uma cópia em pdf.

6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw com uma cópia em pdf. Estes formatos conservam a informação vetorial, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado em boas condições para reprodução.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” 11 ...

ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade...”

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (incluir todos os autores)

Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Eqüidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl. 1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

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* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na

Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em:
<http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program].
Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Artigo

**Condição de saúde bucal e utilização de serviços entre idosos em área rural no Sul do
Brasil: estudo de base populacional**

Franciane Maria Machado Schroeder¹

Raúl Andrés Mendoza Sassi¹

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da
Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

Correspondência:

Franciane Maria Machado Schroeder – francimachados@gmail.com.

Avenida Borges de Medeiros, 1214, Apto. 403, Centro Histórico.

Porto Alegre – RS, Brasil – CEP: 90020-024.

TÍTULO

Condição de saúde bucal e utilização de serviços entre idosos em área rural no Sul do Brasil: estudo de base populacional.

RESUMO

Objetivos: Avaliar a saúde bucal, a utilização de serviços odontológicos e os fatores associados entre indivíduos com 60 anos ou mais residentes na área rural, em 2017, situados em município do extremo sul do Brasil. **Métodos:** Estudo transversal, de base populacional, realizado na zona rural de Rio Grande, Rio Grande do Sul. O processo amostral da coleta de dados foi aleatório sistemático. O desfecho foi ter utilizado serviços odontológicos nos 12 meses anteriores à data da entrevista. Características demográficas, socioeconômicas, facilitadoras, serviços de saúde e crenças foram analisadas como fatores associados à utilização. As análises estatísticas foram executadas no programa Stata® versão 14.0. Na análise multivariada foi utilizada a regressão de Poisson com cálculo das Razões de Prevalência e intervalos de confiança de 95%. **Resultados:** 1030 idosos foram entrevistados, sendo 49,9% (IC95% 47,3-52,8) edêntulos totais e tendo 13,9% (IC95% 11,8-16,2) consultado com dentista no último ano. A probabilidade de consultar foi maior em idosos do sexo feminino, com companheiros(as), com maior escolaridade, pertencentes aos melhores níveis econômicos e que referiram algum problema de saúde bucal que interferisse em seu cotidiano. Por outro lado, os idosos que relataram ser ex-fumantes ou fumantes consultaram menos. **Conclusões:** Os resultados apontam que a garantia de acesso a serviços de saúde de qualidade e o incentivo ao uso dos serviços entre a população idosa continua sendo o grande desafio da atenção à saúde bucal. Planejamentos em

saúde e ações intersetoriais devem ser reorganizados.

Palavras-chave: Serviços de saúde bucal; Saúde bucal; Idoso; População rural; Assistência odontológica.

TITLE

Oral health condition and use of services among the elderly in rural areas in the South of Brazil: population-based study.

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the oral health, the use of dental services and associated factors among individuals with 60 years old or older living, in 2017, in rural areas in Rio Grande, Rio Grande do Sul. **Method:** Populational cross-sectional study conducted in the rural area of Rio Grande, Rio Grande do Sul. The sample process was systematic random. The outcome was based on people who have used dental services in the last 12 months prior to the interview's date. Demographic, socioeconomic, facilitator, health services and belief characteristics were analyzed as factors associated with the use. Statistical analyzes were performed in the Stata® program version 14.0. In the multivariate analysis the Poisson regression was used to calculate the Prevalence Ratios and 95% confidence intervals. **Results:** 1030 elderly people were interviewed and among them, 49,9% (CI95% 47.3-52.8) were total edentulous and 13,9% (CI95% 11.8-16.2) have consulted with dentists in the last year. The probability of consulting was higher in female companions, with higher schooling, belonging to the best levels of and that they mentioned some oral health problem that would interfere with their

daily. On the other hand, being an ex-smoker or smoker decreased the probability of consulting. **Conclusions:** The results indicate that guaranteeing access to quality services and encouraging the use of services among the population care is still the major challenge of oral health care. Planning in health and intersectoral actions must be reorganized.

Keywords: Dental health services; Oral health; Elderly; Rural population; Dental care.

INTRODUÇÃO

Apesar do aumento demográfico atual dos idosos no Brasil demandar maiores cuidados em saúde, existe a crença de que consultas odontológicas são desnecessárias para essa faixa etária, devido aos altos índices de edentulismo.^{1,2} Esse contexto pode ser atribuído a um modelo assistencial que, por muito tempo, foi centrado em práticas mutiladoras, as quais resultaram em um quadro precário de saúde bucal, além de os serviços odontológicos não enxergarem esse grupo como prioridade.²⁻⁴

Quando a utilização dos serviços odontológicos se dá por intermédio de intervenções precoces e por meio de acompanhamentos frequentes e periódicos, são diversos os benefícios para a saúde bucal, além de possibilitar ações voltados para a promoção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.^{2,5-7} Os fatores que levam a procura por consultas médicas ou odontológicas são variados, alguns podendo ser descritos como fatores demográficos, econômicos, educacionais, psicológicos, perfis de morbidade, além de padrões de cultura e tradições populares que podem ser afetados pelas políticas de saúde vigentes e pelas características do sistema de saúde.⁷⁻⁹

Buscando alterar a realidade da condição de saúde bucal dos brasileiros, nos últimos anos, a organização dos serviços odontológicos públicos foi aprimorada com a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal. Os princípios centrais reorganizaram-se por meio da combinação de diretrizes e ações nos níveis individual e coletivo, englobando a inserção e ampliação à saúde bucal em todos os níveis de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS).¹⁰⁻¹²

No entanto, comparando os dois últimos levantamentos epidemiológicos nacionais, as Pesquisas Nacionais de Saúde Bucal realizadas em 2003 e 2010 (SBBrasil), mesmo com a grande melhora do índice CPO-D (dentes cariados, perdidos e obturados) na população jovem, entre os idosos de 65 a 74 anos o CPO-D praticamente não se alterou, ficando em 27,5 dentes em 2010, enquanto que, em 2003, a média era de 27,8 dentes, com a maioria correspondendo ao componente “extraído” ou “perdido”.^{13, 14} Essa perda dentária dos idosos, infelizmente, ainda é vista popularmente como parte do processo de envelhecimento e não como uma deficiência das políticas públicas que não são voltadas para a população adulta, para que possam chegar à senilidade com seus dentes naturais.¹⁵

Além da assistência à saúde bucal no Brasil ter sido historicamente restrita a uma gama limitada de procedimentos odontológicos oferecidos nos grandes centros urbanos e estes apresentarem maior concentração de serviços de saúde tanto públicos quanto privados, as áreas rurais brasileiras possuem piores indicadores de renda, saneamento básico e níveis de escolaridade.^{12,16,17} Tal cenário pode favorecer o aumento da carga de morbidades e agravos à saúde. O reconhecimento das necessidades dessa população, através de estudos epidemiológicos, torna-se imprescindível para o planejamento de intervenções realistas que visem melhorar o

acesso e a qualidade dos cuidados de saúde, a reorganização dos serviços e a redistribuição dos recursos assistenciais.^{12,18}

Visando ampliar as informações sobre o padrão de consultas odontológicas em zonas rurais, o presente estudo, teve como objetivo descrever a saúde bucal, a utilização de serviços odontológicos e os fatores associados entre indivíduos com 60 anos ou mais residentes na área rural, situados em município do extremo Sul do Brasil.

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo foi realizado na área rural do município de Rio Grande, Rio Grande do Sul. Para o ano de 2017, houve uma estimativa de 209.378 habitantes, sendo 4% desse total residentes em área rural.¹⁹ O delineamento do estudo é do tipo transversal, de base populacional e a população incluída foram indivíduos a partir de 60 anos de idade que residiam em zona rural. Indivíduos institucionalizados em asilos, hospitais ou incapacitados de responder as entrevistas foram excluídos.

Para estimar a prevalência do desfecho foi utilizado no cálculo do tamanho da amostra prevalência de 20%, erro de 2 pontos percentuais e nível de 95% de confiança, com acréscimo de 10% para perdas e recusas, resultando em 699 indivíduos. Para o cálculo dos fatores associados foram definidos os seguintes parâmetros: poder estatístico de 80% para encontrar um risco relativo (RR) de ao menos 2, nível de confiança de 95%, prevalência em não expostos de pelo menos 20% e razão de não expostos para expostos de ao menos 4:1, incluindo acréscimo de 10% para perdas e recusas e 20% para controle de possíveis fatores de confusão (N = 762).

A área rural do município de Rio Grande é constituída por 24 setores censitários com cerca de 8.500 habitantes distribuídos em aproximadamente 2.700 domicílios

permanentemente habitados.²⁰ O processo de amostragem foi aleatório sistemático, sendo baseado no Censo Demográfico de 2010²⁰ e ocorreu de modo a selecionar 80% dos domicílios da zona rural, mediante a visita de quatro em cada cinco domicílios, sorteando um como pulo.

O trabalho de campo ocorreu no período de abril a outubro de 2017, realizado por uma equipe composta de entrevistadoras e supervisores de campo. Após a elucidação do tema do estudo e aceite em participar, o idoso assinava o Termo de Consentimento Livre e Informado e, então, era aplicado o questionário. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande sob o parecer Nº 51/2017, processo 23116.009484/2016-26, sendo assegurado o sigilo das informações individuais dos participantes. O instrumento de coleta utilizado foi um questionário eletrônico, previamente testado em um estudo-piloto executado em um setor censitário excluído da amostragem. Os dados foram coletados através de *tablets* utilizando o programa RedCap®.²¹ Os dados armazenados nos *tablets* eram diariamente enviados para o servidor da FURG (redcap.furg.br) através de conexão com a *internet*. Semanalmente, no próprio servidor, era realizado controle de qualidade dos dados (*ferramenta "data quality"*) para a identificação de variáveis sem resposta ou com algum erro. Após correção, os dados eram novamente enviados ao servidor. Adicionalmente, era realizado um *backup* semanal do banco de dados em planilha do *Microsoft Excel*® para garantir que não houvesse perda de informações. Foi aplicada uma versão reduzida do instrumento em 10% dos indivíduos entrevistados. A concordância dos dados foi analisada através da estatística Kappa.

A proposta de modelo de análise foi baseada no modelo teórico de Andersen e Davidson,²² sendo coletadas variáveis demográficas e socioeconômicas (sexo, idade,

cor da pele, escolaridade, classe econômica), facilitadoras (classe econômica e plano de saúde), serviços de saúde (tipos de serviços de saúde utilizados) e crenças (necessidade de utilizar prótese dentária e autopercepção de saúde bucal). A variável dependente constitui-se na utilização de serviços odontológicos nos 12 meses anteriores à data da entrevista (sim ou não), através da pergunta “Desde <MÊS> do ano passado para cá, o(a) Sr(a). consultou com dentista?”. As variáveis independentes coletadas incluíram: sexo (masculino ou feminino); idade (60 a 64, 65 a 69, 70 a 74, 75 a 79 e 80 ou mais anos); cor da pele referida (branca e negra ou outras); situação conjugal (sem ou com companheiro); escolaridade (0, 1 a 3, 4 a 7 e 8 ou mais anos); nível econômico conforme a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (A/B, C e D/E),²³ tabagismo (nunca fumou, fumou ou fuma); consumo de álcool no último mês (sim ou não); depressão (sim ou não); tipo de serviço utilizado na última consulta (posto de saúde público, serviço público que não posto de saúde, convênio e serviço privado); se possui plano de saúde (sim ou não); razão de ter utilizado a última consulta (consulta de urgência, tratamento convencional e revisão); se possui algum problema de saúde bucal que interfira com comer, dormir ou participar de atividades sociais (sim ou não), número de dentes referidos nas arcadas superior e inferior somadas, em quartis (0 a 8, 9 a 16, 17 a 24, 25 ou mais); se usa prótese dentária (sim ou não); autopercepção da necessidade de utilizar prótese dentária (sim ou não) e autopercepção de saúde bucal (muito ruim/ruim, regular e boa/muito boa). A variável depressão foi coletada pelo instrumento PHQ-9 (The Patient Health Questionnaire), sendo adotado um ponto de corte ≥ 9 pontos.

As análises estatísticas foram executadas no programa Stata® versão 14.0.²⁴ Foi realizada análise descritiva das variáveis independentes. Calculou-se a prevalência do

desfecho e seu respectivo intervalo de confiança (IC95%) e as prevalências de acordo com os fatores associados, sendo utilizado nesta etapa o teste Qui-quadrado (análise bivariada). Após, utilizou-se a regressão de Poisson com ajuste robusto de variância²⁵ para estimar as Razões de Prevalência brutas e ajustadas e seus respectivos intervalos de confiança (IC95%). A análise multivariada foi do tipo para trás, onde as variáveis são inseridas de forma a seguir um modelo hierárquico em níveis.²⁶ No 1º nível foram incluídas as variáveis sexo, idade, cor da pele referida, escolaridade, classe econômica e situação conjugal. Inseriu-se no 2º nível tabagismo, consumo de álcool e depressão. No 3º nível entraram as variáveis plano de saúde, problema de saúde bucal e autopercepção de saúde bucal. As variáveis de cada nível ajustaram-se no mesmo nível e para o nível superior. Aquelas com um valor de $p < 0,20$ foram mantidas para se controlar possíveis confusões positivas. A significância estatística foi medida pelos testes de Wald de heterogeneidade e de tendência linear, sendo adotado um valor de $p < 0,05$ de um teste bicaudal.

RESULTADOS

Foram identificados 1.131 idosos na área rural do município de Rio Grande em 2017. Deste total, 1.030 participaram da pesquisa, o que corresponde a uma taxa de 8,9% de perdas e recusas. A prevalência da utilização de serviços odontológicos nos 12 meses anteriores à entrevista, foi de 13,9% (IC95% 11,8-16,2). Nos últimos 2 meses, cerca de 8,9% (IC95% 7,1-10,7) dos idosos utilizaram as consultas. Uma parcela de 6,6% dos idosos referiram nunca ter consultado com um dentista.

A Tabela 1 apresenta a descrição das principais características da amostra. Predominaram homens (55,2%), indivíduos de cor da pele branca (91,6%),

pertencentes a classe econômica C (51,2%) e que utilizavam algum tipo de prótese dentária (74,8%). Aproximadamente metade dos indivíduos eram edêntulos totais (49,9%) e 73% possuíam até oito dentes nas arcadas superior e inferior somadas.

As prevalências dos fatores associados à utilização de serviços odontológicos e as razões de prevalência brutas e ajustadas estão descritas na Tabela 2. Após o ajuste, percebeu-se que mulheres tiveram 90% maior probabilidade de consultar quando comparadas aos homens. Os idosos que possuíam 8 ou mais anos de estudo consultaram 155% mais em relação aos que não estudaram nenhum ano. Indivíduos pertencentes às classes econômicas A/B utilizaram 289% mais os serviços que aqueles das classes D/E e os que relataram ter um companheiro(a) aumentaram 77% a probabilidade de consultar o dentista. Contrariamente, ex-fumantes ou fumantes consultaram 40% menos. Idosos que referiram problema de saúde bucal que interferisse com comer, dormir ou participar de atividades sociais aumentaram 121% a probabilidade de utilizar serviços odontológicos.

DISCUSSÃO

O presente estudo identificou que, na zona rural de Rio Grande, a população possui alta taxa de edentulismo total (49,9%) e que a prevalência da utilização de serviços odontológicos no último ano foi de 13,9%. A probabilidade de consultar foi maior em idosos do sexo feminino, com companheiros(as), com maior escolaridade (8 anos ou mais), pertencentes aos melhores níveis econômicos (A/B) e que referiram algum problema de saúde bucal que interferisse em seu cotidiano. Por outro lado, os idosos que relataram ser ex-fumantes ou fumantes consultaram menos.

Em comparação aos estudos brasileiros da Pesquisa Nacional de Amostra de

Domicílios (PNAD) realizada em 2003 (13,2%)^{27,28} e de Florianópolis, em 2007 (10,7%),²⁹ a prevalência encontrada foi consideravelmente similar. Este resultado já era esperado, visto que a frequência da utilização dos serviços de saúde está relacionada às características demográficas, sociais, econômicas e culturais de cada país.^{3,7} Comparando com outros países, a prevalência de utilização dos serviços odontológicos foi inferior a estudos realizados em países anglo-saxões, onde a utilização de serviços odontológicos alcança 50%,³⁰⁻³² mostrando as diferenças em termos de sistema de saúde, de valores contextuais a respeito do uso de serviços odontológicos e do comportamento em saúde.

Neste e em outros estudos,^{30,31} as mulheres idosas tiveram 90% maior probabilidade de consultar com um dentista quando comparadas aos homens, o que pode ser devido os homens procurarem menos os serviços de saúde por fatores culturais e ocupacionais^{14,28}. Ter um companheiro(a)³² e ser fumante ou ex-fumante³¹ também aumentaram a probabilidade de utilizar os serviços odontológicos, porém essas variáveis não foram descritas com ocorrência na literatura, tendo menor consistência.

O uso de serviços de saúde está ligada às barreiras de acesso, que podem impedir ou dificultar a possibilidade de as pessoas utilizarem esses serviços.⁶ Em uma revisão sistemática, Moreira et al³ apontaram como barreiras de utilização de serviços odontológicos baixa escolaridade e baixa renda. Corroborando esta afirmação, este estudo e outros da literatura apontaram que idosos pertencentes às classes econômicas melhores^{2,8,12,28,32} e que possuem maior escolaridade^{2,5,8,9,12,28,30-33} consultam mais com o dentista. Torna-se válido ressaltar que 69,7%, do total de indivíduos, utilizaram o serviço privado em suas últimas consultas, sendo maior que a

frequência de 55,2% que o SBBrasil 2010¹⁴ apontou para o uso destes. Tal afirmação, aliada a baixa prevalência da utilização de serviços odontológicos deste estudo, pode indicar que os idosos residentes em áreas rurais possuem maiores dificuldades de acesso aos serviços odontológicos públicos, visto que a cobertura odontológica das Unidades de Saúde na zona rural de Rio Grande não chega a 60%.³⁴ A baixa adesão aos planos de saúde que cubram consultas com dentista (10,3%) também pode ser um fator para os idosos procurarem com maior proporção o serviço privado autônomo. Outro fator que denota o acesso é a proporção de pessoas que nunca consultaram com o dentista.³⁵ Cerca de 6,6% dos idosos deste estudo referiram nunca ter ido ao dentista. Este valor foi inferior quando comparado ao dado do SBBrasil 2010 que foi de 14,7%, mas foi similar quando comparado à região Sul (5,1%), confirmando a disparidade entre as regiões brasileiras.^{14,36,37}

A perda da dentição natural tem influências negativas tanto ao nível do organismo humano (mastigação, digestão, estética, pronúncia) quanto na vida diária das pessoas, principalmente acima dos 60 anos, onde o índice de edentulismo torna-se mais acentuado.^{8,15} Ressalta-se que, neste estudo, mesmo com a proporção de edentulismo parcial alta nas arcadas superior e inferior somadas (73,1%), quase 40% dos idosos relataram não ter a necessidade de utilizar próteses dentárias. Um motivo para explicar essa relação negativa é o elevado custo de um tratamento protético.⁵ Outros estudos ainda sugerem que a ausência de dentes não é percebida pelos idosos como um problema de saúde bucal significativo.^{29,38,39} Além disso, diferentemente da medida de avaliação da qualidade da prótese por um cirurgião-dentista, muitos idosos consideram suas próteses mal adaptadas como adequadas, devido às dificuldades de adaptação e retenção de próteses novas.²

Como em outros estudos,^{8,12,31} os idosos que referiram possuir problemas odontológicos consultaram mais com dentista no último ano, tendo uma probabilidade maior em relação aos que não eram portadores de problemas bucais. Cerca de 83,6% dos idosos mencionaram ser tratamentos convencionais a razão de utilizarem serviços odontológicos, em detrimento de apenas 9,5% para consultas de urgência. Esse achado pode indicar, também, melhor cobertura dos serviços odontológicos, visto que historicamente grande parte dos municípios brasileiros desenvolvia ações de saúde bucal apenas para a faixa etária escolar, designando para os idosos acesso apenas a serviços de urgência, geralmente mutiladores.³⁵

O aumento do acesso dos idosos aos serviços de saúde bucal pode ser atribuído ao programa do Ministério da Saúde chamado “Brasil Sorridente”, o qual, como já mencionado, instituiu maior atenção e financiamento à saúde bucal^{2,10,12} Houve maior esforço para promover uma maior integração da saúde bucal nos serviços de saúde em geral, a partir da conjugação de saberes e práticas que apontaram para a promoção, prevenção e vigilância em saúde e para revisão das práticas assistenciais que incorporaram a abordagem familiar e a defesa da vida.⁴⁰ Dessa forma, foram implantadas Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, além de ser ampliada e qualificada a Atenção Especializada, em especial com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias, além da inserção dos cirurgiões-dentistas na assistência hospitalar.¹⁰

Possíveis limitações metodológicas podem afetar os resultados observados. O viés recordatório tende a inferir nos relatos, porém como o desfecho foi medido de forma dicotômica, pode ser mais fácil de lembrar se foi ou não ao dentista. Outro fator limitante é que os achados referentes ao número de dentes podem não ser precisos

por terem sido autorrelatados e não por exame clínico. Porém, estudo de coorte brasileira sugere que informações obtidas de forma referida sobre a saúde bucal, quando comparadas ao exame clínico, apresentaram boa sensibilidade.⁴¹ Como aspecto positivo pode ser assinalado o fato do estudo ter sido realizado em um município brasileiro de porte médio. Seus achados podem ser extrapolados para os municípios similares, podendo dar subsídios sobre características dos cuidados em saúde bucal de uma zona rural.

Neste estudo, idosos do sexo masculino, sem alfabetização, de nível econômico baixo, sem companheiros(as), ex-fumantes ou fumantes e que referiram não identificar problemas bucais foram os que menos utilizaram os serviços odontológicos. Sendo assim, mesmo com os avanços do SUS, a universalidade do acesso aos serviços odontológicos ainda mostra-se como uma realidade distante. Os resultados apontam que a garantia de acesso a serviços de saúde de qualidade e o incentivo ao uso dos serviços entre a população idosa continua sendo o grande desafio da atenção à saúde bucal. Planejamentos em saúde e ações intersetoriais devem ser reorganizados. Sugere-se, também, ampliar a cobertura dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias credenciados à atenção básica, visto que muitos municípios brasileiros não aderiram ao programa e, ainda, nem todos os Centros de Especialidades Odontológicas possuem prótese, e os que dispõem dessa especialidade muitas vezes não atendem a demanda existente.

REFERÊNCIAS

1. Ramos LR, Veras RP, Kalache A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. *Rev Saúde Pública* 1987; 21:211-24.
2. Ferreira CDO, Antunes JLF, Andrade FBD. Fatores associados à utilização dos serviços odontológicos por idosos brasileiros. *Revista de Saúde Pública* 2013; 47:90-97.
3. Moreira RS, Nico LS, Tomita NE, Ruiz T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:1665-75.
4. Astrom AN, Ekback G, Nasir E, Ordell S, Unell L. Use of dental services throughout middle and early old ages: a prospective cohort study. *Community Dent Oral Epidemiol* 2013; 41(1):30–9.
5. Martins AMEDB, Barreto SM, Pordeus IA. Uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2007; 22(5):308-316.
6. Austregésilo SC, Leal MCDC, Marques APDO, Vieira JDCM, Alencar DLD. Elderly's accessibility to oral health services: an integrative review. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* 2015; 18:189-99.
7. Mendoza-Sassi R, Béria JU, Barros AJD. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(3):372-8.
8. Araújo CSD, Lima RDC, Peres MA, Barros AJ. Utilização de serviços odontológicos e fatores associados: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2009; 25:1063-1072.

9. Baldani MH, Brito WH, Lawder JADC, Mendes YBE, Silva FDFMD, Antunes JLF. Determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2010; 13:150-162.
10. Ministério da Saúde. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
11. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011; 377(9779):1778–97.
12. Herkrath FJ, Vettore MV, Werneck GL. Contextual and individual factors associated with dental services utilisation by Brazilian adults: A multilevel analysis. *PloS one* 2018; 13(2):e0192771.
13. Ministério da Saúde. *Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002 - 2003: resultados principais*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
14. Ministério da Saúde. *Projeto SB Brasil 2010: condições de saúde bucal da população brasileira: resultados principais*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
15. Colussi CF, De Freitas SFT. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil Epidemiological aspects of oral health among the elderly in Brazil. *Cad. Saúde Pública* 2002; 18:1313-320.
16. Mello TRDC, Antunes JLF. Prevalência de cárie dentária em escolares da região rural de Itapetininga, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2004; 20:829-835.
17. Pucca Junior GA, Lucena EH, Cawahisa PT. Financing national policy on oral health in Brazil in the context of the Unified Health System. *Braz Oral Res*. 2010; 24(Suppl. 1):26–32.

18. Manassero FB, Bavaresco CS. Inserção do cirurgião-dentista na ESF: revisão de literatura. *Revista de APS* 2017; 19(2).
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *IBGE Cidades*. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2017.
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico 2010*. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2011.
21. Harris PA, Taylor R, Thielke R, Payne J, Gonzalez N, Conde JG. Research electronic data capture (REDCap)—a metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *Journal of biomedical informatics* 2009; 42(2):377-381.
- 22 Andersen RM, Davidson PL. Ethnicity, aging, and oral health outcomes: a conceptual framework. *Advances in Dental Research* 1997; 11(2):203-209.
23. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. *Critério de classificação econômica Brasil*; 2015. http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf. In (acessado em 10/Jan/2017).
24. Stata Corporation. *Stata Statistical Software: Release 14*. Texas: StataCorp LLC; 2015.
25. Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol*. 2003; 3:21.
26. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol*. 1997; 26:224-7.

27. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios 2003: microdados*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2004.
28. Matos DL, Giatti L, Lima-Costa MF. Socio-demographic factors associated with dental services among Brazilian older adults: a study based on the National Household Sample Survey. *Cadernos de Saúde Pública* 2004; 20:1290-297.
29. Benedetti TRB, Mello ALSFD, Gonçalves LHT. Elderly people living in Florianópolis: self-perception of oral health conditions and use of dental services. *Ciencia & saude coletiva* 2007; 12(6):1683-1690.
30. Arcury TA, Savoca MR, Anderson AM, Chen H, Gilbert GH, Bell RA., Quandt SA. Dental care utilization among North Carolina rural older adults. *Journal of public health dentistry* 2012; 72:190-97.
31. Adams C, Slack-Smith L, Larson A, O'grady M. Dental visits in older Western Australians: a comparison of urban, rural and remote residents. *Australian Journal of Rural Health* 2004; 12:143-49.7.
32. Mariño RJ, Khan AR, Tham R, Khew CW, Stevenson C. Pattern and factors associated with utilization of dental services among older adults in rural Victoria. *Australian dental journal* 2014; 59:504-10.
- 33 Matos DL, Lima-Costa MFF, Guerra HL., Marcenes W. Projeto Bambuí: estudo de base populacional dos fatores associados com o uso regular de serviços odontológicos em adultos. *Cadernos de Saúde Pública* 2001; 17:661-668.
- 34 Siqueira LGR. Procedimentos Odontológicos: Um estudo de demanda em unidades básicas de saúde no município do Rio Grande, RS. Dissertação de Mestrado Profissional. *Universidade Federal de Pelotas*; 2014.

- 35 Pinheiro RS, Torres TZGD. Access to oral health services between Brazilian States. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006; 11(4):999-1010.
- 36 Boccolini CS, de Souza Junior PR. Inequities in Healthcare utilization: results of the Brazilian National Health Survey, 2013. *Int J Equity Health* 2016; 15(1):150.
- 37 Mullachery P, Silver D, Macinko J. Changes in health care inequity in Brazil between 2008 and 2013. *Int J Equity Health* 2016; 15(1):140.
- 38 Ekanayke L, Perera I. Factors associated with perceived oral health status in older individuals. *Int Dent J* 2005; 55(1):31-7.
- 39 Silva SRC, Valsecki Júnior A. Avaliação das condições de saúde bucal dos idosos em um município brasileiro. *Rev Panam Salud Publica* 2000; 8(4):268-71.
- 40 Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades da saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Ministério da Saúde (Unesco); 2004.
- 41 Peres KG, Peres MA, Demarco FF; Tarquínio SB, Gigante DP. Oral health studies in the 1982 Pelotas (Brazil) birth cohort: methodology and principal results at 15 and 24 years of age. *Cad Saude Publica* 2011; 27(8):1569-80.

Tabela 1 Descrição das características da amostra dos idosos residentes em zona rural. Rio Grande, RS, Brasil, 2018 (N = 1030).

Variável	N	%
Sexo (1030)		
Masculino	568	55,15
Feminino	462	44,85
Idade em anos completos (1029)*		
60 a 64	267	25,95
65 a 69	262	25,46
70 a 74	197	19,14
75 a 79	130	12,63
80 ou mais	173	16,82
Cor da pele referida (1028)*		
Branca	942	91,63
Outras	86	8,37
Situação conjugal (796)*		
Sem companheiro(a)	170	21,36
Com companheiro(a)	626	78,64
Escolaridade em anos completos (1017)*		
0	206	20,26
1 a 3	364	35,79
4 a 7	336	33,04
8 ou mais	111	10,91
Classe econômica# (1018)*		
D-E	407	39,98
C	526	51,67
A-B	85	8,35
Tabagismo (1029)*		
Nunca fumou	545	52,96
Fumou ou fuma	484	47,04
Consumo de álcool (1030)	172	16,7
Depressão (994)*	81	8,15
Tipo de serviço utilizado (945)*		
Posto de saúde public	126	13,33
Serviço público, menos posto de saúde	84	8,89
Convênio	76	8,04
Serviço privado	659	69,74
Plano de saúde (960)*	99	10,31
Razão para utilizar a consulta (952)*		
Consulta de urgência	91	9,56
Tratamento convencional	796	83,61
Revisão	65	6,83
Problema de saúde bucal (953)*	29	3,04
Número de dentes arcadas superior e inferior (1010)*		
1º quartil (0 a 8)	738	73,07
2º quartil (9 a 16)	129	12,77
3º quartil (17 a 24)	108	10,69
4º quartil (25 ou mais)	35	3,47

Continua.

Continuação.

Usa prótese dentária (1030)	770	74,76
Necessidade de utilizar prótese dentária (958)*	592	61,8
Autopercepção de saúde bucal (1026)*		
Muito ruim/Ruim	50	4,87
Regular	199	19,4
Boa/Muito boa	777	75,73

*Perdas de informações da amostra.

#Classificação econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa.²³

Tabela 2 Análise bruta e ajustada para utilização de serviços odontológicos entre idosos residentes na zona rural em 2017 e fatores associados. Rio Grande, RS, Brasil, 2018 (N = 1030).

Nível	Variável	Prevalência (%)	Análise Bruta		Análise Ajustada	
			RP (IC 95%)	Valor p	RP (IC 95%)	Valor p
1º	Sexo			<0,01		<0,001
	Masculino	11,09	1		1	
	Feminino	17,39	1,57 (1,14-2,15)		1,90 (1,34-2,67)	
	Idade (anos completos)			0,08 ^a		0,7 ^a
	60 a 64	17,06	1		1	
	65 a 69	15,98	0,94 (0,63-1,39)		1,11 (0,72-1,72)	
	70 a 74	13,30	0,78 (0,49-1,23)		1,01 (0,60-1,70)	
	75 a 79	13,68	0,80 (0,47-1,36)		1,31 (0,75-2,30)	
	≥80	6,96	0,41 (0,22-0,77)		0,77 (0,36-1,65)	
	Cor da pele referida			0,5		0,6
	Outras	11,25	1		1	
	Branca	14,11	1,25 (0,66-2,37)		1,27 (0,58-2,78)	
	Escolaridade (anos completos)			<0,001 ^b		<0,01 ^b
	0	7,73	1		1	
	1 a 3	8,96	1,16 (0,63-2,13)		1,03 (0,53-2,02)	
	4 a 7	15,38	1,99 (1,13-3,50)		1,68 (0,91-3,10)	
	≥8	35,78	4,63 (2,63-8,12)		2,55 (1,27-5,11)	
	Classe econômica*			<0,001 ^b		<0,001 ^b
	D-E	6,52	1		1	
	C	14,65	2,25 (1,44-3,52)		1,65 (0,95-2,85)	
	A-B	40,48	6,21 (3,88-9,97)		3,89 (2,04-7,41)	
Situação conjugal			0,05		0,04	
Sem companheiro(a)	8,97	1		1		
Com companheiro(a)	15,49	1,73 (1,01-2,94)		1,77 (1,04-3,02)		
2º	Tabagismo			0,02		0,01
	Nunca fumou	16,57	1		1	
	Fumou ou fuma	11,06	0,67 (0,48-0,93)		0,60 (0,39-0,89)	
	Consumo de álcool			0,2		0,9
	Não	13,33	1		1	
	Sim	16,97	1,27 (0,87-1,86)		0,99 (0,63-1,55)	
	Depressão			0,9		0,5
	Não	14,30	1		1	
	Sim	14,67	1,03 (0,58-1,81)		1,2 (0,66-2,21)	

Continua.

Continuação.

3ª	Plano de saúde			<0,01		0,2
	Não	12,78	1		1	
	Sim	24,24	1,90 (1,29-2,80)		1,34 (0,89-2,01)	
	Problema de saúde bucal			0,09		0,01
	Não	13,64	1		1	
	Sim	24,14	1,77 (0,91-3,44)		2,21 (1,18-4,14)	
	Autopercepção de saúde bucal			0,8 ^b		0,3 ^b
	Muito ruim/Ruim	10,26	1		1	
	Regular	14,05	1,37 (0,51-3,71)		1,62 (0,36-7,29)	
	Boa/Muito boa	14,15	1,38 (0,54-3,55)		1,86 (0,43-8,07)	

*Classificação econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa.²³

^a: Teste de Wald de Heterogeneidade.

^b: Teste de Wald de Tendência Linear.

RP: Razão de Prevalência.

IC: Intervalo de Confiança.

Nota à imprensa

CERCA DE METADE DOS IDOSOS MORADORES NA ZONA RURAL NÃO POSSUI NENHUM DENTE E APENAS 14% COSTUMAM CONSULTAR COM O DENTISTA

Frequentar o dentista regularmente, tanto para consultas rotineiras quanto para tratamentos complexos, traz diversos benefícios para a saúde bucal. Porém, devido às dificuldades de acesso dos moradores das zonas rurais, principalmente idosos, a realidade de ir a um consultório odontológico pode ser distante.

Pensando nisso, a Fundação Universitária de Rio Grande (FURG) realizou um estudo na zona rural de Rio Grande, no ano de 2017, para investigar o quadro de saúde bucal dos idosos e como era o acesso deles aos serviços odontológicos. Do total dos 1030 idosos entrevistados, apenas 14% tinham consultado com um dentista no último ano e cerca de 50% não possuíam nenhum dente. Os idosos que consultaram foram em sua maioria: mulheres, de maior escolaridade, pertencentes às classes econômicas mais favorecidas, que possuíam companheiro(a) e que tinham problemas de saúde bucal. Já os idosos que já tinham fumado ou fumavam consultaram menos. A pesquisa é resultado da dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, de autoria da aluna Franciane Schroeder, sob orientação do Prof. Dr. Raúl Andrés Mendoza Sassi.

De acordo com a pesquisadora, o estudo demonstra que os idosos que moram na zona rural utilizam pouco os serviços de saúde odontológicos e que estratégias devem ser adotadas para ampliar esse acesso, como aumentar o número de Equipes de Saúde Bucal nas Unidades de Saúde da zona rural, além de programas de educação em saúde que promovam a importância da saúde bucal na terceira idade. Também foi sugerido que sejam disponibilizados recursos para que as Unidades de Saúde passem a dispor de procedimentos protéticos básicos para reabilitar a falta de dentes da população.

Anexos



Critério Brasil 2015 e atualização da distribuição de classes para 2016

A metodologia de desenvolvimento do Critério Brasil que entrou em vigor no início de 2015 está descrita no livro *Estratificação Socioeconômica e Consumo no Brasil* dos professores Wagner Kamakura (Rice University) e José Afonso Mazzon (FEA/USP), baseado na Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) do IBGE.

A regra operacional para classificação de domicílios, descrita a seguir, resulta da adaptação da metodologia apresentada no livro às condições operacionais da pesquisa de mercado no Brasil.

As organizações que utilizam o Critério Brasil podem relatar suas experiências ao Comitê do CCEB. Essas experiências serão valiosas para que o Critério Brasil seja permanentemente aprimorado.

A transformação operada atualmente no Critério Brasil foi possível graças a generosa contribuição e intensa participação dos seguintes profissionais nas atividades do comitê:

Luis Pilli (Coordenador) - LARC Pesquisa de Marketing
Bianca Ambrósio - TNS
Bruna Suzzara – IBOPE Inteligência
Marcelo Alves - Nielsen
Margareth Reis – GFK
Paula Yamakawa – IBOPE Inteligência
Renata Nunes - Data Folha
Sandra Mazzo - Ipsos
Tatiana Wakaguri – Kantar IBOPE Media

A ABEP, em nome de seus associados, registra o reconhecimento e agradece o envolvimento desses profissionais.

SISTEMA DE PONTOS

Variáveis

	Quantidade				
	0	1	2	3	4 ou +
Banheiros	0	3	7	10	14
Empregados domésticos	0	3	7	10	13
Automóveis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11
Lava louca	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer	0	2	4	6	6
Lava roupa	0	2	4	6	6
DVD	0	1	3	4	6
Micro-ondas	0	2	4	4	4
Motocicleta	0	1	3	3	3
Secadora roupa	0	2	2	2	2

Grau de instrução do chefe de família e acesso a serviços públicos

Escolaridade da pessoa de referência		
Analfabeto / Fundamental I incompleto	0	
Fundamental I completo/Fundamental II incompleto	1	
Fundamental II completo / Médio incompleto	2	
Médio completo / Superior incompleto	4	
Superior completo	7	
Serviços públicos		
	Não	Sim
Água encanada	0	4
Rua pavimentada	0	2

Distribuição das classes para 2016

As estimativas do tamanho dos estratos atualizados referem-se ao total Brasil e resultados das Macro Regiões, além do total das 9 Regiões Metropolitanas e resultados para cada uma das RM's (Porto Alegre, Curitiba, São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Brasília, Salvador, Recife e Fortaleza).

As estimativas são baseadas em estudos probabilísticos do Datafolha, IBOPE Inteligência, GFK, IPSOS e Kantar IBOPE Media (LSE). O perfil da classe é domiciliar.

Classe	Brasil	Sudeste	Sul	Nordeste	Centro Oeste	Norte
A	2,9%	3,6%	3,4%	1,4%	4,2%	1,8%
B1	5,0%	6,2%	6,2%	2,7%	5,3%	3,4%
B2	17,3%	21,0%	20,6%	10,5%	18,7%	11,7%
C1	22,2%	25,3%	28,0%	15,1%	23,0%	17,9%
C2	25,6%	25,4%	24,8%	25,6%	27,5%	26,3%
D-E	27,0%	18,5%	17,0%	44,7%	21,3%	38,9%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Cortes do Critério Brasil

Classe	Pontos
A	45 – 100
B1	38 – 44
B2	29 – 37
C1	23 – 28
C2	17 – 22
D-E	0 – 16

Estimativa para a Renda Média Domiciliar para os estratos do Critério Brasil

Abaixo são apresentadas as estimativas de renda domiciliar mensal para os estratos socioeconômicos. Os valores se baseiam na PNAD 2014 e representam aproximações dos valores que podem ser obtidos em amostras de pesquisas de mercado, mídia e opinião. A experiência mostra que a variância observada para as respostas à pergunta de renda é elevada, com sobreposições importantes nas rendas entre as classes. Isso significa que pergunta de renda não é um estimador eficiente de nível socioeconômico e não substitui ou complementa o questionário sugerido abaixo. O objetivo da divulgação dessas informações é oferecer uma ideia de característica dos estratos socioeconômicos resultantes da aplicação do Critério Brasil.

Estrato Sócio Econômico	Renda média Domiciliar
A	20.888
B1	9.254
B2	4.852
C1	2.705
C2	1.625
D-E	768
TOTAL	3.130

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – 2016 – www.abep.org – abep@abep.org

PROCEDIMENTO NA COLETA DOS ITENS

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

Para aparelhos domésticos em geral:

Devem ser considerados todos os bens que estão dentro do domicílio em funcionamento (incluindo os que estão guardados) independente da forma de aquisição: compra, empréstimo, aluguel, etc. Se o domicílio possui um bem que emprestou a outro, este não deve ser contado pois não está em seu domicílio atualmente. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

Banheiro

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

Empregados Domésticos

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

Note bem: o termo empregado mensalista se refere aos empregados que trabalham no domicílio de forma permanente e/ou contínua, pelo menos cinco dias por semana, e não ao regime de pagamento do salário.

Automóvel

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

Microcomputador

Considerar os computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks.

Lava-Louça

A máquina é a com função de lavar as louças.

Geladeira e Freezer

No quadro de pontuação há duas linhas independentes para assinalar a posse de geladeira e freezer respectivamente. A pontuação será aplicada de forma independente:

Havendo uma geladeira no domicílio, serão atribuídos os pontos (2) correspondentes a posse de geladeira; Se a geladeira tiver um freezer incorporado – 2ª porta

– ou houver no domicílio um freezer independente serão atribuídos os pontos (2) correspondentes ao freezer. Dessa forma, esse domicílio totaliza 4 pontos na soma desses dois bens.

Lava-Roupa

Considerar máquina de lavar roupa, somente as máquinas automáticas e/ou semiautomática. O tanquinho NÃO deve ser considerado.

Micro-ondas

Considerar forno micro-ondas e aparelho com dupla função (de micro-ondas e forno elétrico).

Motocicleta

Não considerar motocicletas usadas exclusivamente para atividades profissionais. Motocicletas apenas para uso pessoal e de uso misto (pessoal e profissional) devem ser consideradas.

Modelo de Questionário sugerido para aplicação

P.XX Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio para efeito de classificação econômica. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

INSTRUÇÃO: Todos os itens devem ser perguntados pelo entrevistador e respondidos pelo entrevistado.

Vamos começar? No domicílio tem _____ (LEIA CADA ITEM)

ITENS DE CONFORTO	NÃO POSSUI	QUANTIDADE QUE POSSUI			
		1	2	3	4+
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Quantidade de lavadora de louças					
Quantidade de fornos de micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					

A água utilizada neste domicílio é proveniente de?	
1	Rede geral de distribuição
2	Poço ou nascente
3	Outro meio

Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:	
1	Asfaltada/Pavimentada
2	Terra/Cascalho

Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.

Nomenclatura atual	Nomenclatura anterior
Analfabeto/Fundamental I incompleto	Analfabeto/Primário Incompleto
Fundamental I completo / Fundamental II Incompleto	Primário Completo/Ginásio Incompleto
Fundamental completo/Médio Incompleto	Ginásio Completo/Colegial Incompleto
Médio completo/Superior incompleto	Colegial Completo/Superior Incompleto
Superior completo	Superior Completo

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

Este critério foi construído para definir grandes classes que atendam às necessidades de segmentação (por poder aquisitivo) da grande maioria das empresas. Não pode, entretanto, como qualquer outro critério, satisfazer todos os usuários em todas as circunstâncias. Certamente há muitos casos em que o universo a ser pesquisado é de pessoas, digamos, com renda pessoal mensal acima de US\$ 30.000. Em casos como esse, o pesquisador deve procurar outros critérios de seleção que não o CCEB.

A outra observação é que o CCEB, como os seus antecessores, foi construído com a utilização de técnicas estatísticas que, como se sabe, sempre se baseiam em coletivos. Em uma determinada amostra, de determinado tamanho, temos uma determinada probabilidade de classificação correta, (que, esperamos, seja alta) e uma probabilidade de erro de classificação (que, esperamos, seja baixa).

Nenhum critério estatístico, entretanto, tem validade sob uma análise individual. Afirmações frequentes do tipo “... *conheço um sujeito que é obviamente classe D, mas pelo critério é classe B...*” não invalidam o critério que é feito para funcionar estatisticamente. Servem, porém, para nos alertar, quando trabalhamos na análise individual, ou quase individual, de comportamentos e atitudes (entrevistas em profundidade e discussões em grupo respectivamente). Numa discussão em grupo um único caso de má classificação pode pôr a perder todo o grupo. No caso de entrevista em profundidade os prejuízos são ainda

mais óbvios. Além disso, numa pesquisa qualitativa, raramente uma definição de classe exclusivamente econômica será satisfatória.

Portanto, é de fundamental importância que todo o mercado tenha ciência de que o CCEB, ou qualquer outro critério econômico, não é suficiente para uma boa classificação em pesquisas qualitativas. Nesses casos deve-se obter além do CCEB, o máximo de informações (possível, viável, razoável) sobre os respondentes, incluindo então seus comportamentos de compra, preferências e interesses, lazer e hobbies e até características de personalidade.

Uma comprovação adicional da adequação do Critério de Classificação Econômica Brasil é sua discriminação efetiva do poder de compra entre as diversas regiões brasileiras, revelando importantes diferenças entre elas.

Apêndices

Apêndice 1 – Tabela 2 (Quadro com resumo dos artigos selecionados para a revisão de literatura)

Título	País/Ano	Autores	Delineamento	Amostra/Tipo de amostra	Prevalência da utilização de serviços odontológicos	Fatores associados
Older Americans' access to oral health care	EUA, 1988	Dolan TA et al	Transversal	7265 indivíduos/aleatória estratificada	47%	Morar em área rural, menor escolaridade, menor renda, aumento da idade e menor autopercepção de saúde bucal ($p \leq 0,05$).
Dental visits in older Western Australians: a comparison of urban, rural and remote residents	AUSTRÁLIA, 2004	Adams C et al	Transversal	2100 indivíduos com 60 anos ou mais/aleatória estratificada	49,3%	Sexo masculino (OR 08; IC: 0,65 – 0,97), maior escolaridade (OR 2,19; IC: 1,47 – 3,24), não ter dentes naturais (OR 0,16; IC: 0,13 – 0,20), ter problema de saúde oral que interfira na vida diária (OR 1,51; IC: 1,12 – 2,04) e morar em área rural (OR 0,56; IC: 0,45 – 0,71).
Socio-demographic factors associated with dental services among Brazilian older adults: a study based on the National Household Sample Survey	BRASIL, 2004	Matos DL et al	Transversal	28943 indivíduos com 60 anos ou mais/conveniência	< 1 ano: 13,2%, ≥ 1 ano: 80,5% e Nunca: 6,3%	Nunca ter ido ao dentista: sexo masculino (OR 1,34; IC: 1,16 – 1,57), morar em área rural (OR 2,06; IC: 1,68 – 2,54), escolaridade e renda possuem OR de associação negativa com ($p < 0,05$), maior faixa etária com ($p < 0,05$). Visita ao dentista ≥ 1 ano: escolaridade e renda possuem OR de associação negativa com ($p < 0,05$), maior faixa etária com ($p < 0,05$) e macrorregiões Sudeste (OR 1,31; IC: 1,10 – 1,56), Nordeste (OR 1,25; IC: 1,05 – 1,48), Centro-Oeste (OR 1,02; IC: 0,86 – 1,21) e Norte (OR 1,35; IC: 1,01 – 1,82) comparadas à Sul.
						Maiores chances de visitar o dentista: morar em área urbana (OR 2,27; IC: ...)

Dental service utilization among urban and rural older adults in China - a brief communication	CHINA, 2007	Bei Wu	Transversal	1044 indivíduos com 60 anos ou mais/aleatória estratificada	3,4% área rural e 11,7% área urbana	1,02 – 5,08), indivíduos capazes de pagar despesas médicas (OR 2,52; IC: 1,05 – 6,02). Menores chances a ir no dentista: maior sensação de satisfação (OR 0,85; IC: 0,75 – 0,97), maiores limitações por condições crônicas (OR 1,27; IC: 1,12 – 1,45), ter exames regulares (OR 1,95; IC: 1,06 – 3,59) e ter uma vida saudável (OR 1,85; IC: 0,75 – 0,97).
Dental care utilization among North Carolina rural older adults	EUA, 2011	Arcury TA et al	Transversal	635 indivíduos com 60 anos ou mais/aleatória estratificada	50,7%	Menores chances de utilização dos serviços odontológicos: menor escolaridade (OR 0,29; IC: 0,09 – 0,89), ansiedade (OR 0,81; IC: 0,73 – 0,90), nenhum lugar para atendimento odontológico (OR 0,11; IC: 0,02 – 0,83), melhor saúde bucal na autoavaliação (OR 4,85; IC: 1,98 - 11,91) e sem dentes obturados (OR 0,27; IC: 0,11 – 0,67).
Pattern and factors associated with utilization of dental services among older adults in rural Victoria	AUSTRÁLIA, 2014	Mariño RJ et al	Transversal	225 indivíduos com 55 anos ou mais/aleatória estratificada	51,2%	Menores chances de utilização de serviços odontológicos (p <0,0001): viver sozinho (OR 0,26; IC: 0,10 – 0,65), renda baixa (OR 0,14; IC: 0,03 – 0,61), falta de educação (OR 0,44; IC: 0,22 – 0,90), autopercepção de saúde bucal baixa (OR 0,37; IC: 0,15 – 0,90), edentulismo (OR 0,10; IC: 0,04 – 0,23) e presença de mobilidade dentária (OR 0,41; IC: 0,18 – 0,93). Maiores chances de ir ao dentista: sexo feminino (OR 2,98; IC: 1,38 – 6,46).
Dental Service Utilization: Patterns and						Foram apuradas diferenças significativas na utilização de serviços

Barriers among Rural Elderly in Guntur District, Andhra Pradesh	ÍNDIA, 2016	Bommireddy VS et al	Transversal	621 indivíduos/aleatória estratificada	31,7%	odontológicos com base na resposta dos participantes a experiência do passado de problemas dentários (OR 0,58; IC: 0,45 – 0,71).
---	-------------	---------------------	-------------	--	-------	--

Apêndice 2 – Termo de consentimento livre e esclarecido

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO: MULHERES E IDOSOS

Faculdade de Medicina – FURG – PPGSP

Responsável: Prof. Dr. Rodrigo Dalke Meucci (Telefone 53 98133-6377)

O (a) Sr (a) está sendo convidado a participar do estudo "Saúde da população rural de Rio Grande, RS: um estudo sobre crianças e suas mães, mulheres em idade fértil e idosos". Esta pesquisa tem por objetivo avaliar a saúde da população rural do município de Rio Grande. Sua participação neste estudo é voluntária. Você pode interrompê-la a qualquer momento sem que isto lhe cause nenhum prejuízo.

PROCEDIMENTOS: será realizada uma entrevista com perguntas simples e diretas sobre sua saúde.

RISCOS E POSSÍVEIS REAÇÕES: a realização de entrevistas oferece risco mínimo aos participantes do estudo. Será oferecido encaminhamento psicológico ao Ambulatório de Saúde Mental e/ou Centro de Atenção Psicossocial Conviver em caso de desconforto causado pela aplicação do questionário.

BENEFÍCIOS: os resultados do estudo poderão servir de base para melhoria da atenção à saúde da população rural de Rio Grande.

DESPESAS: o (a) Sr (a) não terá que pagar por nenhum dos procedimentos.

CONFIDENCIALIDADE: o pesquisador irá tratar sua identidade com padrões profissionais de sigilo; sua identidade permanecerá confidencial durante todas as etapas do estudo.

CONSENTIMENTO: recebi claras explicações sobre o estudo, todas registradas neste formulário de consentimento. Os investigadores do estudo responderam a todas as minhas perguntas até a minha completa satisfação. Portanto, estou de acordo em

participar do estudo. Este Formulário de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado por mim e arquivado na instituição responsável pela pesquisa.

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO INVESTIGADOR: expliquei a natureza, objetivos, riscos e benefícios deste estudo. Coloquei-me à disposição para perguntas e as respondi em sua totalidade. A pessoa que será entrevistada compreendeu minha explicação e aceitou assinar este consentimento.

Assinatura do(a) entrevistado(a)

Assinatura do(a) pesquisador(a)

Rio Grande, ____ de _____ de 2017

Apêndice 3 – Logo da pesquisa



Apêndice 4 – Folder de divulgação da pesquisa

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS AD (ÁLCOOL E DROGAS)
RUA MARECHAL FLORIANO 493 – CENTRO/ (53) 3231-7375

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS CONVIVER RIO GRANDE
RUA PRESIDENTE VARGAS 688 – PARQUE/ (53) 9 8107-5867

CENTRO DE ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL DA FURG (CAPS)
(53) 3293-5234

CENTRO DE REFERÊNCIA EM ASSISTÊNCIA SOCIAL (CRAS)
(53) 3239-1529

CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO EM ASSISTÊNCIA SOCIAL (CREAS):
RUA CORONEL SAMPAIO, nº 113 – CENTRO/ (53) 3231-1940

DELEGACIA ESPECIALIZADA NO ATENDIMENTO À MULHER (DEAM)
Endereço: Marechal Floriano, nº 42. - CENTRO/ (53) 3231-4107

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS AD (ÁLCOOL E DROGAS)
RUA MARECHAL FLORIANO 493 – CENTRO / (53) 32317375

Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

Faculdade de Medicina

Programa de Pós Graduação em Saúde Pública (PPGSP)

Rua: General Osório, S/N. Fone (53) 3237
-4638/ 3237-4641
Rio Grande do Sul/ RS



Sala do Programa de Pós-
Graduação de Saúde Pública:

(53) 3237-4641



@saudedapopulacaoriograndina



ppg.saudepublica@furg.br

Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Rodrigo Dalke Meucci

Estudo Sobre a Saúde da População Rural Rio-grandina

A Faculdade de Medicina da **FURG** está realizando um estudo para conhecer as condições de saúde das mulheres, crianças e idosos residentes na área rural do município de Rio Grande– RS.

Você e sua família estão convidados a participar da pesquisa, pois seu endereço foi selecionado. Um de nossos **entrevistadores visitará sua casa** e lhe fará algumas perguntas.

Os resultados da pesquisa serão divulgados para os serviços de saúde, também nos jornais, rádio e televisão locais, mas seu **nome** e outras **informações pessoais** serão mantidos em **SIGILO**.

Nosso objetivo é **conhecer** as necessidades em saúde para propor medidas que possam melhorar a saúde de crianças, mulheres e idosos na área rural em Rio Grande.

Desde já agradecemos sua participação!

Você sabe os endereços e telefones dos estabelecimentos de saúde e órgãos sociais da sua região?

Abaixo, segue uma lista de estabelecimentos públicos em Rio Grande/ RS:

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – TOROTAMA

RUA DA CORSAN 27- ILHA DA TOROTAMA/ (53) 3237-7029

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – QUINTINHA

RUA 1 ESQUINA AVENIDA A 08 – QUINTINHA/ (53) 3239-1298

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE BÁSICA DA FAMÍLIA – DOMINGOS PETROLINE- RUA VALDEMAR C DE AGUIAR 459 – DOMINGOS PETROLINE/ (53) 3802-1002

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – ILHA DOS MARI-NHEIROS—RUA FREDERICO DE ALBUQUERQUE 581/ (53) 3237-8039

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – BOLAXA

RUA ANA PERNIGOTTI 320 – BOLAXA/(53) 3236-2506

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – TAIM

CAPILHA BR 471 S/N - TAIM/ (53) 9 99639683

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - POVO NOVO

PRAÇA CORONEL MARCELINO S/N – POVO NOVO/ (53) 3237-9157

POSTO DA QUINTA—RUA JOÃO MOREIRA 188 - QUINTA/ (53) 3239-1200

Apêndice 5 - Questionário do bloco domiciliar

BLOCO A: DOMICÍLIO – DEVE SER RESPONDIDO PELO CHEFE DO DOMICÍLIO					
Número do setor: __					aset __
Número do domicílio: ___					anum ___
Número do questionário: _____					anuq _____
Endereço (incluir ponto de referência): _____					aende ___
01) Data da entrevista: __/__/__					adat __/__/__
02) Entrevistadora: _____					aent __
03) Qual o seu nome? _____					
04) Quantos anos o(a) Senhor(a) tem? __ anos completos (999) IGN					aidade ___
05) SEXO		(1) MASCULINO	(2) FEMININO		asexo _
06) Qual a cor da sua pele?					
(1) Branca	(2) Preta	(3) Parda	(4) Amarela	(5) Outra	acorpel _
07) Quantas pessoas moram nesta casa? Nº __ (99) IGN					amodo __
08) Até que série/ano o(a) Sr. (a) completou na escola? _ série do _ grau (99) IGN					aserie_ agrau_
09) O(a) Senhor(a) é:					
(1) Solteiro(a)		(2) Casado(a) ou com companheiro(a)		(3) Separado(a) ou divorciado(a)	asico_
(4) Viúvo(a)		(9) IGN			
Agora vamos falar sobre as condições de moradia das pessoas que vivem nesta casa					
(OBSERVAR E SE NECESSÁRIO PERGUNTAR) 10) TIPO DE CONSTRUÇÃO:					acasa_
(1) MADEIRA		(2) TAIPA	(3) TIJOLO/ALVENARIA	(4) PALHA	
(5) MISTA (TIJOLO E MADEIRA)		(6) PAPELÃO/LATA	(8) OUTRO	(9) IGN	
11) A sua casa é própria, alugada ou emprestada?					aprop_
(1) Própria		(2) Alugada			
(3) Emprestada (não paga aluguel)		(9) IGN			
12) Quantos cômodos / peças tem esta casa? __ cômodos/peças					apeca_
13) Quantos cômodos/peças usam para dormir? __ cômodos/peças					adorm_
14) Tem água encanada?					aagua_
(0) Não		(1) Sim, dentro de casa	(2) Sim, no terreno		(9) IGN
15) De onde vem a água usada para beber?					afonte_
(1) Rede Pública		(2) Chafariz	(3) Cisterna, poço	(4) Rio, lagoa, açude	
(5) Caminhão-pipa		(6) Outro	(9) IGN		
16) Como é a privada da casa?					
(1) Sanitário com descarga		(2) Sanitário sem descarga		(3) Casinha/fossa	apriva_
(4) Não tem privada		(9) IGN			
17) Esta casa está ligada à rede de esgotos?					aesgo_
(0) Não		(1) Sim		(9) IGN	
Agora vamos conversar sobre tua casa					
Na sua casa tem...					
18) Carro de passeio?		(0) Não	() Sim, quantos? __		aauto_
19) Moto?		(0) Não	() Sim, quantos? __		amoto_
20) Empregado mensalista?		(0) Não	() Sim, quantos? __		aempr_

21) Máquina de lavar roupa? (desconsiderar tanquinho)	(0) Não	() Sim, quantos? ___	aroupa _			
22) Banheiro	(0) Não	() Sim, quantos? ___	abanho _			
23) DVD?	(0) Não	() Sim, quantos? ___	advd _			
24) Geladeira?	(0) Não	() Sim, quantos? ___	agela _			
25) Freezer ou geladeira duplex?	(0) Não	() Sim, quantos? ___	afrez _			
26) Computador?	(0) Não	() Sim, quantos? ___	acomp _			
27) Lavadora de louças?	(0) Não	() Sim, quantos? ___	alava _			
28) Forno micro-ondas?	(0) Não	() Sim, quantos? ___	amicr _			
29) Secadora de roupas?	(0) Não	() Sim, quantos? ___	aseca _			
30) Tem fogão à lenha?	(0) Não → 32	(1) Sim	(9) IGN	alenha _		
31) Esse fogão à lenha, vocês:						
(0) Nunca usam	(1) Usam às vezes	(2) Usam sempre	(8) NSA	(9) IGN	alefr _	
Agora vou conversar com o(a) Sr(a) sobre trabalho						
32) O(A) Sr. (a) está trabalhando?						
(0) Não	(1) Sim → 34	(9) IGN	atrab _			
33) SE NÃO: Por que não está trabalhando?						
(1) Desempregado	(2) Aposentado	(3) Encostado	antr _			
(4) Pensionista	() Outro _____	(8) NSA	(9) IGN			
APÓS RESPONDER A QUESTÃO 33, PULE PARA A QUESTÃO 36						
34) SE ESTÁ TRABALHANDO: Qual tipo de trabalho o(a) Sr.(a) faz? (Anotar onde e o que faz): _____					aocup ____	
35) SE ESTÁ TRABALHANDO: O Sr(a). trabalha com carteira assinada?						
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	avinc _		
36) A sua família planta ou cultiva algum alimento?						
(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	acult _			
37) A família tem criação de animais na propriedade?						
(0) Não	() Sim, qual (is)?	Gado/rês:	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	agado _
		Porco:	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	aporco _
		Peixe:	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	apeixe _
		Galinha:	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	agalinha _
SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDEU “(0) NÃO” PARA AS PERGUNTAS 36 E 37 PULE PARA A QUESTÃO 41.						
38) O que vocês produzem é suficiente para o sustento da família na maior parte do ano?					aconsu _	
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN			
39) Daquilo que vocês produzem, sobra para vender na maior parte do ano?						
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN			
40) Em 2016, quanto vocês ganharam com a venda daquilo que produziram? R\$ _____					arep _____	
41) No mês passado, quanto ganharam as pessoas que moram aqui, incluindo trabalho e aposentadoria?						
Pessoa 1: R\$ _____ por mês					arf1: _____	
Pessoa 2: R\$ _____ por mês					arf2: _____	
Pessoa 3: R\$ _____ por mês					arf3: _____	
Pessoa 4: R\$ _____ por mês					arf4: _____	
Pessoa 5: R\$ _____ por mês					arf5: _____	
(00000) Não recebe renda						

(99999) IGN						
42) A família tem outra fonte de renda, por exemplo, aluguel, arrendamento de terra, pensão ou outra que não foi citada acima?						
(0) Não					arou _	
(1) Sim → Quanto? R\$ _ _ _ _ _ por mês					aqrou _ _ _ _ _	
(99999) IGN						
Agora vou ler para o(a) Sr(a) algumas perguntas sobre a sua alimentação em casa nos últimos três meses, ou seja, desde <DIA DE TRÊS MESES ATRÁS>, para cá. As perguntas são parecidas umas com as outras, mas é importante que o(a) Sr(a) responda cada uma delas.						
43) Desde <DIA DE TRÊS MESES ATRÁS>, em algum momento você chegou a pensar que a comida na sua casa ia acabar antes que tivesse condição de comprar, receber ou produzir mais comida?					ia01 _	
(0) Não	(1) Sim				(9) IGN	
44) Desde <DIA DE TRÊS MESES ATRÁS>, a comida acabou antes que o(a) Sr(a) tivesse dinheiro para comprar mais?					ia02 _	
(0) Não	(1) Sim				(9) IGN	
45) Desde <DIA DE TRÊS MESES ATRÁS>, o(a) Sr(a) ficou sem dinheiro para comprar a comida que sua família precisava?					ia03 _	
(0) Não	(1) Sim				(9) IGN	
46) Desde <DIA DE TRÊS MESES ATRÁS>, alguém da sua casa teve que comer menos do que o habitual porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida?					ia04 _	
(0) Não	(1) Sim				(9) IGN	
47) Desde <DIA DE TRÊS MESES ATRÁS>, o(a) Sr(a) alguma vez comeu menos do que achou que devia porque não havia dinheiro suficiente para comprar comida?					ia05 _	
(0) Não	(1) Sim				(9) IGN	
Agora vou perguntar sobre algumas doenças de família						
Algum familiar seu tem:						
48) Retardo mental?	(0) Não	(1) Sim			(9) IGN	askatraso _
49) Dificuldade para andar?	(0) Não	(1) Sim			(9) IGN	askandar _
50) Surdez?	(0) Não	(1) Sim			(9) IGN	askouvir _
51) Enxerga as coisas duplicadas?	(0) Não	(1) Sim			(9) IGN	askenxer _
SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDEU “(0) NÃO” PARA AS PERGUNTAS 48, 49, 50 E 51 PULE PARA A QUESTÃO 53.						
52) SE SIM EM PELO MENOS UMA DAS PERGUNTAS 48 A 51: Qual o grau de parentesco dessa(s) pessoa(s) com você?						
Pai	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	apai _	
Mãe	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	amae _	
Avô/Avó	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	aavo _	
Tio (a)	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	atio _	
Primo (a)	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	aprimo _	
Sobrinho (a)	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	asobri _	
Filho (a)	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	afilho _	
Outro (a): _____					aoufam _	

Depois de adulto alguém da sua família que não era doente começou a:					
53) Ter problema para caminhar/desequilíbrios/tombos frequentes?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	askcaminha _	
54) Ter problema/dificuldade para falar?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	askfala _	
55) Parou de sentir os pés?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	askcalor _	
56) Ter formigamento nas pernas ou pés?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	askformiga _	
57) Doença dos pezinhos?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	askpezi _	
58) Doença de Machado-José?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	askjose _	
O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDEU “(0) NÃO” PARA AS PERGUNTAS 53, 54, 55, 56, 57 E 58 PULE PARA A QUESTÃO 60.					
59) SE SIM EM PELO MENOS UMA DAS PERGUNTAS 53 A 58: Qual o grau de parentesco dessa(s) pessoa(s) com você?					
Pai	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	aapai _
Mãe	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	aamae _
Avô/Avó	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	aaavo _
Tio(a)	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	aatio _
Primo(a)	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	aaprimo _
Sobrinho(a)	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	aasobri _
Filho(a)	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	aafilho _
Outro(a): _____					aaoufam _
60) Seus pais são parentes ou primos?					askpais _
(0) Não	(1) Sim	(9) IGN			
Agora vamos falar sobre plano de saúde					
61) Os moradores desta casa tem plano de saúde?					aplano _
(0) Não	() Sim, qual ? _____	(9) IGN			
→ 67					
62) SE SIM: Qual o nome do plano? _____					
O que este plano de saúde cobre...					
63) Consultas médicas?	(0) Não	(1) Sim, com participação	(2) Sim, sem participação	(9) IGN	acomed _
64) Exames?	(0) Não	(1) Sim, com participação	(2) Sim, sem participação	(9) IGN	aexame _
65) Quantas pessoas fazem parte do plano de saúde? __ pessoas (99) IGN					apeplano __
66) Quanto custa este plano por mês? R\$ _____					acuspla _____
67) O(a) Sr.(a) possui telefone para contato?					
(0) Não	(1) Sim	→ qual? _____			fone _____

Apêndice 6 – Questionário do bloco dos idosos

BLOCO D: IDOSOS				
Número do setor: __				dset __
Número do domicílio: ___				dnum ___
Número do entrevistado: ___				dnume ___
Número do questionário: _____				dnuq _____
01) Data da entrevista: __/__/_____				ddat __/__/_____
02) Entrevistadora: _____				dent __
03) QUEM ESTÁ RESPONDENDO AO QUESTIONÁRIO?		(1) IDOSO(A) → 05	(2) CUIDADOR(A)	dques _
NOME DO CUIDADOR: _____				
04) SE CUIDADOR: Qual a sua relação com o(a) <IDOSO(A)>?				drela _
(1) Esposo(a) ou companheiro(a)	(2) Filho(a)	(3) Irmão(ã)	(4) Vizinho(a)	
(5) Pessoa contratada	(6) Outro _____	(8) NSA		
A PARTIR DA QUESTÃO 05, TODAS AS PERGUNTAS SE REFEREM AO IDOSO (NÃO SE REFEREM AO CUIDADOR)				
05) Qual o seu nome? _____			(Nome do idoso)	dnome
06) Quantos anos o(a) Sr(a). tem? ___ Anos completos (999) IGN				didade ___
07) SEXO		(1) MASCULINO	(2) FEMININO	dsexo _
08) Qual a cor da sua pele?				dcorpel _
(1) Branca	(2) Preta	(3) Parda	(4) Amarela	(5) Outra
09) Até que série/ano o(a) Sr(a). completou na escola? __ série do __ grau			(99) IGN	desc __
10) O(a) Sr(a). é:				dsico _
(1) Solteiro(a)		(2) Casado(a) ou com companheiro(a)		
(3) Separado(a) ou divorciado(a)		(4) Viúvo(a)		
O(A) Sr(a). vive...				
11) Sozinho(a)?		(0) Não	(1) Sim	dviveso _
12) Com cônjuge ou com companheiro(a)?		(0) Não	(1) Sim	dviveco _
13) Com filho(s)?		(0) Não	(1) Sim	dvivefi _
14) Com pai e/ou mãe?		(0) Não	(1) Sim	dvivepai _
15) Com outra pessoa?		(0) Não	() Sim, quem? _____	dviveout _
16) O(a) Sr(a). tem alguma religião?		(0) Não → 18	(1) Sim	(9) IGN
17) SE SIM: Qual?	(01) Católica	(02) Evangélica	(03) Espírita	dreligqual __
(04) Candomblé	(05) Umbanda	(06) Adventista	(07) Luterana	
(08) Testemunha de Jeová	(09) Mórmon	(88) NSA	(99) IGN	
INSTRUÇÃO 01: Agora vamos falar sobre trabalho				
18) O(A) Sr(a). está trabalhando?				dtrab _

(0) Não	(1) Sim → 20	(9) IGN	
19) SE NÃO: Por que não está trabalhando?			dtrabnao _
(1) Desempregado(a)	(2) Aposentado(a)	(3) Encostado(a)	
(4) Pensionista	() Outro: _____	(8) NSA	(9) IGN
APÓS RESPONDER A QUESTÃO 19, PULE PARA A INSTRUÇÃO 03.			
20) SE ESTÁ TRABALHANDO: Qual tipo de trabalho o(a) Sr(a). faz? (Anotar onde e o que faz): _____			docup _
21) SE ESTÁ TRABALHANDO: O(a) Sr(a). trabalha com carteira assinada?	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA (9) IGN
INSTRUÇÃO 02: Agora vamos falar sobre atividades físicas apenas no seu trabalho			
No seu trabalho, desde <DIA> da semana passada para cá o(a) Sr(a)...			
22) Caminhou pelo menos meia hora por dia?			dtracam _
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN
23) Carregou pesos leves pelo menos meia hora por dia?			dtrapele _
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN
24) Carregou objetos pesados pelo menos meia hora por dia?			dtrapepe _
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN
25) Trabalhou com enxada e outras ferramentas nas lidas do campo pelo menos meia hora por dia?			dtraferr _
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN
INSTRUÇÃO 03: Agora vamos falar sobre atividades físicas para ir de um lugar a outro			
26) Desde <DIA> da semana passada para cá, o(a) Sr(a). caminhou pelo menos meia hora por dia para ir de um lugar para outro?			dluca _
(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	
27) Desde <DIA> da semana passada para cá, o(a) Sr(a). andou de bicicleta pelo menos meia hora por dia para ir de um lugar para outro?			dlibici _
(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	
INSTRUÇÃO 04: Agora vamos falar sobre atividades físicas no seu tempo livre			
28) Desde <DIA> da semana passada para cá, o(a) Sr(a). andou pelo menos meia hora por dia no seu tempo livre?			dlivcam _
(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	
29) Desde <DIA> da semana passada para cá, o(a) Sr(a). andou de bicicleta, tomou banho de rio ou praticou esportes pelo menos meia hora por dia no seu tempo livre?			dlibici _
(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	
INSTRUÇÃO 05: Agora vou perguntar sobre as atividades que o(a) Sr(a). fez na última semana enquanto estava sentado ou deitado, sem contar o tempo que passou na cama. Hoje é <DIA>, quero que o(a) Sr(a). pense nessas atividades considerando desde <DIA> da semana passada até ontem. Para cada uma das atividades, considere apenas aquelas que sejam as principais, ou seja, se o(a) Sr(a). estava vendo televisão e comendo, considere apenas uma das duas.			
30) Desde <DIA> da semana passada para cá, quanto tempo no total o(a) Sr(a). passou sentado(a) ou deitado(a) e assistiu televisão ou vídeos/DVDs? ___ Hora(s) ___ Minuto(s) (99) IGN			oltvh _ oltvm _

31) Desde <DIA> da semana passada para cá, quanto tempo no total o(a) Sr(a). passou sentado(a) ou deitado(a) e usou computador/internet? ___ Hora(s) ___ Minuto(s) (99) IGN	olpch __ olpcm __
32) Desde <DIA> da semana passada para cá, quanto tempo no total o(a) Sr(a). passou sentado(a) ou deitado(a) e leu? ___ Hora(s) ___ Minuto(s) (99) IGN	ollerh __ ollerm __
33) Desde <DIA> da semana passada para cá, quanto tempo no total o(a) Sr(a). passou sentado(a) ou deitado(a) e socializou com amigos ou família? ___ Hora(s) ___ Minuto(s) (99) IGN	olsoch __ olsocm __
34) Desde <DIA> da semana passada, quanto tempo no total o(a) Sr(a). passou sentado(a) ou deitado(a) e dirigiu ou andou de carro/moto/transporte público ou outro? ___ Hora(s) ___ Minuto(s) (99) IGN	oldesh __ oldesm __
35) Desde <DIA> da semana passada para cá, quanto tempo no total o(a) Sr(a). passou sentado(a) ou deitado(a) e praticou algum hobby? Ex: palavras cruzadas... ___ Hora(s) ___ Minuto(s) (99) IGN	olhobh __ olhobm __
36) Desde <DIA> da semana passada para cá, quanto tempo no total o(a) Sr(a). passou sentado(a) ou deitado(a) e trabalhou? ___ Hora(s) ___ Minuto(s) (99) IGN	oltrabh __ oltrabm __
37) Desde <DIA> da semana passada para cá, quanto tempo no total o(a) Sr(a). passou sentado(a) ou deitado(a) e fez outras atividades? ___ Hora(s) ___ Minuto(s) (99) IGN	oloutrosh __ oloutrsm __
INSTRUÇÃO 06: Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre o hábito de fumar. Fumante é a pessoa que fuma um ou mais cigarros por dia há mais de 1 mês. Ex-fumante é a pessoa que parou de fumar há mais de 1 mês.	
O(a) Sr(a). fuma ou já fumou?	dfuma _
(0) Não, nunca fumou → 44	(1) Já fumou, mas parou
(2) Sim, fuma	(9) IGN
39) No último mês o Sr(a). fumou pelo menos um cigarro por dia?	(0) Não → 42
(1) Sim	(8) NSA
(9) IGN	dfumames _
40) SE FUMA: Há quanto tempo o(a) Sr(a). fuma? ___ Ano(s) ___ Mês(es) (88) NSA (99) IGN	dfumatea __ dfumatem __
SE FUMA: Quantos cigarros o(a) Sr(a). fuma por dia? ___ cigarros (888) NSA (999) IGN	dfumaqua ___
APÓS RESPONDER A QUESTÃO 41, PULE PARA A INSTRUÇÃO 07.	
SE FUMOU: Por quanto tempo o(a) Sr(a). fumou? ___ Ano(s) ___ Mês(es)	dfumoutea __ dfumoutem __
(8) NSA (99) IGN	
Há quanto tempo parou de fumar? ___ Ano(s) ___ Mês(es) (88) NSA (99) IGN	dfumoupaa __ dfumoupam __
INSTRUÇÃO 07: Agora vamos conversar sobre bebidas alcoólicas.	
44) Desde <DIA> da semana passada para cá, o(a) Sr(a). tomou cerveja, vinho, cachaça, uísque, licorés, ou qualquer outra bebida com álcool?	balco _
(0) Não → INSTRUÇÃO 09	(1) Sim
(9) IGN	
45) Desde <DIA> da semana passada para cá, em quantos dias, aproximadamente, o(a) Sr(a). tomou bebidas alcoólicas?	balcdsem _
_ Dias por semana	(8) NSA
(9) IGN	
INSTRUÇÃO 08: Considere uma dose conforme esta figura (MOSTRAR FIGURA)	
46) Nos dias em que o(a) Sr(a). bebeu, quantas doses, em média, o(a) Sr(a). tomou?	balcqtd __
__ Doses por semana	(88) NSA
(99) IGN	
INSTRUÇÃO 09: Agora vamos conversar um pouco sobre sua alimentação.	
47) Quantas refeições o(a) Sr(a) faz por dia? ___ Refeições (99) IGN	varefdia __
48) O(A) Sr(a). consome leite, queijo, iogurte, bebida láctea ou leite fermentado pelo menos uma vez por dia?	vaconleite _

Não	Sim	IGN	
49) O(A) Sr(a). come ovos, feijão, lentilhas ou soja, pelo menos uma vez por semana?			vaconfe _
Não	Sim	IGN	
) O(A) Sr(a). come carne, peixe, frango ou porco pelo menos três vezes por semana?			vaconcarne _
Não	Sim	IGN	
) O(A) Sr(a). come frutas, verduras ou legumes pelo menos duas vezes por dia?			vaconfru _
Não	Sim	IGN	
) Quantos copos ou xícaras de líquidos o(a) Sr(a). consome diariamente? (incluindo água, café, chá, suco e chimarrão.) ___ Copos (99) IGN			vaconagua __
) Sem contar na salada, o(a) Sr(a). costuma colocar sal na comida pronta no seu prato?			vaadsal _
Não	Sim	IGN	
) O(A) Sr(a). costuma fazer as refeições assistindo televisão?			vareftv _
Não	Sim	IGN	
) O(A) Sr(a). costuma tomar café da manhã, almoçar ou jantar com as pessoas que moram com você?			varefmo _
Não	Sim	IGN	
56) Em qual local da casa o(a) Sr(a). geralmente realiza as suas refeições? (Marque apenas uma opção)			vareflo _
(1) Cozinha	(2) Varanda ou Sala de Jantar	(3) Sala	
Quarto	Outros	Não faço refeição em casa	
(9) IGN			
INSTRUÇÃO 10: Agora falaremos sobre a sua saúde			
57) Considerando outras pessoas com a mesma idade que o(a) Sr(a)., como considera sua saúde?			dsaude _
(1) Muito boa	(2) Boa	(3) Regular	(4) Ruim
(5) Muito ruim	(9) IGN		
O(A) Sr(a). usa algum destes equipamentos ou acessórios no seu dia-a-dia?			
58) Bengala	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN
59) Andador	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN
60) Cadeira de rodas	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN
61) Aparelho auditivo (no ouvido)	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN
62) Dentadura em cima	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN
63) Dentadura em baixo	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN
64) Prótese de quadril	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN
65) Colchão de espuma com pontinhas (piramidal)	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN
66) Almofada de ar para cadeira ou cama	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN
67) Algum médico disse que o(a) Sr(a). tem pressão alta?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN
68) Algum médico disse que o(a) Sr(a). tem diabetes ou açúcar alto no sangue?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN
69) Algum médico disse que o(a) Sr(a). tem problema pulmonar (bronquite, enfisema, DPOC, asma)?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN
70) Algum médico disse que o(a) Sr(a). tem doença na coluna?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN
71) Algum médico disse que o(a) Sr(a). tem reumatismo, artrite ou artrose?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN
72) Algum médico disse que o(a) Sr(a). tem osteoporose (fraqueza	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN

nos ossos)?				
73) Algum médico disse que o(a) Sr(a). tem problema nos rins?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	drins _
74) O(A) Sr(a). está fazendo hemodiálise?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dhemodi _
75) Alguma vez algum médico lhe disse que o(a) Sr(a). estava com câncer?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dcancer _
76) Alguma vez na vida o(a) Sr(a). teve que amputar alguma parte do seu corpo?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	damputa _
77) Em algum momento de sua vida, algum médico ou psicólogo já lhe disse que o(a) Sr(a). tinha depressão?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	mcdeprevida _
78) Desde <MÊS> do ano passado para cá, algum médico ou psicólogo disse que o(a) Sr(a). tem depressão?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	mcdepreano _
79) O(A) Sr.(a) já tomou vacina contra a gripe?	(00) Não → 81	() Sim, quantas vezes? ___ vezes	(99) IGN	dgripe _
80) SE SIM: O(A) Sr(a). tomou alguma dose desta vacina desde <MÊS> do ano passado pra cá?				dvacinames _
(0) Não, não tomou	(1) Sim, tomou	(8) NSA	(9) IGN	
81) SE NÃO: Por que não tomou?				dvacinanao _
(1) Não sabia que podia/precisava tomar	(2) Não tinha vacina/estava em falta			
(3) Ficou com medo de adoecer	(8) NSA	(9) IGN		
SE O IDOSO FOR DO SEXO MASCULINO, PULE PARA A INSTRUÇÃO 11.				
ATENÇÃO: SE MULHER: Quantos filhos a Sra. já teve? __ Filhos) Nenhum → 84) NSA	adfls __
SE TEVE FILHO(S): Quantos filhos a Sra. teve de parto normal/vaginal? __ Filhos) Nenhum) NSA) IGN
adflsv __				
Algum médico disse que o(a) Sr.(a) teve derrame ou AVC?	Não	Sim	IGN	davc _
INSTRUÇÃO 11: Agora vamos conversar sobre seu hábito para urinar				
85) O(a) Sr(a). se urina sem querer?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	adperde _
86) O(a) Sr(a). se urina sem querer quando tosse, ri, espirra ou faz algum esforço?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	adesforc _
87) O(a) Sr(a). se urina sem querer por não conseguir chegar a tempo no banheiro?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	adurg _
SE A RESPOSTA ÀS TRÊS PERGUNTAS ANTERIORES (85, 86 e 87) FOR “NÃO”, PULE PARA A INSTRUÇÃO 12.				
88) Faz quanto tempo que o(a) Sr(a). se urina sem querer? __ Mês(es) __ Ano(s)	(88) NSA	(99) IGN		adpvezme __ adpvezan __
89) O(a) Sr(a). acha que se urinar sem querer atrapalha a sua vida?				adatp _
Não → 91	Sim	NSA	IGN	
SE SIM: Em que isto atrapalha?	Me conte isso.			adatpc _
_____			(8) NSA (9)	
IGN				
Alguma vez o(a) Sr(a). se consultou com médico para tratar deste problema de se urinar sem querer?				adcns _
(0) Não	(1) Sim → 93 ou 94	(8) NSA	(9) IGN	

) SE NÃO: Por qual razão o(a) Sr(a). não foi se consultar com médico para tratar deste problema? _____ (8) NSA (9) IGN				adcnsq _	
A PRÓXIMA PERGUNTA (93) SÓ DEVE SER FEITA A QUEM RESPONDEU SIM NA QUESTÃO DE NÚMERO 84, OU SEJA “TEVE DERRAME OU AVC”, USE O MESMO TERMO REFERIDO POR ELE(A) NA QUESTÃO.					
93) SE TEVE DERRAME: O(a) Sr(a). já se urinava sem querer antes de ter o derrame?				adavcq _	
(1) Começou antes	(2) Começou depois	(8) NSA	(9) IGN		
) O que o(a) Sr(a). faz para não molhar a roupa de urina? _____ (8) NSA (9) IGN				admour _	
) Por causa de se urinar sem querer, o(a) Sr(a). já deixou de ir a algum lugar? (festa, na igreja, visitar um amigo)?				adcauri _	
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN		
) O(a) Sr(a). acha que urinar sem querer é normal para o idoso?				adnouri _	
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN		
INSTRUÇÃO 12: Agora vamos conversar sobre seu sono					
97) O(a) Sr(a). ronca?		(0) Não → 101	(1) Sim	(9) IGN	apronca _
98) SE SIM: Desde <DIA> da semana passada para cá, com que frequência o(a) Sr(a). roncou? ___ dia(s) (88) NSA (99) IGN				apfronco _	
99) Seu ronco é...				aptronco _	
(1) Um pouco mais alto que a sua respiração		(2) Tão alto quanto a fala		(3) Mais alto que a fala	
(4) Muito alto		(8) NSA		(9) IGN	
100) Seu ronco incomoda outras pessoas?				apincoronco _	
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN		
101) Alguém já notou que o(a) Sr(a). para de respirar durante o sono?				appararesp _	
(0) Não → 103		(1) Sim		(9) IGN	
102) SE SIM: Desde <DIA> da semana passada para cá, com que frequência o(a) Sr(a). para de respirar durante o sono? ___ dia(s) (88) NSA (99) IGN					
103) O(a) Sr(a). acorda cansado(a)?				apacans _	
(0) Não → 105		(1) Sim		(9) IGN	
104) SE SIM: Desde <DIA> da semana passada para cá, com que frequência o(a) Sr(a). acordou cansado? ___ dia(s) (88) NSA (99) IGN					
105) O(a) Sr(a). fica cansado(a) no seu tempo desperto(a)?				apdcans _	
(0) Não → 107		(1) Sim		(9) IGN	
106) SE SIM: Desde <DIA> da semana passada para cá, com que frequência o(a) Sr(a). ficou cansado(a) no seu tempo desperto(a)? ___ dia(s) (88) NSA (99) IGN					
107) O(a) Sr(a). já cochilou ou dormiu enquanto dirigia?				apdirigir _	
(0) Não → INSTRUÇÃO 13		(1) Sim	(8) Não dirige → INSTRUÇÃO 13		(9) IGN
108) SE SIM: Desde <DIA> da semana passada para cá, com que frequência isso aconteceu com o(a) Sr.(a) ? ___ dia(s) (88) NSA (99) IGN				apfqdirig _	
INSTRUÇÃO 13: Agora vamos falar sobre quedas					

109) O(A) Sr(a). caiu alguma vez desde <MÊS> do ano passado para cá?					dcaiu __
0) Não		Sim, quantas vezes? __		0) IGN	
110) Desde <MÊS> do ano passado para cá, o(a) Sr(a). quebrou ou fraturou algum osso?					dquebrou __
0) Não → INSTRUÇÃO 14		Sim, quantas vezes? __		0) IGN	
111) O que o(a) Sr(a). quebrou? (Não leia as alternativas)					
Pé	Não	Sim	NSA	IGN	dquepe _
Tornozelo	Não	Sim	NSA	IGN	dquetor _
Perna	Não	Sim	NSA	IGN	dqueper _
Joelho	Não	Sim	NSA	IGN	dquejoe _
Fêmur ou quadril	Não	Sim	NSA	IGN	dquefemu _
Dedos da mão	Não	Sim	NSA	IGN	dquededo _
Pulso	Não	Sim	NSA	IGN	dquepulso _
Antebraço	Não	Sim	NSA	IGN	dqueante _
Braço	Não	Sim	NSA	IGN	dquebraco _
Clavícula	Não	Sim	NSA	IGN	dquecla _
Escápula	Não	Sim	NSA	IGN	dqueesca _
Cadeiras	Não	Sim	NSA	IGN	dquecade _
Costela	Não	Sim	NSA	IGN	dquecost _
Vértebra	Não	Sim	NSA	IGN	dquevert _
Esta fratura ocorreu quando o(a) Sr(a). estava:					
112) Trabalhando?	Não	Sim	NSA	IGN	dquetrab _
113) No seu tempo livre fora de casa?	Não	Sim	NSA	IGN	dqueliv _
114) Em casa?	Não	Sim	NSA	IGN	dquecasa _
115) No trânsito?	Não	Sim	NSA	IGN	dquetran _
INSTRUÇÃO 14: Agora vamos conversar sobre a procura por benzeadeira, benzeideiro, curandeiro ou rezadeira					
116) Aguma vez na vida o(a) Sr(a). procurou por benzeadeira, benzeideiro curandeiro ou rezadeira para tratar de um problema de saúde?					sjbnzvda _
(0) Não → 125		(1) Sim		(9) IGN	
117) Quando foi a última vez que o (a) Sr(a). procurou por uma benzeadeira/curandeiro? __ __ Mês(es) __ __ Ano(s) (88) NSA (99) IGN					sjbnzano __ sjbnzmes __
118) Nesta última vez que o(a) Sr(a). procurou uma benzeadeira/curandeiro, quais eram os seus problemas de saúde? _____ _____ (8) NSA (9) IGN					sjmot _
119) Por que o(a) Sr(a). procurou a benzeadeira ou curandeiro para resolver esse problema de saúde? _____ _____ (8) NSA (9) IGN					sjbnzpq _
120) A benzeadeira ou curandeiro falou que o(a) Sr(a). precisava procurar um médico ou algum profissional da saúde para tratar desse(s) problema(s) de saúde?					sjbnzind _

Não	Sim	NSA	IGN	
121) O(a) Sr(a). também procurou um profissional de saúde (médico, enfermeiro, dentista, outro profissional) para tratar este(s) problema(s) de saúde?				sjbnzmed_
Não	Sim → 123	NSA	IGN	
122) SE NÃO: Por que o(a) Sr(a). não procurou um profissional da saúde para resolver este(s) problema(s)? _____ _____ (8) NSA (9) IGN				sjbnznao_
3) O(a) Sr(a). ficou satisfeito com o resultado do tratamento para <PROBLEMA(S) DE SAÚDE> feito pela benzedeira ou curandeiro?				sjbnzsati_
Não	Sim	NSA	IGN	
4) Nesta última vez, a benzedeira ou curandeiro cobrou algum valor em dinheiro pelo serviço?				sjbnzpag_
Não	Sim	NSA	IGN	
5) O(a) Sr(a). já procurou a benzedeira ou curandeiro por outro motivo que não fosse problema de saúde?				sjbnzout_
Não	Sim	IGN		
6) Alguma vez na vida o(a) Sr(a). procurou padre, pastor, cirurgiões espirituais, cultos de cura da igreja, centros de umbanda (batuque) ou candomblé para tratar algum problema de saúde?				sjbnzfe_
Não	Sim	IGN		
INSTRUÇÃO 15: Agora vamos conversar sobre procurar atendimento de saúde				
127) Quando o(a) Sr(a). precisa de um atendimento de saúde, qual é o primeiro serviço em que o(a) Sr(a). vai? (Marque apenas uma opção)				lfserref_
(1) UBSF/ Posto de saúde de referência (mais próximo do domicílio)	(2) Outra UBS/UBSF/Posto de Saúde	(3) Consultório médico (particular)		
(4) Consultório médico (convênio/plano de saúde)	(5) Unidade de atendimento 24 horas na área rural	(6) Pronto Socorro (área urbana)		
(7) Hospital	() Outro _____	(9) IGN		
128) Por que o(a) Sr(a). escolheu esse serviço? (Marque mais de uma alternativa se necessário)				
É o serviço mais próximo da minha casa	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	lfescmot1_
É o serviço/profissional de saúde que eu geralmente vou quando preciso	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	lfescmot2_
É mais fácil de conseguir o atendimento	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	lfescmot3_
Fica aberto no horário que posso ir	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	lfescmot4_
Gosto do atendimento	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	lfescmot5_
Outro motive	(0) Não	() Sim, qual? _____	(9) IGN	lfescmoto_
129) Por quais motivos o (a) Sr. (a) já procurou o <NOME DO SERVIÇO>?				lfrefmot_

			(9) IGN	
130) Desde <MÊS> do ano passado para cá, o(a) Sr(a). esteve doente?				ifdoe12_
Não	Sim	IGN		
1) Desde <MÊS> do ano passado para cá, o(a) Sr(a). buscou atendimento no Posto de Saúde mais próximo à sua residência?				ifbusubs12_
(0) Não → 139	(1) Sim	(9) IGN		
132) SE SIM: Quantas vezes? ___ ___ vezes (888) NSA (999) IGN				ifbusubs12qt _ _ -
3) Desde <DIA DE TRÊS MESES ATRÁS>, o(a) Sr(a). foi ao Posto de Saúde mais próximo à sua residência?				ifbusubs3_
Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	
4) Por quais motivos o(a) Sr(a). já procurou o Posto de Saúde mais próximo à sua residência?				ifbusmot _

___(8) NSA (9) IGN				
5) Como o(a) Sr(a). classifica o atendimento nesse Posto de Saúde?				ifubssat _
(1) Muito ruim	(2) Ruim	(3) Regular		
(4) Bom	(5) Muito bom	(8) NSA	(9) IGN	
136) Da última vez que o(a) Sr(a). buscou o Posto de Saúde mais próximo à sua residência, o(a) Sr(a). conseguiu o atendimento que estava procurando?				ifubsaten _
Não → 138	Sim	NSA	IGN	
7) O(a) Sr(a). já encontrou alguma dificuldade para ir nesse serviço ou para conseguir o atendimento que procurava?				ifubsdif _
Não → INSTRUÇÃO 16	Sim	NSA	IGN	
138) Quais dificuldades o(a) Sr(a). encontrou para ir nesse serviço ou para conseguir o atendimento que procurava?				ifdifate _

_____ (8) NSA (9) IGN				
APÓS RESPONDER A QUESTÃO 138, PULE PARA A INSTRUÇÃO 16.				
139) Que motivos o(a) levaram a não buscar atendimento no Posto de saúde?				ifmotate _
_____ (8) NSA (9) IGN				
INSTRUÇÃO 17: Agora vamos falar sobre remédios				
152) O(a) Sr(a). precisa tomar algum remédio de uso contínuo? Considere remédio de uso contínuo aquele que o(a) Sr(a). usa regularmente sem data para parar.				dprecreme _
(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		
153) Desde <DIA DE DUAS SEMANAS ATRÁS> o(a) Sr(a). usou algum remédio?				dremedio _
(0) Não → INSTRUÇÃO 18	(1) Sim	(9) IGN		
154) O(A) Sr(a). poderia trazer as caixas ou receitas de todos os remédios que tomou nos últimos 14 dias, desde <DIA DE DUAS SEMANAS ATRÁS>?				

Medicamento1 _____	(8) NSA (9) IGN	dmed1_
Medicamento 2 _____	(8) NSA (9) IGN	dmed2_
Medicamento 3 _____	(8) NSA (9) IGN	dmed3_
Medicamento 4 _____	(8) NSA (9) IGN	dmed4_
Medicamento 5 _____	(8) NSA (9) IGN	dmed5_
Medicamento 6 _____	(8) NSA (9) IGN	dmed6_
Medicamento 7 _____	(8) NSA (9) IGN	dmed7_
Medicamento 8 _____	(8) NSA (9) IGN	dmed8_
Medicamento 9 _____	(8) NSA (9) IGN	dmed9_
Medicamento 10 _____	(8) NSA (9) IGN	dmed10_
O(A) Sr(a). conseguiu estes remédios pelo(a)...		
155) Farmácia Popular?	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	dfarpop_
156) Posto de Saúde/Unidade de Saúde?	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	dpsubs_
157) Farmácia Municipal?	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	dfarmun_
158) Comprou?	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	dcomprou_
159) Amostra grátis?	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	damostra_
160) Outro _____	(0) Não () Qual _____ (8) NSA (9) IGN	doutrom_
161) SE COMPROU PELO MENOS UM REMÉDIO: Quanto o(a) Sr(a). gastou com medicação desde <DIA DO MÊS PASSADO>? R\$: _____ (888888) NSA (999999) IGN		dgastomed_
162) Desde <DIA DO MÊS PASSADO PARA CÁ>, teve algum remédio que o(a) Sr(a). precisou tomar e não conseguiu?		dprecremed_
(0) Não → INSTRUÇÃO 18	(1) Sim (8) NSA (9) IGN	
163) SE SIM: Por qual motivo? _____ (8) NSA (9) IGN		dremedmot_
IGN		
INSTRUÇÃO 18: A seguir vou lhe fazer perguntas sobre seu dia a dia		
164) Quando o(a) Sr(a). vai tomar seu banho:		dtbanho_
(0) Recebe ajuda no banho em mais de uma parte do corpo		
(1) Recebe ajuda no banho apenas para uma parte do corpo (costas ou pernas, por exemplo)		
(2) Não recebe ajuda (entra e sai do banheiro sozinho)		
165) Quando o(a) Sr(a). vai se vestir:		dveste_
(0) Recebe ajuda para pegar as roupas ou para vestir-se (ou permanece parcial ou totalmente despido)		
(1) Pega as roupas e se veste sem ajuda (exceto para amarrar os sapatos)		
(2) Não recebe ajuda		
166) Quando o(a) Sr(a). precisa usar o banheiro para suas necessidades:		dbanhei_
(0) Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar		
(1) Recebe ajuda para ir ao banheiro		
(2) Não recebe ajuda		
167) Para passar da cama para uma cadeira, o(a) Sr(a).:		dcadei_
(0) Não sai da cama		
(1) Recebe ajuda		
(2) Não recebe ajuda		
168) O(a) Sr(a).:		dcurin_
(0) Não consegue controlar o xixi ou cocô e usa fralda ou sonda		
(1) Tem 'acidentes' ocasionais		
(2) Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar		

169) Para se alimentar (para comer):	dccome _
(0) Recebe ajuda para se alimentar ou é alimentado(a) por sonda	
(1) Alimenta-se sem ajuda, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão	
(2) Alimenta-se sem ajuda	
170) Para usar o telefone o(a) Sr(a).:	dtelefo _
(0) Não consegue usar sozinho(a)	
(1) Pode fazer com dificuldade	
(2) Não tem qualquer dificuldade	
171) Para ir a lugares distantes, usando ônibus ou táxi, o(a) Sr(a).:	dludist _
(0) Não consegue ir sozinho(a)	
(1) Recebe ajuda parcial	
(2) Não recebe ajuda	
172) Para fazer suas compras, o(a) Sr(a).:	dcompras _
(0) Não consegue fazer sozinho(a)	
(1) Recebe ajuda parcial	
(2) Não recebe ajuda	
173) Para preparar suas próprias refeições, o(a) Sr(a).:	dpreref _
(0) Não consegue preparar sozinho(a)	
(1) Recebe ajuda parcial	
(2) Não recebe ajuda	
174) Para arrumar sua casa, o(a) Sr(a).:	darcasa _
(0) Não consegue arrumar sozinho(a)	
(1) Recebe ajuda parcial	
(2) Não recebe ajuda	
175) Para lidar com objetos pequenos como, por exemplo, uma chave, ou fazer pequenos reparos ou trabalhos manuais domésticos o(a) Sr(a).:	dobpeq _
(0) Não consegue fazer sozinho(a)	
(1) Recebe ajuda parcial	
(2) Não recebe ajuda	
176) Para tomar seus remédios na dose e horários certos o(a) Sr(a).:	dremeho _
(0) Não consegue tomar sozinho(a)	
(1) Recebe ajuda parcial	
(2) Não recebe ajuda	
177) Para cuidar do seu dinheiro o(a) Sr(a).:	dcuidin _
(0) Não consegue cuidar sozinho(a)	
(1) Recebe ajuda parcial	
(2) Não recebe ajuda	
178) Para caminhar a distância de uma quadra, o(a) Sr(a).:	dcamqua _
(0) Não consegue andar sozinho(a)	
(1) Recebe ajuda parcial	
(2) Não recebe ajuda	
179) Para subir um lance de escada o(a) Sr(a).:	dsublan _
(0) Não consegue subir sozinho(a)	
(1) Recebe ajuda parcial	
(2) Não recebe ajuda	

INSTRUÇÃO 19: Agora vamos falar sobre como o senhor (a) tem se sentido nos últimos 14 dias, desde < DIA DE DUAS SEMANAS ATRÁS> até agora

180) Desde <DIA DE DUAS SEMANAS ATRÁS> até agora, em quantos dias o(a) Sr(a). teve pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas?				mcpint_
(0) Nenhum dia	(1) Menos de uma semana			
(2) Uma semana ou mais	(3) Quase todos os dias			
181) Desde <DIA DE DUAS SEMANAS ATRÁS> até agora, em quantos dias o(a) Sr(a). se sentiu para baixo, deprimido(a) ou sem perspectiva?				mcsdep_
(0) Nenhum dia	(1) Menos de uma semana			
(2) Uma semana ou mais	(3) Quase todos os dias			
182) Desde <DIA DE DUAS SEMANAS ATRÁS> até agora, em quantos dias o(a) Sr(a). teve dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo ou dormiu mais do que de costume?				mcpbsono_
(0) Nenhum dia	(1) Menos de uma semana			
(2) Uma semana ou mais	(3) Quase todos os dias			
183) Desde <DIA DE DUAS SEMANAS ATRÁS> até agora, em quantos dias o(a) Sr(a). se sentiu cansado(a) ou com pouca energia?				mcs cansa_
(0) Nenhum dia	(1) Menos de uma semana			
(2) Uma semana ou mais	(3) Quase todos os dias			
184) Desde <DIA DE DUAS SEMANAS ATRÁS> até agora, em quantos dias o(a) Sr(a). teve falta de apetite ou comeu demais?				mcpbapetit_
(0) Nenhum dia	(1) Menos de uma semana			
(2) Uma semana ou mais	(3) Quase todos os dias			
185) Desde <DIA DE DUAS SEMANAS ATRÁS> até agora, em quantos dias o(a) Sr(a). se sentiu mal consigo mesmo(a) ou achou que é um fracasso ou que decepcionou sua família ou a você mesmo(a)?				mcsfracas_
(0) Nenhum dia	(1) Menos de uma semana			
(2) Uma semana ou mais	(3) Quase todos os dias			
186) Desde <DIA DE DUAS SEMANAS ATRÁS> até agora, em quantos dias o(a) Sr(a). teve dificuldade para se concentrar nas coisas (como ler o jornal ou ver televisão)?				mcdfconc_
(0) Nenhum dia	(1) Menos de uma semana			
(2) Uma semana ou mais	(3) Quase todos os dias			
187) Desde <DIA DE DUAS SEMANAS ATRÁS> até agora, em quantos dias o(a) Sr(a). teve lentidão para se movimentar ou falar (a ponto das outras pessoas perceberem), ou ao contrário, esteve tão agitado(a) que você ficava andando de um lado para o outro mais do que de costume?				mcpbmov_
(0) Nenhum dia	(1) Menos de uma semana			
(2) Uma semana ou mais	(3) Quase todos os dias			
188) Desde <DIA DE DUAS SEMANAS ATRÁS> até agora, em quantos dias o(a) Sr(a). pensou em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a)?				mcpensuic_
(0) Nenhum dia	(1) Menos de uma semana			
(2) Uma semana ou mais	(3) Quase todos os dias			
189) Desde <DIA DE DUAS SEMANAS ATRÁS> até agora, os sintomas anteriores lhe causaram algum tipo de dificuldade para trabalhar ou estudar ou tomar conta das coisas em casa ou se relacionar com as pessoas?				mcdfrotrin_
(0) Nenhuma dificuldade	(1) Pouca dificuldade			
(2) Muita dificuldade	(3) Extrema dificuldade			
INSTRUÇÃO 20: Agora vamos falar sobre lazer				
Desde <DIA DO MÊS PASSADO PARA CÁ>, o(a) Sr(a). ...				
190) Foi a missa ou culto na igreja?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dcultomi_
191) Participou de festa na comunidade?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dfestacom_
192) Participou de festa da família?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dfestafam_
193) Participou de algum baile?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dbaile_

194) Viajou para outra cidade?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dviajou _
195) Viajou de excursão?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dexcursao _
INSTRUÇÃO 21: Agora quero saber seu peso e altura				
196) Qual o seu peso? _ _ _ , _ kg	(999) IGN			dpeso _ _ _ , _
197) Qual sua altura? _ _ _ , _ cm	(999) IGN			dalt _ _ _ , _
AGRADEÇA E ENCERRE O QUESTIONÁRIO				

Apêndice 7 - Questionário de saúde bucal

INSTRUÇÃO 16: Agora vamos conversar sobre seus dentes					
140) Alguma vez na vida o(a) Sr(a). consultou com dentista?					fsdente _
Não → 147		(1) Sim	(9) IGN		
141) SE SIM: Desde <MÊS> do ano passado para cá, o(a) Sr(a). consultou com dentista?					fsdentemes __
(00) Não	() Sim	Quantas vezes? _ _	(77) Muitas vezes, não sabe quantas	(88) NSA	(99) Não sabe se consultou
142) SE SIM: Desde <DIA DE DOIS MESES ATRÁS> o(a) Sr(a). consultou com dentista?					fspop __
(00) Não	() Sim	Quantas vezes? _ _	(77) Muitas vezes, não sabe quantas	(88) NSA	(99) Não sabe se consultou
143) Onde foi que o(a) Sr(a). consultou na última vez?					fstipse _
(1) Posto de saúde público		(2) Serviço Público, mas não do posto de saúde			
(3) Convênio		(4) Serviço Privado			
(8) NSA		(9) IGN			
144) O (a) Sr(a). tem algum tipo de plano de saúde que cubra consultas com um dentista?					fspladent _
(0) Não	(1) Sim		(8) NSA	(9) IGN	
145) Qual foi a razão que levou o(a) Sr(a). a utilizar o dentista na última consulta?					fsrazao _
(1) Consulta de urgência		(2) Tratamento convencional			
(3) Revisão		(8) NSA		(9) IGN	
146) O(a) Sr(a). tem algum problema na boca que interfere com comer, dormir ou atividades sociais?					fsprob _
(0) Não	(1) Sim		(8) NSA	(9) IGN	
147) Quantos dentes naturais o(a) Sr(a). tem na parte de cima da sua boca? Por favor, se necessário, conte com a sua língua ou dedo. Considere como dentes naturais também dentes que tenham raízes dentro do osso e que possuam pinos, obturações, coroas, “pivôs”, blocos de metal. __ dentes (99) IGN					fsdesu __
148) Quantos dentes naturais o(a) Sr(a). tem na parte de baixo da sua boca? Por favor, se necessário, conte com a sua língua ou dedo. Considere como dentes naturais também dentes que tenham raízes dentro do osso e que possuam pinos, obturações, coroas, “pivôs”, blocos de metal. __ dentes (99) IGN					fsdein __
149) O(a) Sr(a). usa algum tipo de prótese dentária? (“dentadura”, “ponte”, “pivô”, implante).					fsprot _
(0) Não		(1) Sim	(9) IGN		
150) O(a) Sr(a). acha que necessita usar algum tipo de prótese dentária?					fstipro _
(0) Não		(1) Sim	(9) IGN		
151) Como o(a) Sr(a). avalia a sua saúde bucal?					fssabu _
(1) Muito ruim	(2) Ruim	(3) Regular	(4) Boa	(5) Muito boa	(9) IGN