Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Medicina
Departamento de Medicina Social
Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia

UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS NO ÚLTIMO ANO PELA POPULAÇÃO DE PELOTAS: UM ESTUDO DE BASE POPULACIONAL

CAMILA SILVEIRA DE ARAÚJO

PELOTAS, RS

2006

Dados de catalogação na fonte:
Vivian Iracema Marques Ritta – CRB – 10/1488

A663u Araújo, Camila Silveira de
Utilização de serviços odontológicos no último ano pela população de Pelotas: um estudo de base populacional / Camila Silveira de Araújo. – Pelotas, 2006.
114f.

Orientadora: Rosângela da Costa Lima
Dissertação (Mestrado). Programa de Pós- Graduação em Epidemiologia. Universidade Federal de Pelotas, 2006.

1. Levantamento de Saúde Bucal. 2. Serviços de Saúde Bucal . 3. Odontologia. 4. Epidemiologia. I. Título.

CDD: 614.4

Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Medicina
Departamento de Medicina Social
Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia

UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS NO ÚLTIMO ANO PELA POPULAÇÃO DE PELOTAS: UM ESTUDO DE BASE POPULACIONAL

CAMILA SILVEIRA DE ARAÚJO

ORIENTADORA: PROFª DRA. ROSÂNGELA COSTA LIMA

CO-ORIENTADOR: PROF. DR. MARCO AURÉLIO PERES

Dissertação apresentada como requisito à obtenção do grau de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia – Área de concentração Serviços de Saúde, da Universidade Federal de Pelotas.

Pelotas

Rio Grande do Sul – Brasil

Novembro de 2006

Camila Silveira de Araújo

UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS NO ÚLTIMO ANO PELA POPULAÇÃO DE PELOTAS: UM ESTUDO DE BASE POPULACIONAL.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

BANCA EXAMINADORA

Profª. Dra. Rosângela da Costa Lima (Orientadora)

Universidade Católica de Pelotas

Prof. Dr. Marco Aurélio Peres (Co-Orientador)

Universidade Federal de Santa Catarina

Profª. Dra. Denise Petrucci Gigante

Universidade Federal de Pelotas

Profª. Dra. Salete Maria Pretto

Pontifícia Universidade Católica

Pelotas, 21 de novembro de 2006

Dedico este trabalho a Amilton e Clari,

meus pais que tanto me apoiaram e

incentivaram o meu crescimento profissional.

AGRADECIMENTOS

Para a equipe de professores do CPE, César, Iná, Aluísio, Ana, Facchini, Denise, Cora, Pedrinho, Marilda, Fátima, Cecília, Flávio, Bernardo, Alicia e Helen, conviver com pessoas da qualidade científica desta equipe foi um grande privilégio. Minha estima e respeito pela extrema dedicação e competência.

Minha gratidão à minha orientadora Prof[a]. Rosângela Lima que, apesar de ser da área médica, se esforçou ao máximo para me ajudar em tudo o que foi possível e ao meu co-orientador Prof. Marco Peres, pelo inestimável apoio nesse período. Obrigada pela confiança em mim depositada.

Ao Prof. Aluísio Barros, pelas valiosas sugestões ao meu trabalho.

Aos meus colegas, Daniele, Fúlvio, Juliano, Luciano, Noal, Samanta, Haack, Rodrigo e Luis Arthur pela aprendizagem agradável da convivência. Em especial para Pilar, Marian, Leila, Adriana, Jeovany, Samuel, David, João e Aydin, pelo carinho recebido e auxílio imprescindíveis em muitas ocasiões.

Aos queridos Gian, Vera, Andréa e Felipe, pelos conhecimentos partilhados.

Ao amigo Gabriel Abad pela assistência indispensável na formatação deste trabalho.

À Margarete, Mercedes, Fabiana, Olga, Angélica, Tiago e Vivian pela colaboração técnica e incentivo.

À população que participou desse estudo e a todos os colaboradores da pesquisa.

À Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa de estudos.

E a todos que contribuíram de alguma forma para a realização deste estudo.

SUMÁRIO

PREFÁCIO 7
1 Projeto de Pesquisa 8
INTRODUÇÃO 9
JUSTIFICATIVA 9
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA 10
Metodologia da revisão bibliográfica 10
Revisão bibliográfica 13
OBJETIVOS 16
Objetivo Geral 16
Objetivos Específicos 16
HIPÓTESES 17
MARCO TEÓRICO 18
METODOLOGIA 20
Consórcio 20
Delineamento do estudo 21
População alvo 21
Definição do desfecho e exposições 22
Tamanho da amostra 24
Amostragem 25
Instrumento 26
Seleção e treinamento dos entrevistadores 27
Estudo-piloto 27
Logística 27
Controle de qualidade 28
Aspectos Éticos 28
CRONOGRAMA 29
FINANCIAMENTO 29
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 30
2 Relatório do Trabalho de Campo 33
INTRODUÇÃO 35
ELABORAÇÃO DO QUESTIONÁRIO 35
MANUAL DE INSTRUÇÕES 36
AMOSTRAGEM 36
Carta de apresentação 36
RECONHECIMENTO DOS SETORES CENSITÁRIOS 37
SELEÇÃO DAS ENTREVISTADORAS 37
TREINAMENTO DAS ENTREVISTADORAS 38

ESTUDO PRÉ-PILOTO 38
ESTUDO PILOTO 38
LOGÍSTICA DO TRABALHO DE CAMPO 39
Coleta de dados 39
Acompanhamento do trabalho de campo 39
Codificação 40
Digitação 41
Análise das inconsistências 41
Controle de qualidade 41
PERDAS, RECUSAS E EXCLUSÕES 41
PADRONIZAÇÃO DOS DADOS 42
3 Alterações no Projeto de Pesquisa 43
4 Artigo 47
5 Relatório para imprensa local 70
Anexos 72
Anexo 1 - Revisão Bibliográfica 73
Anexo 2 - Cronograma 76
Anexo 3 - Carta de Apresentação para a população 77
Anexo 5 - Questionário - Bloco C 80
Anexo 6 - Questionário - Bloco E 82
Anexo 7 - Manual de Instruções do Questionário 84
Anexo 8 - Folder do Consórcio 108
Anexo 9 - Instruções para os autores (Cadernos de Saúde Pública) 111

PREFÁCIO

Esta dissertação esta sendo apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências.

O volume está dividido em cinco partes, de acordo com as exigências do programa de Pós-Graduação, conforme segue:

1 Projeto de pesquisa, "Utilização de serviços odontológicos no último ano pela população de Pelotas: um estudo de base populacional" realizado durante o curso de mestrado em Epidemiologia no ano de 2005 e revisado em outubro de 2005.

2 Relatório de Trabalho de Campo, que apresenta as atividades executadas durante o trabalho de campo com o objetivo de coletar dados propostos no projeto.

3 Alterações feitas no projeto, após concluído o Trabalho de Campo e análise de dados.

4 Artigo resultante do tema estudado.

5 Resumo dos principais achados e contribuições da pesquisa para a divulgação nos meios de comunicação.

1 Projeto de Pesquisa

Utilização de serviços odontológicos no último ano

pela população de Pelotas: um estudo de base populacional.

INTRODUÇÃO

O Brasil conta com um número considerável de Faculdades de Odontologia, ao todo são cento e setenta. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística[1] e o Conselho Federal de Odontologia[2] existem 183.150.455 brasileiros e 185.204 dentistas no Brasil, ou seja, há um cirurgião-dentista (CD) para cada 989 pessoas. Na região sul do Brasil - estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul – esta relação é de um cirurgião-dentista para cada 968 indivíduos.

Partindo-se da premissa que o país apresenta um dos maiores números absolutos de cirurgiões-dentistas do mundo e que consegue atender a relação profissional/habitante estabelecida pela Organização Mundial da Saúde[3], se suporia que não houvesse tantos indivíduos no Brasil que nunca consultaram um dentista, entretanto isso ocorre com 27,9 milhões de pessoas, o que significa uma parcela expressiva de 15,9% dos brasileiros[1].

É evidente que a eqüidade na utilização de serviços odontológicos inclui a existência de um número adequado de profissionais na área mencionada, embora não seja nem de longe o único fator responsável pela não utilização dos serviços.

JUSTIFICATIVA

A realidade de utilização de serviços odontológicos vivenciados na população tem sido de grande precariedade[4]. Fato esse comprovado pela diminuta parcela de brasileiros que consultou o dentista no último ano, que é de aproximadamente 35% da população[1].

A utilização dos serviços odontológicos é determinada por diversos fatores. Estudos sobre os fatores associados à utilização de serviços odontológicos têm aumentado em todo o mundo, sobretudo nos Estados Unidos, Canadá e Inglaterra, mas todos esses fatores são ainda mais desconhecidos no Brasil[5].

Devido a essa lacuna na literatura torna-se mais relevante a pesquisa ora presente. No presente estudo será estudada a utilização de serviços odontológicos no último ano, que é um período de tempo passível de recordação quando se obtém informações através de entrevista. Busca-se identificar os fatores que influenciam a utilização de serviços odontológicos.

O objetivo desse trabalho é avaliar através de um estudo transversal, a prevalência da utilização dos serviços odontológicos por indivíduos de dez anos ou mais nos 12 meses anteriores a pesquisa na cidade de Pelotas – RS, sejam estes da ordem pública, privada, de sindicatos ou convênios, bem como analisar se há associação dessa utilização com variáveis demográficas, socioeconômicas e auto-avaliação de saúde geral.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Metodologia da revisão bibliográfica

As bases de dados bibliográficas eletrônicas empregadas para essa revisão foram a Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), PubMed e a Bibliografia Brasileira de Odontologia (BBO) sem restrição ao ano de publicação.

A base de dados LILACS tem a função de registrar a literatura científico-técnica em saúde produzida por autores latino-americanos e do Caribe publicada a partir de 1982 e é produzida de forma cooperativa pelas instituições que integram o Sistema Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde.

A Biblioteca Nacional de Medicina do congresso americano (*Nacional Library of Medicine* - NLM) produz o Medline, que é uma base de dados da literatura médica e biomédica e uma das formas de acessar o Medline é através do PubMed.

Tabela 1 – Descritores empregados na revisão bibliográfica sobre Utilização de Serviços Odontológicos, sem restrição do ano de publicação, nas bases de dados LILACS, PUBMED e BBO.

Base de dados (data)		Termos utilizados*	**Artigo encontrado**	**Artigo selecionado**
LILACS (18/07/2005)	Serviços	Odontológicos saúde	09	02
		Odontológicos utilização	01	01
		Modelo teórico odontológico	05	01
	Odontologia	Modelo teórico	06	01
		Saúde bucal	07	01
		Saúde pública	263	13
	Sub-total		291	19
PUBMED (18/07/205)	Services	Theoretical model dental	05	05
		Health accessibility dental	39	01
		Dental health urban population	91	10
	Dental care	Evaluation human urban population	20	04
		Cross-sectional studies human urban population	09	00
	Sub-total		137	20
BBO (18/05/05)	Serviços	Odontológicos saúde	81	07
		Odontológicos utilização	16	05
		Modelo odontológico	07	01
		Modelo teórico	00	00
	Odontologia	Saúde bucal	03	01
		Saúde pública	03	03
	Sub-total		110	17
	Total		538	56

* termos intercalados pelo operador *booleano AND*

Os descritores utilizados na busca de trabalhos relevantes sobre os fatores relacionados à utilização de serviços odontológicos foram os especificados na Tabela 1.

Na LILACS, utilizando as palavras-chaves *serviços*, *odontológicos* e *saúde*, intercaladas por *AND* encontrou-se 963 referências; com as palavras *serviços odontológicos* e *utilização,* 58 e com *odontologia* e *saúde bucal*, 684. Acrescentando-se a palavra-chave *transversal* nessas três pesquisas esses números passaram a ser respectivamente 09, 01 e 07. Utilizando as palavras-chaves *serviços* e *modelo teórico odontológico*, intercaladas por *AND* encontrou-se 05 referências e, destas, selecionou-se apenas uma. Igual número foi selecionado das palavras-chaves *odontologia* e *modelo teórico*, onde inicialmente encontrou-se seis referências. Empregando-se as palavras *odontologia* e *saúde pública* um número de 263 referências foram apresentadas, o qual foi reduzido para apenas 13 selecionadas.

Na base de dados PubMed colocou-se as palavras-chaves indicadas acima (*services Theoretical model dental*), especificando que poderiam ser postas em qualquer campo, isso resultou em 43 artigos; então se limitou a pesquisa excluindo a palavra-chave *children*, o que

resultou em 36 referências. Após refinar a pesquisa colocando *population studies* em qualquer campo, cinco resultados foram encontrados.

No PubMed colocou-se as palavras-chaves indicadas acima (*Health accessibility dental AND services*), especificando que poderiam ser postas em qualquer campo, isso resultou em 1297 artigos; então limitou-se a pesquisa excluindo as crianças, o que resultou em 854 referencias; acrescentando-se a palavra *population studies* passou a se encontrar 39 artigos. Na mesma base, colocando-se as palavras *services*, *dental health* em qualquer campo encontrou-se 9732, limitando-se a pesquisa excluindo as crianças e isso resultou em 6909 achados, limitando-se ainda mais com as palavras *urban population* foram encontrados 91.

Para pesquisa na base de dados BBO utilizou-se os descritores acima juntamente com o operador booleano *AND*, restringindo-se a linguagem ao português.

Ao pesquisar os descritores *odontologia* e *saúde bucal* foram encontradas 532 referências, no entanto ao acrescentar a palavra-chave *transversal* esse número se reduziu a três artigos, dos quais selecionou-se apenas um.

Ao pesquisar com as palavras-chaves *odontologia* e *saúde pública* encontramos 219 referências e, dessas, foram selecionadas apenas três. Na BBO, utilizou-se como idioma da interface o português e o formato de apresentação detalhado. Nessa base de dados foram encontrados ao todo 110 artigos, sendo selecionados apenas 20.

Dentre todos as referências disponíveis (LILACS= 291, PUBMED=137 e BBO=110), é importante mencionar que os artigos selecionados foram os que apresentaram critérios semelhantes aos pretendidos na execução dessa pesquisa, com especial interesse naqueles que incluíram questionários para diagnóstico, estudos de base populacional e prevalências de utilização de serviços odontológicos. Os critérios utilizados para inclusão foram: trabalhos em inglês, português e espanhol; serviços odontológicos; estudos de base populacional; estudos publicados a partir de 1966; adultos, adolescentes e idosos; estudos transversais. Os critérios de exclusão foram: publicações em outras línguas; crianças; serviços odontológicos para usuários com necessidades especiais (pacientes HIV +, doentes mentais, etc); estudos realizados em área rural.

O Quadro 1 (Anexo 1) mostra alguns artigos relevantes para esse estudo.

Revisão bibliográfica

Existem muitos fatores que influenciam na saúde bucal da população, dentre os quais destaca-se o desenvolvimento econômico, educacional e social do país, assim como os padrões de cultura e tradição popular que regulam os hábitos e as condutas pessoais e coletivas[6]. O estudo de cada um desses aspectos permite entender melhor o comportamento dos indivíduos e grupos frente às necessidades de cuidados dentais e de recebimento de atendimento odontológico.

Importante dentro desse contexto é perceber como se encontra a utilização dos serviços odontológicos. Conforme estudo de Barros & Bertodi[7], que analisou os dados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD) realizada pelo IBGE em 1998, apenas 33,2% dos indivíduos consultaram o dentista no último ano. Esse estudo indica que há um baixo nível de utilização de serviços odontológicos e, apesar da reconhecida importância da saúde bucal, uma parcela considerável da população brasileira não tem acesso a serviços odontológicos.

Diversas abordagens se propõem a conceituar e operacionalizar as investigações sobre o uso de serviços odontológicos[8] e alguns estudos têm procurado desvendar quais seriam os motivos que influenciariam as pessoas a procurar atendimento odontológico em um momento de necessidade, entretanto há um grande número de variáveis que parecem estar associadas com essa decisão de buscar ajuda profissional e, a partir disso, tem-se adotado modelos que procuram explicar esse contexto.

No entanto, primeiramente faz-se necessário conceituar utilização de serviços odontológicos, demanda e acesso. Utilização significa fazer uso de algo, é a quantidade real de serviços que é consumida; enquanto que demanda é a quantidade de serviços de saúde que os indivíduos desejam consumir, a custos específicos empregando os recursos financeiros que dispõem e considerando as suas prioridades diante de outros bens e serviços[9]. Logo, segundo Revilla[10], a demanda seria quando o individuo assume que está precisando de cuidados e busca um serviço para obter essa atenção, enquanto que a utilização existe quando esse indivíduo que procurou o serviço realmente recebe o auxílio que precisava. Quanto à definição de acesso, Vuori[11] considera que o mesmo diz respeito à remoção de obstáculos físicos, financeiros e outros para a utilização dos serviços disponíveis.

Outra forma de compreender esses conceitos é a proposta por Grytten[12], que explica esses termos com base na igualdade, definindo igualdade de utilização como sendo aquela situação na qual pacientes com necessidades iguais de cuidados em saúde recebem igual

tratamento, em termos de quantidade e qualidade dos serviços; ao passo que igualdade no acesso seria a situação na qual as pessoas com necessidades iguais têm igual oportunidade de usar os serviços odontológicos. Em geral, o principio de igualdade de acesso tem sido operacionalmente tratado, pela maioria dos países, como igualdade de oportunidade na utilização de serviços de saúde para necessidades iguais, ou como igualdade de tratamento para necessidades iguais. Isto é, indivíduos portadores de um mesmo problema de saúde, independentemente de sua condição social e econômica, devem ter a mesma oportunidade de utilizar serviços de saúde e receber cuidados médicos adequados[13].

Segundo Brown e Lazar[14] a utilização de serviços odontológicos refere-se a quantidade de pessoas que tiveram acesso a esses serviços em um período de tempo determinado. Como não há uma forma única de se medir a utilização de serviços, os autores empregam três diferentes medições: tipo, propósito e volume. O tipo de utilização se refere a qual serviço odontológico é usado, podendo este ser privado, público, de sindicatos ou convênios. O propósito diz respeito aos motivos da consulta odontológica, que basicamente podem ser referentes à prevenção, urgência ou tratamento não consecutivo à dor ou mal-estar. O volume é a quantidade de consultas odontológicas realizadas no último ano.

É importante salientar que a utilização de serviços não ocorre de forma homogênea na população, mas sofre influência de vários fatores. A situação socioeconômica influi, contudo não determina sozinha o uso desses serviços, além dela interagem igualmente outros aspectos tais como idade, educação, ocupação, disponibilidade de serviços, experiências prévias de atenção e presença ou ausência de sintomas, entre outros. A seguir, serão descritos alguns fatores que possivelmente influem na utilização de serviços odontológicos.

Quanto ao gênero, alguns estudos sugerem que há maior proporção de mulheres do que de homens em idade adulta que utilizam os serviços odontológicos no ano anterior (BARROS, 2002) e também visitaram mais vezes o dentista[14-16], em um estudo com adolescentes de 14 a 18 anos de idade as visitas foram igualmente mais freqüentes entre as mulheres (89%) do que entre os homens (81%)[17]. Com relação à idade, crianças e idosos, utilizam serviços odontológicos com menor freqüência[18]. Segundo Barros & Bertoldi[7], a proporção de indivíduos que consultaram o dentista há menos de um ano é maior nos grupos etários de 7-19 e 20-49 anos e no grupo dos mais ricos.

Quanto ao financiamento do atendimento odontológico, no total apenas 24% são realizados pelo serviço público (SUS), sendo que a grande maioria (68%) é para os indivíduos mais pobres e apenas 4% para os mais ricos[7].

Em um estudo feito por Brodeur[19], encontrou-se que a utilização de serviços diminuiu com indivíduos edêntulos, com baixo nível socioeconômico e com poucos anos de estudo. A utilização dos serviços também diminui em função do medo do tratamento dentário[20].

Assim como o nível socioeconômico, a variável escolaridade influencia em grande parte a utilização dos serviços[21]. Crianças e adolescentes cujos pais ou chefe da família tem maior escolaridade utilizam mais os serviços odontológicos[17,22,23]. Aliás, os pais geralmente têm muita influencia nos filhos a respeito de adoção de hábitos saudáveis de higiene, portanto é necessário fomentar condutas saudáveis nos pais[24].

Um dado curioso foi relatado por Petersen[25], foi que desempregados tinham altas taxas de visitas ao dentista, isso pode acontecer pelo fato de alguns países desenvolvidos disporem de algum tipo de assistência para esses indivíduos.

Pacientes que se sentem bem atendidos em relação aos serviços recebidos são mais receptivos a seguir as indicações dos profissionais e a procurarem novamente utilizar o serviço[26], os pacientes valorizam muito aqueles profissionais que tem habilidade em amenizar a ansiedade e reduzir o medo e a dor [27]. Ressalte-se aqui que o vínculo entre profissional e paciente da mesma forma influencia a utilização do serviço[28,,29]. Em um estudo com usuários de serviços odontológicos públicos de baixa renda no México, houve um alto grau de satisfação com a atenção recebida (97%) e esta foi devida ao trato amável do profissional com seu paciente, entretanto as menores porcentagens de satisfação se associaram com dor (60%) e com o tempo de espera (61%)[30].

A distância geográfica não é um fator que aparentemente tem forte relação com a utilização dos serviços[31], no entanto poderá dificultar o acesso de pessoas idosas.

Kronnenfeld[32] relata que daquelas pessoas que tem algum tipo de seguro para serviços odontológicos, 67% delas foi ao serviço pelo menos uma vez ao ano. Há uma associação entre ter uma fonte regular de serviço e um maior número de consultas ao dentista, bem como uma maior continuidade aos tratamentos e maior utilização por parte dos idosos[33].

Vários pesquisadores têm procurado construir modelos explicativos para mostrar como se agrupam e interagem os diferentes fatores ou variáveis que justifiquem o porquê dos indivíduos buscarem ou não os serviços de saúde, com o propósito de provar hipóteses de associação ou causalidade. Para esse assunto, tem-se recorrido a modelos que expliquem a utilização de serviços de saúde em geral, entretanto com as variáveis estudadas adaptadas para os serviços odontológicos.

Há dois modelos normalmente mais empregados que são o "Modelo de crenças em saúde" e o "Modelo Integrado". Dentre esses modelos propostos, o mais conhecido é o Modelo Integrado proposto por Andersen[34] que divide os fatores associados ao uso dos serviços de saúde em predisponentes, facilitadores e os relativos às necessidades. No primeiro grupo, representando a propensão do indivíduo para usar os serviços, estão as variáveis demográficas (idade, gênero e estado civil), da estrutura social (escolaridade, etnia, tipo de ocupação e tamanho da família) e de conhecimentos médicos e hábitos culturais (crenças, valores em relação à saúde e conhecimento sobre a doença, atitudes frente aos serviços de saúde). O segundo grupo inclui as variáveis que podem impedir ou facilitar o uso desses serviços (renda familiar, existência ou não seguro saúde, gratuidade, acesso à fonte regular de cuidado dentário, distância, disponibilidade de serviços e relação odontologista-paciente). O terceiro grupo inclui a percepção e o diagnóstico da doença percebida pelo profissional e/ou indivíduo, e que motiva a procura pelo cuidado da saúde bucal[35].

Vários trabalhos elaborados em países desenvolvidos utilizaram este modelo para explicar o uso de serviços odontológicos[36-38].

O presente trabalho refere-se ao estudo - de base populacional - em adolescentes, adultos e idosos, referentes aos fatores associados à utilização de serviços odontológicos na cidade de Pelotas, ao sul do Brasil, observando a influência de variáveis de predisposição, facilitação e necessidade de tratamento odontológico.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Avaliar a utilização a serviços odontológicos no último ano na população de adolescentes, adultos e idosos na zona urbana da cidade de Pelotas – RS, e sua associação com variáveis socioeconômicas, demográficas e de auto-avaliação de saúde.

Objetivos Específicos

1. Identificar a prevalência de utilização de serviços odontológicos na população no último ano.
2. Analisar a prevalência de utilização de serviços odontológicos conforme nível socioeconômico e escolaridade.

3. Analisar a prevalência de utilização de serviços odontológicos conforme o sexo.
4. Analisar a utilização de serviços odontológicos conforme a cor da pele.
5. Analisar a prevalência de utilização de serviços odontológicos conforme a idade.
6. Analisar a utilização de serviços odontológicos conforme a auto-avaliação do estado de saúde geral dos indivíduos.
7. Descrever qual o tratamento que o dentista fez no seu último atendimento.
8. Descrever a prevalência da natureza do serviço onde recebeu tratamento odontológico.
9. Descrever a prevalência de indivíduos que conseguiram consultar na primeira vez que procuraram o dentista.
10. Descrever a prevalência de não utilização de serviços de saúde odontológicos nenhuma vez na vida.
11. Descrever o local onde os indivíduos procuraram o primeiro atendimento odontológico.
12. Descrever a prevalência do maior motivo de não atendimento odontológico.

HIPÓTESES

1. A prevalência de utilização de serviços odontológicos no último ano estará em torno de 35% na população.
2. Pessoas com maior nível socioeconômico e escolaridade utilizarão em maior proporção os serviços odontológicos quando comparados a indivíduos com menor nível socioeconômico e menor escolaridade.
3. Mulheres utilizarão em maior proporção os serviços odontológicos quando comparados aos homens.
4. Indivíduos de pele branca utilizarão mais os serviços odontológicos do que os de pele não-branca.
5. Estima-se que a utilização de serviços odontológicos será maior entre os adultos do que entre os adolescentes e idosos.
6. Quanto melhor a auto-avaliação de saúde geral do indivíduo, maior será a utilização de serviços odontológicos.
7. A extração dentária será o tratamento que o dentista mais executará nos indivíduos com nível socioeconômico mais baixo.
8. Aproximadamente 31% da população receberá tratamento odontológico em serviço público e 69% através de serviço particular.

9. Estima-se que a prevalência de indivíduos que conseguiram consultar na primeira vez que procuraram o dentista será de 96%.
10. A prevalência de não utilização de serviços odontológicos nenhuma vez na vida será em torno de 16%.
11. O local onde os indivíduos procurarão o primeiro atendimento odontológico será o consultório odontológico.
12. O maior motivo de não atendimento odontológico será a falta de vaga para atendimento e sua prevalência estará em torno de 43%.

MARCO TEÓRICO

O modelo teórico apresentado na Figura 1, embasado no Relatório Final do Projeto de Desenvolvimento de metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro (PRO-ADESS, 2003) estabelece uma cadeia de determinantes hierarquizados, os quais influenciam de forma distal ou proximal a utilização de serviços odontológicos.

No nível mais alto de determinação encontram-se os determinantes de saúde, que se referem por exemplo ao lugar onde vivemos, as condições ambientais, a renda dos indivíduos, a escolaridade, dentre outros. Dentro deste modelo de determinação para a utilização de serviços de saúde, os fatores socioeconômicos (classe social, escolaridade, renda familiar), demográficos (cor da pele, idade, sexo e estado civil), comportamentais (histórico familiar, cultura) e ambientais (fatores físicos, químicos e biológicos do ambiente que atuam como determinantes de agravos à saúde) são os determinantes mais distais da utilização de serviços odontológicos.

Escolaridade e renda familiar serão consideradas isoladamente da classe social, porque podem ter um efeito particular sobre a utilização de serviços odontológicos. A renda familiar, bem como o contexto social em que a família se insere e escolaridade podem determinar que haja uma maior utilização dos serviços de saúde.

As categorias analíticas pertencentes às Condições de Saúde da População encontram-se no 2º nível e pode-se incluir nesse nível variáveis como morbidade, estado funcional e bem-estar. Estariam determinadas pelas variáveis socioeconômicas e atuam sobre as variáveis do 3º nível. Os serviços de saúde determinam o estado de saúde da população, da mesma forma como simultaneamente representam um rebate social ao estado de saúde vigente.

A morbidade é a ocorrência de sintomas ou doenças, e é fornecida por alguns indicadores (Índice CPOD, por exemplo). Define-se como estado funcional a ocorrência de limitação na realização de atividades diárias. O bem-estar é qualidade de vida associada ao bem estar físico, mental e social dos indivíduos e engloba satisfação.

Em nível intermediário encontra-se a Estrutura do Sistema de Saúde, com a categoria acessibilidade ao serviço odontológico (com as variáveis: dentista definido, distância-tempo ao serviço mais próximo, demora na marcação de consulta), comportamento na procura de cuidados dentais e a categoria necessidade em saúde (com as variáveis autopercepção de saúde, por exemplo). As três categorias atuam sobre o nível inferior.

A variável mais próxima, referente ao 4º nível de Desempenho do Sistema odontológico**,** é a categoria Satisfação do usuário. De fato esta variável tem uma relação de causalidade reversa com a utilização. Se o indivíduo já consultou antes e portanto teve uma experiência que pode ter resultado satisfatório ou não, a variável se situaria antes do desfecho. Caso se trate de uma nova consulta, esse novo evento de parecer gerará uma resposta de satisfação, portanto a variável se encontraria em posição mais distal ao desfecho; no modelo proposto optou-se por manter a satisfação do usuário ao lado do desfecho.

A variável de desfecho utilização recente de serviços odontológicos nos últimos doze meses compreende o número de consultas para tratamento odontológico, consultas preventivas ou consultas de revisão.

Dadas as diferentes relações entre os determinantes da saúde, condições de saúde da população, estrutura e desempenho do sistema de saúde é relevante fazer a sua investigação em nossa população, a fim de compreendermos de forma mais completa a utilização do serviço odontológico e os determinantes a ele relacionados.

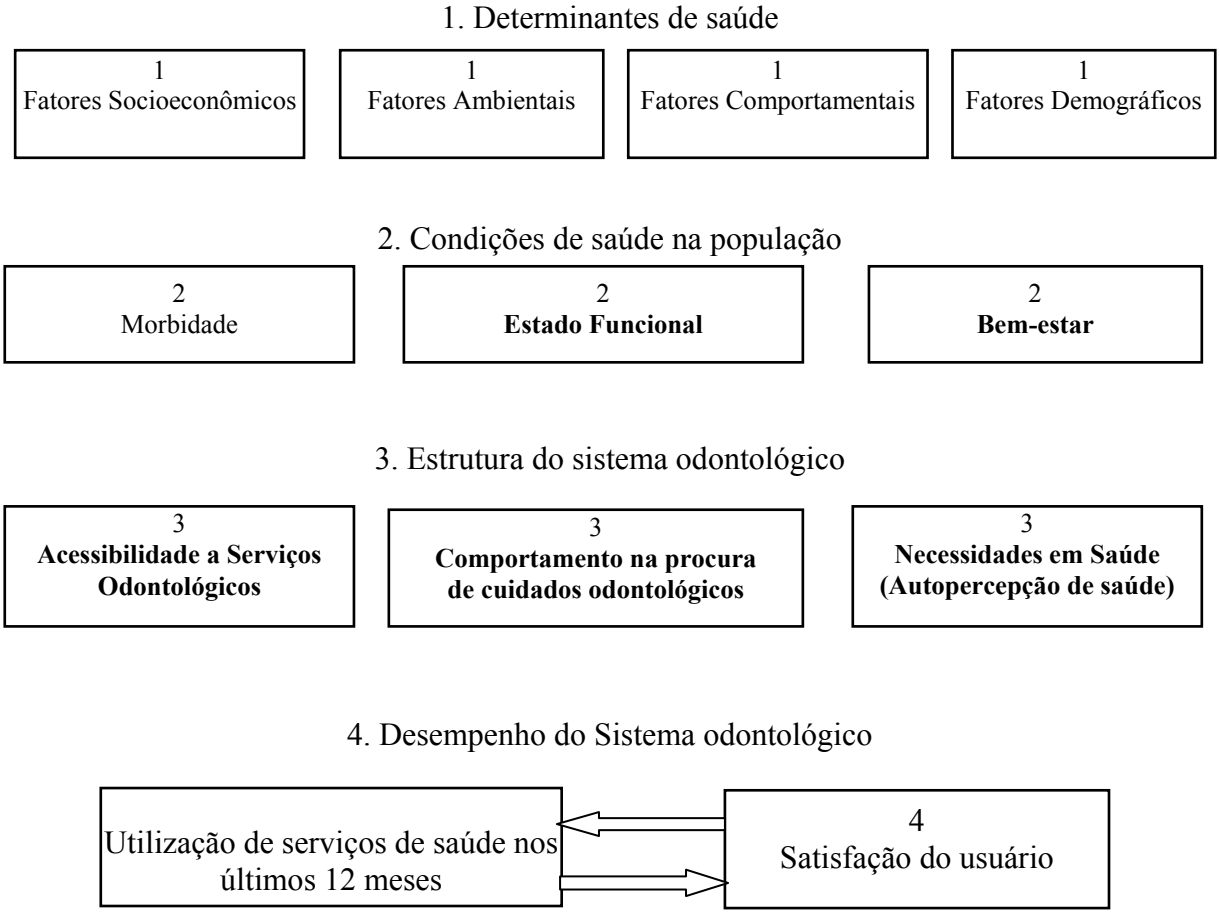


Figura 1. Modelo teórico hierarquizado da utilização de serviços de saúde

METODOLOGIA

Consórcio

O Programa de Pós-graduação em Epidemiologia do Centro de Pesquisas Epidemiológicas da Universidade Federal de Pelotas desenvolve suas pesquisas na forma de consórcio, sistema criado para poder atender a exigência primordial do programa – o treinamento de epidemiologistas com a realização de coleta de dados primários – aliado a um tempo de formação de Mestres dentro dos padrões atuais, a um custo aceitável. Destarte, a pesquisa aqui apresentada é organizada realizando um único trabalho de campo de base

populacional, onde são coletados os dados necessários para as dissertações de todos os mestrandos do curso em andamento.

Delineamento do estudo

O delineamento do estudo será do tipo observacional transversal, de base populacional, na área urbana da cidade de Pelotas-RS. Embora não permita interferir nos eventos que estarão sendo pesquisados e dificulte a avaliação cronológica entre os mesmos, são vantagens desse tipo de estudo ser simples e de baixo custo e poder ser executado em um breve período de tempo (Rothman, 1986). Além do mais, o estudo inicia com uma população já definida, de modo que os casos podem ser identificados em um único levantamento na população e, assim, possibilitar avaliar a prevalência do uso de serviços odontológicos e estabelecer associações com as exposições estudadas, através do cálculo da razão de prevalências.

População alvo

Indivíduos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 10 anos, residentes na zona urbana do município de Pelotas, RS.

Será tomada como população em estudo uma amostra representativa (probabilística) da população-alvo, considerando-se como critério de exclusão, indivíduos institucionalizados em asilos, hospitais, presídios ou pessoas incapacitadas de responder ao questionário.

1. Critérios de inclusão

Indivíduos na faixa etária acima de 10 anos moradores da zona urbana da cidade de Pelotas, RS.

2. Critérios de exclusão

1. Indivíduos institucionalizados (hospitais, presídios, asilos, etc.).
2. Indivíduos com incapacidade física e/ou mental de responder ao questionário.

Definição do desfecho e exposições

1. **Variáveis dependentes**

Utilização recente de serviço de saúde odontológico há menos de um ano.

Definida como pelo menos uma consulta odontológica em qualquer tipo de serviço de saúde odontológico no período de 12 meses anterior a entrevista.

2. Variáveis independentes

Tabela 2 - Descrição das variáveis independentes, características e tipo.

VARIÁVEL	OPERACIONALIZAÇAO DAS EXPOSIÇÕES	TIPO
Socioeconômicas:		
Renda per capita	Renda per capita mensal total (R$)	Numérica contínua
Escolaridade	Anos completos de estudo	Numérica discreta
Número pessoas no domicilio	Número de indivíduos que moram no domicílio	Numérica discreta
Classe Social	Classificação ABIPEME/ANEP (Classes A, B, C, D e E)	Categórica ordinal
Demográficas		
Cor da pele	Branca; Não-branca	Categórica binária
Idade	Anos completos (agrupado por décadas)	Numérica discreta
Sexo	Masculino; Feminino	Categórica binária
Estado civil	Casado(a)/com companheiro(a), Solteiro(a)/sem companheiro(a), Separado(a), Viúvo(a)	Categórica não ordinal
Acessibilidade a Serviços Odontológicos:		
Local de consulta	Particular, convenio, sindicato, posto de saúde do bairro, posto de saúde de outro bairro, Faculdade de Odontologia, outros.	Categórica não ordinal
Tratamento no último atendimento	Tratamento preventivo, Tratamento de urgência, Tratamento não consecutivo à dor ou mal estar.	Categórica não ordinal
Motivos de não utilização do serviço odontológico	Faltou vaga/senha; não tinha dentista atendendo; não tinha serviço/profissional especializado; serviço /equipamento não funcionando; não podia pagar; esperou muito e desistiu; outros.	Categórica não ordinal
Consulta alguma vez na vida	Sim ou Não	Categórica binária
Consultas pela primeira vez	Sim ou Não	Categórica binária
Comportamento na procura de cuidados odontológicos:		
Motivo da consulta	Aplicação de flúor; revisão ou limpeza; aparelho; obturar; restaurar um dente ou tratar uma cárie; dor; retirar algum dente; colocação/revisão de dente falso ou dentadura; tratamento de canal	Categórica não ordinal
Motivo da não consulta	Achei que não precisava, nunca senti dor, tenho medo, faltou vaga/senha, não tinha dentista atendendo, não tinha serviço/profissional especializado, serviço/equipamento não funcionando, não podia pagar, esperei muito e desisti, outros.	Categórica não ordinal
Autopercepção de saúde geral	Muito boa, boa, regular, ruim, muito ruim	Categórica ordinal
Autopercepção de saúde bucal	Muito satisfeito, Satisfeito, Nem satisfeito nem insatisfeito, Insatisfeito, Muito satisfeito	Categórica ordinal

Tamanho da amostra

O tamanho da amostra deve contemplar o estudo de prevalência da utilização de serviços odontológicos e das associações a serem pesquisadas. Considerando este estudo por conglomerados, é preciso levar em conta o efeito de delineamento, além de um acréscimo de 10% para perdas e recusas e de 15% para controle de possíveis fatores de confusão. Sendo que para os cálculos de tamanho da amostra foi utilizado o software Epi-info 6.0[39].

1. **Cálculo do tamanho da amostra para prevalência**

A partir de dados do PNAD 2003[1], utilizou-se uma prevalência estimada de 35% para utilização dos serviços odontológicos no último ano, anterior a pesquisa. Tomando-se como erro aceitável três pontos percentuais e um nível de confiança de 95% obteve-se um tamanho de amostra de 968 pessoas. Ajustando-se esse número para o efeito do delineamento da amostragem por conglomerados de 2,0 e mais um acréscimo de 10,0% para controle de perdas, o tamanho da amostra necessário passou a ser de 2.130 indivíduos.

Tabela 3 - Cálculo do tamanho da amostra com prevalência estimada de "Utilização dos serviços odontológicos nos últimos 12 meses" de 35%, diferentes percentuais de erro e nível de significância de 95,0%.

Nível de Confiança	Erro aceitável (p. p.)	Tamanho da amostra
95,0%	3,0	968
95,0%	2,5	1.392
95,0%	2,0	2.169

2. **Cálculo do tamanho da amostra para associações**

A tabela três abaixo indica o tamanho da amostra necessária para o estudo de associações entre as variáveis independentes e o desfecho "utilização de serviços odontológicos a menos de um ano".

A relação de indivíduos expostos e não expostos foi feita de acordo com a população de Pelotas, cidade sede onde se realizará essa pesquisa. Como exemplo a cor da pele, onde há 2:8, significa que na população há dois indivíduos de pele não branca (não expostos) para oito de pele branca (expostos), ou seja há 20% de não brancos e 80% de brancos.

Tabela 4 – Tamanho da amostra necessária para detectar associações entre utilização de serviços odontológicos e variáveis independentes com α=0,05 e ß=0,2.

Exposição	Nexp:exp	Prev. Nexp	RR	n	n **	n***
Autopercepção de saúde geral	2:8	21%	1,8	404	511	1.022
Cor da pele (branca)	2:8	21%	1,8	404	511	1.022
Escolaridade (≥8 anos)	7:3	27%	2,0	133	168	336
Idade ≥ 40 anos	4:6	19%	2,0	128	162	324
Classe social (Níveis A e B)	6:4	25%	2,0	135	171	342
Renda (≥ 3 SM*)	6:4	25%	2,0	135	171	342
Sexo (feminino)	1:1	27%	1,6	294	372	744

Exp=exposto; Nexp=não-exposto; Prev=prevalência; RR=Risco Relativo; n=n° de indivíduos
* SM=Salários mínimos (mensais)
** Amostra acrescida de 10% para perdas e recusas e 15% para ajuste de fatores de confusão
*** Significa o valor n** corrigido para um Efeito de Delineamento Amostral de 2,0.

Amostragem

Cada um dos 11 mestrandos, participantes do consórcio (biênio 2004/2005), realizou cálculos de tamanho de amostra que atendesse aos seus objetivos gerais e específicos, incluindo estimativas para a prevalência do desfecho em estudo e associações com as variáveis independentes de interesse.

A partir desses resultados verificou-se que para alcançar o objetivo de todos os tamanhos de amostras desejados para cada um dos mestrandos, em seus distintos estudos, o número de domicílios necessários seria de 1440. Este número já leva em conta acréscimos de 10% para perdas e 15% para fatores de confusão.

Optou-se por utilizar uma amostra por conglomerados, por facilitar a logística do trabalho de campo e, também diminuir os custos deste processo. Para a definição dos conglomerados foi utilizada a grade de setores censitários do Censo Demográfico de 2000 (IBGE). A área urbana de Pelotas possui 409 setores contendo de 100 a 700 domicílios por setor. Estes setores foram estratificados de acordo com a renda media do responsável pelo

domicílio para cada setor, de forma a garantir a representatividade dos setores em relação à situação econômica. Com esta estratégia também esperamos um ganho de precisão nas estimativas. Todos os setores urbanos de Pelotas foram listados (n=409) e foram excluídos 4 setores especiais. Dos 405 setores elegíveis, 120 foram sorteados.

Serão sorteados 12 domicílios por setor para minimizar o efeito de delineamento da amostra, visto que estimativas desse efeito para alguns desfechos de interesse, são da ordem de 5,2 a 1,7 para um desenho de amostra de 10 domicílios por setor, realizados no consorcio anterior (biênio 2003/2004).

Ao final obteve-se um total de 120 setores e 1440 domicílios, sendo que após sorteio dos setores para os respectivos mestrandos, 10 mestrandos ficaram com 11 setores e um mestrando permaneceu com 10 setores.

Os setores foram ordenados de forma crescente de renda média do responsável pelo domicilio. O número total de domicílios (92407) foi dividido por 120 de forma a se obter o pulo para a seleção sistemática dos setores (pulo=770).

Foi selecionado um numero aleatório entre 1 e 770, a partir do software STATA 8.0, que foi o número 402. O setor no qual este domicílio estava incluído foi o primeiro a ser selecionado, sendo os setores subseqüentes selecionados pela adição do pulo de 770 até o final da lista de domicílios, completando 120 setores.

Instrumento

O instrumento empregado para a coleta dos dados consistirá de um bloco de questões sócio-demográficas comuns a todo consórcio e de um questionário individual com perguntas específicas para cada estudo dos mestrandos.

Por não ter sido identificado na literatura nacional e internacional estudos de base populacional que avaliassem este assunto da forma como foi proposto, construiu-se um instrumento para a coleta dos dados concernente a este tema. Entretanto, algumas perguntas foram anteriormente testadas em outros estudos (MS-Projeto SB Brasil, 2004; PNAD, 2005). As perguntas que não constavam em nenhum instrumento, foram examinadas junto com as anteriores em um pré-teste realizado no bairro centro na cidade de Pelotas, aplicadas em ambos os sexos e na faixa etária escolhida para o estudo.

Através do questionário final, serão avaliadas a variável dependente (desfecho) e as variáveis independentes (Tabela 2).

Seleção e treinamento dos entrevistadores

Os entrevistadores deverão ter idade igual ou superior a dezoito anos e nível de instrução de no mínimo ensino médio completo, comprovado por Curriculum Vitae.

Quanto ao sexo dos trabalhadores de campo, optou-se pelo gênero feminino, pelo motivo de que se a pessoa entrevistada for uma mulher, esta poderá se sentir mais à vontade e aceitar melhor responder assuntos delicados do questionário para outra mulher. Além disso, por questões de segurança dos entrevistados, supõe-se que haja uma maior confiança em abrir a porta da casa para um desconhecido se este for do gênero feminino.

Para serem selecionados para o trabalho de campo, inicialmente os candidatos a entrevistadores deverão completar com seus dados pessoais um formulário de inscrição e posteriormente submeterem-se a uma entrevista de seleção. Após essa etapa, os aprovados serão submetidos a treinamento específico por um período de cinco dias e quarenta horas, com várias atividades a serem mostradas em cada período.

Em um primeiro momento será precedida uma apresentação geral do consórcio de pesquisa, a fim de familiarizar os entrevistadores com o questionário e o manual de instruções. Depois será executada a técnica do *role-playing*, onde pessoas do grupo atuam de forma alternada como entrevistado e são observados pelo grupo de supervisores e entrevistadores

Estudo-piloto

Será sorteado aleatoriamente um setor censitário, distinto daqueles sorteados para o estudo, no qual serão procedidas entrevistas para detectar alguma irregularidade com o inquérito, assim como para fazer uma avaliação final dos entrevistadores. Posteriormente, todos os problemas que possam ser encontrados serão discutidos e corrigidos a fim de que se inicie o trabalho de campo.

Logística

O levantamento de dados será realizado através de um trabalho de campo o qual envolverá todos os mestrandos 2004/2005 do Curso de Pós-Graduação em Epidemiologia da UFPEL. Este será executado por meio de um consórcio no qual serão utilizados questionários com questões que contemplem os assuntos de pesquisa de todos os mestrandos.

O trabalho de campo será desenvolvido por entrevistadores selecionados e treinados de maneira especial para esta função. O treinamento envolverá leitura detalhada dos questionários, dramatizações e entrevistas sob supervisão.

Cada mestrando será responsável por onze setores censitários e se incumbirá de reunir-se semanalmente com os entrevistadores sob sua orientação para esclarecimento de dúvidas e revisão dos questionários e do andamento do trabalho de campo.

Será realizado um estudo pré-piloto visando o teste do instrumento inicial.

Controle de qualidade

Será feito um controle de qualidade através de uma revisita em 10% dos domicílios selecionados, quando serão repetidas algumas perguntas do questionário. A consistência das informações será avaliada através do cálculo do índice Kappa.

Outras formas empregadas para assegurar a qualidade das informações serão o treinamento dos entrevistadores, a elaboração do questionário padronizado e pré-testado, bem como a elaboração de um criterioso manual de instruções; além disso serão feitas revisões da codificação do questionário e a supervisão do trabalho de campo. No anexo 1 encontra-se o manual de instruções.

Aspectos Éticos

Inicialmente o projeto de pesquisa será submetido à avaliação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Pelotas e somente será executado se obtiver aprovação para sua realização.

No momento do inquérito, o entrevistador irá apresentar ao entrevistado uma carta do Centro de Pesquisas Epidemiológicas contendo uma breve explicação sobre a relevância do estudo, assim como deverá garantir o anonimato das informações obtidas nesta ocasião e informar inclusive sobre a não obrigatoriedade em responder ao questionário; após isso, para que se proceda a entrevista, será necessário igualmente a solicitação de uma permissão verbal por parte do entrevistado, a fim de que o mesmo possa participar da entrevista.

CRONOGRAMA

Vide anexo 2.

FINANCIAMENTO

A presente pesquisa faz parte do consórcio de mestrado biênio 2004/2005, do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, financiado pelo Centro de Pesquisas Epidemiológicas da Faculdade de Medicina da referida Universidade. Gastos que excederem o orçamento disponível deverão ser cobertos pelos mestrandos participantes do consórcio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Conselho Federal de Odontologia. Informação de saúde. Disponível em <http://www.cfo.org.br/busca_dados/faculdades.asp> Acesso em 06/05/2005 às 20 h.
2. Ministério da Saúde. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de domicílios (PNAD) – Acesso e utilização de serviços de saúde. Rio de Janeiro/RJ, Brasil, 2005.
3. Lacerda J T et al. Dor de origem dental com motivo de consulta odontológica em uma população adulta. Rev Saúde Pública 2004; 38(3): 453-8.
4. Chagas VBM. Serviço social e odontologia social: caminhos na intervenção da saúde bucal. Revista Odonto Ciência – Fac. Odonto/PUCRS, v.17, n.36, abr./jun.2002.
5. Matos D, Giatti L, Lima-Costa MF. Fatores sócio-demográficos associados ao uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(5):1290-1297, set-out, 2004.
6. Pinto, VG. Relacionamento entre padrões de doença e serviços de atenção odontológica. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, 23(6): 509-14, 1989.
7. Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4):709-717, 2002.
8. Matos DL *et al*. Projeto Bambuí: estudo de base populacional dos fatores associados com o uso regular de serviços odontológicos em adultos. *Cad. Saúde Pública*, RJ, 17(3):661-668, mai-jun, 2001.
9. SHORTELL, S.M. Continuity of medical care: Conceptualization and measures. *Medical Care* 14:337-91, 1976.
10. Revilla L. *Factores que intervienen em la utilización de los servicios de salud.* Barcelona*, Edit. Doyma, 1991: 1-9.*
11. Vuori, H. 1991. A qualidade da saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, 3: 17-25
12. Grytten J, Lund E, Rongen G. Equity in access to public dental services: the experience from Norway. *Acta Odontol Scand 2001*; 59:372-378. Oslo.
13. Travassos C. Equity in the Brazilian Health Care System: a contribution for debate. *Cad. Saúde Pública*, Apr./June 1997, vol.13, no.2, p.325-330. ISSN 0102-311X.
14. Brown LJ, Lazar V. *Dental care utilization. How satured is the patient market?* J Am Dent Asoc *1999; 130(4):73-80.*

15. Andersen R, Kravitis, J, Anderson, OW. Equity in Health Services Ballinger Pub. Co., Cambridge, Mass 1975, 187p.
16. *Nguyen, L.; Hakkinen, U. Choices and Utilization in Dental Care: Public vs. Private Dental Sectors, and the Impacts of a Two-Channel Fianced Health Care System. Stakes*. Discussion Papers *1/2005. Helsinki, Finland.*
17. Honkala E *et al*. Dental services between 1977 and 1995 by Finnish adolescents of different socioeconomic levels. Comm Dent and Oral Epidem 1997; 25(6): 385-390.
18. Gift HC. Utilization of professional dental services. In: Cohen L, Bryant PS. Social Sciences and Dentistry. A critical bibliography, vol. II *Federation Dentaire Internationale*, London. 1984:202-267.
19. Brodeur JM et al. Use of dental services and the percentage of persons possessing private dental insurance in Quebec. *J Canadian Dent Asoc 1996; 62(1):83-90.*
20. *Milgrom P* et al. *An explanatary model of the dental care utilization in low income children.* Medical Care *1998; 36(4):554-556.*
21. Jensen, K. Dental care practices and socioeconomic status in Deenmark. *Comm Dent Oral Epidem* 1974; 2:273-281.
22. *Newman JF*. Age, race and education as predisposing factors in physical and dental utilization. In: Andersen R, Kravits J, Anderson O. Ed. Equity in health services. Ballinger pub. Cambridge Massachusetts 1975:87-92.
23. Kanagaratnam, S. Dental caries patterns and the utilization of dental services among 15 years odl adolescents in the Southern Regional Authority Region New Zealand *Dent J* 1997; 93(412):44-46.
24. Rayner, JF. Socioeconomic status and factors influencing dental practices of mothers. *Am J Pub Health 1970; 60(7):1250-1258.*
25. Petersen PE. Dental health behavior: Dental health status and treatment need among workers and staff members in a big Danish industrial firm. Institute for Community Dentistry and Graduate Studies, Royal Dental College 1981, copenhagen Den. PHD disertation. Cfr. Gift *Utilization of professional dental services*. In: Cohen L, Bryant PS. Social Sciences and Dentistry. A critical bibliography, Vol. II Federation Dentaire Internationale, London 1984:202-267.
26. Albrecht G, Hoogstraten J. Satisfaction as a determinant of compliance. *Community Dentistry Oral Epidemiology* 1998; 46(1):139-146.
27. Gardfunkel E. The consumer speaks. How patientes select and how much they know about dental health personnel. *J Prosthetic Dent* 1980; 100:540-543.

28. Milgrom, P. *et al*. 1981 Utilization of dental care after the introduction of the Swedish dental health insurance. *Act Odont Scand* 1995;53(6):349-357.
29. Gilbert L. Social factors and self-asssessed oral health in South Africa. *Community Dent Oral Epidemiol*, 22: 47- 51, 1994.
30. Lara N, López CV, Morales S. Satisfacción de usuários de los servicios odontológicos en Tláhuac, Distrito Federal. *Revista de la Asociación Dental Mexicana* . Vol. LVII(5): 175-179, 2000.
31. Shannon GW, Skinner JL, Bashur RL. Time and distance, a jouney for medical care. Int J Health Services *1973; 2:237-244.*
32. Kronnenfeld, J. Access to dental care: a comparison of medicine/dentistry and the role of a regular source. *Med Care* 1979; 17(7):1000-1011.
33. *Osterberg T et al. Carlson, utilization of dental care after the introduction of the Swedish dental health insurance.* Act Odont Scand 1995; 349-357.
34. Andersen R, Newman JE. Societal and inidvidual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Memorial Fund Quartely*, 51:95-124.
35. Silva, AAM. *et al*. Risk factors for hospitalization of children aged one to four years in São Luís, Maranhão, Brazil. *Cad. Saúde Pública*, Oct./Dec. 1999, vol.15, no.4, p.749-757.
36. Gilbert, L. *et al*. Private dental practitioner's perceptions of needs and barriers to dentalcare Jour of the *Dental Asoc of South Africa* 1995; 50(1):5-7.
37. *Swartz, E.* Determinants for dental visit behavior among Hong Kong Chinese in a longitudinal study. *J of Pub Health Dent 1998; 58(3):220-227.*
38. Locker D, Ford J. Using Area-based Measures of Socioeconomic Status in Dental Health Service Research. J Public Health Dent 1999, 56(2):69-75.
39. Dean AG, Dean JA, Coulombier D, Brendal KA, Smith DC, Burton AH, Dicker RC, Sulliven K, Fagan RF, Arner TG. Epi-Info, Version 6: A Word Processing, Database and Statistics Program for Epidemiology on Microcomputers. Atlanta: Centers of Disease Control and Prevention 1994.

2 Relatório do Trabalho de Campo

Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Medicina
Departamento de Medicina Social
Programa de Pós-graduação em Epidemiologia

RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

Mestranda: Camila Silveira de Araújo

Orientadora: Profa. Dra. Rosângela Costa Lima

Co-orientador: Prof. Dr. Marco Aurélio Peres

Pelotas, RS.

Dezembro de 2005.

INTRODUÇÃO

O trabalho de campo foi executado pelo grupo de 11 mestrandos do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, através de um consórcio de pesquisa. A realização conjunta dos trabalhos teve como intenção atenuar custos, dinamizar o cumprimento de tarefas e obter um melhor controle de qualidade.

O presente estudo transversal de base populacional realizado na população urbana da cidade de Pelotas, RS, consistiu da elaboração de um instrumento contendo perguntas gerais de interesse de todos e perguntas específicas de cada pesquisador. Toda a investigação foi conduzida em grupo, dividindo-se tarefas do planejamento do trabalho de campo entre os participantes, tais como: seleção das auxiliares de pesquisa (batedoras e entrevistadoras), contratação de digitadores, treinamento de pessoal, divulgação da pesquisa na imprensa local, confecção de etiquetas, impressão de questionários, administração dos recursos financeiros, criação de banco de dados e validação, supervisão da codificação, controle de produtividade e de qualidade das revisões, entre outras. Estiveram envolvidos neste trabalho um coordenador geral, uma secretária, uma arquivista, 11 mestrandos, 38 batedoras, 38 entrevistadoras e 2 digitadores.

ELABORAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

O instrumento utilizado para a coleta de dados possuía um total de 154 perguntas divididas em cinco blocos:

Bloco A: aplicado individualmente a todos os moradores do domicílio com idade igual ou maior a 10 anos. Este bloco continha questões gerais para todos os mestrandos, totalizando 24 perguntas;

Bloco B: respondido individualmente por todos os moradores do domicílio com idade de 10 a 19 anos 11 meses e 29 dias, totalizando 9 perguntas;

Bloco C: aplicado individualmente a todos os moradores do domicílio com idade igual ou superiror a 10 anos, contendo 44 perguntas específicas dos mestrandos;

Bloco D: aplicado individualmente a todos os moradores do domicílio com idade igual ou maior a 20 anos, contendo 55 perguntas específicas dos mestrandos;

Bloco E: aplicado a apenas um morador do domicílio, de preferência, o (a) dono (a) da casa, contendo 22 questões socioeconômicas e familiares de interesse geral.

MANUAL DE INSTRUÇÕES

Foi confeccionado um manual de instruções a ser utilizado pelas entrevistadoras durante o trabalho de campo. Esse manual consistia de considerações gerais sobre o estudo, trabalho de campo e função da entrevistadora. Continha orientações gerais sobre métodos de abordagem e reversão de recusas, além de instruções de codificação e explicações específicas de cada uma das questões.

AMOSTRAGEM

O processo de amostragem ocorreu no mês de setembro de 2005 e envolveu múltiplos estágios, utilizando uma amostra por conglomerados. Para a definição dos conglomerados, foi utilizada a grade de setores censitários do Censo Demográfico de 2000. Os setores foram estratificados de acordo com a renda média do responsável pelo domicílio para cada setor e posteriormente ordenados de forma crescente de renda. Pelotas tem 408 setores urbanos, sendo que excluímos 4 setores especiais e ficamos com 404 setores elegíveis. Foram sorteados sistematicamente 120 dos 404 setores de Pelotas, necessários para obter a amostra calculada. O próximo estágio consistiu da seleção dos domicílios a serem incluídos na amostra. Para tal, em cada setor sorteado, procedeu-se uma contagem dos domicílios e classificação quanto ao status de ocupação (residência, comércio ou desabitado). De posse da listagem de domicílios elegíveis (excluindo os desabitados ou comerciais), os supervisores responsáveis sortearam sistematicamente os domicílios proporcionalmente ao tamanho de cada setor, chegando-se a um total de 1507 domicílios e 4226 pessoas elegíveis para compor a amostra.

Carta de apresentação

A partir do sorteio sistemático dos domicílios, foram elaboradas listagens para cada setor com os respectivos endereços a serem visitados. Nestes, foi entregue pelo supervisor responsável, no período de cinco de outubro a dezessete de outubro de dois mil e cinco, uma carta de apresentação. Através desta, os moradores do domicílio sorteado eram informados sobre o estudo a ser realizado e importância da participação da população na pesquisa. Mediante este procedimento também foram obtidos dados relativos ao número de moradores, sexo e idade dos mesmos, assim como telefone para contato e horário de preferência para a

realização das entrevistas. Com esta medida procurou-se minimizar as perdas e recusas da pesquisa.

RECONHECIMENTO DOS SETORES CENSITÁRIOS

Após a seleção dos setores censitários da amostra, iniciou-se seu reconhecimento com o auxílio dos mapas do IBGE. Cada mestrando ficou responsável por fazer o reconhecimento dos 11 setores censitários pelos quais ficaria responsável durante a coleta de dados. Foram então selecionadas 38 auxiliares de pesquisa (batedoras) com ensino médio completo, as quais participaram de um treinamento para a contagem e identificação dos domicílios de cada setor. Este procedimento tornou possível a atualização dos dados e classificação do *status* de ocupação das residências, necessário para o sorteio sistemático dos domicílios de cada setor. Este procedimento foi adotado porque os dados disponíveis eram referentes à contagem populacional de 2000 do IBGE, estando provavelmente desatualizados, como foi realmente constatado após este processo. Além disto, este processo facilitou o trabalho das entrevistadoras, que sabiam antecipadamente onde eram as residências nas quais iriam realizar as entrevistas, não ficando a cargo da entrevistadora proceder ao sorteio.
O trabalho das auxiliares de pesquisa foi paralelamente supervisionado pelos mestrandos, os quais refaziam a contagem de um quarteirão de cada setor de sua responsabilidade. Cada uma delas recebeu crachá, carta de apresentação do Centro de Pesquisas Epidemiológicas da UFPEL e planilhas para o preenchimento dos endereços.

SELEÇÃO DAS ENTREVISTADORAS

Os critérios obrigatórios no processo de seleção eram: sexo feminino, idade mínima de 18 anos, segundo grau completo e disponibilidade de 40 horas semanais, incluindo finais de semana. A divulgação da seleção foi realizada no jornal Diário Popular (jornal de maior circulação na cidade) e por boca-a-boca. As interessadas deveriam preencher uma ficha de inscrição na secretaria do Centro de Pesquisas Epidemiológicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas. Esta ficha constava de dados pessoais, currículo resumido, disponibilidade de horário e foto 3x4 da candidata. Foram então selecionadas para o treinamento aproximadamente 80 candidatas, tendo como critério as seguintes observações: disponibilidade de 40 horas semanais e fins de semana manifestada na ficha de inscrição; letra

legível; indicação de pesquisadores ou trabalho anterior para o Centro de Pesquisas; experiência prévia em pesquisa e manifestação de motivação para o trabalho.

TREINAMENTO DAS ENTREVISTADORAS

O treinamento das entrevistadoras foi realizado no período de 03 a 07 de outubro de 2005 na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, totalizando 40 horas. Foram abordados conteúdos relacionados ao aspecto geral da pesquisa, tais como: apresentação geral do consórcio; leitura dos questionários; leitura explicativa do manual de instruções e dramatizações.

Ao final do treinamento foi aplicada uma prova teórica sobre os conteúdos abordados e uma prova prática. Nesta, as candidatas realizaram entrevistas domiciliares sob supervisão. A nota da prova teórica, avaliação da prova prática, conduta, pontualidade, apresentação, motivação e disponibilidade de tempo, forneceram subsídios para a seleção final das 38 entrevistadoras que iniciariam o trabalho de campo. As demais ficariam como suplentes.

ESTUDO PRÉ-PILOTO

No dia três de outubro de 2005 foi realizado um estudo pré-piloto em um setor próximo à Faculdade de Medicina, selecionado por conveniência e que não fazia parte dos setores censitários que compunham a amostra. As entrevistas foram realizadas pelos mestrandos com o objetivo de avaliar as suas questões e estimar algumas prevalências relacionadas a temas do consórcio. O setor foi dividido em quarteirões e cada mestrando ficou responsável por realizar entrevistas em 4 a 5 domicílios. Considerou-se este estudo útil para que adaptações pudessem ser feitas nos questionários, bem como pela realização da coleta de dados, incluindo o reconhecimento do setor, sorteio dos domicílios, blocos de questionários e confecção de banco de dados.

ESTUDO PILOTO

O estudo piloto foi realizado no dia 11 de outubro de 2005 como parte final do processo de seleção e treinamento das entrevistadoras. A partir da escolha de um setor censitário que não faria parte da amostra, cada mestrando foi a campo com um grupo de candidatas e avaliou-as durante entrevistas domiciliares completas. Cada grupo de candidatas

e seu supervisor deveriam dirigir-se a um local do setor previamente determinado, onde cada uma teria que realizar uma entrevista relativa a um bloco domiciliar e um bloco C e E. Posteriormente, deveria procurar fazer uma entrevista com um adolescente (bloco B).

Este estudo teve entre seus objetivos, o teste final das entrevistadoras sob supervisão constante dos mestrandos, para que o processo de seleção ocorresse da forma mais rigorosa possível. Possuiu também a finalidade de verificar possíveis falhas nas perguntas e manual de instruções, podendo ainda neste momento, aperfeiçoá-los. Com isso foi possível redigir o questionário e manual de instruções definitivo e selecionar as 38 entrevistadoras.

LOGÍSTICA DO TRABALHO DE CAMPO

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de 17 de outubro a 19 de dezembro de 2005. Houve divulgação sobre a realização da pesquisa através de jornal. Foram visitados todos os domicílios pré-definidos pelo trabalho de reconhecimento dos setores censitários, realizado pelas auxiliares de pesquisa e sorteados pelos supervisores, em cada um dos 120 setores selecionados.

As entrevistadoras se apresentavam nos domicílios portando uma carta de apresentação assinada pela coordenadora do consórcio de pesquisa, crachá e cópia da reportagem publicada no jornal veiculado na cidade de Pelotas (Diário Popular). Foram orientadas a realizar de seis a oito entrevistas por dia e codificarem os questionários ao final de cada dia. As entrevistas foram realizadas individualmente com os moradores elegíveis de cada domicílio.

Acompanhamento do trabalho de campo

Foi programada uma reunião semanal de cada entrevistadora com seu supervisor conforme escala de plantões previamente definida. Os questionários preenchidos eram entregues ao mestrando responsável para revisão da codificação, etiquetagem e repasse à arquivista responsável pela divisão dos mesmos em lotes que seriam encaminhados à primeira digitação. As etiquetas contendo o número do setor, da família e da pessoa, adicionadas de um dígito verificador de cada etiqueta foram confeccionadas pela arquivista durante a pesquisa, de acordo com a necessidade de substituição de domicílios ou acréscimo do número de pessoas na casa sorteada no decorrer da pesquisa.

Nas reuniões semanais eram abordadas dúvidas na codificação de variáveis, nas respostas ao questionário e na logística do estudo; reforçado o uso do manual de instruções sempre que necessário; controladas as planilhas de conglomerado e domiciliar e verificado o seguimento rigoroso da metodologia da pesquisa. Ainda, nas reuniões, era conferido se a produção semanal de entrevistas estava dentro do previsto e entregue folhas de exclusão, perdas e recusas, para conferência e posterior tentativas de reversão.

As atividades do consórcio foram centralizadas em uma sala exclusivamente destinada para tal, que estava sob a responsabilidade de uma arquivista e uma secretária, na qual se armazenava todo o material destinado à pesquisa, assim como os questionários recebidos. Durante todo o período de trabalho de campo, foram realizadas reuniões do grupo de mestrandos. Estas reuniões tinham a finalidade de conferir a produção semanal de entrevistas realizadas pelas entrevistadoras de cada supervisor, estabelecendo-se assim uma projeção do andamento do trabalho de campo (número de domicílios completos, parciais, contatados, perdas e recusas), assim como esclarecer dúvidas sobre a metodologia e logística do estudo.

Uma escala de plantões de finais de semana foi elaborada para que as entrevistadoras pudessem sempre dispor de um supervisor para a resolução de problemas mais urgentes.

A coordenação geral da pesquisa reunia-se com os supervisores durante o trabalho de campo para avaliar o andamento do estudo e estabelecer metas para o seguimento do mesmo.

Codificação

No questionário, havia uma coluna à direita para codificação, a qual era realizada pelas entrevistadoras ao final de cada dia de trabalho. No decorrer do trabalho de campo, toda a codificação foi revisada pelo respectivo supervisor do setor censitário. Além disso, durante os plantões, cada mestrando era responsável por conferir a codificação de suas questões de cada questionário entregue, com a finalidade de detectar possíveis problemas em algum ponto. Os problemas encontrados eram solucionados com o supervisor responsável pelo questionário, sendo disponibilizada uma lista com a relação atualizada das questões que apresentavam problemas. Esta listagem era entregue também para as entrevistadoras. Alguns problemas nas questões puderam também ser detectados pelos digitadores.

Digitação

A digitação dos questionários ocorreu concomitante ao desenrolar do trabalho de campo e foi finalizada em 22 de dezembro de 2005. A entrada dos dados foi feita no programa EpiInfo versão 6.04 e ficava sob a responsabilidade de dois digitadores. Uma arquivista recebia os questionários revisados pelos supervisores, dividia-os em lotes com 50 questionários e liberava-os para a dupla digitação. Esta gerava um terceiro arquivo capaz de detectar possíveis erros que eram corrigidos com base na resposta original do questionário. Após a correção estes dados eram transferidos para o programa STATA versão 9.0 através do software Stata Transfer 5.0 tornando-se parte do banco de dados.

Análise das inconsistências

Criou-se um programa de verificação de inconsistências, baseado no arquivo tipo "do" (executável), do programa STATA 9.0. As inconsistências verificadas foram corrigidas em conjunto, após busca nos questionários.

Controle de qualidade

A qualidade dos dados coletados foi assegurada por um conjunto de medidas adotadas previamente ao trabalho de campo e durante a realização do mesmo. Foram adotados critérios para re-entrevistas que incluíam a utilização de um questionário padronizado, simplificado, para 10% das pessoas entrevistadas. Estas re-entrevistas foram realizadas pelos supervisores do campo com a finalidade de assegurar a confiabilidade do trabalho das entrevistadoras e medir a concordância das respostas dos entrevistados, no menor tempo possível. Cada mestrando, de acordo com as suas perguntas inseridas no questionário completo, introduzia uma pergunta-chave neste questionário simplificado para posterior realização do teste Kappa.

PERDAS, RECUSAS E EXCLUSÕES

O percentual final de perdas e recusas do consórcio foi de 5,5%.

Foram considerados como perdas/recusas os casos em que após, pelo menos três visitas da entrevistadora e uma do supervisor de campo, não foi possível entrevistar o indivíduo previamente selecionado.

As exclusões se caracterizaram por sujeitos não elegíveis para a pesquisa de acordo com os critérios pré-estabelecidos: doentes mentais, portadores de problemas físicos graves, moradores do domicílio com idade inferior a 10 anos, pessoas que estivessem morando temporariamente no local ou empregadas domésticas que não dormissem no domicílio.

PADRONIZAÇÃO DOS DADOS

Realizou-se ao final do trabalho de campo, um fechamento dos dados comuns aos mestrandos através de uma padronização de informações. As questões gerais eram de propriedade de todos os mestrandos. Ficou estabelecido que cada um receberia para a sua análise o bloco geral e o(s) bloco(s) que continha as questões específicas por ele elaboradas.

3 Alterações no Projeto de Pesquisa

Foram feitas alterações no Projeto quanto ao cálculo de tamanho da amostra e aos objetivos específicos.

Cálculo do tamanho da amostra

Não foi demonstrado, no projeto, o cálculo de tamanho de amostra após estratificação por idade.

Objetivos específicos

Quanto aos objetivos específicos descritos no projeto, o de número 10 foi o único que não pode ser contemplado, pois a variável não foi coletada. Entretanto os objetivos de 6 até 12, excetuando-se o 10, estão demonstrados abaixo, conforme as tabelas.

Item 6 – Analisar a prevalência de serviços odontológicos conforme a auto-avaliação do estado de saúde geral dos indivíduos

Consultou com o dentista	Autopercepção de saúde				
	Excelente % (n)	Muito boa % (n)	Boa % (n)	Regular % (n)	Ruim % (n)
Não	37,84 (210)	39,86 (226)	49,49 (931)	58,72 (488)	67,30 (107)
Sim	62,16 (345)	60,14 (341)	50,51 (950)	41,28 (343)	32,70 (52)
Total	100,00 (555)	100,00 (567)	100,00 (1881)	100,00 (831)	100,00 (159)

Item 7 – Descrever qual o tratamento feito no seu último atendimento

Tratamento	Freqüência	Percentual
Não fez tratamento	29	1,44 %
Prevenção	632	31,35 %
Restauração	671	33,28 %
Cirurgia	323	16,02 %
Endodontia	178	8,83 %
Prótese	91	4,51 %
Ortodontia	74	3,67 %
Outros	18	0,89 %
Total	2.016	100,00 %

O principal tratamento feito durante o último atendimento daquelas pessoas que consultaram, nos últimos 12 meses anteriores à entrevista, foi a restauração (33,28%). A cirurgia foi responsável por 16,02% dos tratamentos.

Item 8 – Descrever a prevalência da natureza do serviço onde recebeu tratamento odontológico

Onde foi atendido pelo dentista na última consulta	Freqüência	Percentual
Privado	955	47,00%
Convênio/Sindicato	568	27,95%
Público	448	22,05%
Hospitais	53	2,61%
Outros	8	0,39%
Total	2.032	100,0%

Aproximadamente 22,1% da população recebeu atendimento público no último ano, enquanto que 47% consultaram com dentista particular.

Item 9 – Descrever a prevalência de indivíduos que conseguiram consultar a primeira vez que procuraram o dentista

Conseguiu ser atendido na 1ª vez que procurou o dentista	Freqüência	Percentual
Não	165	8,17 %
Sim	1.854	91,83 %
Total	2.019	100,00%

Conseguiram consultar na primeira vez que procuraram o dentista 91,83% dos indivíduos.

Item 11 – Descrever o local onde os indivíduos procuraram o primeiro atendimento odontológico

Primeiro local que procurou atendimento	Freqüência	Percentual
Privado	24	1,23 %
Convênio ou Sindicato	24	1,23 %
Público	130	6,66 %
Hospital Cruz de Prata	4	0,20 %
Hospital de Clínicas	1.765	90,42 %
Hospital Santa Casa	1	0,05 %
Outros	4	0,20 %
Total	1.952	100,00 %

Item 12 – Descrever a prevalência do maior motivo de não atendimento odontológico

Motivo pelo qual não conseguiu atendimento	Freqüência	Percentual
É difícil conseguir vaga	99	58,24 %
Equipamento ou serviço não estava funcionando	14	8,24 %
Dentista faltou	14	8,24 %
Não existe dentista no posto	7	4,12 %
Tinha que esperar muito e desisti	13	7,65 %
Não podia pagar	10	5,88 %
Outro	13	7,65 %
Total	170	100,00 %

O principal motivo para não conseguir atendimento odontológico foi ser difícil conseguir vaga, com uma prevalência de 58,24 %.

4 Artigo

Utilização de serviços odontológicos e fatores associados: um estudo de base populacional no sul do Brasil.

Submetido para publicação nos "Cadernos de Saúde Pública"
Normas – Anexo 9

Utilização de serviços odontológicos e fatores associados: um estudo de base populacional no sul do Brasil.

Utilization of dental services and associated factors: a population-based study in southern Brazil.

Título corrido: Utilização de serviços odontológicos.

Camila Silveira de Araújo[1]

Rosângela da Costa Lima[2]

Marco Aurélio Peres[3]

[1]Programa de Pós-graduação em Epidemiologia. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil.

[2]Mestrado em Saúde e Comportamento. Universidade Católica de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil.

[3]Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil.

Correspondência
C. S. Araújo
Programa de Pós-graduação em Epidemiologia
Av. Duque de Caxias, 250 3º andar
Pelotas, RS
96030-002, Brasil.
araujo.cs@pop.com.br

Resumo

O objetivo deste estudo foi investigar a prevalência de utilização aos serviços odontológicos e fatores associados na cidade de Pelotas, região sul do Brasil. Um estudo de base populacional por amostragem sistemática foi realizado com 4.226 indivíduos, através de questionários aplicados a adolescentes (10-19 anos), adultos (20-59 anos) e idosos (≥60 anos). Empregou-se a regressão de Poisson para analisar os fatores associados; 50,9% ($IC_{95\%}$:49,3–52,4) dos indivíduos estudados consultaram com dentista no último ano; 52,2% eram adolescentes, 53,6% adultos e 37,2% eram idosos. Após ajuste para fatores de confusão, os determinantes da utilização de serviços para estas três faixas etárias foram: escolaridade ≥9 anos, maior nível econômico e auto-referência à existência de problema bucal. Além disso, adolescentes e adultos que avaliaram sua saúde bucal como boa apresentaram uma prevalência de utilização 10% e 40% maiores, respectivamente, do que aqueles que avaliaram sua saúde bucal como ruim. A determinação da prevalência de utilização dos serviços odontológicos e das características de seus usuários pode auxiliar no planejamento de futuras ações em saúde que priorizem grupos populacionais com maiores dificuldades na utilização destes serviços.

Palavras-chave Levantamentos de Saúde Bucal; Serviços de Saúde Bucal; Assistência Odontológica; Estudo Transversal, Epidemiologia

Abstract

The aim of this study was to investigate the prevalence of dental services utilization and associated factors in Pelotas, Southern Brazil. A cross-sectional population-based study was carried out with 4.226 individuals. The questionnaires were applied to adolescents (10-19 years), adults (20-59 years) and elderly (60 years or more) residents. Poisson regression was used for analysis of associated factors; 50.9% (CI95%:49.3–52.4) of the studied population visited a dentist in the last year; 52.2% were adolescents, 53.6% were adults and 37.2% were elderly people. After adjustments for several confounders, the most important determinants for the utilization of dental services were: schooling ≥ 9 years, high economic level and self-rated oral health problem. Besides, adolescents and adults that judged their oral health as good showed 10% and 40% higher prevalence of use of dental services, respectively, when compared with those who evaluated their oral health as bad. Determining the prevalence of dental service utilization and the characteristics of users might help policy makers to plan future actions towards making it available to population groups with low dental service utilization.

Key words Dental Health Surveys; Dental Health Services; Dental care; Cross-sectional; Epidemiology

Introdução

No Brasil, a disponibilidade de dados epidemiológicos referentes à utilização de serviços odontológicos provenientes de inquéritos nacionais é limitada[1, 2]. O inquérito do módulo de saúde da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD), realizado em 1998 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), englobou dados referentes à morbidade, acesso e utilização dos serviços, dentre outros aspectos relacionados à saúde[3]. Em 2003, através da PNAD, foram entrevistados 384,8 mil pessoas e investigada, dentre outros aspectos, a utilização de serviços odontológicos. Dados desta pesquisa revelaram que 15,9% dos brasileiros nunca foram ao dentista, percentual ligeiramente menor que o verificado em 1998 (18,7%). A diferença mais contrastante é observada na comparação entre diferentes grupos socioeconômicos; entre os mais ricos, apenas 4% nunca foram ao dentista enquanto entre as camadas mais pobres esse valor sobe para 38,5%[4].

Apesar de existir no país crescente melhoria nos padrões de ocorrência de cárie dentária em crianças nas últimas décadas, mais de 28% dos adultos não têm nenhum dente funcional em pelo menos uma arcada[5]. Em 1998, a prevalência da utilização de consulta com o dentista foi de apenas 33%[2] no último ano.

Ainda que consultar o dentista não resulte necessariamente em diminuição da ocorrência de doenças bucais, a utilização de serviços mitiga os problemas, alivia a dor e o sofrimento e reabilita estruturas perdidas[6]. A utilização de serviços está associada a diversos fatores, tais como o nível econômico, educacional e social, bem como padrões de cultura e tradição popular[7-9], os quais têm sido pesquisados em vários países, sobretudo no Canadá, Estados Unidos, Noruega e Inglaterra[10-12]. Na maior parte deles o uso de serviços odontológicos tende a ser tão maior quanto maior a renda[8] e a escolaridade[13].

No Brasil são raros os estudos sobre prevalência de utilização de serviços odontológicos e fatores associados em municípios, com dados primários e de base populacional. Após pesquisa na base de dados Pubmed, Lilacs e Bibliografia Brasileira de Odontologia (BBO), sem restrição ao ano de publicação, foram encontrados apenas os estudos do PNAD (1998 e 2003) e o da cidade de Bambuí, oeste de Minas Gerais[14]. Neste último estudo, a prevalência de consulta com dentista no último ano, por motivo principal de revisão odontológica, foi de 24,6%[14].

O presente estudo investigou a prevalência da utilização dos serviços odontológicos e fatores associados em Pelotas, RS.

Método

Este estudo foi realizado em Pelotas, Rio Grande do Sul, cidade de aproximadamente 320 mil habitantes com 93% residentes na área urbana, localizada no extremo sul do Brasil.

Foi realizado um estudo transversal, de base populacional, com indivíduos a partir de dez anos de idade, moradores da zona urbana. Indivíduos institucionalizados em asilos, hospitais ou presídios ou incapacitados de responder ao questionário foram excluídos. O trabalho de campo ocorreu no período de outubro a dezembro de 2005 e foi executado por uma equipe composta por digitadores, 1 secretária, 38 entrevistadoras e 11 supervisores de campo.

O tamanho da amostra foi calculado visando atender tanto o estudo de prevalência como o estudo de associação entre utilização e as variáveis independentes. Com o objetivo de estimar a prevalência dos indivíduos de utilização de serviços odontológicos no ano anterior à pesquisa, foram considerados os seguintes parâmetros: prevalência de utilização de serviço odontológico no último ano de 35%, tomando-se como erro aceitável três pontos percentuais e

um nível de confiança de 95%. A este valor foram acrescidos dez por cento para compensar eventuais perdas e recusas e, posteriormente, multiplicou-se o resultado por dois devido ao efeito de delineamento, tendo em vista que o processo amostral adotado foi por conglomerados. Dessa forma, a amostra mínima necessária foi de 2.130 indivíduos. Para o estudo das associações, o maior tamanho de amostra para diferentes associações foi de 1.022 pessoas, utilizando-se um nível de confiança de 95%, poder de 80%, razão entre não expostos e expostos de 2:8, prevalência de utilização de serviços odontológicos de 21% no grupo não-exposto (cor da pele classificada com "outra") e razão de prevalências de 1,8, após acréscimos para controle de fatores de confusão e perdas e recusas. Como este estudo foi parte de uma pesquisa mais abrangente, que investigou diferentes desfechos, a amostra final excedeu a necessária, totalizando 4.226 indivíduos.

O processo de amostragem foi realizado em múltiplos estágios, baseado em dados do Censo Populacional Brasileiro de 2000 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)[15]. Listaram-se todos os setores censitários urbanos elegíveis da cidade (404), em ordem decrescente da média de renda dos chefes de família de cada setor, de forma a garantir a representatividade dos setores em relação à situação econômica. A seguir, sortearam-se sistematicamente 120 setores censitários. Posteriormente, uma equipe treinada de auxiliares da pesquisa, visitou todos os domicílios de cada setor selecionado classificando-os quanto a condição de ocupação, se como domicílios habitados ou se de comércio. A partir da lista de domicílios habitados, sorteou-se sistematicamente, proporcionalmente ao tamanho do setor censitário, cerca de dez domicílios em cada setor. Os moradores dos domicílios selecionados, após serem esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, foram entrevistados através de questionário previamente testado em estudo-piloto em setor censitário excluído da amostragem.

Os entrevistadores, com escolaridade mínima de ensino médio completo eram do sexo feminino e não conheciam os objetivos e hipóteses da pesquisa. Cerca de dez por cento das entrevistas foram refeitas, utilizando-se um questionário reduzido, por supervisores da pesquisa a fim de se controlar a qualidade da coleta de dados.

A entrada de dados foi feita através de digitação dupla, com checagem de inconsistências e amplitudes, sendo para tanto empregado o programa Epi Info versão 6.04.

A variável dependente foi utilização de serviços odontológicos nos doze meses anteriores à data da entrevista (sim ou não). As variáveis independentes incluíram gênero (masculino ou feminino); idade (em anos completos); cor da pele auto-referida (branca, preta, amarela, indígena ou parda); nível econômico classificado conforme a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)[16] e posteriormente reagrupado em níveis A e B, C, D e E sendo esta ordem decrescente do mais rico ao mais pobre; escolaridade (em anos completos e, posteriormente, agrupada em três categorias (0 a 4 anos, 5 a 8 anos e 9 anos ou mais); situação conjugal (com companheiro ou casado, sem companheiro ou solteiro, separado, viúvo); relato de algum problema odontológico nos doze meses anteriores à data da entrevista (dificuldade para comer ou sentir dor ao tomar líquidos gelados ou quentes; algum dente ou prótese quebrados; cárie ou "buraco" no dente ou prótese; deixar de dormir ou dormir mal por causa dos dentes ou prótese ou algum outro problema na boca ou nos dentes ou prótese); e autopercepção de saúde bucal (ruim e muito ruim, regular ou muito boa e boa). Por tratarem-se de grupos pequenos e não passíveis de formar uma categoria específica, os indivíduos de cor da pele amarela foram incorporados aos de cor branca - configurando a categoria "branca" -; e os indígenas agrupados aos de cor preta e parda, esses três últimos formando a categoria "outra".

Por entender-se que os determinantes da utilização de serviços odontológicos podem diferir segundo a idade, a amostra foi estratificada, segundo recomendação da Organização

Mundial da Saúde (OMS)[17] nas seguintes faixas etárias: 10 a 19 anos (adolescentes), 20 a 59 anos (adultos), 60 anos ou mais (idosos).

Calculou-se a prevalência do desfecho, conforme as variáveis independentes e, a seguir, realizou-se a regressão de Poisson[18] a fim de estimar as razões de prevalência bruta e ajustada e seus respectivos intervalos de confiança de 95% e valor-p (obtido através do teste de Wald). A análise multivariável seguiu um modelo teórico hierárquico de determinação de utilização de serviços odontológicos. Este modelo foi baseado no proposto pelo Projeto de Desenvolvimento de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro[19] que estabelece uma cadeia de determinantes hierarquizados, os quais influenciam de forma distal ou proximal a utilização de serviços odontológicos. No nível mais alto de determinação foram incluídas as características demográficas (sexo, idade e cor da pele), socioeconômicas (escolaridade e nível econômico) e situação conjugal, no nível intermediário a variável problema odontológico, e no nível mais proximal a autopercepção de saúde bucal.

Na modelagem estatística, o efeito de cada variável foi controlado para as variáveis do mesmo nível e nível superior. Foram mantidas no modelo as variáveis com valor $p < 0,20$, para fins de controle de possíveis fatores de confusão. Todas as análises foram realizadas através do programa estatístico STATA 9.0 utilizando os comandos *svy* para análise de dados oriundos de amostras complexas.

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas. Os dados foram coletados após consentimento informado dos entrevistados, sendo-lhes assegurado o sigilo sobre as informações individuais.

Resultados

Foram entrevistados 3.993 indivíduos a partir de dez anos de idade, o que equivale a uma taxa de resposta de 94,5%; 21,5% tinham idade de 10 a 19, 63,6% de 20 a 59 e 14,9% de 60 anos ou mais. Os entrevistados tinham, em média, 38 anos de idade, com desvio padrão de 19 a 57 anos de idade, e oito anos completos de estudo.

A Tabela 1 apresenta a descrição da amostra estratificada para as idades de 10 a 19 anos, 20 a 59 anos e 60 anos ou mais. Em todos os estratos, predominaram mulheres, indivíduos de cor da pele branca, os de nível econômico C e aqueles com autopercepção de sua saúde bucal classificada como boa ou muito boa.

O efeito de delineamento amostral para o desfecho sob investigação foi de 3,25. A prevalência da utilização de consulta com o dentista nos doze meses anteriores à entrevista foi de 50,9% ($IC_{95\%}$: 49,3-52,4) para a população em geral. Cerca de metade dos adolescentes (52,2%) e dos adultos (53,6%) consultaram neste período, entretanto o mesmo não ocorreu com os idosos, pois apenas pouco mais de um terço (37,2%) consultou.

Uma parcela de 5,5% dos entrevistados admitiu nunca ter consultado com dentista variando de 17,5% entre adolescentes, 2,4% nos adultos e 1,5% nos idosos.

No último ano, mais da metade dos entrevistados (55,8%) referiu algum tipo de problema odontológico. Desses, 27,1% apresentou dificuldade para comer ou sentir dor ao tomar líquidos gelados ou quentes; 20,4% fraturaram algum dente ou prótese, 38,8% referiram cárie dentária, 14,6% deixaram de dormir ou dormiram mal por causa dos dentes ou prótese e 13,0% tiveram outros problemas na boca, dentes ou prótese. Entretanto, dos indivíduos que relataram um ou mais problemas odontológicos, apenas 60,5% consultaram no último ano. O restante dos indivíduos que tiveram problemas e não consultaram alegaram que

não foram ao dentista porque achavam que não precisavam (49,5%); devido a problemas nos serviços odontológicos (18,8%); por medo ou preguiça (17,4%) e outros motivos (14,3%).

A Tabela 2 apresenta as prevalências de consulta com dentista no último ano, estratificadas por idade e de acordo com variáveis independentes. As mulheres adultas e os adolescentes e adultos de cor branca utilizaram mais os serviços odontológicos. Aproximadamente 70% dos adolescentes e adultos com melhor nível econômico e maior escolaridade utilizaram serviços odontológicos, enquanto que naqueles com pior nível econômico (D/E) e com quatro anos ou menos de escolaridade, a prevalência foi quase 40%. Entre os idosos, a prevalência de consulta para indivíduos com alta renda e escolaridade e aqueles com baixa renda e escolaridade foi de aproximadamente 60% e 20%, respectivamente. Os adolescentes e adultos que consideraram sua saúde bucal como boa ou muito boa consultaram sempre mais do que aqueles com autopercepção regular e ruim ou muito ruim. Em todas as faixas etárias estudadas, foi cerca de 60% a prevalência de utilização dos serviços odontológicos para aquelas pessoas que relataram algum tipo de problema bucal (Tabela 2).

Na análise bruta (Tabela 3), apenas nos adultos, a situação conjugal e o gênero foram associados com a utilização dos serviços, mostrando que as mulheres e os indivíduos sem companheiro (a) consultam, respectivamente, 1,2 e 1,1 vezes mais que os homens e aqueles (as) com companheiro (a). Em relação à cor da pele, as pessoas classificadas como brancas consultaram, respectivamente, 1,3 e 1,2 vezes mais do que as demais. Adolescentes e adultos com melhor saúde bucal (autopercepção) consultaram 20% e 40% a mais, respectivamente, do que aqueles com saúde ruim ou muito ruim. A probabilidade de ter consultado apresentou associação com o nível econômico e com a escolaridade, apresentando uma forte associação linear ($p<0,001$). Indivíduos idosos do nível econômico A/B consultaram três vezes mais do que aqueles de nível econômico D/E, o mesmo ocorreu com adolescentes e adultos, que

consultaram duas vezes mais do que os indivíduos do nível D/E. Quanto à escolaridade, adolescentes e adultos com nove anos ou mais de estudo consultaram duas vezes mais do que os com baixa escolaridade. Entre os idosos esta relação foi 2,6 vezes maior. Em todas as faixas etárias, aqueles que referiram ter algum problema odontológico, consultaram mais.

A Tabela 4 apresenta os resultados da análise ajustada para as três categorias de idade. Salienta-se que as análises foram ajustadas para a idade como variável contínua, pois as faixas etárias utilizadas apresentavam ampla variação.

Percebe-se, após esse ajuste, que a cor da pele e a situação conjugal deixaram de estar associadas com a utilização de serviços odontológicos.

Nos adolescentes, quanto maior o nível econômico, a escolaridade e melhor a percepção de saúde bucal, maior a utilização dos serviços. Adolescentes de nível econômicos A/B e aqueles com nove ou mais anos de estudo consultaram aproximadamente 60% mais do que os de nível D/E ou com pouca escolaridade. Os indivíduos que perceberam algum problema odontológico utilizaram 40% a mais de serviços.

Na faixa etária de 20 a 59 anos, quanto ao gênero, as mulheres consultaram 20% mais que os homens. A utilização de serviços odontológicos aumentou conforme maior nível econômico e escolaridade, bem como quanto melhor a autopercepção de saúde. Adultos de nível econômico A/B consultaram 50% mais do que aqueles de nível D/E e os com alta escolaridade (≥ 9 anos), 60% mais. Aqueles que relataram saúde bucal boa ou muito boa consultaram 40% mais do que o grupo de referência. Os adultos que perceberam algum problema odontológico no último ano consultaram 50% mais.

Os idosos com maior escolaridade e nível econômico e que referiram algum problema odontológico, no último ano, consultaram duas vezes mais do que aqueles com pior escolaridade e nível econômico e que não tiveram problemas bucais.

Discussão

Em Pelotas a prevalência de utilização de serviços odontológicos em geral foi 50,9% no último ano, dentre esses indivíduos que consultaram, 52,2% foram adolescentes, 53,6% adultos e 37,2% idosos. Na década de 90, 33% da população visitou o dentista há menos de um ano[2] no Brasil, enquanto esse percentual foi superior a 50% para os Estados Unidos[20] e de 75% na Noruega, para os indivíduos a partir dos 18 anos[21].

De toda a população pesquisada, 5,5% nunca consultou, sendo que de todos os adolescentes esse percentual foi de 17,5% e em adultos e idosos foi de 2,4 e 1,5, respectivamente. O estudo Saúde Bucal Brasil[5] (SB Brasil) evidenciou que apenas cerca de 6,0% dos adolescentes nunca foram ao dentista na macrorregião sul e talvez a justificativa para essa menor porcentagem, quando comparada aos adolescentes de Pelotas, possa ter sido devido àquele estudo considerar como adolescentes jovens de 15 a 19 anos, faixa etária diferente da avaliada neste estudo. Ainda no referido estudo[5], analisando-se a mesma macrorregião, a prevalência de nunca ter utilizado serviços odontológicos foi de 1,5% para adultos (35 a 44 anos) e de 2,3% para idosos (65 a 74 anos); semelhante ao presente estudo.

Quanto ao gênero, alguns estudos sugerem que há maior proporção de mulheres do que de homens em idade adulta que utilizam os serviços odontológicos no ano anterior e também que elas visitam mais vezes o dentista[2, 13, 14]. As mulheres adultas neste estudo consultaram 20% mais do que os homens, entretanto, contraditoriamente, apresentam uma pior percepção de sua saúde bucal. Em estudo com adolescentes de 14 a 18 anos de idade as visitas foram igualmente mais freqüentes entre as mulheres (89%) do que entre os homens (81%)[22]. Como se pode averiguar, as mulheres geralmente consultam mais em todas as faixas etárias, entretanto após análise multivariável ajustada esta associação desapareceu para

as adolescentes e idosas. Hipoteticamente essa diferença pode não ter sido estatisticamente significativa porque o número da amostra para esses estratos foi menor do que para as adultas.

A utilização de serviços está desigualmente distribuída pelas diferentes faixas etárias e, assim como outros estudos, se verificou que adultos e jovens consultam mais do que idosos[23]. Segundo Barros & Bertoldi[2], a proporção de indivíduos que consulta há menos de um ano é maior nos mais jovens de 7-19 e 20-49 anos. Sabe-se que, à medida que sua renda aumenta, o idoso tende a optar pela rede privada de atendimento. Entretanto, as decisões sobre onde o idoso recebe cuidados de saúde dependem das necessidades e recursos da família e não somente da situação individual do idoso. Assim, o idoso de família de baixa renda tende a ter uma menor prioridade para sua saúde do que aqueles idosos pertencentes a uma família mais abastada. [24, 25]. Além disso, outra possível explicação para esse achado seria de que os idosos teriam poucos dentes presentes e acreditam não precisar consultar, bem como por terem maiores dificuldades em se deslocar até o dentista.

No que concerne ao papel desempenhado pela cor da pele sobre a utilização de serviços odontológicos, os resultados deste trabalho não indicam associações significativas. Embora é possível que a cor da pele estivesse confundida com a renda. Similarmente a situação conjugal também não esteve associada com a utilização de serviços odontológicos.

Nesse estudo, foram encontradas associações da utilização de serviços odontológicos com nível econômico, escolaridade e presença de algum problema odontológico em todas as faixas etárias estudadas.

A variável nível socioeconômico, tanto neste trabalho como em outros, mostrou uma forte associação com o padrão de uso de serviços odontológicos[14]. Na PNAD (2003), enquanto 31% da população com rendimento mensal familiar de até um salário mínimo nunca fizeram uma consulta odontológica, a proporção caiu para 3% entre os que tinham rendimento superior a 20 salários mínimos. Sabe-se que países com nível socioeconômico mais alto

geralmente apresentam menos problemas de saúde. A baixa renda pode estar associada ao grau de educação, valor atribuído à saúde, estilo de vida e acesso à informação sobre cuidados de saúde[26]. Contudo, alguns estudos têm mostrado que quanto maior o nível de escolaridade, maior é a utilização de serviços, até mesmo quando a renda é mantida constante[14], isto é, a limitação financeira talvez não seja uma barreira suficiente para determinar o uso de serviços odontológicos. Neste estudo dificuldade financeira não foi mencionada dentre as principais causas de não consulta.

Assim como o nível socioeconômico, a variável escolaridade influencia em grande parte a utilização dos serviços[2, 14]. Estudo realizado em Minas Gerais relata que indivíduos de maior escolaridade consultam dez vezes mais o dentista do que os de baixa escolaridade, achado coincidente com o presente estudo.

A percepção da condição bucal é um importante indicador de saúde, pois sintetiza a condição de saúde objetiva, as respostas subjetivas, os valores e as expectativas culturais. Alguns estudos sobre autopercepção demonstraram que a maioria das pessoas vê sua condição bucal de maneira mais favorável, mesmo em condições clínicas insatisfatórias e isso é devido, provavelmente, ao fato de que muitas doenças detectadas no exame clínico são assintomáticas e provavelmente desconhecidas pelo indivíduo. O meio social igualmente é importante, porque as condições de vida e de trabalho qualificam de forma diferenciada a maneira pela qual as pessoas pensam, sentem e agem a respeito de sua saúde[25].

Como seria esperado, as pessoas que referiram algum problema odontológico tiveram um maior uso de serviços odontológicos, sendo que entre os idosos, aqueles que tiveram problemas consultaram 100% mais do que os que não perceberam problemas. Sabe-se que agravos bucais podem exercer influência negativa na vida diária da maioria das pessoas, especialmente em indivíduos acima dos 60 anos, principalmente em pacientes edentados e pacientes dentados que não têm atendimento odontológico regular.

Neste estudo a autopercepção de saúde bucal foi associada a maior utilização de serviços apenas em adolescentes e adultos. Estudos a respeito de autopercepção mostram sua relação a alguns fatores clínicos, como número de dentes cariados, perdidos ou restaurados, e com fatores subjetivos, como sintomas das doenças e capacidade da pessoa mastigar, falar ou sorrir sem problemas[27], além dela ser ao mesmo tempo influenciada por fatores como idade, sexo, nível econômico e escolaridade. De modo geral, os indivíduos são capazes de perceber sua condição bucal com alguma precisão, embora usando critérios diferentes de um profissional. O cirurgião-dentista avalia a situação clínica através da presença ou ausência de doença, em contra-partida para o paciente são mais significantes os sintomas e problemas sociais e funcionais advindos das doenças bucais.

O presente estudo foi realizado com uma amostra representativa da zona urbana do município de Pelotas, fornecendo dados primários de base populacional quanto à prevalência de utilização de serviços odontológicos, possibilitando identificar fatores a ela associados. O baixo percentual de perdas e recusas minimiza a possibilidade de viés de seleção. Utilizou-se um delineamento transversal, que apresenta vantagens quanto ao custo e tempo de coleta de dados. Devido ao fato do efeito de delineamento inicial ter sido inicialmente calculado para 2,0 e após a pesquisa ter-se constatado 3,25, suspeitou-se de perda de poder, entretanto conclui-se que, tendo em vista o tamanho grande da amostra, essa perda pode não ter sido significativa. É necessário considerar, porém, que o questionário é um instrumento não-validado, por se desconhecer existir um padrão-ouro para medir a utilização de serviços odontológicos. O emprego de informações autoreferidas sobre problemas odontológicos e saúde bucal igualmente é uma limitação inerente a esse tipo de estudo. Além disso, sendo o desfecho e as exposições coletadas em um único momento, os achados podem ser afetados pelo viés de causalidade reversa, ou seja, a exposição estudada pode ser influenciada pela ocorrência do desfecho. No presente estudo deve-se considerar a possibilidade de que a

utilização de serviços odontológicos poderia modificar o comportamento de algumas variáveis explanatórias, tais como: identificação de problema odontológico no último ano e autopercepção de saúde bucal. Devido a isso, as associações identificadas com estas variáveis devem ser interpretadas com cautela. Outra possível limitação do estudo consiste em erro recordatório, por terem sido questionadas informações referentes a um período de 12 meses anterior ao inquérito. Entretanto, segundo estudo de Grytten[11], há razões para acreditar que a situação atual do indivíduo hoje pode não ser muito diferente de sua situação em período anterior, no que diz respeito a utilizar serviços de saúde.

Em Pelotas, as variáveis que estão associadas a utilizar menos os serviços odontológicos constituem-se em ser homem e adulto, ter baixo nível econômico, menos de quatro anos de escolaridade, ausência de percepção de problema odontológico e percepção de saúde bucal ruim ou muito ruim. Para elevar a utilização de serviços odontológicos é necessária a redução das disparidades socioeconômicas e educacionais e a adoção de medidas de saúde pública que priorizem os grupos populacionais com maiores dificuldades na utilização destes serviços.

Colaboradores

C.S. Araújo participou de todas as fases de produção do artigo, desde o planejamento até a coleta e análise dos dados e redação. R. C. Lima e M. A. Peres contribuíram no planejamento, interpretação dos achados e na revisão crítica do manuscrito.

Referências

1. Matos DL, Giatti L, Lima-Costa MF. Fatores sócio-demográficos associados ao uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio. Cad Saude Publica set-out 2004;20(5):1290-1297.
2. Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. Ciênc Saúde Coletiva 2002;7(4):709-17.
3. Fernandes LS, Peres MA. [Association between primary dental care and municipal socioeconomic indicators]. Rev Saude Publica 2005;39(6):930-6.
4. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios 2003: Microdados [CD-ROM]. Rio de Janeiro: IBGE; 2004.
5. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
6. Sheiham A. Impact of dental treatment on the incidence of dental caries in children and adults. Community Dent Oral Epidemiol 1997;25(1):104-12.
7. Pinto VG. Relacionamento entre padroes de doença e serviços de atenção odontológica. Rev Saúde Pública 1989;23(6):509-14.
8. Grytten J, Holst D. Do young adults demand more dental services as their income increases? Community Dent Oral Epidemiol 2002;30(6):463-9.
9. Grytten J, Rongen G. Efficiency in provision of public dental services in Norway. Community Dent Oral Epidemiol 2000;28(3):170-6.
10. Grytten J, Rongen G, Asmyhr O. Subsidized dental care for young men: its impact on utilization and dental health. Health Econ 1996;5(2):119-28.
11. Grytten J, Lund E, Rongen G. Equity in access to public dental services: the experience from Norway. Acta Odontol Scand 2001;59(6):372-8.
12. Nguyen L, Hakkinen U, Rosenqvist G. Determinants of dental service utilization among adults--the case of Finland. Health Care Manag Sci 2005;8(4):335-45.
13. Moreira Rda S, Nico LS, Tomita NE, Ruiz T. [Oral health of Brazilian elderly: a systematic review of epidemiologic status and dental care access]. Cad Saude Publica 2005;21(6):1665-75.
14. Matos DL, Lima-Costa MF, Guerra HL, Marcenes W. [The Bambui Project: a population-based study of factors associated with regular utilization of dental services in adults]. Cad Saude Publica 2001;17(3):661-8.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo Demográfico 2000. Rio de Janeiro. 2001.
16. ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil; 2006 [acesso em 31 out 2006] Disponível em http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf. In.
17. Rouquaryol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e Saúde. 6 ed. ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003.
18. 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.
19. Projeto Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro; 2005 [acesso em 31 out 2006]. Disponível em <http://www.proadess.cict.fiocruz.br/index2v.htm>.
20. Ettinger RL. The unique oral health needs of an aging population. Dent Clin North Am 1997;41(4):633-49.

21. Grytten J, Lund E. Future demand for dental care in Norway; a macro-economic perspective. Community Dent Oral Epidemiol 1999;27(5):321-30.
22. Honkala E, al. e. Dental services between 1977 and 1995 by Finnish adolescents of different socioeconomic levels. Com Dent and Oral Epidem 1997;25(6):385-90.
23. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 98). Rio de Janeiro: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 1998.
24. Bos AM, Bos AJ. [Determinants of elders' choice between private and public health care providers]. Rev Saude Publica 2004;38(1):113-20.
25. da Silva SR, Castellanos Fernandes RA. [Self-perception of oral health status by the elderly]. Rev Saude Publica 2001;35(4):349-55.
26. Lucas SD, Portela MC, Mendonca LL. [Variations in tooth decay rates among children 5 and 12 years old in Minas Gerais, Brazil]. Cad Saude Publica 2005;21(1):55-63.
27. Slade GD, Spencer AJ. Social impact of oral conditions among older adults. Austr Dent J 1994;39:358-64.
28. Reinsine ST, Bailit HL. Clinical oral health status and adult perceptions of oral health. Soc Sci Med 1980;14A:597-605.

Tabela 1. Descrição da amostra (n=3.993) conforme variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde bucal estratificado segundo faixas etárias. Pelotas, 2006.

Variável	Idade (anos)		
	10-19 % (n)	20-59 % (n)	60 ou + % (n)
Gênero			
Masculino	48,0 (411)	45,0 (1143)	39,4 (235)
Feminino	52,0 (446)	55,0 (1396)	60,6 (362)
Cor da pele			
Branca	77,9 (668)	81,2 (2062)	85,3 (509)
Outra	22,1 (189)	18,8 (477)	14,7 (88)
Nível econômico (ABEP) #			
D-E	36,3 (309)	25,5 (643)	32,3 (192)
C	38,3 (326)	42,7 (1077)	36,6 (218)
A-B	25,4 (216)	31,8 (800)	31,1 (185)
Escolaridade (anos)			
0-4	34,5 (292)	15,9 (391)	42,5 (212)
5-8	46,6 (395)	35,1 (862)	28,7 (143)
≥ 9	18,9 (160)	49,0 (1202)	28,9 (144)
Situação conjugal			
Com companheiro (a)	4,2 (36)	64,0 (1626)	57,3 (342)
Sem companheiro (a)	95,8 (821)	36,0 (913)	42,7 (255)
Problema odontológico			
Não	38,2 (327)	40,2 (1020)	69,8 (417)
Sim	61,8 (530)	59,8 (1519)	30,2 (180)
Autopercepção de saúde bucal			
Ruim / Muito ruim	4,4 (38)	10,0 (255)	7,9 (47)
Regular	26,7 (229)	31,9 (810)	25,8 (154)
Boa / Muito boa	68,8 (590)	58,1 (1474)	66,3 (396)
Total	21,5 (857)	63,6(2539)	14,9 (597)

Classificação econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa[16]

Tabela 2. Prevalência de utilização de serviços odontológicos no último ano conforme variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde bucal. Pelotas, 2006.

Variável	Idade (anos)		
	10-19	20-59	60 ou +
	%	%	%
Gênero	*P=0,4**	*P<0,001**	*P=0,6**
Masculino	50,6	47,8	35,7
Feminino	53,6	58,5	38,1
Cor da pele	*P=0,004**	*P=0,001**	*P=0,4**
Branca	54,8	55,3	37,9
Outra	42,9	46,5	33,0
Nível econômico (ABEP) #	*P<0,001***	*P<0,001***	*P<0,001***
D-E	37,2	37,8	21,4
C	54,3	49,6	31,2
A-B	70,4	71,5	61,1
Escolaridade (anos)	*P<0,001***	*P<0,001***	*P<0,001***
0-4	39,4	35,0	25,5
5-8	56,5	45,4	39,2
≥ 9	66,9	68,2	66,7
Situação conjugal	*P=0,34**	*P=0,01**	*P=0,5**
Com companheiro (a)	44,4	51,7	38,3
Sem companheiro (a)	52,5	57,1	35,7
Problema odontológico	*P<0,001**	*P<0,001**	*P<0,001**
Não	42,2	42,8	26,1
Sim	58,3	61,0	62,8
Autopercepção de saúde bucal	*P=0,002***	*P<0,001***	*P=0,4**
Ruim / Muito ruim	47,4	40,8	46,8
Regular	42,8	48,0	37,0
Boa / Muito boa	56,1	59,0	36,1
Total	52,2 (447)	53,6 (1362)	37,2 (222)

* Teste de Wald para heterogeneidade
** Teste de Wald para tendência linear
# Classificação econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa[16]

Tabela 3. Razões de prevalência (RP) e intervalos de confiança (IC $_{95\%}$) da análise bruta de utilização de serviços odontológicos segundo variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde bucal. Pelotas, 2006.

Variável	Idade (anos)		
	10-19	20-59	60 ou +
	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)
Gênero	*P=0,4**	*P<0,001**	*P=0,5*
Masculino	1,00	1,00	1,00
Feminino	1,1 (0,9; 1,2)	1,2 (1,1; 1,3)	1,1 (0,9; 1,3)
Cor da pele	*P=0,04**	*P=0,01**	*P=0,4**
Branca	1,3 (1,0; 1,6)	1,2 (1,0; 1,4)	1,2 (0,8;1,6)
Outra	1,00	1,00	1,00
Nível econômico (ABEP)	*P<0,001***	*P<0,001***	*P<0,001***
D-E	1,00	1,00	1,00
C	1,5 (1,2; 1,8)	1,3 (1,2; 1,5)	1,5 (1,0; 2,1)
A-B	1,9 (1,6; 2,3)	1,9 (1,7; 2,1)	2,9 (2,1; 4,0)
Escolaridade (anos)	*P<0,001***	*P<0,001***	*P<0,001***
0 – 4	1,00	1,00	1,00
5 – 8	1,4 (1,2; 1,7)	1,3 (1,1; 1,5)	1,5 (1,1; 2,1)
≥ 9	1,7 (1,4; 2,0)	1,9 (1,7; 2,2)	2,6 (2,0; 3,4)
Situação conjugal	*P=0,5**	*P=0,01**	*P=0,5**
Com companheiro (a)	1,00	1,00	1,00
Sem companheiro (a)	1,2 (0,8; 1,8)	1,1 (1,0; 1,2)	0,93 (0,7; 1,2)
Problema odontológico	*P<0,001**	*P<0,001**	*P<0,001**
Não	1,00	1,00	1,00
Sim	1,4 (1,2; 1,6)	1,4 (1,3; 1,6)	2,4 (2,0; 2,9)
Autopercepção de saúde bucal	*P=0,005***	*P<0,001***	*P=0,2**
Ruim / Muito ruim	1,00	1,00	1,00
Regular	0,9 (0,6; 1,4)	1,2 (1,0; 1,4)	0,8 (0,5; 1,2)
Boa / Muito boa	1,2 (0,8; 1,7)	1,4 (1,2; 1,7)	0,8 (0,5; 1,1)

* Teste de Wald para heterogeneidade
** Teste de Wald para Tendência Linear

Tabela 4. Razões de prevalência (RP) e intervalo de confiança (IC $_{95\%}$) da análise ajustada de utilização de serviços odontológicos conforme variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde bucal. Pelotas, 2006.

Nível	Variável	Idade (anos)		
		10-19	20-59	60 ou +
		RP[§] (IC 95%)	RP[§] (IC 95%)	RP[§] (IC 95%)
1	Gênero	*P=0,4**	*P<0,001**	*P=0,2**
	Masculino	1,00	1,00	1,00
	Feminino	1,1 (0,9; 1,2)	1,2 (1,1; 1,3)	1,1 (0,9; 1,4)
1	Cor da pele	*P=0,7**	*P=0,7**	*P=0,8**
	Branca	1,0 (0,8; 1,3)	1,0 (0,9; 1,1)	1,0 (0,7; 1,5)
	Outra	1,00	1,00	1,00
1	Nível econômico (ABEP)	*P<0,001***	*P<0,001***	*P=0,001***
	D-E	1,00	1,00	1,00
	C	1,3 (1,1; 1,6)	1,1 (1,0; 1,3)	1,2 (0,8; 1,7)
	A-B	1,6 (1,3; 2,0)	1,5 (1,3; 1,7)	1,8 (1,2; 2,6)
1	Escolaridade (anos)	*P<0,001***	*P<0,001***	*P<0,001***
	0 – 4	1,00	1,00	1,00
	5 – 8	1,4 (1,2; 1,8)	1,2 (1,0; 1,4)	1,4 (1,0; 1,9)
	≥ 9	1,7 (1,3; 2,2)	1,6 (1,3; 1,8)	2,0 (1,5; 2,6)
1	Situação conjugal	*P=0,6**	*P=0,2**	*P=0,6**
	Com companheiro (a)	1,00	1,00	1,00
	Sem companheiro (a)	1,1 (0,8; 1,7)	1,1 (1,0; 1,1)	1,1 (0,9; 1,3)
2	Problema odontológico	*P<0,001**	*P<0,001**	*P<0,001**
	Não	1,00	1,00	1,00
	Sim	1,4 (1,2; 1,7)	1,5 (1,3; 1,6)	2,0 (1,7; 2,4)
3	Autopercepção de saúde bucal	*P=0,005***	*P<0,001***	*P=0,5***
	Ruim / Muito ruim	1,00	1,00	1,00
	Regular	0,8 (0,6; 1,2)	1,1 (0,9; 1,3)	1,0 (0,7; 1,4)
	Boa / Muito boa	1,1 (0,8; 1,6)	1,4 (1,1; 1,6)	1,1 (0,8; 1,5)

[§] Análise ajustada para variáveis do mesmo nível e níveis superiores e idade (p<0,2)
* Teste de Wald para heterogeneidade
** Teste de Wald para Tendência Linear

5 Relatório para imprensa local

APENAS METADE DA POPULAÇÃO DE PELOTAS VAI AO DENTISTA

Estudos confirmam que, em geral, pessoas que consultam com dentistas ao menos uma vez ao ano apresentam menores necessidades de tratamento. Além disso, consultar regularmente o dentista pode diminuir gastos com o tratamento, seja no SUS ou em consultórios particulares, pois os problemas são tratados assim que diagnosticados.

A dentista Camila Silveira de Araújo realizou uma pesquisa na cidade de Pelotas para avaliar a utilização de serviços odontológicos pela população da cidade no último ano. Foram entrevistados 3993 indivíduos com idade igual ou superior a dez anos durante os meses de outubro a dezembro de 2005. O estudo realizado é parte do mestrado em Epidemiologia da Faculdade de Medicina, UFPel, e foi realizado sob orientação dos professores doutores Rosângela da Costa Lima e Marco Aurélio Peres.

Os resultados indicam que pouco mais da metade (50,9%) da população estudada utilizou os serviços odontológicos no último ano e 5,5% admitiu nunca ter consultado com o dentista na vida. Os idosos foram os que menos consultaram, apenas dois a cada cinco. Quem mais visitou o dentista foram as mulheres, os indivíduos com alto nível econômico, com escolaridade igual ou superior a nove anos de estudo e aqueles que apresentaram algum problema odontológico. Entre os que utilizaram os serviços odontológicos, 47,0% consultaram dentistas particulares, 30,0% usaram convênios ou sindicatos e 22,1% o serviço público (SUS), sendo os demais atendidos em outros tipos de serviços. Dentre as principais justificativas para a não realização de consulta odontológica destacam-se: achar que não precisava consultar (49,5%), problemas nos serviços odontológicos (18,8%), medo ou preguiça (17,4%) e impossibilidade de pagamento (4,9%).

Em resumo, a pesquisa sugere que apresentar uma ou mais das seguintes características pode influenciar em não ir ao dentista: idade superior a 60 anos, baixo nível econômico, menos de quatro anos de estudo, falta de percepção de problema odontológico, percepção de saúde bucal ruim e, se adulto, ser do sexo masculino. Assim, se faz necessário a adoção de políticas públicas que priorizem os grupos populacionais com maiores dificuldades na utilização destes serviços.

Anexos

Anexo 1 - Revisão Bibliográfica

Ano	Autor/ País	Amostra	Fatores estudados (exposições)	Principais desfechos	Resultados
2002	Matos, D.L. et al. Brasil	A população estudada foi constituída por uma amostra representativa de 656 adultos, residentes na cidade de Bambuí, MG. Critérios de inclusão: idade (>= 18 anos), presença de pelo menos um dente natural e visita ao dentista pelo menos uma vez na vida.	- Sexo - Faixa etária - Escolaridade - Renda familiar - Satisfação com a aparência dos dentes - Satisfação com a mastigação - Percepção de necessidade de atendimento	Utilização de serviços odontológicos públicos, privados e convênios na cidade de Bambuí-MG, no ano de 1996-1997.	Os usuários dos serviços privados estavam mais satisfeitos em com a aparência dos dentes (90,1%), com a mastigação (88,4%) e percebiam menos necessidade atual de tratamento odontológico (93,5%) ao contrário dos usuários de serviços públicos que tinham apenas 5,7% de satisfação com a aparência dos dentes, 7,5% de satisfação com sua mastigação e somente 3,8% acreditavam não precisar de tratamento dentário. Usuários do serviço privado e sindicatos receberam com mais freqüência tratamento restaurador ou preventivo na última visita ao dentista que os usuários de serviços públicos, mas não houve diferença em relação à satisfação com a aparência dos dentes, à capacidade de mastigação e à percepção de necessidade de tratamento odontológico.
2002	Barros, A. J.D.; Bertoldi, A. D. Brasil	Cobertura nacional, com representatividade estadual e de nove regiões metropolitanas: Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba e Porto Alegre. Foram entrevistadas 344.975 pessoas residentes em 112.434 domicílios e 793 municípios (IBGE 2000).	- Sexo; - Idade; - Consulta ao dentista pela última vez; - Motivo da procura; - Onde foi atendido; - Motivo do não-atendimento; - Atendimento odontológico através de plano de saúde; - Avaliação do atendimento	Avaliação de situação de utilização e acesso aos serviços odontológicos no Brasil.	Comparando-se 20% dos adultos mais pobres com os 20% mais ricos, observou-se que o número de desassistidos era 16% maior entre os primeiros. Cerca de 4% dos que procuraram atendimento odontológico não o obtiveram, 8% dos quais entre os mais pobres e 1% entre os mais ricos. O SUS financiou 68% dos atendimentos do grupo mais pobre, enquanto 63% deles foram pagos pelos mais ricos.

Ano	Autor/ País	Amostra	Fatores estudados (exposições)	Principais desfechos	Resultados
2000	Silva, S.R.C. ; Júnior, A.V. Brasil	Pessoas com 60 anos ou mais no Município de Araraquara, Estado de São Paulo.	Morar em instituições para idosos	- Perda dos dentes - Bolsas periodontais - Uso de próteses	Desdentados: 72% dos institucionalizados e 60% dos não-institucionalizados; dentes extraídos: 93 e 90%, respectivamente, grande freqüência de bolsas periodontais (57 e 75%) e de próteses inadequadas. (80% das próteses em pessoas institucionalizadas e 61% em pessoas não-institucionalizadas).
2000	Lara, N.; Lopes, C.V.; Morales, S. México	Foram 96 pessoas que responderam ao questionário do estudo, com proporção semelhante para homens e mulheres.	- Qualidade da atenção - Tempo que demorou o tratamento - Solução do problema dentário	Grau de satisfação com a atenção recebida (altamente satisfeitos, mediamente satisfeitos, não satisfeitos, muito insatisfeitos).	Alto grau de satisfação com a atenção recebida (87%), devido ao trato gentil e o cuidado do dentista em explicar o tratamento que iria adotar anteriormente ao procedimento a ser realizado. Porcentagens de menor satisfação foram relacionadas a presença de dor (60%) e tempo de espera (61%).
2000	Unfer, B.; Saliba, O. Brasil	Foi de 389 usuários, com idades entre 15 e 79 anos, de serviços públicos municiais de saúde em Santa Maria – RS.	Avaliar a representação social do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal de serviços públicos.	Percepções da própria saúde bucal (Boa, regular, ruim, outros).	Predominam usuários situados nas faixas etárias entre 21-40 anos e do sexo feminino; o padrão socioeconômico caracteriza-se por baixo grau de escolaridade e baixa renda mensal familiar; a saúde é percebida principalmente pela presença/ausência de sinais e sintomas de problemas; a busca pela saúde e o controle das doenças bucais são atribuídos à responsabilidade individual de realizar a higiene bucal e procurar tratamento dentário; a presença e os benefícios do flúor no creme dental e na água de beber não foram reconhecidos pela população estudada; a procura por serviços odontológicos é orientada para a resolução de problemas instalados e condicionada a fatores econômicos e de acesso; a maioria não procura aconselhamento junto aos dentistas para a prevenção das doenças bucais.
1999	Saliba, C. A. et al. Brasil	90 indivíduos idosos, de 3 instituições do município de Araçatuba/SP	Expectativas dos indivíduos de 3º idade, em relação aos serviços odontológicos prestados.	Há necessidade de receber tratamento, porém, a falta de conhecimento e de motivação quanto às medidas preventivas agravam o estado de saúde bucal.	62,2% não possuem dentes na boca, 90% indicaram ter visitado o dentista quando necessário, há mais de 2 anos (88%), pelo motivo de dor (53%). O serviço procurado foi o público (53,3%). Aproximadamente, 40% estavam insatisfeitos com seu estado de saúde bucal; 67% gostariam de receber atendimento odontológico.

Anexo 2 - Cronograma

ANO	2005								2006											
Meses	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Revisão de literatura																				
Elaboração do projeto de pesquisa																				
Apresentação do projeto de pesquisa																				
Preparação do instrumento																				
Estudo pré-piloto																				
Seleção/treinamento auxiliar de pesquisa																				
Estudo piloto																				
Definição da amostra e coleta de dados																				
Codificação, revisão e digitação de dados																				
Preparação e edição dos dados																				
Análise dos dados																				
Redação																				
Divulgação dos resultados																				

Anexo 3 - Carta de Apresentação para a população

Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Medicina
Departamento de Medicina Social

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Pelotas, Outubro de 2005.

Prezado(a) Sr.(a),

Estamos realizando uma pesquisa sobre a saúde da população de Pelotas. Sua casa está entre uma das aproximadamente 1500 espalhadas na cidade que farão parte desta importante pesquisa. Com este trabalho será possível conhecer aspectos importantes sobre a população da cidade como, por exemplo, identificar fatores de risco para diversas doenças e, assim, adotar medidas para prevenir tais doenças.

O(a) Sr.(a) está recebendo a visita de um dos Mestrandos do curso de Pós-graduação em Epidemiologia. Ele(a) irá conversar com o(a) Sr.(a) e lhe explicar todos os detalhes sobre o projeto, assim como responder a qualquer pergunta que o(a) Sr.(a) queira fazer.

Gostaríamos de lhe comunicar que, nos meses de outubro, novembro ou dezembro o(a) Sr.(a) estará recebendo a visita de uma de nossas entrevistadoras. Todas as nossas entrevistadoras foram treinadas e qualificadas para esta função, além disso, estarão usando um crachá de identificação. Contamos com a sua colaboração no sentido de responder a algumas perguntas, que são essenciais para nosso estudo. Nós temos a preocupação em realizar nossa pesquisa sem provocar transtornos para o (a) Sr.(a). Portanto, caso não possa responder às perguntas no momento que a entrevistadora vier lhe visitar, pedimos que informe o horário mais adequado para a entrevista.

Os dados colhidos nesta pesquisa serão sigilosos e analisados com o auxílio de computadores. Em hipótese alguma será divulgado o nome do(a) Sr.(a) ou qualquer outra pessoa que responder ao questionário. Caso o(a) Sr.(a) se sinta desconfortável com qualquer uma das perguntas ou com a entrevista, não é obrigado(a) a realizá-la. É muito importante que o(a) Sr.(a) participe, pois sua residência não poderá ser substituída por outra.

Desde já agradecemos sua colaboração,

Dra. Maria Cecília Assunção
Coordenadora do Consórcio de Pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas

Av. Duque de Caxias, n.º 250 - 2.º andar - CEP 96030-002
Caixa Postal 464 - CEP 96001-970 - Pelotas, RS
Fone: (53) 3271-2442 Fax: (53) 3271-2645

Anexo 4 - Questionário - Bloco A

BLOCO A: GERAL # Este bloco deve ser aplicado a todos os indivíduos	ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO
Número do setor ___ ___ ___ Número da família ___ ___ Número da pessoa ___ ___ Endereço: _____ (1) casa (2) apartamento Data da entrevista: __ __ / __ __ / __ __ Horário de início da entrevista: __ __ : __ __ Horário de termino da entrevista: __ __ : __ __ Entrevistadora: _____	INQUE __ __ __ __ __ __ __ ITIPOM __ IDE __ __ / __ __ /__ __ IHI __ __ : __ __ IHT __ __ : __ __ IENT __ __
A1) Qual é o seu nome? _____ A2) Qual é a sua idade? __ __ __ anos completos A3) Qual é sua data de nascimento? __ __ / __ __ / __ __ A4) Em que cidade você nasceu? _____	 GIDADE __ __ __ GNASC __ __ /__ __ /__ __
AS PERGUNTAS A5 E A6 DEVEM SER APENAS OBSERVADAS PELA ENTREVISTADORA	
A5) Cor da pele: (1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Indígena (5) Parda (6) Outra: _____ A6) Sexo: (0) Masculino (1) Feminino (9) IGN	GCORPEL ___ GSEXO ___
A7) O(a) Sr.(a) sabe ler e escrever? (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO A9 (1) Sim (2) Só assina → PULE PARA A QUESTÃO A9 (9) IGN A8) Até que série o(a) Sr.(a) estudou? Anotação: _____ (Codificar após encerrar o questionário) Anos completos de estudo: __ __ anos (88) NSA A9) Qual a sua situação conjugal atual? (1) Casado(a) ou mora com companheiro(a) (2) Solteiro(a) ou sem companheiro(a) (3) Separado(a) (4) Viúvo(a) A10) Qual é o seu peso atual? __ __ __ , __ kg (999,9) IGN	GKLER ___ GESCOLA ___ ___ GCONPAN ___ GPESO __ __ __ , __
A11) Qual é a sua altura? __ __ __ cm (999) IGN A12) Qual a cor dos seus olhos? (0) Preto ou castanho (1) Verde (2) Azul (9) IGN	GALTUR __ __ __ HCOLHO __

A13) Qual a cor NATURAL dos seus cabelos? (0) Preto ou castanho (1) Loiro (2) Vermelho ou ruivo (9) IGN	HCBELO __
A14) Qual a sua cor ou raça? (1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Indígena (5) Parda (6) Outra: _____	GCORACA __
A15) Durante o verão, o que acontece com a sua pele quando o(a) Sr.(a) fica no sol por várias horas? (0) Fica bronzeado (1) Fica vermelho (9) IGN	HACOPEL __
A16) Como o(a) Sr.(a) considera a sua saúde? (1) Excelente (2) Muito boa (3) Boa (4) Regular (5) Ruim (9) IGN	GSAU __
A17) O(a) Sr.(a) fuma ou já fumou? (0) Não, nunca fumou → PULE PARA A QUESTÃO A20 (1) Sim, fuma (1 ou + cigarro(s) por dia há mais de 1 mês) (2) Já fumou, mas parou de fumar há __ __ anos __ __ meses	GFUMO __ GTPAFU __ __ __ __
A18) Há quanto tempo o(a) Sr.(a) fuma ? (ou fumou durante quanto tempo)? __ __ anos __ __ meses (88-88) NSA (99-99) IGN	GTFUMOA __ __ GTFUMOM __ __
A19) Quantos cigarros o(a) Sr.(a) fuma (ou fumava) por dia? __ __ cigarros (88) NSA (99) IGN	GCIGDIA __ __
A20) O(a) Sr.(a) toma alguma bebida de álcool? (0) Nunca → PULE PARA O PRÓXIMO BLOCO (1) Às vezes (2) Sempre (9) IGN	GBEBE __
A21) Alguma vez o(a) Sr.(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber? (0) Não (1) Sim (8) NSA	GPARBE __
A22) As pessoas o(a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber? (0) Não (1) Sim (8) NSA	GCRITBE __
A23) O(a) Sr.(a) sente-se culpado(a)/chateado(a) com o Sr.(a) mesmo(a) pela maneira como costuma beber? (0) Não (1) Sim (8) NSA	GCULBE __
A24) O(a) Sr.(a) costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca? (0) Não (1) Sim (8) NSA	GNERBE __

Anexo 5 - Questionário - Bloco C

BLOCO C: ADOLESCENTES E ADULTOS *Este bloco deve ser aplicado a todos os indivíduos com idade igual ou maior a 10 anos.	ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO
AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE CONSULTAS COM O DENTISTA.	
C30) O(a) Sr.(a) já consultou com o dentista alguma vez na vida? (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C32 (1) Sim (9) IGN	C1XVIDA __
AINDA SOBRE CONSULTAS AO DENTISTA, PENSE NO ÚLTIMO ANO.	
C31) Desde <mês> do ano passado, o(a) Sr.(a) consultou com o dentista? (0) Não (1) Sim → PULE PARA A QUESTÃO C36 (8) NSA (9) IGN	CULTANO __
C32) Desde <mês> do ano passado, o(a) Sr.(a) procurou ou tentou ir ao dentista? (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C35 (1) Sim (8) NSA (9) IGN	CPROCIR __
C33) Qual o primeiro local que o(a) Sr.(a) procurou atendimento? (01) Particular (02) Convênio (03) Sindicato (04) Posto de saúde (05) Faculdade de odontologia (06) Cruz de Prata (07) Outro. Qual? _____ (88) NSA (99) IGN	CONDE1X __ __
C34) Por qual motivo o(a) Sr.(a) não conseguiu atendimento? (01) É difícil conseguir vaga (02) O equipamento ou serviço não estava funcionando (03) Frequentemente falta dentista (04) Não existe dentista no posto (SUS) (05) Tinha que esperar muito e desisti (06) Não podia pagar (07) Outro. Qual? _____ (88) NSA (99) IGN APÓS RESPONDER A QUESTÃO C34 PULE PARA A QUESTÃO C39.	CMOTNAT __ __
C35) Porque o(a) Sr.(a) não procurou ir ao dentista? (01) Achei que não precisava (02) Nunca senti dor (03) Tenho medo (04) É difícil conseguir senha (05) Frequentemente falta dentista (06) Não existe dentista no posto (SUS) (07) Equipamento ou serviço não funcionando (08) Não podia pagar (09) Tem que esperar muito (atendimento muito demorado) (10) Resolvi meu problema sozinho (11) O dentista é longe e o acesso ou transporte é difícil (12) Outro. Qual? _____ (88) NSA (99) IGN SE O ENTREVISTADO RESPONDEU A QUESTÃO C35, PULE PARA A QUESTÃO C39.	CPQNAO __ __
C36) Onde o(a) Sr.(a) foi atendido pelo dentista na última consulta? (01) Particular (02) Convênio (03) Sindicato (04) Posto de saúde (05) Faculdade de odontologia (06) Cruz de Prata	CATULCO __ __

(07) Outro. Qual? _____ (88) NSA (99) IGN	
C37) Qual o tratamento que o dentista fez na sua última consulta? (01) Não fez tratamento (02) Revisão ou limpeza (03) Tratamento de canal (04) Arrancou o dente (cirurgia) (05) Prevenção ou aplicação de flúor (06) Restauração ou obturação (07) Abriu o dente (08) Colocou curativo (09) Colocação ou revisão de dente falso ou dentadura (10) Colocação ou revisão de aparelho ortodôntico (11) Outro. Qual? _____ (88) NSA (99) IGN	CQUALTR __ __
C38) O(a) Sr.(a) conseguiu ser atendido na primeira vez que procurou o dentista para esse problema? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	CCONS1X __
C39) Desde <mês> do ano passado o(a) Sr.(a) teve dificuldade para comer ou sentiu dor ao tomar líquidos gelados ou quentes por causa dos seus dentes? (0) Não (1) Sim (9) IGN	CDORCOM __
C40) Desde <mês> do ano passado o(a) Sr.(a) quebrou algum dente? (0) Não (1) Sim (9) IGN	CQUEBDT __
C41) Desde <mês> do ano passado o(a) Sr.(a) teve um buraco ou cárie no dente? (0) Não (1) Sim (9) IGN	CBURCAR __
C42) Desde <mês> do ano passado o(a) Sr.(a) deixou de dormir ou dormiu mal por causa dos seus dentes? (0) Não (1) Sim (9) IGN	CDORMAL __
C43) Desde <mês> do ano passado o(a) Sr.(a) teve outro problema na boca ou nos dentes? (00) Não (01) Sim Qual? _____ (99) IGN	COUTPRO __ __
C44) Como o(a) Sr.(a) considera a situação da sua boca ou dos seus dentes? (1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim (9) IGN	CSATIDT __

Anexo 6 - Questionário - Bloco E

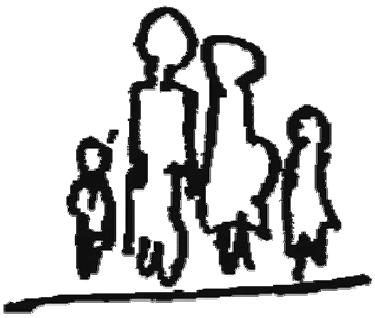
BLOCO E: DOMICILIAR RESPONSÁVEL PELO DOMICÍLIO *# Este bloco deve ser aplicado a apenas 1 morador do domicílio, de preferência, a dona de casa.*	*ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO*
Número do setor ___ ___ ___ Número da família ___ ___ Número da pessoa ___ ___ Endereço: _____ (1) casa (2) apartamento Data da entrevista: __ __ / __ __ / __ __ Horário de início da entrevista: __ __ : __ __ Horário de termino da entrevista: __ __ : __ __ Entrevistadora: _____	*INQUE* *__ __ __ __ __ __ __* *ITIPOM __* *IDE __ __ / __ __ /__ __* *IHI __ __ : __ __* *IHT __ __ : __ __* *IENT __ __*
E1) O(a) Sr.(a) possui telefone neste domicílio? (0) Não (1) Sim → Qual o número? _____ E2) Existe algum outro número de telefone ou celular para que possamos entrar em contato com o(a) Sr.(a)? (0) Não (1) Sim → Qual o número? _____	*DFONE ___* *DCEL ___*
AGORA FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE OS BENS E A RENDA DOS MORADORES DA CASA. MAIS UMA VEZ LEMBRO QUE OS DADOS DESTE ESTUDO SERVIRÃO APENAS PARA UMA PESQUISA SOBRE SAÚDE, PORTANTO O(A) SR.(A) PODE FICAR TRANQÜILO(A) PARA INFORMAR O QUE FOR PERGUNTADO.	

SOBRE APARELHOS QUE O(A) SR.(A) TEM EM CASA. NA SUA CASA O(A) SR.(A) TEM:				
E3) Aspirador de pó?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	*DASP __*
E4) Máquina de lavar roupa? *(não considerar tanquinho)*	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	*DLAV __*
E5) Videocassete ou DVD?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	*DVD __*
E6) Geladeira?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	*DGELA __*
E7) Freezer ou geladeira duplex?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	*DFREE __*
E8) Forno de microondas?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	*DMOND __*
E9) Microcomputador?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	*DCPU __*
E10) Telefone fixo? *(convencional)*	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	*DTELSN __*

NA SUA CASA, O(A) SR.(A) TEM.....? QUANTOS?							
E11) Rádio	(0)	(1)	(2)	(3)	(4+)	(9) IGN	*DRAD __*
E12) Televisão preto e branco	(0)	(1)	(2)	(3)	(4+)	(9) IGN	*DTVPB __*
E13) Televisão colorida	(0)	(1)	(2)	(3)	(4+)	(9) IGN	*DTVCOL __*
E14) Automóvel *(somente de uso particular)*	(0)	(1)	(2)	(3)	(4+)	(9) IGN	*DAUTO __*
E15) Aparelho de ar condicionado *(se ar condicionado central marque o número de cômodos servidos)*	(0)	(1)	(2)	(3)	(4+)	(9) IGN	*DARCON __*

E16) Na sua casa, trabalha empregada ou empregado doméstico mensalista? *Se sim*, quantos? (0) Não (1) Um (2) Dois ou mais (9) IGN	*DEMPR* __
E17) Quantas pessoas moram nessa casa? __ __ pessoas (99) IGN	*DMOR* __ __
E18) Quantas peças são usadas para dormir? __ __ peças (99) IGN	*DDORME* __ __
E19) Quantos banheiros existem na casa? *(considere somente os que têm vaso mais chuveiro ou banheira).* __ __ (99) IGN	*DBANHO* __ __
E20) Qual a escolaridade do chefe da família? (1) nenhuma ou até 3ª série (primário incompleto) (2) 4ª série (primário completo) ou 1º grau (ginasial) incompleto (3) 1º grau (ginasial) completo ou 2º grau (colegial) incompleto (4) 2º grau (colegial) completo ou nível superior incompleto (5) nível superior completo (9) IGN	*DESCCH* __
E21) No mês passado quanto ganharam as pessoas que moram aqui? (trabalho ou aposentadoria) *Pessoa 1: R$ __ __ __ __ __ por mês*	*DRF1*__ __ __ __ __
Pessoa 2: R$ __ __ __ __ __ por mês	*DRF2* __ __ __ __ __
Pessoa 3: R$ __ __ __ __ __ por mês	*DRF3* __ __ __ __ __
Pessoa 4: R$ __ __ __ __ __ por mês	*DRF4* __ __ __ __ __
Pessoa 5: R$ __ __ __ __ __ por mês	*DRF5* __ __ __ __ __
(99999) ignorado/não respondeu	
E22) A família tem outra fonte de renda, por exemplo, aluguel, pensão ou outra que não foi citada acima? (0) Não (1) Sim → Quanto? *R$__ __ __ __ __ por mês*	*DRE* __ __ __ __ __

Anexo 7 - Manual de Instruções do Questionário



Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Medicina
Departamento de Medicina Social
Programa de Pós-graduação em Epidemiologia

Manual de Instruções

Mestrado em Epidemiologia 2005 – 2006

Outubro de 2005

1. MESTRANDOS

NOME	TELEFONE	E-MAIL
Camila Araújo	053-3278-6065 051-8161-5168	araujo.cs@terra.com.br
Daniele Vinholes	053-3222-9116 053-8111-1258	dvinholes@terra.com.br
João Luiz Dornelles Bastos	053-3221-0955 051-3388-8444 048-3028-1345	joao@pilotis.com.br
Juliano Peixoto Bastos	053-3225-6168 053-8119-3419	juesef@yahoo.com.br
Luciano Nunes Duro	051-9188-8184 051-3362-7844	lduro2002@yahoo.com.br
Luiz Artur Rosa Filho	053-3225-7345 053-911-25-198	lzartur@yahoo.com.br
Ricardo Bica Noal	053-3273-5944 053-8404-1849 053-3223-4386	ricardonoal@yahoo.com.br
Ricardo Haack	053-3228-3702 053-8406-1160	ricardohaack@yahoo.com.br
Rodrigo Pereira Duquia	051-3328-1947 051-980-62-110 053-3225-5037	rodrigoduquia@terra.com.br
Samanta Winck Madruga	053-3278-4040 053-3279-3193 053-3228-2922 053-91062-376	samantamadruga@yahoo.com.br
Samuel de Carvalho Dumith	053-3235-1318 053-9111-8595	scdumith@yahoo.com.br

2. DIRETÓRIO DE TELEFONES

Universidade Federal de Pelotas

Faculdade de Medicina

Departamento de Medicina Social

Programa de Pós-graduação em Epidemiologia

Caixa Postal 464 / 96030-000 - Pelotas, RS

Fone: (53) 271-2442 Fax: (53) 271-2645

Contato: Ana Lizete Roja – Secretária

e-mail:aroja@pop.com.br

3. ESCALA DE PLANTÕES DOS MESTRANDOS

O QG Central funciona de segunda a sexta-feira das 8hs às 12hs e das 14hs às 18hs, com um plantão permanente, caso você precise de mais material ou tenha qualquer problema ou dúvida durante o trabalho de campo e não consiga localizar seu supervisor(a). Aos finais de semana haverá um plantão telefônico, que poderá ser acessado.

3.1 ESCALA DE PLANTÃO DA SEMANA

OUTUBRO

Turno	segunda	Terça	quarta	quinta	sexta
Manhã	Ricardo Haack Ricardo Noal	João	Rodrigo	Samanta	Juliano
Tarde	Camila	Luciano	Samuel	Luiz Artur	Daniele

NOVEMBRO

Turno	segunda	Terça	quarta	quinta	sexta
Manhã	Rodrigo	Ricardo Haack Ricardo Noal	João	Samanta	Juliano
Tarde	Samuel	Camila	Luciano	Luiz Artur	Daniele

DEZEMBRO

Turno	segunda	terça	quarta	quinta	sexta
Manhã	João	Rodrigo	Ricardo Haack Ricardo Noal	Samanta	Juliano
Tarde	Luciano	Samuel	Camila	Luiz Artur	Daniele

3.2 ESCALA DE PLANTÕES DE FINAL DE SEMANA

DATA	PLANTÃO
08-09 outubro	Camila
15-16 outubro	Luciano
22-23 outubro	Daniele
29-30 outubro	João
05-06 novembro	Juliano
12-13 novembro	Rodrigo
19-20 novembro	Luiz Artur
26-27 novembro	Ricardo Noal
03-04 dezembro	Ricardo Haack
10-11 dezembro	Samanta
17-19 dezembro	Samuel

3.3 ESCALA DE REUNIÕES COM SUPERVISOR DE CAMPO

Todas as segundas-feiras à tarde (14horas) haverá a reunião geral entre os mestrandos e a coordenadora do trabalho de campo no mini-auditório do Centro de Pesquisas.
Cada entrevistador deverá participar de uma reunião com seu supervisor, onde deverão entregar todos os questionários completos, solicitar mais material, resolver dúvidas e problemas que tenham surgido durante a semana anterior e receber novas orientações para prosseguir com o trabalho de campo. Os horários de reunião e a freqüência de encontros serão definidos por cada um dos supervisores de campo.

4. ORIENTAÇÕES GERAIS

4.1. INTRODUÇÃO

O manual de instruções serve para esclarecer suas dúvidas. **DEVE ESTAR SEMPRE COM VOCÊ.** Erros no preenchimento do questionário poderão indicar que você não consultou o manual. **RELEIA O MANUAL PERIODICAMENTE.** Evite confiar excessivamente na própria memória.

LEVE SEMPRE COM VOCÊ:

- crachá e carteira de identidade;
- carta de apresentação do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia;
- cópia da reportagem do jornal;
- manual de instruções;
- questionários;
- lápis, borracha, apontador, e sacos plásticos;

OBS: Levar o material para o trabalho de campo em número maior que o estimado.

4.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NO ESTUDO

Serão incluídos no estudo todas as pessoas com 10 anos ou mais, residentes na zona urbana da cidade de Pelotas, moradores dos domicílios e setores sorteados.

4.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO NO ESTUDO

Todas as pessoas menores de 10 anos e/ou que não residirem no domicílio sorteado como, por exemplo, empregada doméstica que não durma no emprego; ou, pessoas que estejam visitando a família no período da entrevista.

4.4 DEFINIÇÕES

4.4.1. FAMÍLIA: membros da família serão aqueles que façam, regularmente, as refeições juntas (ou algumas das refeições do dia). Exceto: empregados domésticos. Observe que algumas vezes famílias diferentes moram no mesmo domicílio, outras vezes no mesmo terreno, mas em domicílios diferentes e independentes.

4.4.2. CHEFE DA FAMÍLIA: pessoa de maior renda da família

4.4.3. DOMICÍLIO: é o local de moradia estruturalmente separado e independente, constituído por um ou mais cômodos. A **separação** fica caracterizada quando o local de moradia é limitado por paredes, muros, cercas, etc., coberto por um teto, e permite que seus moradores se isolem, arcando com parte ou todas as despesas de alimentação ou moradia. A **independência** fica caracterizada quando o local de moradia tem acesso direto, permitindo que seus moradores possam entrar e sair sem passar por local de moradia de outras pessoas.

4.4.4. DOMICÍLIOS COLETIVOS: prisões, hospitais, casa de repouso, asilos, quartéis, hotéis, motéis e pensão.

4.4.5. MORADORES: são as pessoas que têm o domicílio como local de residência habitual na data da entrevista, podendo estar presentes ou ausentes temporariamente, por período não

superior a 12 meses. Moradores que estiverem ausentes do domicílio durante todo o trabalho de campo devem ser listados, mas não serão entrevistados.

5. ETAPAS DO TRABALHO DE CAMPO

5.1. RECONHECIMENTO DO SETOR

O reconhecimento do setor foi realizado pelo auxiliar de pesquisa, que visitou todas as casas do setor que lhe foi destinado, batendo nas casas e anotando, no formulário correspondente, os domicílios, comércios, casas nos fundos do terreno e desabitadas, verificando as diferenças numéricas em relação à listagem do IBGE 2000. Após, foi realizado um controle de qualidade pelo mestrando responsável pelo setor, que visitou uma quadra ao acaso em cada setor ou os locais mais difíceis descritos pelo auxiliar.
As casas residenciais foram numeradas e realizou-se o sorteio dos domicílios no programa Stata 8.0, que indicou o número da casa inicial e o pulo, de acordo com os domicílios fornecidos pelo IBGE para cada setor.

5.2. SELEÇÃO DOS DOMICÍLIOS A SEREM VISITADOS

- Foram sorteados 12 domicílios, em média, a serem visitados por setor. A partir deste sorteio, serão elaboradas listagens com os domicílios sorteados para o trabalho de campo. Cada entrevistadora receberá do seu supervisor, os domicílios a serem visitados. Cada residência sorteada recebeu a visita do supervisor. Foi entregue uma carta de apresentação contendo esclarecimentos sobre a pesquisa (em anexo).

- Quando chegar na frente da casa a ser visitada, a entrevistadora deve bater e sempre aguardar que alguém apareça para recebê-la. Se necessário, bater palmas e/ou pedir ajuda aos vizinhos para chamar o morador da casa. Em situações em que o morador esteja ausente no momento da entrevista, pergunta-se a dois vizinhos qual o melhor horário para encontrá-lo em casa e **o telefone**. Assim, a entrevistadora deverá voltar outro dia para nova tentativa. A entrevista pode ser agendada com os moradores, através do telefone (disponível em algumas listagens).

- Serão consideradas **PERDAS** todas as situações em que o entrevistado não responder o questionário por outros motivos que não seja recusa. Por exemplo, uma pessoa impossibilitada de falar, doente no momento da entrevista, entre outros. Nesses casos sempre lembrar de anotar na planilha do domicílio, sendo que não haverá substituições.
- Casas onde moram apenas estudantes devem ser consideradas como famílias e o chefe destas será aquele que receber a maior renda ou mesada.

5.3 ENTREVISTA

Apresentamos em seguida orientações gerais sobre como abordar e entrevistar. Elas são importantíssimas, são o código de conduta do entrevistador. Informações específicas são apresentadas mais adiante.

- Procure apresentar-se de uma forma simples, limpa e sem exageros. Tenha bom senso no vestir. Se usar óculos escuros, retire-os ao abordar um domicílio. Não masque chicletes, nem coma ou beba algum alimento durante a entrevista. **Nem pense em fumar quando estiver fazendo contato ou entrevistando qualquer morador, mesmo que este fume e lhe ofereça.**

- Use sempre seu crachá de identificação. Se necessário mostre sua carta de apresentação. Lembre à pessoa, que ela tem o telefone do Centro de Pesquisa na carta que lhe foi entregue. Forneça novamente se esta lhe solicitar ou não souber onde colocou a carta.

- Seja sempre gentil e educado, pois as pessoas não têm obrigação de recebê-lo. A primeira impressão causada na pessoa que o recebe é muito importante.

- No primeiro contato deixe claro logo de saída que você faz parte de um projeto de pesquisa da Universidade Federal de Pelotas, e que quer apenas conversar. É importante ressaltar que você não quer vender nada.

- Trate os entrevistados adolescentes por “tu”.

- Trate os entrevistados adultos por Sr e Sra, sempre com respeito. Só mude este tratamento se o próprio pedir para ser tratado de outra forma.

- Chame o entrevistado sempre pelo nome (por ex. Dona Maria, Seu José), assim como as crianças. Jamais chame alguém de tio, tia, vô, vó, mãe, etc. Isto é sempre interpretado como desinteresse pela pessoa.

- Durante a entrevista, de vez em quando, faça referência ao nome do entrevistado. É uma forma de ganhar a atenção e manter o interesse do entrevistado. Por exemplo: “Dona Maria, agora vamos falar sobre...” e não simplesmente “Agora vamos falar sobre...”.

- “**Nunca demonstre censura, aprovação ou surpresa diante das respostas.** Lembre-se que o propósito da entrevista é obter informações e não transmitir ensinamentos ou influenciar conduta nas pessoas. A postura do entrevistador deve ser sempre **neutra** em relação às respostas”.

- Leia as perguntas para o entrevistado. Inicialmente, não tente melhorar a forma de perguntar e repita a questão, se necessário. Só depois disto você deve explicar o que quer saber com aquela pergunta.

- ENTRE EM CONTATO COM SEU SUPERVISOR <u>SEMPRE</u> QUE TIVER DÚVIDAS.

- Seja sempre pontual nas entrevistas agendadas.

- Não saia de casa sem ter material suficiente para o trabalho a ser realizado no dia, sempre com alguma folga para possíveis eventos desfavoráveis.

- **Mantenha a mão, o seu Manual de Instruções e** consulte se necessário, durante a entrevista**.**

5.4. PREENCHIMENTO DOS QUESTIONÁRIOS E FORMULÁRIOS

- Cuide bem de seus formulários. Use sempre a prancheta na hora de preencher as respostas.
- Posicione-se de preferência frente a frente com a pessoa entrevistada, evitando que ela procure ler as questões durante a entrevista.
- Os questionários devem ser preenchidos a lápis e com muita atenção, usando borracha para as devidas correções. Os formulários de controle serão preenchidos à caneta.
- As letras e números devem ser escritos de maneira **absolutamente legível**, sem deixar margem para dúvidas. Lembre-se! Tudo isto vai ser relido e digitado. De preferência, use letra de forma.
- Em especial, o l não tem aba, nem pé. Faça um cinco bem diferente do nove! O oito são duas bolinhas.
- **Nunca** deixe **nenhuma** resposta em branco, a não ser as dos pulos indicados no questionário. Faça um risco diagonal no bloco que está sendo pulado e siga em frente. ***Lembre-se que, no caso de uma pergunta sem resposta, você terá que voltar ao local da entrevista***.
- Não use abreviações ou siglas, a não ser que tenham sido fornecidas pelo manual.
- Datas devem aparecer sempre na ordem: dia - mês - ano e todos os espaços devem ser preenchidos. Para datas anteriores ao dia e mês 10, escreva o número do mês precedido de 0 (zero). Exemplo: 02 / 04 / 1982.
- Nunca passe para a próxima pergunta se tiver alguma dúvida sobre a questão que acabou de ser respondida. Se necessário, peça para que se repita a resposta. Não registre a resposta se não estiver **absolutamente** seguro de ter entendido o que foi dito pelo(a) entrevistado(a).
- Preste muita atenção para **não pular** nenhuma pergunta, nenhum espaço. Ao final de cada página do questionário, procure verificar se todas as perguntas da página foram respondidas.

- **Nunca** confie em sua memória e não deixe para registrar nenhuma informação depois da entrevista. Não encerre a entrevista com dúvidas ou espaços ainda por preencher.
- Quando você tiver dúvida sobre a resposta ou a informação parecer pouco confiável, tentar esclarecer com o respondente, e se necessário, anote a resposta por extenso e apresente o problema ao supervisor.
- Use o pé da página, ou o verso, para escrever tudo o que você acha que seja importante para resolver qualquer dúvida. Na hora de discutir com o supervisor estas anotações são muito importantes.
- As instruções nos questionários que estão em MAIÚSCULAS servem apenas para orientar a entrevistadora, não devendo ser lidas para o entrevistado.
- Caso a resposta seja "OUTRO", especificar o que foi respondido no espaço reservado, segundo as palavras do informante.
- ***Nas casas sorteadas onde tiver empregado(a) doméstico(a) que mora no emprego, este(a) não deve ser considerado(a) da família e não deve ficar registrado(a) na folha de conglomerado.***
- Nas pensões, considera-se os donos da casa, mas não os inquilinos.

5. RECUSAS

- Em caso de recusa, anotar na folha de domicílios. Porém, **NÃO desistir antes de duas tentativas em dias e horários diferentes**, pois, a recusa será considerada uma perda, não havendo a possibilidade de substituí-la por outra casa. Diga que entende o quanto a pessoa é ocupada e o quanto responder um questionário pode ser cansativo, mas insista em esclarecer a importância do trabalho e de sua colaboração.

- **LEMBRE-SE:** Muitas recusas são **TEMPORÁRIAS**, ou seja, é uma questão de momento inadequado para o respondente. Possivelmente, em um outro momento a pessoa poderá responder ao questionário. Na primeira recusa, tente preencher os dados de identificação (sexo, idade, escolaridade, etc) com algum familiar.

- Em caso de recusa, anotar na folha de domicílio e de conglomerado, e passe a informação para seu supervisor.

5.1. INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DOS QUESTIONÁRIOS

- Os questionários devem ser preenchidos a **lápis** e com muita atenção, usando **borracha** para as devidas correções.
- As **letras** e **números** devem ser escritos de maneira **legível**, sem deixar margem para dúvidas. Os números devem seguir a padronização e deve-se usar letra de forma.
- Os questionários devem ser preenchidos na seguinte ordem: **geral, adolescentes, adolescente e adultos, adultos e domiciliar**. O questionário domiciliar deve ser aplicado apenas para a "dona da casa ou chefe da família".
- Pessoas sem condições físicas ou mentais para responder o questionário são considerados como **exclusões** (não fazem parte do estudo). Na planilha do domicílio, colete todas informações possíveis destas pessoas (nome, sexo, idade, etc) e escreva ao lado o motivo pelo qual não puderam ser entrevistados. Essas pessoas não podem ser confundidas com recusas ou perdas. Quando pessoas mudas quiserem responder ao questionário, leia as questões com as alternativas e peça para que o(a) entrevistado(a) aponte a resposta correta.

MUITO IMPORTANTE

- AS INSTRUÇÕES NOS QUESTIONÁRIOS EM **LETRAS MAIÚSCULAS, *EM ITÁLICO*** SERVEM APENAS PARA ORIENTAR A ENTREVISTADORA, NÃO DEVENDO SER PERGUNTADAS PARA O ENTREVISTADO. AS PALAVRAS EM **NEGRITO** DEVEM SER LIDAS PARA O ENTREVISTADO FAZENDO-SE PRÉVIA PAUSA.
- As alternativas de resposta somente devem ser lidas se estiverem em **negrito**.
- As perguntas devem ser feitas exatamente como estão escritas, sendo que o que não estiver escrito em **NEGRITO**, **NÃO** deve ser lido. Caso o respondente não entenda a pergunta, repita uma segunda vez exatamente como está escrita. Após, se necessário, explique a pergunta de uma segunda maneira (conforme instrução específica), com o cuidado de não

induzir a resposta. Em último caso, enunciar todas as opções, tendo o cuidado de não induzir a resposta.

- Quando em dúvida sobre a resposta ou a informação parecer pouco confiável, tentar esclarecer com o respondente, e se necessário, anote a resposta por extenso e apresente o problema ao supervisor.
- Caso a resposta seja "OUTRO", especificar junto a questão, segundo as palavras do informante.

5.2. CODIFICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS

- A numeração do questionário é obtida através do número do setor, seguida pelo número da família e da pessoa. Exemplo: no questionário domiciliar: Setor nº167, Família nº 15, Pessoa nº 01 – NQUE 1 6 7 1 5 0 1. Proceder da mesma forma para todos os questionários.
- Todas as respostas devem ser registradas no corpo do questionário. Nunca registrar direto na coluna da direita. Não anote nada neste espaço, ele é de uso exclusivo para codificação.
- No final do dia de trabalho, aproveite para revisar seus questionários aplicados e para codificá-los. Para tal, utilize a coluna da direita. Se tiver dúvida na codificação, esclareça com seu supervisor. As questões abertas (aquelas que são respondidas por extenso) **não** devem ser codificadas. Isto será feito posteriormente.
- Caso seja necessário fazer algum cálculo, **não** o faça durante a entrevista, pois, a chance de erro é maior. Anote as informações por extenso e calcule posteriormente.
- Em respostas de idade, considere os anos completos. Exemplo: Se o entrevistado responder que tem 29 anos e 10 meses, considere 29 anos.
- Para codificar o questionário, olhe o exemplo abaixo. Na questão 51, por exemplo, o participante respondeu sim e isto significa que o código desta alternativa, que é 1, deve ser colocado na coluna da direita de codificação.

51. Nas duas últimas semanas O Sr(a) procurou algum serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à sua própria saúde? 0 ( ) não 1 (X) sim	SERV 1

LEMBRE-SE:

Nunca deixe respostas em branco. Aplique os códigos especiais:

- **NÃO SE APLICA (NSA) = 8, 88 ou 888**. Este código deve ser usado quando a pergunta não pode ser aplicada para aquele caso ou quando houver instrução para pular uma pergunta. Não deixe questões puladas em branco durante a entrevista. Pode haver dúvida se isto for feito. Passe um traço em diagonal sobre elas e codifique-as posteriormente.
- **IGNORADA (IGN) = 9, 99 ou 999**. Este código deve ser usado quando o informante não souber responder ou não lembrar. Antes de aceitar uma resposta como **ignorada** deve-se tentar obter uma resposta mesmo que aproximada. Se esta for vaga ou duvidosa, anotar por extenso e discutir com o supervisor. Use a resposta "ignorado"somente em último caso.

6. INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS POR BLOCOS

- Questionário geral
- Questionário de adolescentes de 10 a 19 anos
- Questionário de adolescente e adultos de 20 anos ou mais
- Questionário de adultos de 20 anos ou mais
- Questionário domiciliar

7.1. BLOCO A: BLOCO GERAL

ESTE BLOCO DEVE SER APLICADO A TODOS OS ENTREVISTADOS

Data da entrevista ___ ___ / ___ ___ / ___ ___ Colocar a data em que a entrevista está sendo realizada, especificando dia/mês/ano. Nos casos de dias e meses com apenas um dígito, colocar um zero na frente.

Horário de início da entrevista ___ ___ : ___ ___ . Preencher com o horário observado no relógio no momento do início da entrevista.

Horário do término da entrevista ___ ___ : ___ ___ . Preencher com o horário observado no relógio no momento do término da entrevista.

Entrevistadora _____Completar com o nome completo da entrevistadora e codificar com o respectivo número.

PERGUNTA A1. Qual é o seu nome?

Anotar o nome completo do entrevistado.

PERGUNTA A2. Qual é a sua idade?

Idade em anos completos. Quando houver idade diferente entre documento e idade real, completar com a idade real informada pela pessoa. Se o(a) entrevistado(a) souber apenas o ano, considere o mês como 06 e o dia como 15. Exemplo: 15/06/1967. Não realizar o cálculo da idade durante a entrevista.

PERGUNTA A3. Qual é sua data de nascimento?

Colocar dia, mês e ano (nesta ordem). Se o entrevistado não souber, peça para ver algum documento.

PERGUNTA A4. Em que cidade você nasceu?

Anotar o nome da cidade por extenso, independentemente do Estado.

PERGUNTA A5. Cor da pele

Apenas observe a cor da pele do entrevistado e anote.

PERGUNTA A6. Sexo

Apenas observe e anote.

PERGUNTA A7. O(a) Sr.(a) sabe ler e escrever?

Marque a alternativa correta, se "não" ou "só assina", pule para a pergunta A9. Nesta questão a pessoa tem que saber ler e também escrever. Caso saiba somente escrever ou somente ler deve ser marcado a alternativa NÃO.

PERGUNTA A8. Até que série o(a) Sr.(a) estudou?

Anotar o número de anos completos (com aprovação) de estudo. Caso o entrevistado não forneça este dado de forma direta, use o espaço para anotações para escrever a resposta por extenso, deixando para calcular e codificar depois.

PERGUNTA A9. Qual a sua situação conjugal atual?

Marque a resposta do entrevistado(a), lendo todas as alternativas.

PERGUNTA A10. Qual é o seu peso atual?

Será anotado o peso referido pelo entrevistado(a), isto é, o peso que ele(a) informar que possui. Se for referido, anotar o peso com uma casa após a vírgula. Exemplo: 73,5 Kg. No caso do entrevistado não saber informar seu peso, marque a opção "ignorado".

PERGUNTA A11. Qual é a sua altura?

Será anotada a altura informada pelo entrevistado. No caso do entrevistado não saber informar sua altura, marque a opção "ignorado".

PERGUNTA A12. Qual a cor dos seus olhos?

Pergunte ao entrevistado e assinale a opção que ele falar

PERGUNTA A13. Qual a cor natural dos seus cabelos?

Pergunte ao entrevistado e **não** leia as alternativas. Queremos saber a cor natural dos cabelos. Cor natural é a cor dos cabelos sem pinturas ou qualquer tingimento. Exemplo: se o

entrevistado tiver cabelo branco, deve-se perguntar sobre a cor dos cabelos quando ele era mais jovem.

Se a pessoa for careca, perguntar a cor dos cabelos na época que ela tinha cabelo.

PERGUNTA A14. Qual a sua cor ou raça?

Leia todas as opções para o entrevistado e assinale aquela que ele falar.

PERGUNTA A15. Durante o verão, o que acontece com a sua pele quando o(a) Sr.(a) fica no sol por várias horas?

Nesta questão, devem ser lidas as opções para o entrevistado.

Nesta questão não importa a ocasião. Queremos saber o que acontece com a pele se a pessoa for para o sol forte do meio-dia. A pessoa queima, ou ela fica bronzeada?

Mesmo que o entrevistado responda: que não vai ao sol, queremos saber o que aconteceu com a pele, quando alguma vez na vida ele tenha ficado no sol forte por várias horas.

PERGUNTA A16. Como o(a) Sr(a) considera sua saúde?

As opções de resposta devem ser lidas para o entrevistado.

Caso o entrevistado pergunte **COMPARADO COM QUEM?** Peça para ele se comparar com alguém de mesma idade.

Se o entrevistado responder **DEPENDE,** diga para ele se referir a como se sente na maior parte do tempo. Em casos necessários, faça a pergunta novamente da seguinte forma:

Na maior parte do tempo, o(a) Sr.(a) considera sua saúde:

(1)excelente (2)muito boa (3)boa (4)regular (5)ruim

PERGUNTA A17. O(a) Sr.(a) fuma ou já fumou?

Será considerado fumante o entrevistado que disser que fuma 1 ou mais de 1 cigarro por dia há mais de um mês. Se nunca fumou, pule para a questão A 20. Se o entrevistado responder que já fumou mas parou, preencher há quantos anos e meses, colocando zero na frente dos números quando necessário. Se parou de fumar há menos de um mês, considere como fumante (2). Se fuma menos de um cigarro por dia e / ou há menos de um mês, considere como não (0).

PERGUNTA A18. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) fuma (ou fumou durante quanto tempo)?

Preencher com o número de anos que fuma ou fumou. Usar "00" se fuma ou fumou há / por menos de um ano. Preencher com (88) NSA em caso de ter pulado esta questão.

PERGUNTA A19. Quantos cigarros o(a) Sr.(a) fuma ou fumava por dia?

Preencher com o número de cigarros fumados por dia. Preencher com (88) NSA em caso de ter pulado esta questão.

PERGUNTA A20. O(a) Sr.(a) toma alguma bebida de álcool?

PERGUNTA A21. Alguma vez o(a) Sr.(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?

PERGUNTA A22. As pessoas o(a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber?

PERGUNTA A23. O(a) Sr.(a) sente-se culpado(a)/chateado(a) com o(a) Sr.(a) pela maneira como costuma beber?

PERGUNTA A24. O(A) Sr.(a) costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?

7.3. BLOCO C: BLOCO DE ADOLESCENTES E ADULTOS

ESTE BLOCO DEVE SER APLICADO A ADOLESCENTES E ADULTOS

PERGUNTA C30. O(a) Sr. (a) já consultou com o dentista alguma vez na vida?

Se a resposta for SIM, segue-se para a próxima pergunta. Entretanto se a resposta for **NÃO ou NUNCA** pula para a questão **C32**. Caso o indivíduo não saiba a resposta, marque IGN (ignorado).

PERGUNTA C31. Desde <mês> do ano passado, o (a) Sr. (a) consultou com o dentista?

Essa pergunta se refere ao último ano. Sempre no lugar do <mês> coloque o mês em que está sendo feita a entrevista. Não leia as opções de resposta. Se a resposta for NÃO, segue-se para

a próxima pergunta. No entanto se a resposta for **SIM**, deve-se pular para a pergunta C36 e colocar NSA (Não se aplica) nas perguntas de C32, C33, C34 e C35. Se o indivíduo não souber a resposta, marque IGN (ignorado).

PERGUNTA C32. Desde <mês> do ano passado, o (a) Sr. (a) procurou ou tentou ir ao dentista?

Essa pergunta se refere as tentativas que o entrevistado fez em procurar ou tentar um atendimento odontológico no último ano, será feita tanto para quem nunca foi ao dentista quanto para quem não consultou no último ano. Não leia as opções de resposta e depois anote no questionário. Se a resposta for SIM, segue-se para a próxima pergunta. No entanto se a resposta for **NÃO**, deve-se pular para a pergunta C35 e colocar NSA (Não se aplica) nas perguntas de C33 e C34. Se o indivíduo não souber a resposta, marque IGN (ignorado).

PERGUNTA C33. Qual o primeiro local que o (a) Sr.(a) procurou atendimento?

Leia as opções para o entrevistado caso o que ele relatar não se enquadre em nenhuma alternativa, escreva o que for dito na linha correspondente a "OUTRO".

Se a pessoa responder mais de um local (lugar) marque ou escreva **o primeiro local** que ele (a) tentou procurar atendimento.

PERGUNTA C34. Por qual motivo o (a) Sr. (a) não conseguiu atendimento?

Caso haja uma resposta que não se enquadre em nenhuma das opções listadas deverá ser escrita ao lado da alternativa OUTRO. Marque NSA (não se aplica) se o entrevistado responder NÃO na pergunta C32. Após o entrevistado responder essa questão, deve-se colocar **NSA** nas questões **C35, C36, C37 e C38** e pular para a questão C39.

PERGUNTA C35. Porque o (a) Sr. (a) não procurou ir ao dentista?

Caso haja uma resposta que não se enquadre em nenhuma das opções listadas deverá ser escrita ao lado da alternativa OUTRO. Marque NSA (não se aplica) se o entrevistado responder SIM na pergunta C32. Após o entrevistado responder essa questão, deve-se colocar **NSA** nas questões **C36, C37 e C38** e pular para a questão **C39**.

PERGUNTA C36. Onde o(a) Sr.(a) foi atendido pelo dentista na última consulta?

Essa pergunta só será feita se o entrevistado respondeu SIM na questão C31. Deve-se ler as opções para o entrevistado. Se não houver alternativa para a resposta, escrever o que o indivíduo falar ao lado da opção "OUTRO".

PERGUNTA C37. Qual o tratamento que o dentista fez na sua última consulta?

Não ler as alternativas para o entrevistado e se ele mencionar outra opção não contida nessas alternativas, deve-se escrever ao lado da opção "OUTRO".

Nesta questão nós queremos saber qual o **principal** tratamento que a pessoa fez na última consulta, caso a pessoa tenha feito mais de um tratamento não esqueça marque o que foi mais importante para o entrevistado.

PERGUNTA C38. O (a) Sr. (a) conseguiu ser atendido na primeira vez que procurou o dentista para esse problema?

Marcar NSA para essa pergunta somente se o indivíduo responder NÃO na questão C31.

AS PERGUNTAS A SEGUIR REFEREM-SE AO ÚLTIMO ANO. TODOS OS INDIVÍDUOS ENTREVISTADOS DEVEM RESPONDER AS QUESTÕES DE C39, C40, C41, C42, C43 e C44. OS INDIVÍDUOS QUE UTILIZAM PRÓTESE (DENTADURA OU CHAPA) TAMBÉM DEVEM RESPONDER ESSAS PERGUNTAS, MESMO NÃO TENDO DENTES NATURAIS.

PERGUNTA C39. Desde <mês> do ano passado o (a) Sr. (a) teve dificuldade para comer ou sentiu dor ao tomar líquidos gelados ou quentes por causa dos seus dentes?

Essa pergunta deverá ser feita para todos os indivíduos entrevistados. Marcar SIM para os indivíduos que têm dificuldade para comer ou que sentem dor ao tomar líquidos que estejam quentes ou gelados.

PERGUNTA C40. Desde <mês> do ano passado o (a) Sr. (a) quebrou algum dente?

Se o individuo falar que quebrou algum dente mesmo que tenha sido da chapa ou descolou algum dente mesmo que tenha sido da prótese, marcar SIM.

Se o entrevistado responder que quebrou uma restauração (obturação) deve ser marcado como SIM.

PERGUNTA C41. Desde <mês> do ano passado o(a) Sr.(a) teve um buraco ou cárie no dente?

Se o indivíduo tem um buraco no dente, perda de restauração ou obturação ou ainda relatar que teve cárie, marcar SIM. Caso contrário marcar NÃO.

PERGUNTA C42. Desde <mês> do ano passado o(a) Sr.(a) deixou de dormir ou dormiu mal por causa dos seus dentes?

Se o indivíduo falar que deixou de dormir ou dormiu mal por causa dos seus dentes, por exemplo se teve dor de dente, deve-se marcar SIM.

PERGUNTA C43. Desde <mês> do ano passado o (a) Sr. (a) teve outro problema na boca ou nos dentes?

Se o indivíduo falar SIM, não esqueça de escrever qual foi o problema.

PERGUNTA C44. Como o(a) senhor(a) considera a situação da sua boca ou dos seus dentes?

Leia as alternativas e marque a resposta do entrevistado.

7.5. BLOCO E: DOMICILIAR

DEVE SER APLICADO A APENAS UMA PESSOA DO DOMICÍLIO, PREFERENCIALMENTE O "CHEFE DA FAMÍLIA" OU A "DONA DA CASA".

INQUE ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ Preencher conforme o setor, família e pessoa.

Número do setor ___ ___ ___ Deverá ser preenchido com o número do setor censitário. Colocar "0" ou "00" na frente do número conforme necessário.

Número da família ___ ___ Deverá ser preenchido com o numero da família, conforme a folha de conglomerado.

Número da pessoa ___ ___ Colocar o número correspondente à planilha do domicílio.

ITIPOM __ (coluna de codificação): deve ser codificado conforme o tipo de moradia. (1) casa e (2) apartamento.

Data da entrevista ___ ___ / ___ ___ / ___ ___ Colocar a data em que a entrevista está sendo realizada, especificando dia/mês/ano. Nos casos de dias e meses com apenas um dígito, colocar um zero na frente.

Horário de início da entrevista ___ ___ : ___ ___ . Preencher com o horário observado no relógio no momento do início da entrevista.

Horário do término da entrevista ___ ___ : ___ ___ . Preencher com o horário observado no relógio no momento do término da entrevista.

Entrevistadora _____ Completar com o nome completo da entrevistadora e codificar com o respectivo número.

PERGUNTA E1. O(a) Sr.(a) possui telefone neste domicílio?
Marcar Sim ou Não, Se Sim, escrever o número do telefone. Os números de telefone fixo devem ter 8 dígitos. Confira sempre se o número informado tem 8 dígitos.

PERGUNTA E2. Existe algum outro número de telefone ou celular para que possamos entrar em contato com o(a) Sr.(a)?
Preencher sempre que tiver outro número para contato ou para recado. Confira sempre se o número informado tem 8 dígitos.

PERGUNTA E2. Aspirador de pó?
PERGUNTA E4. Máquina de lavar roupa?
PERGUNTA E5. Vídeocassete ou DVD?
PERGUNTA E6. Geladeira?
PERGUNTA E7. Freezer ou geladeira duplex?
PERGUNTA E8. Forno de microondas?
PERGUNTA E9. Microcomputador?
PERGUNTA E10. Telefone fixo?

Na sua casa, o(a) Sr.(a) tem _____? Quantos?

PERGUNTA E11. Rádio?
PERGUNTA E12. Televisão preto e branco?
PERGUNTA E13. Televisão colorida?
PERGUNTA E14. Automóvel?
PERGUNTA E15. Aparelho de ar condicionado?

PERGUNTA E16. Na sua casa trabalha empregada ou empregado doméstico? Se sim quantos?

PERGUNTA E17. Quantas pessoas moram nesta casa?
Serão considerados moradores do domicílio todas as pessoas que nele vivem. **Lembre-se:** no caso de empregada doméstica que more no emprego, esta não será entrevistada.

Da pergunta E4 a E14 (aparelhos domésticos em geral), deve-se <u>considerar</u> os seguintes casos:

- bem alugado em caráter permanente;
- bem emprestado de outro domicílio há mais de 6 meses;
- bem quebrado há menos de 6 meses.

<u>Não considerar</u> os seguintes casos:

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

PERGUNTA E18. Quantas peças são usadas para dormir?

Peças do domicílio são o número de quartos que as pessoas usam para dormir. Deve ser anotado o número total de peças ou quartos usados para dormir.

PERGUNTA E19. Quantos banheiros existem em casa?

O que define 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 o(s) da(s) suítes. Para ser considerado, o banheiro tem que ser privativo do domicílio. Banheiros coletivos (que servem a mais de uma habitação) NÃO devem ser considerados.

PERGUNTA E20. Qual a escolaridade do chefe da família?

A definição de chefe de família será feita pelo próprio entrevistado, geralmente se considerando o esposo ou, na falta deste, o filho mais velho. Por escolaridade, entende-se o número de anos completos com sucesso na escola. Em casas ou apartamentos onde moram somente estudantes o chefe do domicilio será aquele que possui maior renda (maior mesada).

PERGUNTA E21. No mês passado, quanto ganharam as pessoas que moram aqui? (trabalho ou aposentadoria)

Pergunte quais as pessoas da casa que receberam salário ou aposentadoria no mês passado. Enumere cada pessoa. A resposta deverá ser anotada em reais. Sempre confira pessoa por pessoa com seus respectivos salários, no final dessa pergunta. Caso a pessoa entrevistada responda salário/dia, salário/semana ou salário/quinzenal especifique ao invés de calcular por mês. Se mais de cinco pessoas contribuírem com salário ou aposentadoria para a renda familiar anote os valores ao lado e, posteriormente some todas as rendas que restarem e marque o valor total na pessoa cinco. Caso seja necessário algum cálculo, não o faça durante a entrevista porque isso geralmente resulta em erro. Não esqueça que a renda se refere ao mês anterior. Se uma pessoa começou a trabalhar no mês corrente, não incluir o seu salário. Se uma pessoa está desempregada no momento mas recebeu salário no mês anterior, este deve ser incluído. Quando uma pessoa está desempregada a mais de um mês e estiver fazendo algum tipo de trabalho eventual (biscates), considere apenas a renda desse trabalho, anotando quanto ganha por biscate e quantos dias trabalhou neste último mês para obter a renda total. Para os autônomos, como proprietários de armazéns e motoristas de táxi, considerar a renda líquida e não a renda bruta. Já para os empregados deve-se considerar a renda bruta, não excluindo do valor do salário os valores descontados para pagamentos de seguros sociais. Não incluir rendimentos ocasionais ou excepcionais como o 13º salário ou recebimento de indenização por demissão, fundo de garantia, etc. Salário desemprego deve ser incluído. Se a

pessoa trabalhou no último mês como safrista, mas durante o restante do ano trabalha em outro emprego, anotar as duas rendas especificando o número de meses que exerce cada trabalho. A mesada dos pais que moram no domicílio não devem ser consideradas. Considerar somente a mesada dos pais se estes não morarem no domicílio. Ganhos com jogos de azar não devem ser incluídos na renda.

PERGUNTA E18. A família tem outra fonte de renda (aluguel, pensão, etc.) que não foi citada acima?

Esta pergunta refere-se a outras fontes de renda constantes que a família tenha, através de uma ou mais pessoas de sua casa, também referente ao mês anterior.

Anexo 8 - Folder do Consórcio

VOCÊ SABIA?

CONSULTAS AO DENTISTA

- Que deve procurar regularmente o dentista, porque cuidar da saúde da boca traz benefícios para seu organismo todo?
- Que o consumo excessivo de bebidas alcoólicas aumenta a chance de ter câncer de boca, principalmente se você também fumar?
- Que para não ter dor de dente, deve cuidar, escovando-os todos os dias com pasta de dente?
- Que a dor de dente deve ser imediatamente tratada para que não fique mais forte e não tenha conseqüências mais sérias para a saúde de todo o seu corpo?

CONSULTAS MÉDICAS

- Que consultar sempre com o mesmo médico é importante, pois este vínculo pressupõe confiança e responsabilidade mútua entre o médico e seu paciente?
- Que a necessidade de exames e medicações poderá ser melhor avaliada quando o médico conhece seu paciente?
- Que as doenças do coração são as principais causas de morte no mundo inteiro?
- Que o colesterol alto causa muitos problemas para a sua saúde?

ALIMENTAÇÃO

- Que as fibras alimentares reduzem o colesterol, o açúcar no sangue, além de ajudar na função intestinal?
- Que as principais fontes de fibras são as frutas, vegetais e os grãos?
- Que uma alimentação saudável ajuda a evitar doenças?

VOCÊ SABIA?

ATIVIDADE FÍSICA

- Que a falta de atividade física pode produzir uma série de doenças, como problemas do coração, câncer, diabetes, hipertensão, obesidade e depressão?

- Que os maiores benefícios da atividade física são concedidos aos indivíduos que começam a praticar atividades físicas?

- Que a prática regular de atividade física na adolescência pode trazer benefícios à saúde na própria adolescência, como também na vida adulta?

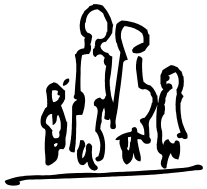
SONO

- Que roncar e parar de respirar durante a noite pode ser uma doença?

EXPOSIÇÃO SOLAR

- Que o protetor solar não deve ser utilizado para as pessoas permanecerem mais tempo no sol?
- Que a exposição excessiva ao sol causa câncer de pele e envelhecimento precoce?

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA



PESQUISA SOBRE SAÚDE 2005/2006

Pelotas/RS

Anexo 9 - Instruções para os autores (Cadernos de Saúde Pública)

Objetivo e política editorial

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais que contribuam ao estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins, como epidemiologia, nutrição, parasitologia, ecologia e controle de vetores, saúde ambiental, políticas públicas e planejamento em saúde, ciências sociais aplicadas à saúde, dentre outras.

Serão aceitos trabalhos para as seguintes seções: (1) Revisão - revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à saúde pública (máximo de 8.000 palavras); (2) Artigos - resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras); (3) Notas - nota prévia, relatando resultados parciais ou preliminares de pesquisa (máximo de 1.700 palavras); (4) Resenhas - resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras); (5) Cartas - crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP ou nota curta, relatando observações de campo ou laboratório (máximo de 1.200 palavras); (6) Artigos especiais - os interessados em contribuir com artigos para estas seções deverão consultar previamente o Editor: (7) Debate - artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelo Editor, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras); (8) Fórum - seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total).

O limite de palavras inclui texto e referências bibliográficas (folha de rosto, resumos e ilustrações serão considerados à parte).

Apresentação do texto

Serão aceitas contribuições em português, espanhol ou inglês. O original deve ser apresentado em espaço duplo e submetido em 1 via, fonte *Times New Roman*, tamanho 12, com margens de 2,5cm. Deve ser enviado com uma página de rosto, onde constará título completo (no idioma original e em inglês) e título corrido, nome(s) do(s) autor(es) e da(s) respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo apenas do autor responsável pela correspondência. Todos os artigos deverão ser encaminhados acompanhados de disquete ou CD contendo o arquivo do trabalho e indicação quanto ao programa e à versão utilizada (somente programas compatíveis com Windows). Notas de rodapé não serão aceitas. É imprescindível o envio de carta informando se o artigo está sendo encaminhado pela primeira vez ou sendo reapresentado à nossa secretaria.

No envio da segunda versão do artigo deverá ser encaminhada uma cópia impressa do Mesmo, acompanhada de disquete.

Colaboradores

Deverão ser especificadas, ao final do texto, quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

Ilustrações

As figuras deverão ser enviadas em impressão de alta qualidade, em preto-e-branco e/ou diferentes tons de cinza e/ou hachuras. Os custos adicionais para publicação de figuras em cores serão de total responsabilidade dos autores.

É necessário o envio dos gráficos, separadamente, em arquivos no formato WMF (Windows Metafile) e no formato do programa em que foram gerados (SPSS, Excel, Harvard Graphics etc.), acompanhados de seus parâmetros quantitativos, em forma de tabela e com nome de

todas as variáveis. Também é necessário o envio de mapas no formato WMF, observando que os custos daqueles em cores serão de responsabilidade dos autores. Os mapas que não forem gerados em meio eletrônico devem ser encaminhados em papel branco (não utilizar papel vegetal). As fotografias serão impressas em preto-e-branco e os originais poderão ser igualmente em preto-e-branco ou coloridos, devendo ser enviados em papel fotográfico no formato 12x18cm.
O número de tabelas e/ou figuras deverá ser mantido ao mínimo (máximo de cinco tabelas e/ou figuras). Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse este limite.

Resumos
Com exceção das contribuições enviadas às seções *Resenha* ou *Cartas*, todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo na língua principal e em inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português ou em espanhol, além do *abstract* em inglês. Os resumos não deverão exceder o limite de 180 palavras e deverão ser acompanhados de 3 a 5 palavras-chave.

Nomenclatura
Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

Pesquisas envolvendo seres humanos
A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), da World Medical Association (http://www.wma.net/e/policy/b3.htm), além do atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada. Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Metodologia do artigo). Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

Referências
As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (Ex.: Silva [1]). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos* (http://www.icmje.org).

Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).
Exemplos:
Artigos de periódicos
<u>Artigo padrão</u>
Até 6 autores:
Barbosa FS, Pinto R, Souza OA. Control of schistosomiasis mansoni in a small north east Brazilian community. Trans R Soc Trop Med Hyg 1971; 65:206-13.
Mais de 6 autores:

DeJong RJ, Morgan JA, Paraense WL, Pointier JP, Amarista M, Ayeh-Kumi PF, et al. Evolutionary relationships and biogeography of *Biomphalaria* (Gastropoda: Planorbidae) with implications regarding its role as host of the human bloodfluke, *Schistosoma mansoni*. Mol Biol Evol 2001; 18:2225-39.

Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. Med J Aust 1996; 116:41-2.

Sem indicação de autoria

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

Volume com suplemento

Deane LM. Simian malaria in Brazil. Mem Inst Oswaldo Cruz 1992; 87 Suppl 3:1-20.

Fascículo com suplemento

Lebrão ML, Jorge MHPM, Laurenti R. Hospital morbidity by lesions and poisonings. Rev Saúde Pública 1997; 31 (4 Suppl):26-37.

Parte de um volume

Ozben T, Nacitarhan S, Tuncer N. Plasma and urine sialic acid in non-insulin dependent diabetes mellitus. Ann Clin Biochem 1995; 32 (Pt 3):303-6.

Parte de um fascículo

Poole GH, Mills SM. One hundred consecutive cases of flap lacerations of the leg in aging patients. N Z Med J 1994; 107 (986 Pt 1):377-8.

Livros e outras monografias

Indivíduo como autor

Barata RB. Malária e seu controle. São Paulo: Editora Hucitec; 1998.

Editor ou organizador como autor

Duarte LFD, Leal OF, organizadores. Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1998.

Denzin NK, Lincoln YS, editors. Handbook of qualitative research. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994.

Instituição como autor e publicador

Institute of Medicine. Looking at the future of the Medicaid programme. Washington DC: Institute of Medicine; 1992.

Capítulo de livro

Coelho PMZ. Resistência e suscetibilidade à infecção por *Schistosoma mansoni* em caramujos do gênero *Biomphalaria*. In: Barbosa FS, organizador. Tópicos em malacologia médica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1995. p. 208-18.

Eventos (anais de conferências)

Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. In: Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology. Amsterdam: Elsevier; 1996.

Trabalho apresentado em evento

Bengtson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Coangress on Medical Informatics. Amsterdam: North Holland; 1992. p. 1561-5.

Dissertação e tese

Escobar AL. Malária no sudoeste da Amazônia: uma meta-análise [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1994.

Outros trabalhos publicados

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.
Documentos legais
Decreto n. 1.205. Aprova a estrutura regimental do Ministério do Meio Ambiente e da Amazônia Legal, e dá outras providências. Diário Oficial da União 1995; 2 ago.
Material eletrônico
CD-ROM
La salud como derecho ciudadano [CD-ROM]. Memoria del VI Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Salud. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2001.
Internet
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária. http://www.ibge.gov.br (acessado em 05/Fev/2004).