



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL



Centro de pesquisas
epidemiológicas UFPel

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL POR IDOSOS DE PELOTAS-RS

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

GIORDANO SANTANA SORIA

Orientador: Luiz Augusto Facchini

Coorientador: Bruno Pereira Nunes

Pelotas, RS

Novembro de 2014.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL



Centro de pesquisas
epidemiológicas UFPel

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL POR IDOSOS DE PELOTAS-RS

Mestrando: Giordano Santana Sória

Orientador: Dr. Luiz Augusto Facchini

Coorientador: Me. Bruno Pereira Nunes

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas - UFPel, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Epidemiologia.

Pelotas, RS

Novembro de 2014

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

S714a Sória, Giordano Santana

Acesso aos serviços de saúde bucal por idosos de Pelotas, RS / Giordano Santana Sória ; Luiz Augusto Facchini, orientador ; Bruno Pereira Nunes, coorientador. — Pelotas, 2014.

120 f.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

1. Epidemiologia. 2. Acesso aos serviços de saúde. 3. Serviços de saúde bucal. 4. Serviços de saúde para idosos. 5. Assistência à idosos. I. Facchini, Luiz Augusto, orient. II. Nunes, Bruno Pereira, coorient. III. Título.

CDD : 614.4

Elaborada por Elionara Giovana Rech CRB: 10/1693

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
1 PROJETO DE PESQUISA	6
2 RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO	52
3 RELATÓRIO PARA A IMPRENSA	69
4 ARTIGO ORIGINAL	71
ANEXOS	89

APRESENTAÇÃO

De acordo com o regimento do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, esta dissertação de mestrado é composta por cinco partes: projeto de pesquisa, relatório do trabalho de campo, relatório para imprensa, um artigo original e anexos.

Este volume foi elaborado pelo mestrando Giordano Santana Sória, sob orientação do professor Luiz Augusto Facchini e coorientação do doutorando Bruno Pereira Nunes. A defesa do projeto de pesquisa foi realizada no dia 19 de setembro de 2013, tendo como revisora a professora Elaine Tomasi (Universidade Federal de Pelotas). A banca composta para avaliação da dissertação será composta pelo professor Alexandre Emídio Silva (Universidade Federal de Pelotas) e pela professora Elaine Tomasi (Universidade Federal de Pelotas).

O artigo original, integrante desse volume, intitula-se: “Falta de acesso e utilização dos serviços de saúde bucal por idosos de Pelotas-RS”. Esse artigo possui como população-alvo os indivíduos com 60 anos ou mais de idade.

1 PROJETO DE PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL



Centro de pesquisas
epidemiológicas UFPel

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

MESTRADO EM EPIDEMIOLOGIA

FALTA DE ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE

SAÚDE BUCAL POR IDOSOS DE PELOTAS-RS

Projeto de Pesquisa

GIORDANO SANTANA SORIA

Orientador: Luiz Augusto Facchini

Coorientador: Bruno Pereira Nunes

Pelotas, 10 de novembro de 2014.

LISTAS DE ABREVIATURAS

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CF – Composição Familiar

CQ – Controle de Qualidade

DAB – Departamento de Atenção Básica

DECS – Descritores em Ciências da Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FAMED – Faculdade de Medicina

IMC – Índice de Massa Corporal

LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MESH – Medical Subject Headings (Descritores de Indexação em Inglês)

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNAD (1998, 2003, 2008) – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PPGE – UFPel – Programa de Pós Graduação em Epidemiologia

PROEX – Programa de Excelência Acadêmica

PUBMED – Biblioteca dos Estados Unidos de Medicina dos Institutos de Saúde

SB BRASIL (2003 E 2010) – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal

VIGITEL – Vigilância dos Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas

LISTAS DE FIGURAS

Figura 1. Modelo Teórico.....	22
Figura 2. Cálculo de amostra de prevalência para os 3 desfechos.....	30
Figura 3. Cálculo de amostra exposições para utilização dos serviços de saúde bucal.....	30
Figura 4. Cálculo de amostra exposições para falta de acesso.....	32
Figura 5. Cálculo de amostra exposições para nunca consultou com dentista.....	33
Figura 6. Cronograma.....	39
Figura 7. Quadro de revisão de literatura.....	48
Figura 8. Questionário utilizado na coleta de dados.....	50

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	13
2.1 ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL	13
2.2 IDOSOS QUE NUNCA CONSULTARAM COM DENTISTA	14
2.3 UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL	15
3 MARCO TEÓRICO	18
3.1 DETERMINANTES SOCIAIS E CULTURAIS	18
3.2 DETERMINANTES BIOLÓGICOS	19
3.3 DETERMINANTES DO SERVIÇO	20
4 JUSTIFICATIVA	23
5 OBJETIVOS	25
5.1 OBJETIVO GERAL	25
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
6 HIPÓTESES	26
7 MÉTODOS	27
7.1 DELINEAMENTO	27
7.2 DEFINIÇÃO OPERACIONAL DO DESFECHO	27
7.3 DEFINIÇÃO OPERACIONAL DAS EXPOSIÇÕES	28
7.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	28
7.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	28
7.6 POPULAÇÃO-ALVO	28
7.7 AMOSTRAGEM E SELEÇÃO DA AMOSTRA	29
7.8 CÁLCULO DO TAMANHO DA AMOSTRA	29
7.9 SELEÇÃO E TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES	33
7.10 LOGÍSTICA	33
7.11 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	34
7.12 CONTROLE DE QUALIDADE	34
8 FINANCIAMENTO	36
9 DIVULGAÇÃO DOS DADOS	37
10 ASPECTOS ÉTICOS	38
11 CRONOGRAMA	39
FIGURA 6. CRONOGRAMA	39
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
APÊNDICES DO PROJETO DE PESQUISA	45

1 INTRODUÇÃO

A utilização dos serviços de saúde representa um dos principais componentes do funcionamento dos sistemas de saúde. O conceito de uso compreende todo contato direto (consultas médicas, hospitalizações) ou indireto (realização de exames preventivos e de diagnóstico) com os serviços de saúde. O processo de utilização dos serviços de saúde é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde³⁴.

Nesse panorama, acesso é um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa, e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde. É um conceito que diverge entre autores mudando ao longo de tempo e de acordo com o contexto. A terminologia empregada também é variável³⁴. Os autores que optam pelo termo acesso, em geral, centram-no na entrada inicial aos serviços de saúde. De qualquer forma, prevalece a ideia de que acesso é uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associado à oferta de serviços. Quanto à abrangência do conceito, observa-se uma tendência de ampliação do escopo, com deslocamento do seu eixo da entrada nos serviços para os resultados dos cuidados recebidos. Não obstante a tendência recente de operacionalizar o conceito baseado em evidências, argumenta-se sobre a importância da distinção entre acesso e uso de serviços de saúde; acesso e continuidade do cuidado; e acesso e efetividade dos cuidados prestados³⁴.

A partir da evolução das Pesquisas Nacionais por Amostras de Domicílios (PNAD) de 1998, 2003 e 2008, as desigualdades na utilização de cuidados de saúde estão diminuindo no Brasil. Em 1998, as internações hospitalares foram em favor dos mais pobres, entretanto esse dado pode não representar necessariamente um melhor padrão de saúde, mas sim uma oferta maior de serviços, uma vez que os indivíduos mais pobres necessitam de mais internações. Além disso, para assistência médica e visitas ao dentista, a utilização dos serviços de saúde é (em diferentes graus) ainda maior entre os mais ricos sendo o uso de serviços odontológicos o que apresentou a maior desigualdade, mesmo que de 1998 a 2008 apresente forte diminuição, dentre os cuidados de saúde avaliados nessas pesquisas²¹.

Em relação aos serviços de saúde bucal, ampliar o acesso a todas as faixas etárias é um fato importante, tendo em vista que nas últimas décadas, o envelhecimento populacional no Brasil vem ocorrendo de forma crescente. Tradicionalmente esses serviços voltaram suas

atensões especificamente a escolares, e desta forma, a condição de saúde bucal encontrada em adultos e idosos ainda é insatisfatória, resultado da ausência de programas específicos para tais grupos¹³.

Com o intuito de requalificar a atenção em saúde bucal e ampliar o acesso aos serviços, o Ministério da Saúde, estabeleceu incentivo financeiro para a inserção das equipes de saúde bucal na Atenção Primária a Saúde. Para tal, incentivou a contratação de cirurgião-dentista, atendente de consultório dentário e técnico de higiene dentária nas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), criando as equipes de saúde bucal. A inclusão desses profissionais vem ao encontro do princípio da integralidade, segundo o qual todas as necessidades em saúde dos indivíduos deveriam ser supridas⁸.

Como no Brasil, ainda que os serviços de saúde estejam crescendo em quantidade e complexidade, existem muitas necessidades de tratamento de saúde bucal. Os problemas odontológicos aparecem em terceiro lugar como motivo mais frequente de busca por serviços de saúde, fato que torna avaliações de acesso e utilização de saúde necessárias e relevantes para os sistemas de saúde e para a população²⁵.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão da literatura foi realizada através das bases de dados LILACS e PUBMED. Na plataforma LILACS foram utilizados os seguintes descritores (DeCS): “serviços de saúde para idosos” e “serviços de saúde bucal”, sendo encontrados 70 artigos com o filtro de 10 anos ou menos. Para a plataforma PUBMED, utilizou-se o descritor “Dental Care for The Aged” (MeSH), resultando em 1647 artigos, após aplicar o filtro para humanos e período de 10 anos restaram 593.

Dos 663 artigos encontrados foi feita a leitura dos títulos e excluídos 405 os quais não tinham adequação com o tema desse trabalho. Após, realizou-se a leitura dos resumos e 190 foram excluídos sejam por terem amostras de idosos institucionalizados, ou por não tratarem de falta de acesso e utilização, ou ainda por alguns terem uma amostra pequena de idosos, 68 artigos sobraram e foram separados para leitura na íntegra.

Essa revisão será apresentada em três partes: acesso aos serviços de saúde bucal; idosos que nunca consultaram com dentista; e utilização dos serviços de saúde bucal. Os dados de identificação e resumos dos artigos usados para essa parte do trabalho encontram-se no Apêndice A.

2.1 ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL

A definição de acesso diverge entre autores, seja no momento ou de acordo com o contexto em que é utilizada. O conceito de acesso a serviços de saúde, mesmo sendo alvo de debates, pode ser ilustrado, de forma geral, como o grau de adequação entre o usuário e o sistema de saúde. Subentende o direito de ingresso no sistema de saúde sem obstáculos físicos, de financiamento ou culturais. É um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma inadequada e com ausência de clareza na sua relação com a utilização de serviços de saúde^{29, 34}. Em um dos artigos mais recentes que analisa o acesso aos serviços de saúde, Jesus e colaboradores dividem o conceito em três dimensões diferentes: econômica, técnico assistencial e simbólica/política¹⁸.

No contexto econômico do acesso, a relação oferta/demanda pode ser entendida como a relação existente entre a capacidade de oferecer serviços de saúde e a necessidade de assistência de uma dada população. Esse seria o pilar de sustentação da dimensão econômica aos serviços de saúde. Além disso, a questão técnico assistencial seria pautada pela organização de uma rede hierarquizada de serviços como um dos dispositivos do planejamento para viabilizar o acesso da população aos serviços de saúde. Teria como princípios fundamentais a regionalização e a hierarquização da rede de serviços de saúde, com vistas a estabelecer universalidade, equidade e integralidade. Já no contexto político e simbólico, a concepção populacional sobre saúde seria representada como a tomada de consciência de que a saúde é um direito da pessoa e um interesse da comunidade, sendo necessária uma ação individual e coletiva para alcançá-la. Trata-se de um componente cognitivo através do qual a população compreende a determinação social do processo saúde/doença e, da mesma forma, os fatores que determinam a organização social das práticas de saúde. A construção do acesso nesse sentido se dá pela participação cidadã e pelo controle social, que intervém sobre o sistema de saúde e sobre as práticas de trabalho e de gestão¹⁸.

No inquérito telefônico Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico(VIGITEL) de 2009, foi incluído pela primeira vez um módulo adicional de saúde bucal, apresentando quatro questões que avaliavam o uso e acesso aos serviços odontológicos: (1) “Nos últimos 12 meses, o(a) Sr(a) sentiu necessidade ou precisou buscar atendimento de dentista?”; (2) “Na última vez o(a) Sr(a) conseguiu ser atendido?”; (3) “O(a) Sr(a) teve de pagar algum valor pelo atendimento?”; (4) “O atendimento foi feito pelo: SUS, convênio ou dentista particular?”

A falta de acesso para o VIGITEL foi considerada quando precisou de atendimento odontológico e não conseguiu atendimento odontológico. Nesse estudo encontrou-se uma prevalência nacional de 15% de falta de acesso odontológico, sendo que em idosos foi de 7%. No mesmo estudo, o município de Porto Alegre obteve 11% de falta de acesso para os adultos³⁰.

2.2 IDOSOS QUE NUNCA CONSULTARAM COM DENTISTA

Um dos dados que mais chama atenção nos inquéritos nacionais de base populacional que incluíram perguntas de acesso a serviços de saúde bucal é a porcentagem de idosos que

nunca consultaram o dentista, variando de 1,5% em um estudo no sul do Brasil³, 2,6% em pesquisa realizada no estado do Rio de Janeiro²², 6,3% no estado de São Paulo¹³, 5,8% na Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (PNAD 2003)²³.

Achados do SB Brasil de 2010 revelam que 15% dos idosos nunca foram consultar com o dentista na vida³². Já a PNAD de 1998, indicou uma prevalência de 6,9%²⁵, havendo uma redução na PNAD de 2003 que evidenciou prevalência igual a 6,3%. Embora exista a diminuição de prevalência no período de 1998 e 2003, o decréscimo não apresentou diferença estatisticamente significativa³³.

Essas prevalências também podem variar de acordo com o informante, visto que a probabilidade de nunca ter ido ao dentista foi de 1,5 a 2,0 vezes mais elevada quando a resposta foi fornecida por terceiros (acompanhante, cuidador) do que quando foi dada pelo próprio entrevistado²².

2.3 UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL

Segundo Dolan e colaboradores, o “The U.S. Public Health Service” recomenda exames orais anuais para todos adultos e idosos. Já a American Cancer Society recomenda essa periodicidade de exames orais para pessoas com idade maior ou igual a 40 anos. O mesmo ainda faz referência que as pessoas mais velhas não utilizam o quanto deveriam serviços de cuidados dentais nos EUA¹¹.

Os autores divergem sobre o intervalo ideal entre as consultas odontológicas^{6, 8}. Entretanto, muitos estudos têm demonstrado benefícios da utilização regular de serviços odontológicos^{1, 9, 14}. A maioria dos artigos utilizados nessa revisão avalia a utilização do serviço de saúde bucal no último ano como indicador de utilização^{13, 24, 30, 32}. Artigos feitos em países europeus mostraram que 80% e 50% dos idosos foram ao dentista no último ano na Suécia e no Reino Unido, respectivamente. Esse estudo também afirma que a utilização dos serviços é maior entre idosos dentados do que entre edêntulos (sem nenhum dente na boca) além de fazer referência que a autopercepção dos idosos em relação a seus problemas bucais e a segurança dos profissionais de saúde bucal em atender pessoas mais velhas são determinantes da utilização¹¹. Outro estudo evidenciou que a dor na cavidade bucal nos últimos seis meses foi importante para aumentar a utilização de serviços de saúde bucal²³.

Um estudo realizado no México encontrou que 54% dos idosos consultaram no último ano³¹. Na Lituânia, essa proporção foi de 36%³⁵. Outra pesquisa foi feita no Canadá, a qual avaliou o uso nos últimos seis meses e encontrou que 22% dos idosos visitaram dentistas no último semestre⁷.

Esses dados, ainda que possam dar uma ideia dos resultados de medida de utilização de serviços odontológicos pelo mundo, dificilmente podem ser comparáveis com os resultados brasileiros visto a diversidade de organização dos sistemas de saúde e oferta de serviços. No Brasil, a utilização no último ano foi avaliada em alguns principais levantamentos nacionais. Na PNAD de 2003, 17% dos idosos utilizaram serviço de saúde bucal no ano anterior a entrevista²⁵. Nas pesquisas do SB Brasil de 2003 e 2010, as prevalências de utilização no último ano foram de 18% e 30%, respectivamente^{24, 32}. Estudos realizados em diversos estados evidenciaram que 37% dos idosos utilizaram serviços de saúde bucal no último ano em Pelotas no Rio Grande do Sul³. No Paraná foi encontrado 20% de utilização no ano pregresso ao da pesquisa⁵, e em São Paulo a utilização foi de 25%¹³. Além disso, observa-se uma falta de regularidade em visitas periódicas aos serviços de saúde bucal nos diferentes estados brasileiros. Dois terços (67%) e 58% dos idosos não iam ao dentista há mais de três anos em estudos realizados no Paraná⁴ e no estado de São Paulo¹³, respectivamente.

Num estudo transversal de base populacional realizado no interior do Rio Grande do Sul, evidenciou-se que a utilização é 100% maior entre quem tem um problema de saúde bucal³. Esse estudo corrobora com vários outros, como estudo feito no Canadá que afirma que a necessidade de consulta mostrou-se associada com maior utilização⁷. Na Europa, a utilização foi maior em idosos dentados¹⁵, e no Japão, observou-se que a utilização é mais regular em indivíduos com maior número de dentes²⁸. Uma revisão de literatura sobre estudos europeus afirma que condição de saúde bucal é um importante determinante de utilização¹⁹.

A prevalência de falta de acesso é pouco frequente na literatura, com metodologia semelhante à proposta desse trabalho foi localizado apenas um artigo.

Em termos de idosos que nunca consultaram o dentista, a proporção ainda que relativamente baixa, é significativo devido à idade da população alvo desses estudos.

No que tange ao o uso regular (nos 12 últimos meses) possui prevalências baixas no Brasil em relação a alguns outros países do mundo, ainda que tenhamos diferenças regionais marcantes.

Conforme demonstrado anteriormente acesso e utilização foram muitas vezes tratados como sinônimos em diferentes estudos. A única referência encontrada com esses descritores que mediu falta de acesso odontológico foi oriunda do VIGITEL de 2009. Em relação à quantidade de serviços, profissionais, demanda de necessidades e diferenças regionais esse tema mostra-se ainda pouco explorado na literatura nacional.

3 MARCO TEÓRICO

Existem diversos modelos teóricos que demonstram quais fatores afetam o acesso e utilização aos serviços de saúde, sendo que o mais utilizado é o proposto por Andersen e colaboradores². Nesse modelo, os determinantes do acesso e da utilização dos serviços de saúde podem ser descritos como aqueles fatores relacionados:

- a) à necessidade de saúde (determinantes biológicos);
- b) aos usuários (determinantes socioculturais) – características demográficas (sexo, idade e cor da pele), socioeconômicas (renda e escolaridade) e culturais;
- c) aos determinantes do sistema e do serviço de saúde: aos profissionais de saúde bucal - tempo de graduação, especialidade, características psíquicas e experiência profissional. Tipo de prática, forma de pagamento e financiamento do sistema de saúde bucal; à organização – recursos disponíveis, características da oferta³⁴.

Adotando a abordagem acima detalhada, divide-se a explicação deste marco teórico em: Determinantes Biológicos, Determinantes Sociais e Culturais, e Determinantes do Serviço.

3.1 DETERMINANTES SOCIAIS E CULTURAIS

No nível mais alto de determinação encontram-se os determinantes distais de saúde, que se referem aos fatores demográficos (sexo, idade e cor da pele) e socioeconômicos (escolaridade e renda). Em relação aos determinantes sociais e culturais (distais), muitos estudos citam a renda como fator que influencia tanto no acesso quanto na utilização dos serviços. Nenhuma referência dessa revisão de literatura apontou renda baixa como fator de maior utilização ou maior acesso a serviços de saúde bucal, isso corrobora com a maioria da literatura sobre saúde geral na qual encontramos que pessoas com maior renda utilizam mais e tem menos falta de acesso. A renda baixa foi denominada e categorizada de forma diferente entre os artigos. Maior nível econômico representa maior utilização³, maior renda representa mais acesso aos serviços em vários países¹⁹. A probabilidade foi três vezes menor para quem ganha um salário mínimo²² em relação aos indivíduos que ganham mais de um salário

mínimo. E apresentar menor renda per capita se associou a menor uso²⁵. Um estudo afirma que a renda é importante para determinação, mas não em relação ao custo de serviço, mas sim por sua associação com a escolaridade e autopercepção de saúde bucal²⁷.

Outro determinante distal que parece afetar de forma significativa o acesso e a utilização dos serviços é a escolaridade. Essa também é tratada e categorizada de forma diferente entre os artigos: maior escolaridade aumenta a uso de serviços de saúde bucal^{3, 23}, idosos menos regulares no uso tinham escolaridade mais baixa⁴, enquanto nível educacional superior aumenta a utilização regular em relação a quem possui menor escolaridade²⁸. A justificativa para esses achados está relacionada à capacidade que a escolaridade possui em tornar o indivíduo mais consciente da necessidade de prevenção e tratamento de saúde bucal, aumentando o uso desses serviços.

Em relação a diferenças étnicas, uma revisão de literatura demonstra que idosos de minorias raciais e étnicas tendem a ter uma pior saúde bucal do que os brancos¹⁰. Outro artigo evidenciou que o acesso a serviços é menor entre edêntulos que se declararam pardos/pretos/amarelos/indígenas quando comparados aos que referiram ter cor da pele branca²³.

3.2 DETERMINANTES BIOLÓGICOS

Em relação aos determinantes biológicos, pode-se citar as condições de saúde bucal como um dos determinantes que mais influenciam o acesso e a utilização. Evidencia-se que a proporção de cáries dentárias em crianças tem sofrido grandes decréscimos nos últimos anos segundo alguns levantamentos realizados. Porém, esse padrão de melhora em indicadores de saúde não é tão significativo entre os adultos e idosos. Atualmente os idosos carregam a herança de um modelo assistencial centrado em práticas curativas e mutiladoras, principalmente, baseado em extrações dentárias^{3, 24, 27}.

Tal herança é um dos fatores responsáveis pela alta presença de edentulismo em mais da metade dos idosos²⁶. O número de indivíduos idosos com ausência total de dentes foi bastante elevado nas diferentes populações e contextos abordados²⁷, para essa condição existe uma tendência entre a maioria dos estudos de classificar os idosos como dentados e edêntulos, pois esses possuem padrões de saúde bucal diferentes^{13, 15, 19, 23, 26}.

Além da falta de dentes, outros problemas de saúde bucal são comuns entre os idosos, tais como cárie, doença periodontal, uso de próteses mal adaptadas, distúrbios de articulação temporomandibular e presença de dor. Esse grupo extenso de problemas bucais pode determinar um maior acesso e utilização dos serviços de saúde bucal. O número de idosos com algum problema de saúde bucal é alto na maioria das cidades brasileiras com levantamentos de base populacional, alcançando 70% em Ponta Grossa no Paraná⁵ e 100% em Pelotas Rio Grande do Sul³.

A presença de dor na boca não foi muito prevalente entre os estudos analisados, tal fato pode ser decorrente do alto número de extrações dentárias que os idosos já foram submetidos. Um estudo realizado no estado de São Paulo encontrou 29% de idosos nessa condição¹³. No SB BRASIL2010, a prevalência de dor nos últimos seis meses foi ao redor de 11%³². Em termos de necessidade de tratamento odontológico em outros países, pesquisa realizada na Irlanda encontrou uma necessidade de tratamento de 79% em idosos de mais de 65 anos³⁶.

Apesar da presença dos problemas de saúde bucal, nem sempre os idosos percebem esses problemas como sendo uma necessidade de busca por serviços odontológicos²⁷. Dessa forma, um outro indicador associado ao acesso e utilização é a autopercepção de saúde bucal¹⁵.

Nesse sentido, muitos estudos avaliaram necessidade (referida pelos próprios idosos) de procura por serviço odontológico. As prevalências dessa necessidade variaram em vários estudos. Uma pesquisa no Sri Lanka encontrou 43% de necessidades de tratamento autorreferida¹². Em nosso país as proporções variaram de 33% em um inquérito telefônico nacional³⁰, a 37% em um estudo no Paraná⁴ e alcançando 53% num levantamento realizado pelo Ministério da Saúde²⁴. O SB Brasil 2010, evidenciou 47% de necessidade autorreferida de tratamento odontológico³².

3.3 DETERMINANTES DO SERVIÇO

Os determinantes do serviço influenciam os determinantes de acesso e utilização dos serviços saúde bucal na medida que podem tornar-se tanto barreiras físicas (localização geográfica do serviço) quanto barreiras dos profissionais (excesso de demanda, escassez de

oferta, profissionais pouco capacitados para atendimento). Nesse modelo eles são determinantes proximais assim como os determinantes biológicos, entretanto influenciam esses desfechos por outra via e não pela mesma dos determinantes anteriores.

Nesse panorama, pessoas residentes na zona rural apresentam menor acesso aos serviços de saúde bucal²⁵. Esse determinante é inerente ao serviço uma vez que uma maior distância entre os serviços e os domicílios das pessoas torna o acesso dificultado. Problemas de deslocamento, transporte e maior tempo para chegar ao serviço são barreiras importantes do acesso aos serviços. Além disso, um outro artigo também faz referência às inseguranças profissionais em atender a população idosa, principalmente idosos com doenças crônicas ou com alto consumo de medicamentos¹⁵. Uma das principais preocupações para a formação desses profissionais, deve ser a capacitação para o atendimento de grupos com necessidades complexas de saúde, como idosos com doenças crônicas.

Um artigo publicado na França afirma que a falta de seguro de saúde aumenta a chance de não ter visitado o dentista. No Brasil temos por direito acesso a toda a população, embora as dificuldades nesse acesso ainda sejam verificadas. Um dos motivos para esse problema pode ser atribuído a baixa oferta de profissionais de saúde bucal²⁰.

Em relação ao financiamento da saúde, no inquérito telefônico VIGITEL 2009 foi encontrada uma prevalência de 73% das consultas com dentista no ano anterior feitas no setor privado e apenas 12% no SUS³⁰. Já no SB BRASIL 2010, 60% das consultas no ano anterior foram realizadas em serviço particular e 29% no serviço público³². Esses dados podem demonstrar pouca oferta de serviços odontológicos públicos embora o número desses serviços venha aumentando nos últimos anos. Um estudo realizado no México revelou que 80% das consultas odontológicas foram obtidas através do setor privado³¹. Outro trabalho que avaliou a tendência entre a PNAD de 2003 e a de 2008, evidenciou um aumento na procura por consultas odontológicas nesse período anos e a maioria das consultas aconteceu em serviços não financiados pelo SUS³³.

Em relação a oferta e distribuição de profissionais de saúde bucal, em 2007 o percentual de dentistas em relação a população era de 1,2 por cada 1.000 habitantes, com uma distribuição bastante semelhante à dos médicos, ou seja, distribuição desigual com altas concentrações em grandes centros urbanos e uma oferta limitada de profissionais em regiões menos urbanizadas¹⁷.

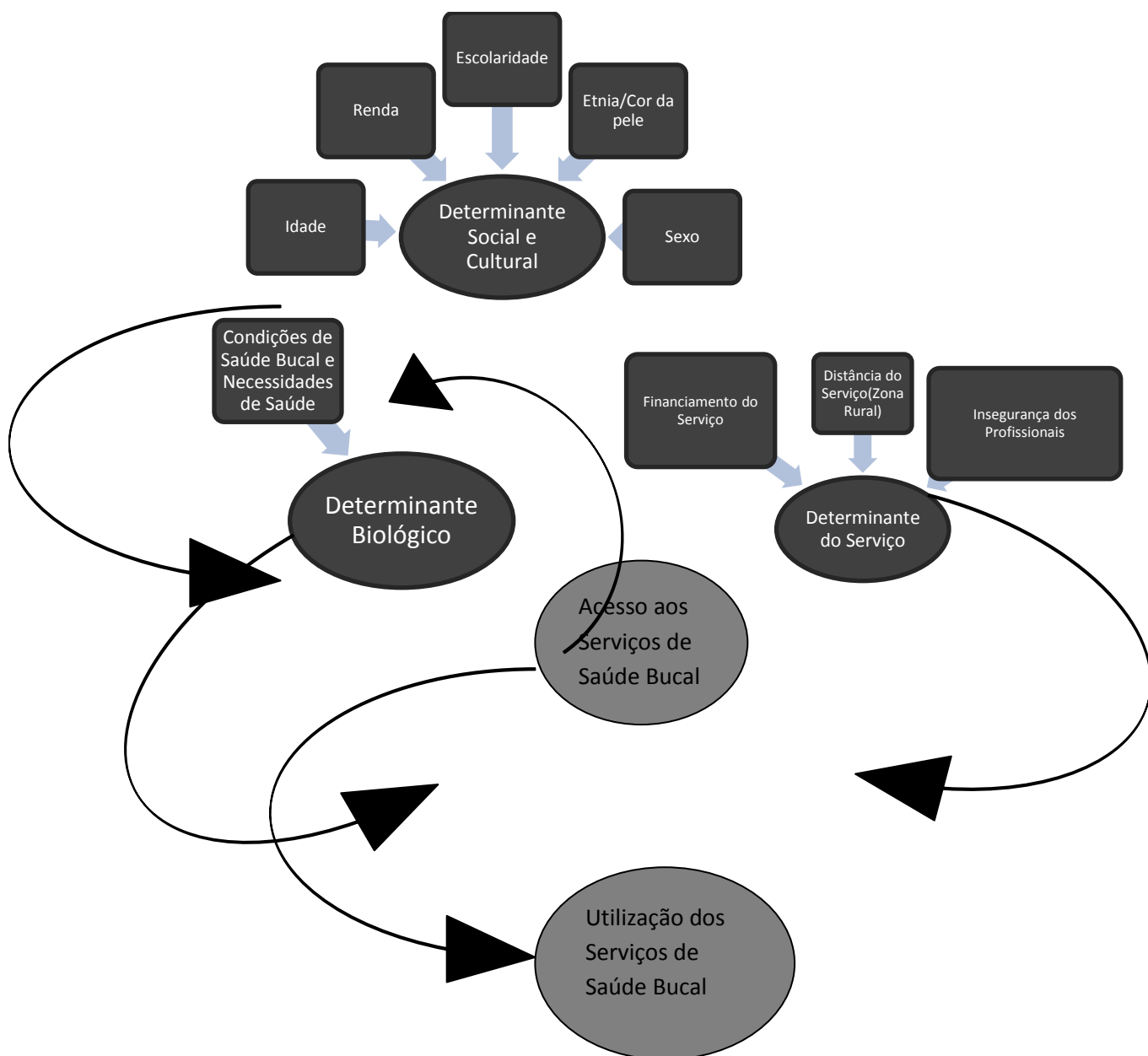


Figura 1. Modelo Teórico.

4 JUSTIFICATIVA

Nos próximos 20 anos, a população idosa do Brasil poderá ultrapassar os 30 milhões de pessoas e deverá representar quase 13% da população. Em 2000, segundo o Censo, a população de 60 anos ou mais de idade era de 14.536.029 de pessoas, comparado com os 10.722.705 em 1991. O peso relativo da população idosa em 1991 representava 7,3%, enquanto, em 2000, essa proporção atingia 8,6%¹⁶.

Esse tipo de transição demográfica acarreta uma série de transformações sociais, dentre elas: alterações de estruturas familiares, mudanças na prioridade orçamentária pública, e mudanças na demanda por serviços de saúde.

Sobre utilização de serviços de saúde, alguns estudos mostram associação entre a utilização regular de serviços odontológicos e melhor condição de saúde bucal⁴. Essa presença frequente nos serviços proporciona contato constante entre o paciente e a equipe de saúde, e contribui para aumentar o conhecimento em saúde bucal, melhorar o autocuidado e possibilitar o diagnóstico e o tratamento precoce de agravos bucais, facilitando assim a sua recuperação. Idosos, de forma geral, acumularam uma série de problemas e agravos no que tange à saúde bucal, logo necessitam utilizar esses serviços de forma periódica⁸.

Baseado nessas evidências, a implantação de serviços de saúde bucal tem sido uma das grandes prioridades governamentais nos últimos anos. Em 2000, a Estratégia Saúde da Família passou a contar com equipes de saúde bucal. Segundo dados do DAB (Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde), foram investidos R\$ 56,5 milhões em 2002, recursos que foram ampliados para R\$ 84,5 milhões em 2003. Com o aumento do repasse, o número de equipes passou de 4,2 mil, nos anos de 2003 e 2004, para quase 21 mil em setembro de 2013, presentes em mais de 3 mil dos 5.565 municípios brasileiros¹⁷.

Mesmo com o aumento dos serviços nos últimos anos, a cobertura ainda é de cerca de 1/4 da população brasileira, ou seja, aproximadamente 50 milhões de pessoas. Tais números mostram o quanto é lenta e gradual a criação de serviços por parte do poder público, acarretando que muitos brasileiros ainda necessitam recorrer a saúde suplementar como forma de atender suas demandas de saúde bucal.

Embora se constate o envelhecimento populacional no Brasil, os benefícios existentes na utilização de serviços de saúde bucal e o investimento do governo na área, a literatura nacional é limitada em avaliações de base populacional sobre acesso e utilização dos serviços de saúde entre idosos. Em Pelotas existe um estudo sobre o tema utilização, mas foi realizado com a maioria da amostra de adultos.³ Estudos de base populacional com essa metodologia realizados com idosos, em tal panorama, podem ser de muita importância tanto para o poder público quanto para a literatura científica.

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

Verificar a prevalência de falta de acesso e a utilização dos serviços de saúde bucal em idosos da cidade de Pelotas-RS.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever a prevalência de uso de serviço odontológico alguma vez na vida.

Caracterizar a última utilização do serviço de saúde bucal segundo:

- motivo da procura (tipo da necessidade);
- forma de obtenção do atendimento;
- local e financiamento do atendimento.

Analisar os fatores demográficos e socioeconômicos associados à falta de acesso e à utilização dos serviços odontológicos por idosos.

6 HIPÓTESES

- A prevalência de idosos que nunca consultaram com dentista será ao redor de 6%;
- Aproximadamente 37,5% dos idosos visitaram o dentista no último ano;
- Cerca de 40% dos idosos terão feito a sua última consulta no SUS;
- O maior motivo de procura do serviço será extração dentária;
- A forma mais frequente de obtenção de atendimento será através da marcação por ficha ou fila de espera;
- A prevalência de problema na boca ou nos dentes nos últimos 6 meses será alta, ao redor de 80%;
- A utilização de serviços de saúde bucal será maior em idosos:
 - de maior nível socioeconômico e maior escolaridade;
 - do sexo feminino;
 - da faixa etária mais jovem (60 a 70 anos);
 - com a pele branca;
 - casados;
 - com plano de saúde;
 - aposentados.

7 MÉTODOS

7.1 DELINEAMENTO

O delineamento escolhido para esse estudo será transversal de base populacional. Tal delineamento é útil para estudar prevalências. Além disso, possui grande capacidade para colaborar no planejamento de serviços de saúde. Estudos sobre acesso e utilização dos serviços de saúde, geralmente, utilizam o delineamento transversal^{13, 22, 30, 32}.

7.2 DEFINIÇÃO OPERACIONAL DO DESFECHO

Nesse trabalho serão considerados três desfechos: consulta com dentista alguma vez na vida, falta de acesso, utilização de serviços de saúde bucal nos últimos doze meses.

Será considerado como falta de acesso, o indivíduo que buscou atendimento, mas não conseguiu ser atendido. Para ser caracterizada a falta de acesso, o indivíduo deverá responder sim para a pergunta “Desde <mês do ano passado> até agora, o Sr (a) buscou atendimento com dentista?”, e não para a pergunta “O Sr (a) conseguiu ser atendido pelo dentista neste local?”. Assim, o numerador dessa prevalência serão os idosos que não conseguiram atendimento e o denominador, os idosos que buscaram atendimento nos serviços de saúde bucal.

O segundo desfecho será a utilização de serviços de saúde bucal nos últimos doze meses, que será operacionalizado pela pergunta: “O Sr(a) conseguiu ser atendido pelo dentista neste local?”

Também será considerada como desfecho a consulta nos serviços de saúde bucal na vida. Para a caracterização desse desfecho, será realizado o seguinte questionamento: “Já consultou com o dentista ao menos uma vez na vida?”.

Para caracterizar os três desfechos será perguntado o local que o idoso buscou atendimento, a forma de obtenção do atendimento, o motivo da consulta, o financiamento da última consulta e nos casos de falta de acesso o motivo de não ter conseguido o atendimento.

7.3 DEFINIÇÃO OPERACIONAL DAS EXPOSIÇÕES

Esse trabalho usará variáveis socioeconômicas e demográficas como exposições em relação aos desfechos citados acima.

Serão consideradas exposições as variáveis: sexo (masculino/ feminino); idade em anos completos (60 a 69/70 a 79/80 ou mais); cor da pele (branco/ amarelo/ indígena, pardo/ negro); classificação econômica (Associação Brasileira de Estudos Populacionais – ABEP (www.abep.org.br); escolaridade (em anos completos de estudo); situação conjugal (solteiro(a)/ divorciado(a)/ casado(a)/ viúvo(a)); aposentadoria (não/ sim); gasta dinheiro com plano de saúde (não/ sim).

7.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Indivíduos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos.
- Residentes na zona urbana do município de Pelotas-RS.
- Para idosos mentalmente ou fisicamente incapazes de responder o questionário será permitida a resposta do cuidador.

7.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Idosos institucionalizados, em asilos, hospitais ou presídios.

7.6 POPULAÇÃO-ALVO

A população alvo desse estudo será constituída por indivíduos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, não institucionalizados, residentes na zona urbana do município de Pelotas-RS.

Para realização deste estudo será utilizado um questionário (Apêndice B) elaborado pelos próprios autores, tal questionário constará de dez perguntas. Esse Questionário será unido a outros instrumentos dos alunos de mestrado do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, os quais farão parte de um consórcio de pesquisa. Além das questões específicas de cada mestrando, o questionário final englobará questões gerais sobre características demográficas, socioeconômicas e comportamentais.

7.7 AMOSTRAGEM E SELEÇÃO DA AMOSTRA

Para a seleção de uma amostra representativa da cidade de Pelotas, o processo amostral ocorrerá em duplo estágio. Num primeiro momento serão selecionados setores censitários delimitados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dentro de cada setor serão selecionados domicílios de forma sistemática e em cada domicílio sorteado, todos os indivíduos elegíveis para o estudo serão entrevistados. O processo de seleção da amostra ocorrerá de forma conjunta entre todos os alunos da turma de mestrado e será definido com maiores detalhes posteriormente.

7.8 CÁLCULO DO TAMANHO DA AMOSTRA

Os cálculos para o tamanho de amostra foram realizados com o intuito de obter-se um tamanho de amostra suficiente para o estudo de prevalência. No cálculo final, a amostra do estudo foi acrescida de 10% para perdas e recusas e considerou-se o efeito de delineamento (DEF) de 1,5. No Quadro 1.1 são apresentadas simulações de cálculos de tamanho de amostra de acordo com diferentes margens de erro. O tamanho calculado para nunca consultou com dentista foi de 883 considerando-se uma frequência estimada de 6% e um erro tolerável de 2 pontos percentuais, para utilização de serviços de saúde foi de 917 considerando-se uma frequência estimada de 37,5% e um erro tolerável de 4 pontos percentuais, por fim para falta de acesso aos serviços de saúde bucal foi de 683 considerando-se uma frequência estimada de 11% e um erro tolerável de 3 pontos percentuais.

Critérios	Desfechos		
	Nunca consultou com dentista	Utilização de serviços de saúde bucal nos últimos doze meses	Falta de acesso aos serviços de saúde bucal
Nível de Confiança	95%	95%	95%
Frequência Estimada	6%	37,5%	11%
Erro Tolerável	2 pp	4 pp	3 pp
Efeito do Delineamento	1,5	1,5	1,5
Número de Indivíduos	803	834	621
Percentual de perdas e recusas	10%	10%	10%
Total	883	917	683

Nota: tamanho da população utilizado 46900 indivíduos. pp = pontos percentuais.

Figura 2. Cálculo de amostra de prevalência para os 3 desfechos

Nesse estudo serão analisadas algumas diferenças entre grupos populacionais. Dessa forma, o Quadro 1.2, 1.3 e 1.4 apresenta os cálculos de tamanho de amostra para o estudo de associações entre a variável desfecho e as variáveis de exposição. Dessa forma, para a determinação do tamanho de amostra necessária para o estudo foi adotada uma prevalência de desfecho de 70%, nível de confiança de 95% e poder de 80%.

No estudo de associações, além do aumento de 10% para perdas e recusas, a amostra final é aumentada em 15% para controle de possíveis fatores de confusão e considera-se uma correção de 1,5 devido ao efeito de delineamento do estudo.

Exposição (Expostos)	Proporção de Não expostos	Prevalência de utilização dos expostos	Razão de Prevalências	Total Parcial	Total Final*
Sexo (masculino)	40%	28,6%	1,5	396	501
Cor da pele (Não Branco)	15%	26,1%	1,5	861	1089
Classificação econômica – ABEP (Mais pobre C,D e E)	69%	32,2%	1,5	363	459
Escolaridade (até fundamental completo)	43%	28,9%	1,5	385	487
Situação conjugal (Sem Companheiro)	43%	28,9%	1,5	385	487
Necessidade (problema odontológico últimos 12 meses)	70%	32,3%	1,5	369	467

Nota: tamanho da população utilizado 46900 indivíduos. Valores Extraídos da referência³ Nível de confiança = 95% Poder =80% *Total acrescido de 10% para perdas e recusas e 15% para controle de fatores de confusão

Figura 3. Cálculo de amostra exposições para utilização dos serviços de saúde bucal

Exposição (Expostos)	Proporção de Não expostos	Prevalência de falta de acesso dos expostos	Razão de Prevalências	Total Parcial	Total Final*
Sexo (masculino)	40%	6,8%	2,0	720	911
Cor da pele (Não Branco)	15%	5,9%	2,0	1631	2063
Classificação econômica - ABEP (Mais pobre C,D e E)	69%	8,4%	2,0	599	758
Escolaridade (até fundamental completo)	43%	7,0%	2,0	681	861
Situação conjugal (Sem Companheiro)	43%	7,0%	2,0	681	861
Necessidade (problema odontológico últimos 12 meses)	70%	8,5%	2,0	599	758

Nota: tamanho da população utilizado 46900 indivíduos. Valores Extraídos da referência⁹. Nível de confiança = 95% Poder =80% *Total acrescido de 10% para perdas e recusas e 15% para controle de fatores de confusão

Figura 4. Cálculo de amostra exposições para falta de acesso

Quadro 1.4 – Cálculo de amostra exposições para nunca consultou com dentista

Exposição (Expostos)	Proporção de Não expostos	Prevalência de nunca consultou dos expostos	Razão de Prevalências	Total Parcial	Total Final*
Sexo (masculino)	40%	3,8%	2,0	1351	1709
Cor da pele (Não Branco)	15%	3,2%	2,0	3147	3981
Classificação econômica - ABEP (Mais pobre C,D e E)	69%	4,6%	2,0	1156	1462
Escolaridade (até fundamental completo)	43%	3,8%	2,0	1318	1667
Situação conjugal (Sem Companheiro)	43%	3,8%	2,0	1318	1667
Necessidade (problema odontológico últimos 12 meses)	70%	4,6%	2,0	1173	1484

Nota: tamanho da população utilizado 46900 indivíduos. Valores Extraídos da referência^{3, 30} Nível de confiança = 95% Poder =80% *Total acrescido de 10% para perdas e recusas e 15% para controle de fatores de confusão

Figura 5. Cálculo de amostra exposições para nunca consultou com dentista

7.9 SELEÇÃO E TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES

Serão selecionadas entrevistadoras do sexo feminino, com pelo menos 18 anos, com ensino médio completo e disponibilidade de tempo integral para a realização do trabalho.

Constituirá o processo de seleção: avaliação do trabalho de contagem de domicílios, desempenho no treinamento, avaliação curricular, experiência prévia em pesquisa, entrevistas e prova teórica. O estudo piloto irá corresponder à última fase do treinamento das entrevistadoras, que ocorrerá sob a supervisão dos mestrados.

7.10 LOGÍSTICA

Inicialmente será feita a seleção dos setores censitários e identificação dos domicílios que serão visitados. Após, os mestrados visitarão os domicílios e convidarão os indivíduos elegíveis para participarem, fornecendo informações básicas sobre a pesquisa que será

realizada. Os idosos que não aceitarem participar da pesquisa ou que não forem encontrados serão procurados novamente. Só será considerada perda se após três tentativas, feitas em diferentes dias e horários, a recusa persistir. A coleta de dados será feita por entrevistadoras previamente treinadas, que serão supervisionadas pelos alunos da turma de mestrado. A turma será dividida em oito “comissões”, cada qual com deveres e responsabilidades. São elas: Elaboração do Projeto Geral para o Comitê de Ética e Pesquisa; Finalização dos questionários; Finalização do manual de instruções; Seleção de entrevistadores; Treinamento de entrevistadores; Preparação do banco de dados para a análise; Administração financeira e Divulgação. Será sob a supervisão dos mestrandos. Maiores detalhes em relação quanto à logística do trabalho de campo serão definidos posteriormente.

7.11 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente será realizada uma avaliação da consistência e amplitude dos dados, com identificação de possíveis pontos incoerentes. O segundo passo consistirá de análises descritivas que caracterizarão o desfecho de acordo com as variáveis independentes, através de medidas de tendência central e de variabilidade (média, mediana e desvio padrão), com seus respectivos intervalos para um nível de confiança de 95%. Para variáveis categóricas, serão apresentadas as respectivas proporções e seus respectivos intervalos de confiança de 95%. Em um terceiro momento, serão realizadas análises bivariadas para estudar a associação do desfecho e as variáveis de exposição. Os testes estatísticos serão baseados no teste de qui-quadrado. Quando possível serão realizados testes de tendência linear. Para todos os testes será adotado um nível de significância de 5%. Os dados serão analisados por meio do programa estatístico Stata®(StataCorp.LP) - versão 12.

7.12 CONTROLE DE QUALIDADE

Será realizado pelos alunos de mestrado o controle de qualidade das entrevistas para verificação de possíveis erros ou respostas falsas. O controle de qualidade irá ocorrer através da revisita a uma amostra de 10% dos idosos, sorteada aleatoriamente. Nestes domicílios será aplicado um questionário reduzido com questões-chave. O questionário será composto por uma pergunta de cada tema de pesquisa dos mestrandos, além daquelas correspondentes a

identificação dos indivíduos. A consistência das informações entre as variáveis será avaliada através da estatística Kappa. Outras estratégias serão empregadas para assegurar a qualidade dos dados, como o treinamento dos entrevistadores, elaboração de questionário eletrônico padronizado e pré-testado em estudo piloto, construção de manual de instruções e supervisão do trabalho de campo.

8 FINANCIAMENTO

O consórcio de pesquisa será financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Nível Superior (Capes) e, se necessário, pelos alunos de mestrado da turma 2013-14.

9 DIVULGAÇÃO DOS DADOS

Os resultados encontrados no estudo serão publicados, em forma de artigo científico, em periódicos nacionais e/ou internacionais, assim como notas para a imprensa local.

10 ASPECTOS ÉTICOS

Todos os participantes serão esclarecidos previamente sobre o estudo e apenas responderão ao questionário após a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Será garantido aos participantes o sigilo das informações prestadas.

O projeto de pesquisa será encaminhado e submetido à aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas.

11 CRONOGRAMA

Período	Ano 2013						Ano 2014											
Etapas	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Revisão de Literatura																		
Elaboração do Projeto																		
Defesa do Projeto																		
Planejamento Logístico																		
Seleção e treinamento de entrevistadores																		
Estudo piloto																		
Coleta dos dados																		
Revisão questionários																		
Controle de qualidade																		
Limpeza dos dados																		
Análise dos dados																		
Redação do artigo																		
Defesa Dissertação																		

Figura 6. Cronograma

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de saúde publica*. 2004;20:S190-S8.
2. Macinko J, Lima-Costa MF. Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998-2008. *International journal for equity in health*. 2012;11:33.
3. Gibilini C, Esmeriz CEdC, Volpato LF, Meneghim ZMdAP, Silva DDd, Sousa MdLRd. Acesso a serviços odontológicos e auto-percepção da saúde bucal em adolescentes, adultos e idosos .*Arq odontol*. 2010;46(4):213-23.
4. Camargo MBJ, Dumith SC, Barros AJD. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos: padrões de utilização e tipos de serviços. *Cadernos de saúde publica*. 2009;25:1894-906.
5. Matos DL, Lima-Costa MF. [Trends in the use of dental services by elderly Brazilians and related socio-demographic factors based on the National Household Survey (1998 and 2003)]. *Cad Saude Publica*. 2007 Nov;23(11):2740-8.
6. Oliver A, Mossialos E. Equity of access to health care: outlining the foundations for action. *Journal of epidemiology and community health*. 2004 Aug;58(8):655-8.
7. Jesus WLAd, Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciencia & saúde coletiva*. 2010;15:161-70.
8. Peres MA, Iser BPM, Boing AF, Yokota RTdC, Malta DC, Peres KG. Desigualdades no acesso e na utilização de serviços odontológicos no Brasil: análise do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL 2009). *Cad saúde pública*. 2012;28(supl):s90-s100.

9. Araújo CSd, Lima RdC, Peres MA, Barros AJD. Utilização de serviços odontológicos e fatores associados: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2009;25:1063-72.
10. Manhães ALD, Costa AJL. Acesso a e utilização de serviços odontológicos no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 1998: um estudo exploratório a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios[^]ipt. *Cad saude publica*. 2008 01;24(1):207-18.
11. Martins AM, Barreto SM, Pordeus IA. [Utilization of dental services among the elderly in Brazil]. *Rev Panam Salud Publica*. 2007 Nov;22(5):308-16.
12. Ministério da Saúde. Projeto SBBrasil 2010. In: Angelo Giuseppe Roncalli da Costa Oliveira GAPJ, Lenildo de Moura, Marco Aurélio Peres, Karen Glazer de Anselmo Peres, editor. Brasil: Ministério da Saúde; 2011.
13. Silva ZPd, Ribeiro MCSdA, Barata RB, Almeida MFd. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003- 2008. *Ciencia & saude coletiva*. 2011;16:3807-16.
14. Dolan TA, Atchison K, Huynh TN. Access to dental care among older adults in the United States. *J Dent Educ*. 2005 Sep;69(9):961-74.
15. Beirne P, Clarkson JE, Worthington HV. Recall intervals for oral health in primary care patients. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2007(4):CD004346.
16. Celeste RK, Nadanovsky P, De Leon AP. [Association between preventive care provided in public dental services and caries prevalence]. *Revista de saude publica*. 2007 Oct;41(5):830-8.
17. Afonso-Souza G, Nadanovsky P, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Association between routine visits for dental checkup and self-perceived oral health in an

adult population in Rio de Janeiro: the Pro-Saude Study. Community dentistry and oral epidemiology. 2007 Oct;35(5):393-400.

18. Gilbert GH, Stoller EP, Duncan RP, Earls JL, Campbell AM. Dental self-care among dentate adults: contrasting problem-oriented dental attenders and regular dental attenders. Special care in dentistry : official publication of the American Association of Hospital Dentists, the Academy of Dentistry for the Handicapped, and the American Society for Geriatric Dentistry. 2000 Jul-Aug;20(4):155-63.

19. Martins AM, Haikal DS, Pereira SM, Barreto SM. [Routine use of dental services by the elderly in Brazil: the SB Brazil Project]. Cad Saude Publica. 2008 Jul;24(7):1651-66.

20. Sanchez-Garcia S, de la Fuente-Hernandez J, Juarez-Cedillo T, Mendoza JM, Reyes-Morales H, Solorzano-Santos F, et al. Oral health service utilization by elderly beneficiaries of the Mexican Institute of Social Security in Mexico city. BMC Health Serv Res. 2007;7:211.

21. Vysniauskaite S, Vehkalahti MM. First-time dental care and the most recent dental treatment in relation to utilisation of dental services among dentate elderly patients in Lithuania. Gerodontology. 2006 Sep;23(3):149-56.

22. Brothwell DJ, Jay M, Schonwetter DJ. Dental service utilization by independently dwelling older adults in Manitoba, Canada. J Can Dent Assoc. 2008 Mar;74(2):161-f.

23. Baldani MH, Brito WH, Lawder JAdC, Mendes YBE, Silva FdFMd, Antunes JLF. Determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda. Rev bras epidemiol. 2010 03;13(1):150-62.

24. Baldani MH, Antunes JLF. Inequalities in access and utilization of dental services: a cross-sectional study in an area covered by the Family Health Strategy^ien

Desigualdades no acesso e utilização de serviços odontológicos: estudo transversal em uma área atendida pela Estratégia Saúde da Família^{ipt}. Cad saúde pública. 2011;27(supl.2):s272-s83.

25.Holm-Pedersen P, Vigild M, Nitschke I, Berkey DB. Dental care for aging populations in Denmark, Sweden, Norway, United kingdom, and Germany. J Dent Educ. 2005 Sep;69(9):987-97.

26.Ohi T, Sai M, Kikuchi M, Hattori Y, Tsuboi A, Hozawa A, et al. Determinants of the utilization of dental services in a community-dwelling elderly Japanese population. Tohoku J Exp Med. 2009 Jul;218(3):241-9.

27.Listl S. Income-related inequalities in dental service utilization by Europeans aged 50+. J Dent Res. 2011 Jun;90(6):717-23.

28.Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? Journal of health and social behavior. 1995 Mar;36(1):1-10.

29.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 Nov-Dec;21(6):1665-75.

30.Crall JJ. Access to oral health care: Professional and societal considerations. J Dent Educ. 2006 Nov;70(11):1133-8.

31.Moreira Rda S, Nico LS, Sousa Mda L. [Factors associated with subjective need for dental treatment in elderly Brazilians]. Cad Saude Publica. 2009 Dec;25(12):2661-71.

32.Woods N, Whelton H, Kelleher V. Factors influencing the need for dental care amongst the elderly in the Republic of Ireland. Community Dent Health. 2009 Dec;26(4):244-9.

- 33.Ekanayake L, Perera I. Perceived need for dental care among dentate older individuals in Sri Lanka. *Spec Care Dentist*. 2005 Jul-Aug;25(4):199-205.
- 34.Lupi-Pegurier L, Clerc-Urmes I, Abu-Zaineh M, Paraponaris A, Ventelou B. Density of dental practitioners and access to dental care for the elderly: a multilevel analysis with a view on socio-economic inequality. *Health Policy*. 2011 Dec;103(2-3):160-7.
- 35.Jairnilson Paim CT, Celia Almeida, Ligia Bahia, James Macinko. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*. 2011;6736(11):11-31.
36. IBGE. Censo Brasileiro 2010. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2011.

APÊNDICES DO PROJETO DE PESQUISA

APÊNDICE A

Identificação	Ano	Tipo(Delineamento)	População da Amostra	Comentários
Araújo, C. S. d., et al. (2009). Brasil	2009	Transversal de base populacional	n = 3.993 indivíduos 597(idosos)	100% de utilização a mais em idosos com algum problema de saúde bucal, 37,2% dos idosos consultou no último ano. 1,5% nos idosos não consultou nunca. Dentre os indivíduos que relataram problemas odontológicos, 60,5% consultaram dentista no último ano, os indivíduos com melhor nível econômico e maior escolaridade utilizaram mais os serviços odontológicos do que aqueles com pior nível econômico (D/E)
Baldani, M. H. and J. L. F. Antunes (2011). Brasil	2010	Dados de um estudo de base populacional Ponta Grossa PR	252 adultos e idosos	Principais problemas de saúde bucal dos idosos são presença de próteses mal adaptadas e doença periodontal. 67% dos idosos (principalmente baixa escolaridade) não ia no dentista a mais de 3 anos.
Baldani, M. H., et al. (2010). Brasil	2010	Dados de um estudo de base populacional Ponta Grossa PR	252 adultos e idosos	70% dos idosos referiram problema de SB e 80,5% não iam no dentista há mais de um ano.
Brothwell, D. J., et al. (2008). Canadá	2008	Estudo transversal	1751 participantes idosos – média de idade de 76 anos	78% não visitou o dentista a mais de 6 meses, o fator renda e necessidade de serviço foram associados a procura de serviços.
Crall, J. J. (2006). EUA	2006	Revisão de Literatura	Idosos de minorias raciais e étnicas tendem a ter saúde bucal mais pobres do que os brancos.	
Dolan, T. A., et al. (2005). EUA	2005	Revisão de Literatura	O The U.S. Public Health Service recomenda exames orais anuais para todos os adultos. A American Cancer Society recomenda exames orais anuais para pessoas com idade maior que ou igual a 40 anos, as pessoas mais velhas continuam a subutilizar serviços de cuidados dentais nos EUA.	
Ekanayake, L. and I. Perera (2005). Sri Lanka	2005	Transversal com Exame clínico	171 idosos dentados	43% dos idosos perceberam a necessidade de atendimento odontológico (OHIP-14)
Gibilini, C., et al. (2010). Brasil	2010	Transversal de base populacional	781 idosos	58,5% dos idosos foram ao dentista há 3 anos ou mais, 6,3% ²³²³³⁸¹¹¹¹¹¹⁶⁶⁶⁶ dos idosos nunca foram ao dentista, foram encontrados 60% de idosos edentulos e verificou-se que 53,5% dos idosos relataram necessitar de tratamento odontológico.

				29% dos idosos tiveram dor nos últimos 6 meses
Holm-Pedersen, P., et al. (2005) Europa	2005	Revisão de Literatura	20% não foram no dentista no último ano na Suécia, 50% no R. Unido. Vários estudos demonstram que a utilização dos serviços é maior entre idosos dentados do que entre edentulos e o principal determinante é auto percepção de SB – dificuldade de acesso por idosos frágeis ou funcionalmente dependentes – insegurança dos profissionais em atender idosos	
Listl, S. (2011). Europa	2011	Transversal de base populacional	33.358 indivíduos de 14 países diferentes	Concentração de acesso ao tratamento entre as populações ricas em todos os 14 países, principalmente em consultas preventivas, Condições de SB também se mostrou importante determinante de utilização
Lupi-Pegurier, L., et al. (2011). França	2011	Transversal de Base Populacional	9.233 indivíduos com 60 anos ou mais	Baixa renda e falta de seguro de saúde complementar estiveram associados com maiores chances de não ter visitado o dentista Baixa densidade de dentista por habitante pode ser um fator de falta de acesso
Manhães, A. L. D. and A. J. L. Costa (2008). Brasil	2008	Transversal de Base Populacional	26.212 pessoas residentes no Estado do Rio de Janeiro (1328 idosos)	2,6% de idosos nunca haviam ido ao dentista, o risco foi quase 3 vezes maior para quem ganha menos de salário mínimo Com relação à variável informante, o risco de nunca ter ido ao dentista quando a resposta foi fornecida por terceiros foi cerca de 1,5 a 2,0 vezes mais elevada do que quando a resposta foi dada pelo próprio entrevistado.
Martins, A. M., et al. (2007). Brasil	2007	Transversal de Base Populacional	5 009 participantes	O uso foi maior em idosos com maior escolaridade, e que relataram sensibilidade dolorosa; e menor entre edentados identificados como não brancos. 5,8% nunca haviam usado serviços odontológicos, 77,4% haviam usado esses serviços há mais de 1 ano
Martins, A. M., et al. (2008). Brasil	2008	Transversal de Base populacional	1014 indivíduos residentes no sudeste	82% dos idosos usaram há um ano ou mais A menor prevalência de uso foi evidenciada entre os residentes da zona rural; entre aqueles com menor renda per capita;
Martins, A. M., et al. (2008). Brasil	2008	Transversal de Base Populacional	5.009 indivíduos	912 (18%) dos idosos usaram o serviço odontológico por rotina e 4.097 (82%) por problemas bucais. 2.211 (44%) eram dentados e 2.798 (56%) eram edentados. 18% dos idosos utilizaram o serviço no último ano 44% usaram serviço gratuito 53% afirmou ter necessidade de consultar
Matos, D. L. and M. F. Lima-Costa (2007). Brasil	2007	Transversal de Base Populacional	28.943 participantes da PNAD 1998 e 35.040 participantes	Verifica-se, nos dois anos considerados que menos de 20% dos idosos haviam visitado o dentista há menos de um ano, em 2003 esta proporção fora de 17,4% e em 1998 de 13,2%, entre a proporção dos que relataram já estar ido ao dentista foi encontrado valor igual a 6,3%

			a PNAD 2003.	em 1998 e 5,9% em 2003. No ano de 2003, a visita ao dentista há um ano ou mais quando comparada à visita há menos de um ano apresentou associação significativa e positiva, com morar na zona rural. Associações significativas que tenderam ao não uso foram: sexo masculino, poucos anos de escolaridade e renda domiciliar per capita de um salário mínimo.
Ministério da Saúde (2011). Projeto SB Brasil 2010. Brasil	2011	Transversal de base populacional	7509 idosos de 65 a 74 anos	46,6% dos idosos relataram necessidade de tratamento odontológico, dor há 6 meses foi relatada por 10,8%, 14,7% nunca consultaram com dentista, 30% foram ao dentista no último ano, 60% dos idosos no serviço particular 29% no serviço público.
Moreira RS., et al. (2009). Brasil	2009	Transversal de Base Populacional –SB Brasil 2003	5.349 idosos entre 65 e 74 anos	A prevalência de edentulismo foi elevada, cerca de 55% dos idosos não possuíam nenhum dente. Os idosos não-edêntulos sentiram maior necessidade subjetiva de tratamento odontológico do que os edêntulos.
Moreira RS., et al. (2005). Brasil	2005	Revisão de Literatura	Acesso aos serviços de saúde pelos idosos observaram que 56,0% dos idosos utilizam a rede pública de serviços de saúde. Lima-Costa et al referiram que uma menor renda está associada à pior condição de saúde, pior função física e menor uso de serviços de saúde. Porém, o custo não parece ser a principal barreira para o uso de serviços odontológicos, estando mais associado à escolaridade, tipo de tratamento preferido e percepção da necessidade de tratamento. Em todos os estudos que analisaram a influência do gênero sobre o acesso e a utilização dos serviços de saúde, as mulheres apresentaram uma pior auto-avaliação da saúde e maior procura e consumo de serviços de saúde	
Ohi, T., et al. (2009). Japão	2009	Transversal de Base Populacional	1170 idosos	A utilização regular foi associada a um maior número de dentes remanescentes, a idade mais jovem, a possuir doença sistêmica, ausência de sintomas depressivos e nível educacional superior.
Peres, M. A., et al. (2012). Brasil	2012	Transversal de Base Populacional	10314 idosos mais de 60 anos entrevistados por telefone	32,8% dos idosos afirmaram ter necessidades de tratamento ³³⁴⁹⁹⁹⁵⁵⁵ 12,4% das consultas dos idosos foram feitas no SUS e quase 73% no setor privado.
Sanchez-Garcia, S., et al. (2007). México	2007	Transversal aninhado de uma Coorte	700 indivíduos de 60 anos ou mais	53,6% dos idosos fizeram uso de serviços de saúde bucal nos últimos 12 meses. 80% dos idosos utilizaram serviço privado e 12% serviço público.
Silva, Z. P. d., et al. (2011). Brasil	2011	Revisão- Comparação das PNADS	Houve um aumento da procura por serviços odontológicos, que foi citado por 8,6% em 2003 e por 14,3 % em 2008. as consultas odontológicas ocorrem predominantemente nos serviços particulares. Não se observaram diferenças	

			estatisticamente significantes no uso desses serviços entre as duas pesquisas.	
Vysniauskaite, S. and M. M. Vehkalahti (2006). Lituania	2006	Transversal	174 idosos dentados	36% dos idosos haviam visitado o dentista nos últimos 12 meses
Woods, N., et al. (2009). Irlanda	2009	Transversal	714 idosos de 65 anos ou mais	79% dos idosos necessitavam de algum tratamento dental, o uso regular de serviços diminuiu a necessidade de tratamento

Figura 7. Quadro de revisão de literatura

APÊNDICE B

AGORA VAMOS FALAR SOBRE CONSULTAS NO DENTISTA
1) O Sr(a) já consultou com o dentista alguma vez na vida? (0) Não ☐ ☐ <i>Pule para questão 3</i> (1) Sim. (9) IGN
2) Quando foi a última vez que o Sr(a) consultou com o dentista: (1) Nos últimos 6 meses (2) De 7 a 12 meses (3) Entre 1 e 2 anos (4) Mais de 2 anos (8) NSA (9) IGN
3) Desde <mês do ano passado> até agora, o Sr (a) teve algum problema na sua boca ou dentes? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN
4) Desde <mês do ano passado> até agora, o Sr (a) buscou atendimento com dentista? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN
5) Qual o último local que o Sr(a) buscou<tentou> atendimento com dentista? Ler Opções (1) Posto de saúde (2) Pronto-Atendimentos (3) Policlínica ou PAM (4) Centro de Especialidades Odontológicas (5) Pronto Socorro (6) Hospital (7) Consultório Particular ou Clínica Privada (8) NSA (9) IGN (10) Outro (Qual: _____)
6) O Sr(a) conseguiu ser atendido pelo dentista nesse local? (0) Não (1) Sim ☐ ☐ <i>Pule para questão 8</i> (8) NSA (9) IGN
7) Por que o Sr (a) não conseguiu atendimento? (1) Falta de vagas (2) Dentista estava indisponível (3) Não podia pagar o transporte (4) Não podia pagar o atendimento (5) Por problemas de saúde

(6) Outro (Qual: _____) (8) NSA (9) IGN
8) Como conseguiu<tentou> marcar o atendimento? <i>Ler Opções</i> (1)Fila de espera/Ficha (2)Marcação por telefone (3)Outro tipo de marcação (Qual: _____) (8) NSA (9) IGN
9) Qual foi o motivo da <tentativa de>consulta com o dentista? (1)Rotina/manutenção (2) Estava com dor (3) Estava com sangramento ou inflamação na gengiva (4) Estava com cárie/restauração/obturação (5) Tinha alguma ferida, caroço ou manchas na boca (6) Estava com o rosto inchado (7) Precisava fazer tratamento de canal (8) Precisava arrancar algum dente (9) Tinha que fazer uma dentadura nova (10) Outros _____. (88) NSA (99) IGN
10) A sua última<tentativa de> consulta com dentista foi por algum convênio, particular ou serviço público? <i>Responder questão 10 apenas se a resposta da questão</i> (1) Serviço Público (2) Serviço Particular (3) Convênio (8) NSA (9) IGN

Figura 7. Questionário utilizado na coleta de dados

2 RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

MESTRADO EM EPIDEMIOLOGIA



RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

CONSÓRCIO DE PESQUISA 2013/2014

Pelotas - RS

2014

1 INTRODUÇÃO

O Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), foi criado em 1991 e foi o primeiro da área de Saúde Coletiva a receber nota “7”, conceito máximo da avaliação da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), sendo considerado de excelência no padrão internacional.

Desde 1999 o PPGE realiza, bianualmente, o “Consórcio de Pesquisa”, que consiste em um estudo transversal, de base populacional realizado na zona urbana do município de Pelotas, no sul do Rio Grande do Sul¹. Essa pesquisa, contribui com a redução do tempo de trabalho de campo e otimiza os recursos financeiros e humanos. Além disso, visa compartilhar entre os alunos a experiência em todas as etapas de um estudo epidemiológico resultando nas dissertações dos mestrando se ainda, retratando a situação de saúde da população da cidade.

Ao longo de quatro bimestres, através das disciplinas de Prática de Pesquisa I a IV, ofertadas pelo PPGE, ocorre o planejamento do estudo populacional, desde a escolha dos temas até a planificação e execução do trabalho de campo. Em 2013/14, a pesquisa contou com a supervisão de 18 mestrandos do PPGE, sob a coordenação de três docentes do Programa: Dra. Maria Cecília Assunção, Dra. Helen Gonçalves e Dra. Elaine Tomasi. Neste ano o estudo de base populacional teve um diferencial, pois foi realizado apenas com a população idosa da cidade, indivíduos com 60 anos ou mais, no qual foram investigadas informações demográficas, socioeconômicas e comportamentais, juntamente com temas específicos de cada mestrando (Tabela 1). Além da aplicação do questionário, foram realizados testes, medidas antropométricas e medida de atividade física através de um aparelho (acelerômetro) com os idosos, sendo essas medidas parte dos estudos de alguns mestrandos. O peso e altura do joelho possibilitaram a medida de Índice de Massa Corporal (IMC), através de uma fórmula específica, que foi a única comum a todos os mestrandos.

Tabela 1. Descrição dos alunos, áreas de graduação e temas do Consórcio de Pesquisa do PPGE. Pelotas, 2013/2014.

Mestrando	Graduação	Tema de Pesquisa
Ana Paula Gomes dos Santos	Nutrição	Comportamento alimentar
Andrea WendtBöhm	Educação Física	Suporte social para atividade física
Bárbara Heather Lutz	Medicina	Uso de medicamentos inadequados
Camila Garcez Ribeiro	Odontologia	Perda dentária e uso de prótese
Caroline Dos Santos Costa	Nutrição	Obesidade geral e abdominal
Fernanda Ewerling	Economia	Avaliação temporal da posse de bens
Fernando Pires Hartwig	Biotecnologia	Consumo de leite e intolerância à lactose
Giordano Santana Sória	Odontologia	Falta de acesso e utilização de serviço odontológico
Isabel Oliveira Bierhals	Nutrição	Dependência para comer, comprar e fazer as refeições
Luna Strieder Vieira	Nutrição	Risco nutricional
Maurício Feijó da Cruz	Educação Física	Simultaneidade de fatores de risco para doenças crônicas
Natália Limões Hellwig	Psicologia	Sintomas depressivos
Natália Peixoto Lima	Nutrição	Ambiente domiciliar e fatores de risco para queda
Rosália Garcia Neves	Enfermagem	Vacinação contra <i>influenza</i>
Simone FaríasAntúnes Reis	Nutrição	Fragilidade em idosos
Thaynã Ramos Flores	Nutrição	Orientações sobre hábitos saudáveis
Thiago Gonzalez Barbosa	Medicina	Prevalência de Sarcopenia
Vanessa Iribarrem Miranda	Farmácia	Utilização do programa Farmácia Popular

Através dos projetos individuais de cada mestrando, foi elaborado um projeto geral intitulado “Avaliação da saúde de idosos da cidade de Pelotas, RS, 2013”. Este projeto geral, também chamado de “projeto”, contemplou o delineamento do estudo, os objetivos e as justificativas de todos os temas de pesquisa, além da metodologia, processo de amostragem e outras características da execução do estudo. O projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina (FAMED) da UFPel através da Plataforma Brasil no dia 19 de novembro, com a obtenção do número de protocolo:201324538513.1.0000.5317. No dia posterior ao envio, o projeto foi aprovado pelo CEP.

2 COMISSÕES DO TRABALHO DE CAMPO

O Consórcio de Pesquisa busca integrar todos os mestrandos para o trabalho em grupo, para isso foram estabelecidas comissões e responsáveis por cada uma a fim de garantir melhor preparação da pesquisa e bom andamento do trabalho de campo. Essas comissões eram compostas por todos os mestrandos, podendo os mesmos estar inseridos em mais de uma delas. Ainda, os alunos pertencentes à *Wellcome Trust* ficaram envolvidos com o trabalho do Consórcio de 2013/14, embora suas dissertações não tenham sido feitas com os dados coletados nesta pesquisa. As comissões, os responsáveis e as suas atribuições estão listadas abaixo:

Elaboração do questionário: Bárbara Lutz; Thaynã Flores.

Essa comissão foi responsável pela elaboração do questionário comum à todos os mestrandos, pela organização dos instrumentos de cada mestrando e pela elaboração do controle de qualidade.

Logística e trabalho de campo: Gary Joseph; Giordano Sória; Isabel Bierhals; Natália Hellwig.

Foi responsável pela contratação de uma secretária, pela aquisição e controle do material utilizado em campo. Ainda, organizou seleção das candidatas para executarem a contagem dos domicílios (“bateção”) e para a função de entrevistadoras e, também, auxiliou na organização dos treinamentos.

Elaboração do “Projeto”: Ana Paula Gomes; Camila Garcez.

responsável pela elaboração do projeto geral enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa, com base em itens dos projetos de cada mestrando.

Financeiro: Fernanda Ewerling; Fernando Hartwig; Isabel Bierhals.

Responsável pelo orçamento e controle das finanças do Consórcio de Pesquisa.

Amostragem e banco de dados: Andrea Böhm; Caroline Costa; Leidy Ocampo; Luna Vieira; Maurício da Cruz; Simone Farías.

Essa comissão foi responsável por organizar os dados para a realização do processo de amostragem da pesquisa, sendo esses dados os mapas e setores censitários. Além disso, organizaram todo o questionário na versão digital utilizando o *software* Pendragom®Forms VI e sua inserção em todos os *netbooks* utilizados no trabalho de campo. Após o início da pesquisa, semanalmente, os integrantes da comissão se organizaram em escalas de plantão para realizar a transferência das entrevistas para o servidor e gerenciamento do banco de dados, executando todas as alterações necessárias e corrigindo as inconsistências disponibilizadas pela comissão das planilhas. Por fim, essa comissão foi responsável, também, pela versão final do banco de dados que foi utilizado por todos os mestrados em suas análises.

Divulgação do trabalho de campo: Giordano Sória; Rosália Neves; Thiago Silva.

Responsável pela divulgação da pesquisa para a população através dos meios de comunicação existentes, juntamente com o setor de imprensa do Centro de Pesquisas Epidemiológicas (CPE). Ainda, essa comissão auxiliou na elaboração do material com os resultados finais da pesquisa a serem devolvidos aos participantes.

Elaboração do relatório de trabalho de campo: Rosália Neves; Thaynã Flores.

Foi responsável pelo registro de todas as informações relevantes das reuniões e pela elaboração do relatório do trabalho de campo do Consórcio de Pesquisa do PPGE.

Elaboração do manual de instruções: Thiago Silva; Vanessa Miranda.

Responsável pela elaboração de um manual de instruções contendo todas as informações sobre o instrumento geral, procedimentos genéricos durante a entrevista e instruções para cada pergunta dos questionários dos mestrados.

Controle de planilhas: Fernanda Ewerling; Natália Lima.

Essa comissão foi responsável pelo controle de entrevistas de cada setor, sendo que as informações eram obtidas de cada mestrado, semanalmente, para que a planilha ficasse atualizada. Essa planilha possuía informações sobre número de domicílios visitados, número de idosos, número de domicílios sem idosos, número de entrevistas realizadas, controles de qualidades feitos e pendências de entrevistas ou de setores. Ainda, foi responsável pelo controle de inconsistências das entrevistas que eram enviadas para o mestrado responsável

pela entrevistadora, solucionado e devolvido para a comissão do banco de dados para a correção.

3 QUESTIONÁRIOS

As questões referentes aos aspectos socioeconômicos foram incluídas no instrumento “Bloco B”, sendo referente ao bloco domiciliar. As questões demográficas, comportamentais e específicas do instrumento de cada mestrando foram incluídas no questionário geral, denominado “Bloco A” ou bloco individual.

O Bloco A era respondido por indivíduos com 60 anos ou mais, pertencentes à pesquisa. Esta parte foi composta por 220 questões, incluindo aspectos demográficos e questões específicas do instrumento de cada mestrando, como: atividade física, estilo de vida, presença de doenças, alimentação e nutrição, utilização dos serviços de saúde, vacinação contra a gripe, consultas com o dentista, utilização de prótese dentária, acesso e utilização de medicamentos, ajuda para alguma atividade de vida diária e depressão. Além disso, continha os testes e medidas que foram realizados durante a entrevista (teste de marcha, levante e ande e da força manual; medidas de peso, altura do joelho e circunferência da cintura). Também foi coletada saliva apenas em idosos nascidas nos meses de janeiro, março, maio, junho, agosto, setembro, outubro e dezembro.

O Bloco B foi respondido apenas por uma pessoa, preferencialmente o chefe da família, podendo ser ou não o(a) idoso(a). Esse bloco continha 31 perguntas referentes aos aspectos socioeconômicos da família e posse de bens.

4 MANUAL DE INSTRUÇÕES

A elaboração do manual de instruções auxiliou no treinamento e eventualmente nas entrevistas durante o trabalho de campo. Cada entrevistadora possuía uma versão impressa do manual e para agilizar no momento da entrevista ainda tinha nos *netbooks* uma versão digital do documento.

O manual continha informações necessárias para cada questionário, incluindo orientações sobre o que se pretendia coletar de dados, tendo a explicação da pergunta e opções de resposta além de instruções nos casos em que as opções deveriam ser lidas ou não.

Ainda, continha as definições de termos utilizados no questionário, a escala de plantão com o telefone de todos os supervisores e cuidados com a manipulação do *netbook*.

5 AMOSTRA E PROCESSO DE AMOSTRAGEM

Nos projetos individuais, cada mestrando calculou o tamanho de amostra necessário para o tema de interesse, tanto para estimar número necessário para prevalência quanto para as possíveis associações. Em todos os cálculos foram considerados 10% para perdas e recusas com acréscimo de 15% para cálculo de associações, tendo em vista o controle de possíveis fatores de confusão, e ainda, o efeito de delineamento amostral dependendo de cada tema. Na oficina de amostragem realizada nos dias 16 e 17 de outubro de 2013 coordenada pelos professores Aluísio Jardim Dornellas de Barros e Maria Cecília Formoso Assunção, foi definido o maior tamanho de amostra necessário ($n=1.649$) para que todos os mestrandos tivessem a possibilidade de estudar os seus desfechos, levando em consideração as questões logísticas e financeiras envolvidas.

O processo de amostragem foi realizado em dois estágios. Inicialmente, foram selecionados os conglomerados através dos dados do Censo de 2010². No total tinham 488 setores, porém em razão de haver setores com número muito pequeno de indivíduos com 60 anos ou mais, em comparação aos outros, alguns foram agrupados, restando 469 setores que foram ordenados, de acordo com a renda média dos setores, para a realização do sorteio. Esta estratégia garantiu a inclusão de diversos bairros da cidade e com situações econômicas distintas. Cada setor continha informação do número total de domicílios, organizados através do número inicial e número final, totalizando 107.152 domicílios do município. Sendo assim, com base no Censo de 2010, para encontrar os 1.649 indivíduos foi necessário incluir 3.745 domicílios da zona urbana do município de Pelotas. Definiu-se que seriam selecionados sistematicamente 31 domicílios por setor para possibilitar a identificação de, no mínimo, 12 idosos nos mesmos, o que implicou na inclusão de 133 setores censitários. Os domicílios, dos setores selecionados, foram listados e sorteados sistematicamente.

A comissão de amostragem e banco de dados providenciou os mapas de todos os setores sorteados e estes foram divididos entre os 18 mestrandos, ficando cada um responsável por, em média, sete setores censitários.

6 SELEÇÃO E TREINAMENTO DAS ENTREVISTADORAS

Para o reconhecimento dos setores e contagem dos domicílios, realizou-se uma seleção de pessoal para compor a equipe do trabalho de campo. Foi realizada uma pré-divulgação da abertura das inscrições para a função de “batedora” na rede social *Facebook* e site do Centro de Pesquisas Epidemiológicas (CPE) a partir do dia 14 de outubro de 2013. A divulgação do edital iniciou no dia 21 de outubro de 2013 e foi realizada por diversos meios, como: *web site* da Universidade Federal de Pelotas e do CPE, no jornal *Diário da Manhã*, cartazes nas faculdades e via *Facebook* do PPGE e dos mestrandos. As inscrições foram encerradas no dia 1º de novembro de 2013.

Como critérios de seleção para as candidatas às vagas de “batedora” e posteriormente entrevistadora, foram utilizados os seguintes critérios: ser do sexo feminino, ter o ensino médio completo e disponibilidade de tempo para realização do trabalho. Outras características, também, foram consideradas, como: experiência prévia em pesquisa, desempenho no trabalho no reconhecimento dos setores, aparência, carisma, relacionamento interpessoal e indicação por pesquisadores do programa. Nesse edital, inscreveram-se 157 pessoas. A seleção das entrevistadoras foi realizada com base em experiências prévias em pesquisa, disponibilidade de tempo e apresentação das candidatas, resultando em 77 pré-selecionadas.

O treinamento para o reconhecimento dos setores censitários foi realizado em novembro de 2013, tendo 4 horas de duração e ao final a aplicação de uma prova teórica, a qual serviu como critério de seleção para a realização do reconhecimento dos setores censitários que fizeram parte do consórcio de pesquisa do PPGE 2013/14. Das 77 selecionadas, 67 compareceram no dia do treinamento. Sendo que após a realização da prova teórica permaneceram 36. Cada mestrando contou com 2 mulheres para realizar o reconhecimento de cada setor. Este processo, chamado de “bateção”, iniciou em novembro de 2013 e foi até o início de dezembro do mesmo ano, identificando todos os domicílios pertencentes aos setores correspondentes. Além do endereço completo foi, também, registrada a situação do domicílio, ou seja, se era residencial, comercial ou desocupado. Cada mestrando realizou o controle de qualidade (CQ) nos setores sob sua responsabilidade logo quando o reconhecimento foi feito, sendo uma revisão aleatória de alguns domicílios, a observação do ponto inicial e final do setor e recontagem dos domicílios. Cada batedora recebeu R\$ 60,00 por setor adequadamente reconhecido, sendo pago somente após o CQ feito pelo supervisor.

As 29 batedoras que permaneceram até o final do reconhecimento dos setores, foram chamadas para o treinamento do questionário e padronização das medidas que iniciou em janeiro de 2014. De acordo com a logística do trabalho de campo, seria necessário no mínimo de 30 entrevistadoras. Além destas, foram chamadas outras previamente indicadas por pesquisadores e vindas de outras pesquisas que estavam sendo realizadas concomitante.

O treinamento para as entrevistas iniciou no dia 08/01/2014 pela manhã, sendo que 23 entrevistadoras foram convocadas. O mesmo foi realizado pelos mestrandos do programa, onde cada um apresentou suas questões a fim de garantir melhor desempenho das entrevistas. Após a realização da prova teórica, 11 entrevistadoras foram selecionadas para a padronização de medidas de altura do joelho, circunferência da cintura, peso e circunferência da panturrilha. Durante a padronização uma entrevistadora desistiu, restando 10 para serem divididas, onde optou-se por uma organização em duplas de mestrandos.

O trabalho de campo iniciou no dia 28/01/2014 e após o terceiro dia três entrevistadoras desistiram. Diante do número reduzido de entrevistadoras em campo, os mestrandos e responsáveis pelo consórcio de pesquisas do PPGE optaram por realizar uma nova seleção de entrevistadoras. O edital para inscrições foi realizado da mesma maneira que o primeiro e ficou disponível para inscrição do dia 31/01 até 07/02 de 2014. Sendo assim, 65 entrevistadoras se inscreveram e optou-se por chamar todas para este segundo treinamento. No dia 11/02/2014 iniciou o novo treinamento, com as 65 inscritas. Após o primeiro dia 20 destas permaneceram e restaram 14 para a padronização de medidas, tendo uma desistência totalizando em 13 entrevistadoras ao final. O treinamento e padronização de medidas tiveram duração de 2 semanas, utilizando os turnos da manhã e tarde.

7 ESTUDO PILOTO

O estudo piloto com as entrevistadoras selecionadas na primeira etapa foi realizado no dia 24/01/2014 em um setor não sorteado para a pesquisa, sendo realizado em um dos condomínios da Cohabpel durante manhã e tarde deste dia. Um mestrando de cada dupla responsável pela entrevistadora acompanhou a entrevista e realizou uma avaliação padrão, que também foi considerada mais uma etapa da seleção das mesmas. Após o estudo piloto, foi realizada uma reunião com os mestrandos para a discussão de situações encontradas em campo e possíveis erros nos questionários. As modificações necessárias foram realizadas pela comissão do questionário, manual e banco de dados antes do início do trabalho de campo.

No dia 24/02/2014, exatamente um mês após o primeiro, foi realizado outro estudo piloto, também no condomínio Cohabpel no período da tarde como forma de seleção das entrevistadoras que participaram do treinamento de questões e padronização de medidas da segunda etapa. Foi discutido entre a turma, após ambos estudos pilotos, sobre o desempenho das candidatas e questões que precisavam ser reforçadas antes do início do trabalho.

8 LOGÍSTICA E TRABALHO DE CAMPO

O início do trabalho de campo deu-se no dia 28/01/2014, inicialmente as entrevistadoras recebiam os vales-transportes e visitavam por conta os domicílios referentes aos setores dos seus mestrados responsáveis. Porém, devido ao reduzido número de entrevistadoras e algumas desistências que ocorreram entre as primeiras selecionadas e, também, para agilizar o trabalho de campo a logística foi reorganizada contando com o auxílio de uma van da UFPel que levava as entrevistadoras nos setores selecionados para a pesquisa. Para isso, o trabalho de campo foi realizado por bairros e respectivos setores, com todas as entrevistadoras juntas permanecendo cada mestrado como responsável pelos setores previamente sorteados e pelas entrevistadoras. Os critérios foram os mesmos em ambos os treinamentos. Esta van da UFPel iniciou ao final do mês de fevereiro (27/02/2014) e permaneceu até o final do campo, agosto (02/08/2014), foram 114 dias trabalhados para o Consórcio de Pesquisas do PPGE.

Em todos os domicílios sorteados foi aplicado um questionário de composição familiar (CF), no qual eram registrados: nome e idade de todos os moradores e contato telefônico (fixo e/ou celular). Onde havia algum morador com 60 anos ou mais, essa pessoa era convidada a participar da pesquisa no momento, através de uma carta de apresentação, e se no momento, não fosse possível era agendado o melhor horário.

Nos domicílios em que não tinham moradores com 60 anos ou mais, era aplicado um questionário sobre a posse de bens a cada dois domicílios, ou seja, no primeiro que fosse aplicado o questionário de composição familiar e não houvesse idosos aplicava-se o questionário de composição familiar e posse de bens. No segundo que não tivesse idosos, não se aplicava o questionário de posse de bens (apenas o de composição familiar). No terceiro, aplicavam-se ambos, e assim por diante. Esta parte, em domicílios sem idosos, foi realizada por ser o tema de pesquisa de uma mestranda (Figura 1).

Inicialmente, as CF eram aplicadas pelas entrevistadoras juntamente com o questionário de posse de bens, realizado a cada dois domicílios sem idosos. Essa parte da pesquisa foi obtida remuneração extra às entrevistas. Após o término das CF de todos os setores de um bairro iniciou-se a etapa de entrevistas, as quais foram agendadas por telefone, ou pessoalmente, e distribuídas para as entrevistadoras de forma homogênea.

Tendo em vista a nova logística, durante o trabalho de campo a escala de plantões teve que ser reorganizada tendo dois mestrandos por dia, um que ia na van, organizando a rota e auxiliando as entrevistadoras, e outro que agendava as entrevistas e organizava a demanda recebida na sala do consórcio.

Diante das necessidades em identificar idosos em outros setores, de outros bairros, os mestrandos assumiram as CF, indo nos domicílios para fazer a identificação dos moradores e entregada carta de apresentação em casos de presença de idoso além da aplicação das questões de posse de bens. Essa mudança foi um consentimento geral entre a turma a fim de otimizar o tempo do trabalho de campo. Sendo assim, outros setores foram abertos e as entrevistadoras ficaram responsáveis somente pelas entrevistas com idosos que, na maioria das vezes, eram previamente agendadas.

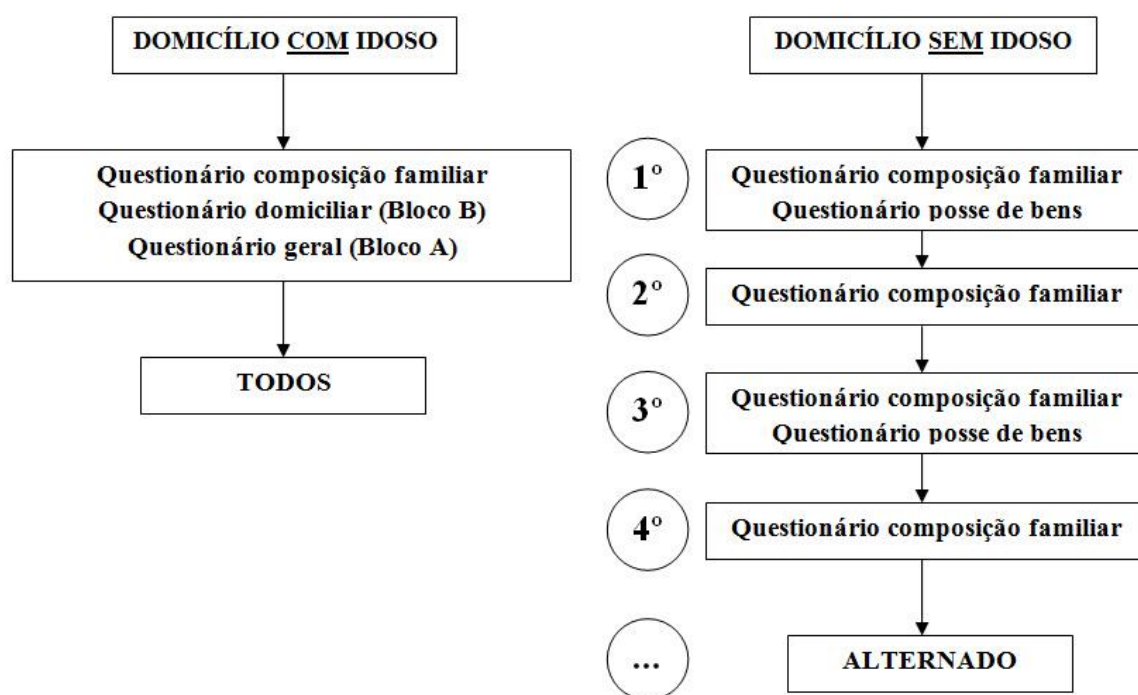


Figura 1. Fluxograma do funcionamento das composições familiares em domicílios com e sem idosos (60 anos ou mais). Consórcio de Pesquisa do PPGE, 2014. Pelotas, RS.

9 LOGÍSTICA DOS ACELERÔMETROS

Durante o trabalho de campo, todos os idosos entrevistados eram contatados para a entrega de um aparelho que mede a atividade física, o acelerômetro, sendo de interesse de dois mestrados da área. O modelo utilizado na coleta de dados foi o GENEActive®, o qual deveria ser utilizado durante sete dias. O dispositivo deveria ser colocado no pulso do membro superior não dominante, durante as 24 horas do dia, incluindo o banho e as horas de sono, após esse período o dispositivo era recolhido para o download e análise dos dados.

Quanto à marcação e entrega para a colocação, o agendamento era feito diariamente. O responsável por esta tarefa marcava as colocações de segunda-feira a sábado e repassava para o entregador o qual levava o aparelho até o domicílio dos idosos. No momento da entrega o aparelho era ativado. O recolhimento se dava sete dias após a colocação, o responsável pelos agendamentos marcava com o indivíduo e o entregador buscava o dispositivo nos domicílios dos idosos.

Para os agendamentos e recolhimentos, todos entrevistados foram contatados via telefone após a entrevista. O recolhimento e a entrega dos dispositivos eram realizados de forma simultânea, o entregador saía do Centro de Pesquisas com duas listas, uma lista de idosos que completaram os sete dias de coleta e, portanto, deveriam entregar o acelerômetro, e uma lista de idosos marcados para a colocação do dispositivo.

10 CONTROLE DE QUALIDADE

Para garantir a qualidade dos dados coletados foi feito treinamento das entrevistadoras, elaboração de manual de instruções, verificação semanal de inconsistências no banco de dados e reforço das questões que frequentemente apresentavam erros. Além disso, os mestrados participaram ativamente do trabalho de campo fazendo o controle direto de diversas etapas.

Já na primeira etapa onde foi feito o reconhecimento dos setores pelas “batedoras” os mestrados realizaram um controle de qualidade checando a ordem e o número dos domicílios anotados na planilha além de selecionar aleatoriamente algumas residências para verificar se as mesmas foram visitadas.

Após a realização das entrevistas, através do banco de dados recebido semanalmente, eram sorteados 10% dos indivíduos para aplicação de um questionário reduzido, elaborado pela comissão do questionário, contendo 19 questões. Este controle era feito pelos mestrados

por meio de revisita aos domicílios sorteados, afim de identificar possíveis problemas no preenchimento dos questionários e calcular a concordância, através da estatística Kappa, entre as respostas.

11 RESULTADOS GERAIS

A coleta dos dados terminou no dia 02 de agosto de 2014 com oito entrevistadoras em campo. O banco de dados trabalhou durante duas semanas, após o final do trabalho de campo, para a entrega do banco final contendo todas as informações coletadas e necessárias para as dissertações dos mestrandos. Durante todo o trabalho de campo foram realizadas, periodicamente, reuniões entre os mestrandos, professoras supervisoras e entrevistadoras visando o repasse de informações, tomada de decisões, resolução de dificuldades e avaliação da situação do trabalho. No dia 19 de agosto foi realizada a última reunião do Consórcio de Pesquisas do ano de 2013/2014, entre mestrandos e coordenadoras da pesquisa, para entrega dos resultados finais e atribuições de cada comissão.

Ao final do trabalho de campo foram contabilizadas 1.451 entrevistas com idosos, sendo 63% (n= 914) do sexo feminino e 37% (n= 537) do masculino. O número de idosos encontrados foi de 1.844, totalizando 21,3% (n= 393) de perdas e recusas, sendo a maioria do sexo feminino (59,3%) e com faixa etária entre 60-69 anos (59,5%), conforme descrito na tabela 2. O percentual atingido, ao final do trabalho de campo, foi de 78,7% com o número de idosos encontrados (1.844) e de 88% considerando o número de idosos que se pretendia encontrar inicialmente (1.649).

Fizeram parte da pesquisa 4.123 domicílios dos 133 setores sorteados, sendo 3.799 visitados tendo 1.379 domicílios com indivíduos de 60 anos ou mais. Em relação ao estudo de uma mestranda sobre índice de bens, foram realizadas 886 listas de bens nos domicílios sem idosos, conforme a logística apresentada anteriormente. O percentual de CQ (10%) foi atingido, ao final, sendo realizados 145 controles.

Tabela 2. Descrição das perdas e recusas segundo sexo e idade. N=393. Pelotas, RS.

Variáveis	N(%)
Sexo	
Masculino	159 (40,5)
Feminino	233 (59,3)
Sem informação	1 (0,2)
Faixa etária	
60-69	234 (59,5)
70-79	90 (22,9)
80 ou mais	67 (17,1)
Sem informação	2 (0,5)

12 CRONOGRAMA

As atividades do Consórcio tiveram início em outubro de 2013 e terminaram em agosto de 2014.

Atividades	2013			2014							
	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago
Oficina de amostragem											
Entrega do projeto ao CEP da FAMED, UFPEL											
Reconhecimento dos setores											
Elaboração do questionário e manual de instruções											
Treinamento das entrevistadoras											
Estudo Piloto											
Realização do trabalho de campo											

13 ORÇAMENTO

O Consórcio de Pesquisa foi financiado por três diferentes fontes: recursos provenientes do Programa de Excelência Acadêmica (PROEX) da CAPES, repassados pelo PPGE, no valor de R\$ 82.500,00e recursos dos mestrandos no valor de R\$ 8.100,00. No total, foram disponibilizados R\$ 85.228,05 gastos conforme demonstrado abaixo (Tabelas 3 e 4).

Tabela 3. Gastos finais da pesquisa com recursos disponibilizados pelo programa para a realização do consórcio de mestrado 2013/2014.

Item	Quantidade	Custo total (R\$)
Vale-transporte	7.072	20.430,50
Pagamento da secretária	11 meses	9.393,34
Pagamento das entrevistas	1.452	37.729,00
Pagamento da bateção	134	8.340,00
Camisetas/serigrafia	80	1.160,00
Cópias/impressões	50.000	4.000,00
Total	-	81.052,84

Tabela 4. Gastos finais da pesquisa com recursos disponibilizados pelos mestrandos do programa para a realização do consórcio de mestrado 2013/2014.

Itens	Quantidade	Custo total (R\$)
Seguro de vida entrevistadoras	21	1.485,78
Mochilas	20	960,00
Antropômetros	20	795,00
Material de escritório	-	606,43
Coquetel final de trabalho de campo	-	298,00
Divulgação	-	30,00
Total		4.175,21

REFERÊNCIAS

1. Barros AJD, Menezes AMB, Santos IS, Assunção MCF, Gigante D, Fassa AG, et al. O Mestrado do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da UFPel baseado em consórcio de pesquisa: uma experiência inovadora. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2008;11:133-44.
2. IBGE. Censo Brasileiro 2010. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2011.

3 RELATÓRIO PARA A IMPRENSA

OS IDOSOS POSSUEM ACESSO À CONSULTA COM DENTISTA NA CIDADE DE PELOTAS?

O acesso aos serviços de saúde traz consequências benéficas à saúde das populações, principalmente para a população idosa. Em relação à saúde bucal, os idosos apresentam-se como um grupo importante devido à histórica falta de atenção das políticas públicas para esse grupo etário.

Nos últimos 10 anos houve um aumento considerável de recursos públicos e particulares na rede de saúde odontológica de Pelotas. A contratação de mais dentistas pela prefeitura, além da criação das chamadas “clínicas populares” (com custo menor para o usuário) pode ter possibilitado o aumento do acesso principalmente para a população com menor poder aquisitivo. O acesso e utilização de serviços odontológicos por idosos de Pelotas foram avaliados em um estudo realizado entre janeiro e julho de 2014, conduzido pelo dentista Giordano Sória, mestrando do Programa de Pós Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, sob orientação do Prof. Dr. Luiz Augusto Facchini.

A investigação avaliou o número de idosos que buscaram e conseguiram ser atendidos além do número de idosos que ficaram sem atendimento de saúde bucal após buscarem serviços de saúde. Foram entrevistados 1451 indivíduos de 60 anos ou mais de ambos os sexos sendo que, aproximadamente, 40% dos idosos consultaram com dentista no último ano, e apenas 2% de quem buscou atendimento, não conseguiu ser atendido. Além disso os resultados sugerem que idosos mais jovens e mais escolarizados consultaram mais com o dentista. A classe econômica dos idosos não influenciou a utilização dos serviços odontológicos diferente de outros trabalhos feitos no Brasil. Dessa forma, o aumento da rede verificado nos últimos anos na cidade, seja com políticas públicas ou com o ingresso de clínicas particulares mais acessíveis, sugere melhorias no acesso aos serviços de saúde bucal para a população idosa, principalmente entre os mais pobres.

4 ARTIGO ORIGINAL

Este artigo será submetido à Revista de Saúde Pública. As normas deste periódico estão apresentadas nos Anexos do volume.

Acesso a serviços de saúde bucal por idosos de Pelotas-RS

Access to oral health service by elderly in Pelotas-RS

Giordano Santana Sória¹

Bruno Pereira Nunes¹

Luiz Augusto Facchini¹

¹ Departamento de Medicina Social. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas.

Correspondência:

Giordano Santana Sória

Av. Duque de Caxias, 250 (3º andar)

Pelotas – RS, Brasil - Cep: 96030-000

Telefone: 53. 33092400

Artigo baseado em dissertação de Mestrado em Epidemiologia. Título da dissertação: “Falta de acesso e utilização de serviços de saúde bucal por idosos de Pelotas-RS”. Instituição / ano: Universidade Federal de Pelotas/2014

RESUMO

Objetivo: Medir a falta de acesso e a utilização dos serviços de saúde bucal por idosos de Pelotas-RS. **Métodos:** O estudo transversal de base populacional foi realizado no ano de 2014, na zona urbana do município, incluindo indivíduos com 60 anos e mais. Variáveis sociodemográficas e de necessidade de tratamento individual autorreferidas foram comparadas com os desfechos foi utilizado Regressão de Poisson para as análises bruta e ajustada **Resultados:** Foram entrevistados 1451 idosos, mediante um questionário estruturado. Falta de acesso no último ano alcançou uma prevalência de 1,8% IC(0,7:2,95). Idosos que nunca consultaram somaram 3,1% IC(2,2:0,40) e a utilização de serviços de saúde bucal no último ano teve prevalência de 38,3% IC(0,36: 0,41). A utilização no último ano apresentou associação positiva com as seguintes variáveis: faixa etária mais jovem (RP 1,16), ter companheiro (RP 1,28), alta escolaridade (RP 1,31), problema na boca ou nos dentes (RP 1,93), necessidade de prótese dentária (RP 1,36) e ser edentulo (RP 3,11). **Conclusão:** A falta de acesso no último ano foi baixa. A utilização de serviços de saúde bucal foi mais alta do que a observada em outros estudos. Os achados parecem refletir a expansão dos serviços de saúde bucal no município, particularmente na rede pública, sendo úteis para as ações de planejamento das políticas de saúde.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde, equidade no acesso, serviços de saúde bucal, serviços de saúde para idosos, assistência a idosos

Abstract

Aim: To measure the lack of access and the use of oral health services by elder people in Pelotas-RS. **Methods:** Cross-sectional population based study conducted by household interview with 1.451 subjects with 60 years old or more, in a medium-sized city in southern Brazil. Sociodemographic variables were used to assess the association with outcomes. It was used Poisson regression to the crude and adjusted analyzes. **Results:** A total of 1451 elders were interviewed throughout a structured questionnaire. The lack of access in the last year reached prevalence of 1.8%. Elders who have never consulted before added 3.1% and the use of oral health services in the last year had a prevalence of 38.3%. The last year's use presented a positive association with the following variables: to be on a younger age, have a partner, have high education, refer problems in the mouth, have a necessity for dental prosthesis and be toothless.

Conclusions: The lack of access in the last year was considerably low. The use of oral health services was higher than the one observed in other studies. The findings seem to reflect the expansion of oral health services in the city, particularly in the public health system, which are useful for the planning actions for the health policies.

Keywords: Dental care for the aged, health services accessibility, health services research, health services for aged

Introdução

O acesso aos serviços é um dos principais objetivos dos sistemas de saúde, sendo alvo de amplo debate por gestores e acadêmicos após a reforma sanitária brasileira. Essa discussão se tornou mais intensa após mudanças políticas e sociais realizadas no Brasil que culminaram com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que garante a universalidade como um direito do cidadão.¹ Entretanto, a operacionalização do acesso em pesquisas populacionais ainda é empregada de forma imprecisa e variada, confundindo-se com o conceito de utilização dos serviços de saúde.^{19, 25}

Existe uma intersecção entre os conceitos de acesso e utilização, sendo o primeiro relativo ao direito pleno de ingresso no sistema de saúde sem obstáculos físicos, financeiros ou culturais, decorrentes de uma necessidade percebida.^{8, 19, 25} Já a utilização dos serviços de saúde representa o acesso efetivado, a obtenção da busca por atendimento, resultando do comportamento do indivíduo, que procura cuidados e de características do serviço, tanto organizacionais, quanto dos profissionais, que conduzem o usuário pelo sistema. Ainda que utilização seja considerada por alguns autores um *proxy* de acesso, informações sobre os indivíduos que não conseguiram acessar os serviços são escassas, possivelmente a principal justificativa para isso seja a dificuldade de operacionalização desse tema nas pesquisas.^{1, 25}

Serviços de saúde bucal foram, historicamente, de forma prioritária ofertados a escolares e frequentemente voltavam suas atenções para o público mais jovem; desta forma, a condição de saúde bucal encontrada em idosos no Brasil poderia ser mais satisfatória, embora esse grupo seja beneficiado com algumas políticas públicas planejadas para toda a população, como a fluoretação da água, ainda existe pouca oferta de programas específicos para tais grupos.¹⁰ A carência de políticas públicas em relação a população idosa além de a dificuldade de acesso odontológico para faixas etárias, aumentam seu grau de importância tendo em vista

¹Brasil. Lei 8080: Lei Orgânica da Saúde. Diário Oficial da União. 1990.

o rápido envelhecimento populacional observado no Brasil, nas últimas décadas.² Além da condição odontológica insatisfatória dessa população.⁶

Segundo a OMS, a situação de saúde bucal dos idosos é precária em muitos lugares do mundo, principalmente devido à falta de cuidado odontológico adequado, negligenciado por políticas públicas específicas⁶. O Brasil tem tentado, com relativo sucesso, enfrentar o problema, inclusive realizando levantamentos epidemiológicos em nível nacional, que quantificam as necessidades de saúde bucal e a capacidade de resposta dos serviços.^{3,4} Tais levantamentos indicaram importantes diferenças regionais em termos de utilização dos serviços de saúde bucal por idosos, como 22% de uso no último ano para idosos na região norte e 31% para região sudeste, além disso idosos que nunca consultaram esses serviços somam 28,5% no norte e 9,1% no sul do Brasil^d. Somado a isso, existe uma convergência dos resultados de algumas pesquisas que evidenciam menor utilização por populações mais pobres.^{9, 14, 16}

Um dos esforços de maior destaque em termos de política pública, para aumentar o acesso e a utilização de serviços de saúde bucal, foi a inserção do dentista na Equipe de Saúde da Família(ESF), através das equipes de saúde bucal(ESB), tal política pretende a menor concentração dos profissionais nos grandes centros e o maior número de profissionais no Sistema único de Saúde⁷.

Considerando a escassez de informações sobre o acesso aos serviços de saúde no país e o envelhecimento populacional decorrente da transição demográfica,^b esse trabalho objetiva medir a falta de acesso e a utilização dos serviços de saúde bucal por idosos da zona urbana do município de Pelotas-RS.

Métodos

² Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dados do Censo 2010 publicados no Diário Oficial da União do dia 04/11/2010. Brasília; 2010[citado 2024 dez 08]. Disponível em:http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php

³ Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB - Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados principais. Brasília; 2005[citado 2012 mar 9].(Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em:http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0053_M.pdf

⁴ Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB - Brasil 2010

A população de Pelotas, segundo o Censo 2010, a população com mais de 60 anos é composta por 60% de mulheres e 23% dos idosos tem mais de 75 anos, em relação a população total do município 80% se declara com cor de pele branca e 57% dos municípios estão na classificação econômica C. Em termos de rede de saúde bucal, segundo dados da Sala de apoio a gestão estratégica (Sage) a cidade possui 2 centros de especialidades odontológicas (Jequitibá e Sorrir), 1 laboratório regional de prótese dentária que até outubro de 2014 havia confeccionado 1073 próteses dentárias para a população, existem 52 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e 16 delas possuem Equipe de Saúde Bucal (ESB). Além disso, nos últimos 10 anos houve um aumento do número de clínicas populares, que possuem orçamento de baixo custo ou facilitado.

Este trabalho integra o consórcio de pesquisa 2013/14 do Programa de Pós Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas. A pesquisa utilizou delineamento transversal de base populacional. O processo de amostragem foi realizado em dois estágios. Inicialmente, foram selecionados os conglomerados (setores censitários) através dos dados do Censo Demográfico de 2010. A seleção dos setores censitários foi sistemática, as probabilidades eram diferentes de acordo com número de idosos e renda média da família de cada setor. O maior tamanho de amostra estimada para esse trabalho foi de 1089 idosos, mas, por se tratar de um consórcio de pesquisa, para contemplar o maior número necessário para os objetivos dos diferentes estudos o número necessário era de 1649. Os domicílios particulares permanentes foram listados para a amostragem sistemática. Dentre todos os setores foram selecionados 3745 domicílios, aproximadamente 31 domicílios por setor, para alcançar uma amostra de 1649 indivíduos na zona urbana do município de Pelotas-RS. Todos os moradores com idade igual ou superior a 60 anos que não estavam hospitalizados presos ou em instituições de longa permanência foram considerados elegíveis para o estudo. No caso de incapacidade de responder o questionário, para os desfechos desse artigo, era permitido à resposta de um cuidador ou responsável. Já os idosos que não possuíam um cuidador ou responsável para responder os questionários foram excluídos do estudo.

As entrevistas foram feitas por entrevistadoras previamente treinadas com o auxílio de netbooks, com verificação semanal de inconsistências com o supervisor de campo. Além disso, foi realizado controle de qualidade com 10% dos idosos através da aplicação de um questionário reduzido. A coleta de dados foi realizada de janeiro até agosto de 2014.

Utilizaram-se três variáveis dependentes: falta de acesso durante toda vida (sim/não), utilização odontológica no último ano (sim/não) e falta de acesso no último ano (sim/não). Ao abordar a questão do acesso aos serviços de saúde bucal, considerou-se 2 dimensões, ao longo de toda vida e no último ano, para utilização foi considerado apenas o último ano.

As variáveis de desfecho foram obtidas pelas seguintes perguntas:

1. Falta de acesso no último ano: O Sr(a) buscou atendimento com dentista no último ano? Se buscou, “O Sr(a) conseguiu ser atendido?” A resposta negativa caracteriza falta de acesso
2. Falta de acesso durante toda vida: “Alguma vez na vida o(a) Sr.(a) consultou com um dentista?”
3. Utilização no último ano: “Há quanto tempo foi a sua última consulta com dentista?”. As respostas foram categorizadas em menos de 1 ano e mais de um ano

As variáveis de exposição foram: sexo (masculino/feminino), idade (60 a 64 anos/ 65 a 69 anos/70 anos a 74 anos/75 anos ou mais), escolaridade (superior completo/2º grau completo ou superior incompleto/1º grau completo ou 2º incompleto/1º grau incompleto/1º até 3ª série/nenhum), classificação econômica ABEP(AB/C/DE), cor da pele(branca/preta/amarela/indígena/parda), situação conjugal(com companheiro/sem companheiro), trabalhando atualmente(sim/não), financiamento da última consulta (público/privado/convênio), marcação da consulta (telefone/pessoalmente ou ficha), problema na boca ou nos dentes (sim/não), necessidade de prótese (sim/não) e edentulismo (sim/não). Todas essas variáveis foram autoreferidas.

Para a análise ajustada, considerou-se um modelo hierárquico no qual as variáveis se dividiam em dois níveis: distal (sexo, idade, escolaridade, classificação

econômica, cor da pele, situação conjugal, trabalhando atualmente) e proximal (problema nos dentes, precisa de prótese e edentulismo). A análise foi orientada por um modelo teórico, adaptado do modelo teórico de Andersen et al., que define as relações entre as variáveis sociodemográficas, odontológicas e do serviço em relação a utilização de serviços¹, valorizando a determinação social sobre o acesso e a utilização de serviços^{1, 14}. O controle de fatores de confusão foi realizado para as variáveis do mesmo nível e àquelas de níveis anteriores, sendo mantidas no modelo todas as variáveis. Para a análise estatística utilizou-se regressão de Poisson, com o comando svy para levar em conta a amostragem em conglomerados do estudo. Primeiramente foi realizada a análise bruta e em seguida a análise ajustada, ambas com intervalos de confiança de 95% (IC 95%). Os valores $p \leq 0,05$ foram considerados estatisticamente significantes. O programa Stata versão 12.0 foi utilizado para análise dos dados.

O projeto foi aprovado no Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (Protocolo nº 201324538513.1.0000.5317., de 2013). Foi utilizado Termo de Consentimento Livre Esclarecido atendendo-se a todas as peculiaridades éticas do estudo.

Resultados

Dos 1844 elegíveis, foram entrevistados 1451 idosos (21,3% de perdas e recusas). A amostra foi composta predominantemente por indivíduos do sexo feminino (63,0%), com 75 anos ou mais (29,0%), da classe econômica C (52,5%), com cor da pele branca (83,7%), com companheiro (50,5%), que não estavam trabalhando (80,4%), sem problemas nos dentes no último ano (79,2%), que não necessitavam de prótese (58,8%), não edêntulos (60,9%). Em relação à utilização de serviço odontológico, daqueles idosos que buscaram atendimento no último ano, 98,2% conseguiram ser atendidos, logo, a falta de acesso foi de 1,8%. No que se refere à consulta alguma vez na vida foi verificado que 3,1% dos idosos nunca tinham consultado com dentista conforme Tabela 1.

Na Tabela 2 estão incluídas as variáveis que descrevem a utilização no último ano. A marcação de consulta pelo telefone (67,3%), o financiamento privado da última consulta (67,8%), consultório particular (84,2%) e o motivo rotina/manutenção (35,6%) foram as características mais frequentes.

A Tabela 3 apresenta os resultados das análises bruta e ajustada considerando a utilização de serviço odontológico no último ano como variável dependente. As variáveis idade, escolaridade, situação conjugal, problema nos dentes no último ano, precisar de prótese e a ausência de dentes estiveram associadas com utilização de serviços odontológicos tanto na análise bruta quanto na ajustada. Na análise ajustada, idosos com idade entre 65-70 anos apresentaram uma prevalência de utilização 44% maior quando comparados com idosos com 75 anos ou mais. Em relação à escolaridade, idosos com ensino superior completo tiveram uma prevalência de utilização 2,86 vezes maior quando comparados com idosos sem escolaridade. Já os idosos com companheiro (a) tiveram uma prevalência de utilização 28% maior do que idosos sem companheiro (a). Idosos que relataram ter problema nos dentes apresentaram uma prevalência de utilização 93% maior que aqueles sem problemas nos dentes, enquanto que indivíduos que precisavam de prótese apresentaram uma prevalência de utilização 36% maior quando comparados com idosos que não precisavam de prótese. Constatou-se também que idosos não edêntulos tiveram uma prevalência de utilização 3,11 vezes maior do que os edêntulos.

A Figura 1 descreve a utilização odontológica e financiamento da última consulta no último ano em relação a classificação econômica e condição de edentulismo. O financiamento privado da utilização no último ano é maior que em outros financiamentos e entre os edêntulos, exceto nas classes A/B na qual esses grupos são semelhantes.

Discussão

A utilização de serviços odontológicos por idosos no último ano foi 37%, relativamente maior do que a de estudos de base populacional realizados no país nos últimos anos.^{3, 7, 22} Ainda assim, observou-se que 2% dos idosos que buscaram atendimento no último ano, não obtiveram acesso aos serviços de saúde bucal. Em relação aos idosos que nunca consultaram com dentista na vida, o índice foi de aproximadamente 3%, prevalência mais baixa do que a encontrada na literatura.^{2, 10, 15, 16}

Existem poucos artigos que abordam a “falta de acesso” a serviços de saúde bucal em estudos de base populacional com idosos. Informações de uma pesquisa

nacional mostraram uma falta de acesso odontológico no último ano de 11% para indivíduos adultos na cidade de Porto Alegre-RS.²⁰ A menor prevalência em idosos pode ser devido a uma menor percepção da necessidade de tratamento odontológico, principalmente entre os mais velhos e edêntulos. Além disso, a falta de acesso em idosos pode ser menor considerando a prioridade em obter atendimento em função da legislação,⁵ a maior busca por serviços de saúde,²¹ ou até mesmo a facilidade de fluxo no sistema de saúde decorrente do atendimento de outros problemas, como por exemplo, hipertensão arterial sistêmica e diabetes. No presente estudo, ao extrapolar para números absolutos aproximadamente 16000 idosos teriam buscado o dentista no último ano, e desses 320 idosos não conseguiram ser atendidos. Esse número mostra a relevância do esforço realizado na cidade em prol de aumento da rede de serviços de saúde bucal, particularmente no SUS e na ESF, além de refletir a importância das clínicas populares privadas no acesso a serviços de saúde bucal.

O desfecho “idosos que nunca consultaram na vida” é um proxy de falta de acesso, seja por fatores individuais, por fatores sociais ou do serviço. No Brasil as prevalências encontradas pela maioria dos artigos são inferiores a 10%, sendo 5,8%,¹⁶ em um estudo de abrangência nacional e 6,3%,¹⁰ em estudo no estado de São Paulo. Essa medida ainda que pequena em nosso meio é preocupante, pois dimensiona a falta de acesso histórica a serviços odontológicos da população brasileira, já salientada em outros artigos.^{5, 20} Em números absolutos, considerando os dados do Censo 2010, aproximadamente 500 idosos na cidade de Pelotas nunca foram ao dentista.

O uso de serviços odontológicos foi observado somente em relação ao tempo (menos de 1 ano/mais de 1 ano), não discriminando o tipo de necessidade, se problema eletivo, preventivo, ou de urgência. A periodicidade das consultas é uma controvérsia na literatura, alguns estudos categorizam o tempo de uso de formas diferentes (menos de 1 ano/^{2,7} menos de 2 anos/⁹ menos de 3 anos²⁴), com a intenção de estabelecer parâmetros de referência para a ida regular ao dentista, considerando suas contribuições às condições de saúde bucal e geral dos indivíduos. Neste estudo, optou-se pelo pressuposto de que todos os idosos

⁵Estatuto do Idoso. Lei n. 10741, de 1 de outubro 2003. 1 ed., 2ª reimpr. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

deveriam ir ao dentista ao menos uma vez por ano, período adequado aos objetivos de prevenção e cuidados de saúde bucal além de seus reflexos na saúde geral.¹¹

Os desfechos falta de acesso durante toda a vida e falta de acesso no último ano não foram analisados de forma multivariada devido a sua baixa prevalência na amostra estudada.

Observou-se que idosos com maior grau de escolaridade apresentaram maior utilização de serviços odontológicos no último ano, achado corroborado por outras evidências nacionais.^{3, 16, 17, 24} A escolaridade promove maior acesso à informação e melhor percepção da saúde, além de ser um marcador de condição econômica, oportunizando uma maior busca e utilização dos serviços de saúde tanto médicos quanto odontológicos.²⁴ Já para idade e situação conjugal dos idosos, em acordo com outros artigos, identificou-se uma maior utilização no último ano em idosos mais jovens e com companheiro, em relação a idosos de maior idade e sem companheiro.^{12, 13} A maior utilização em idosos de menor idade pode ser decorrente de uma maior necessidade de saúde, devido a maior presença de dentes neste grupo (dados não apresentados) além disso, os idosos mais jovens podem ter recebido mais oportunidades em relação aos cuidados com a saúde bucal em diferentes períodos históricos.^{16,17} Idosos com companheiro podem utilizar mais serviços de saúde bucal, em função do apoio e estímulo exercido pelo companheiro na percepção e no cuidado da saúde.^{12, 13}

Idosos com problema bucal, ou com necessidade de prótese consultaram mais no último ano do que idosos sem essas condições, à semelhança de outros estudos.^{4, 12,13}. Esse resultado pode ser em parte explicado pelo aumento da oferta de próteses dentárias no município a partir de 2012. O edentulismo é considerado o principal preditor para a falta de utilização odontológica regular.^{10, 16, 18, 24} Neste estudo, observou-se um elevado edentulismo (40%), que mostrou a maior medida de efeito nas análises bruta e ajustada para a não utilização de serviço de saúde bucal.

A classificação econômica perdeu significância estatística em relação a uso no último ano, quando controlada para outras variáveis socioeconômicas e demográficas, contradizendo a predominância da literatura.^{2, 9, 14, 24} O aumento da

oferta de serviços odontológicos públicos e privados, concomitante com o aumento da renda média da população, parece ser a explicação mais plausível para este achado, promovendo a equidade na utilização de serviços odontológicos em Pelotas. Em números absolutos utilizando os dados do Censo 2010, 16000 idosos teriam consultado com dentista no último ano sendo aproximadamente 10000 no serviço particular, 3000 por convênio, e 3000 pelo serviço público, esses dados mostram que ainda que a rede de serviços da cidade tenha sido expandida, um contingente importante de indivíduos ainda utiliza o setor privado como forma de acessar serviços de saúde bucal.

Algumas limitações do estudo devem ser destacadas. O período recordatório de um ano para avaliação do acesso aos serviços de saúde bucal, frequente na literatura,^{2, 7} pode subestimar as prevalências, embora não se disponha de indicativo de distorção das medidas de efeito.²³ O viés de seleção pode estar presente em virtude do percentual de perdas e recusas. Entretanto, não ocorreu uma aglomeração de perdas e recusas em alguma região da cidade de Pelotas-RS, ou faixa etária da amostra estudada. Além disso, as prevalências encontradas para as variáveis sociodemográficas em Pelotas pelo último Censo, aproximam-se dos valores encontrados da população investigada nesse estudo.

Dentre as contribuições do artigo salienta-se a avaliação do acesso a serviços de saúde bucal em idosos, em um estudo de base populacional, fornecendo estimativas relevantes para os gestores de um grupo etário ainda pouco investigado, apesar de sua crescente importância social e demográfica.

Nesse trabalho a utilização de serviços de saúde bucal no último ano foi mais alta que outros artigos da literatura, embora minoritária no SUS, a falta de acesso, tanto em toda a vida quanto no último ano, foi baixa. A expansão da rede de serviços públicos e o acesso a serviços privados de baixo custo parecem explicar esse achado. Identifica-se a necessidade de contínua ampliação de investimentos públicos no sentido de incrementar o acesso de idosos em serviços odontológicos pelo SUS, particularmente com o maior fornecimento de próteses dentárias, melhorando assim a qualidade de vida dos indivíduos desdentados de modo equitativo.

Financiamento: Coordenação de aperfeiçoamento de pessoal de nível superior (CAPES).

Os autores declaram não ter conflitos de interesse.

Referências

1. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav.* 1995;1-10.
2. Araújo CS, Lima RC, Peres MA, Barros AJD. Utilização de serviços odontológicos e fatores associados: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad Saude Publica.* 2009;25:1063-72. DOI: 10.1590/S0102- 311X2009000500013
3. Baldani MH, Antunes JLF. Inequalities in access and utilization of dental services: a cross-sectional study in an area covered by the Family Health Strategy. *Cad Saude Publica.* 2011;27:s272-s83.
4. Baldani MH, Brito WH, Lawder JAdC, Mendes YBE, Silva FdFMd, Antunes JLF. Determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda. *Rev Bras Epidemiol.* 2010;13:150-62.
5. Barros AJ, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciênc saúde coletiva.* 2002;7(4):709-17.
6. Braine T. More oral health care needed for ageing populations. *Bull World Health Organ.* 2005;83(9):646-7. DOI:10.1590/S0042-96862005000900006
7. Camargo MBJ, Dumith SC, Barros AJD. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos: padrões de utilização e tipos de serviços. *Cad Saude Publica.* 2009;25:1894-906.
8. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care: Oxford University Press; 2002.
9. Ferreira CdO, Antunes JLF, Andrade FBd. Fatores associados à utilização dos serviços odontológicos por idosos brasileiros. *Rev Saude Publica.* 2013;47:90-7.
10. Gibilini C, Esmeriz CEEdC, Volpato LF, Meneghim ZMdAP, Silva DDd, Sousa MdLRd. Acesso a serviços odontológicos e auto-percepção da saúde bucal em adolescentes, adultos e idosos. *Arq Odontol.* 2010;46:213-23.
11. Gilbert GH, Stoller EP, Duncan RP, Earls JL, Campbell AM. Dental self-care among dentate adults: contrasting problem-oriented dental attenders and regular dental attenders. *Spec Care Dentist.* 2000;20(4):155-63.
12. Holm-Pedersen P, Vigild M, Nitschke I, Berkey DB. Dental care for aging populations in Denmark, Sweden, Norway, United kingdom, and Germany. *J Dent Educ.* 2005;69(9):987-97.

13. Listl S. Income-related inequalities in dental service utilization by Europeans aged 50+. *J Dent Res*. 2011;90(6):717-23.
14. Macinko J, Lima-Costa MF. Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998–2008. *Int J Equity Health*. 2012;11:33.
15. Manhães ALD, Costa AJL. Acesso a e utilização de serviços odontológicos no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 1998: um estudo exploratório a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saude Publica*. 2008;24:207-18.
16. Martins AMEdBL, Barreto SM, Pordeus IA. Uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros. *Rev. Panam. Salud Públ*. 2007;22:308-16.
17. Matos DL, Lima-Costa MF. Tendência na utilização de serviços odontológicos entre idosos brasileiros e fatores associados: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998 e 2003). *Cad Saude Publica*. 2007;23:2740-8.18.
18. Moreira RdS, Nico LS, Sousa MdLRd. Fatores associados à necessidade subjetiva de tratamento odontológico em idosos brasileiros. *Cad Saude Publica*. 2009;25:2661-71.
19. Oliver A, Mossialos E. Equity of access to health care: outlining the foundations for action. *J Epidemiol Community Health*. 2004;58(8):655-8.
20. Peres MA, Iser BPM, Boing AF, Yokota RTdC, Malta DC, Peres KG. Desigualdades no acesso e na utilização de serviços odontológicos no Brasil: análise do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL 2009). *Cad Saude Publica*. 2012;28:s90-s100.
21. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AdS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2002;7:687-707.
22. Roncalli AG. The SB Brasil 2010 Project: a key strategy for developing an oral health surveillance model. *Cad Saude Publica*. 2010;26(3):428-9.
23. Rothman KJ, Greenland S, Lash TL. Modern epidemiology: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
24. Silva AER, Langlois CdO, Feldens CA. Use of dental services and associated factors among elderly in southern Brazil. *Rev Bras Epidemiol*. 2013;16:1005-16.
25. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica*. 2004;20:S190-S8.

Tabela 1. Descrição das características demográficas, socioeconômicas, odontológicas e financiamento. Pelotas, RS, 2014. (n=1451)

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	914	63,0
Masculino	537	37,0
Idade		
60 a 64 anos	394	27,3
65 a 69 anos	362	25,0
70 a 74 anos	270	18,7
75 ou mais	420	29,0
Escolaridade		
Superior completo	157	10,9
2º completo ou superior incompleto	159	11,1
1º completo ou 2º incompleto	143	9,9
1º grau incompleto	445	31,1
1º até 3ª série	337	23,4
Nenhum	196	13,6
Classificação econômica		
A/B	483	35,2
C	720	52,5
D/E	169	12,3
Cor da pele		
Branca	1211	83,7
Amarela/Preta/Indígena/Parda	236	16,3
Situação conjugal		
Com companheiro	763	52,7
Sem companheiro	684	47,3
Trabalhando atualmente		
Não	1084	80,4
Sim	264	19,6
Problema nos dentes		
Não	1145	79,2
Sim	300	20,8
Precisa de prótese		
Não	797	58,9
Sim	556	41,1
Edêntulo		
Não	883	60,9
Sim	566	39,1
Falta de acesso (toda a vida)		
Não	45	3,1
Sim	1401	96,9
Tempo da última consulta		
Menos de 1 ano	524	38,3
Mais de 1 ano	843	61,7

Falta de acesso (último ano)

Não	494	98,2
Sim	9	1,8

Tabela 2. Frequência de utilização no último ano, falta de acesso na última consulta e no último ano e idosos que nunca consultaram com dentista. Pelotas, RS, 2014. (n=524)

Variáveis	N	%
Como marcou a última consulta		
Telefone	346	67,3
Pessoalmente ou por ficha	168	32,7
Financiamento da última consulta		
Público	84	16,1
Privado	352	67,8
Convênio	84	16,1
Local da última consulta		
Posto de Saúde	50	9,5
Centro de Especialidade Odontológica	20	3,9
Faculdade de Odontologia	6	1,2
Consultório Particular	438	84,2
Outros Locais	6	1,2
Motivo da Última consulta		
Rotina/Manutenção	184	35,6
Estava com dor	51	9,9
Ferida, caroço ou mancha na boca	92	17,8
Fazer dentadura	45	8,7
Outros Motivos	152	28,0

Tabela 3. Razões de prevalência da utilização no último ano de acordo com a análise bruta ou ajustada. Pelotas, RS, 2014. (n=1367)

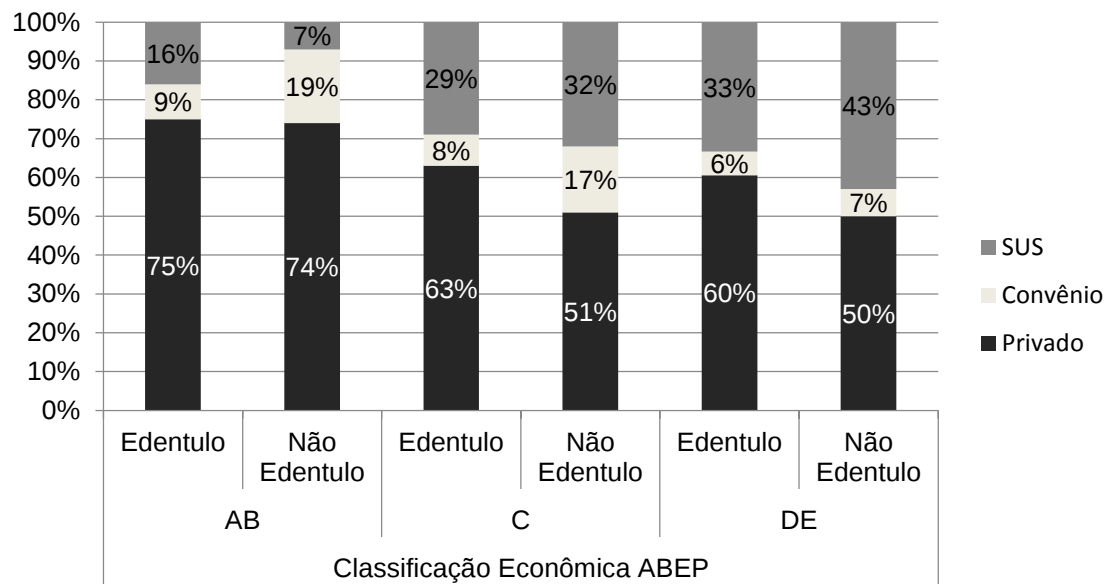
Variável	Prevalência Utilização Último ano(%)	Valor p RP bruta* (IC 95%)	Valor p RP ajustada** (IC 95%)
Sexo¹		p=0,639	p=292
Masculino	192(36,6)	1	1
Feminino	332(63,4)	0,97(0,86:1,09)	1,07(0,94:1,22)
Idade¹		p<0,001 [#]	p=0,011 [#]
75 ou mais	104(20,0)	1	1
70 a 74 anos	99(19,0)	1,41(1,13:1,76)	1,20(0,96:1,50)
65 a 69 anos	154(29,6)	1,71(1,37:2,12)	1,44(1,15:1,79)
60 a 64 anos	164(31,5)	1,59(1,28:1,98)	1,22(0,96:1,55)
Escolaridade¹		p<0,001 [#]	p=0,001 [#]
Nenhum	36(7,0)	1	1
1ª até 3ª série	85(16,4)	1,28(0,91:1,81)	1,25(0,88:1,79)
1º grau incompleto	128(24,8)	1,47(1,06:2,05)	1,22(0,85:1,76)
1º completo ou 2º incompleto	59(11,4)	2,01(1,43:2,84)	1,70(1,16:2,50)
2º completo ou superior incompleto	89(17,2)	2,71(1,94:3,78)	2,02(1,38:2,96)
Superior Completo	120(23,2)	3,72(2,73:5,07)	2,86(1,96:4,17)
Classificação econômica¹		p<0,001 [#]	p=0,055 [#]
D/E	34(6,9)	1	1
C	204(41,6)	1,31(0,92:1,84)	1,02(0,72:1,46)
A/B	253(51,5)	2,37(1,73:3,24)	1,30(0,90:1,85)
Cor da Pele¹		p=0,980	p=0,262
Amarela/Preta/ Indígena/Parda	84(16,1)	1	1
Branca	438(83,9)	0,99(0,81:1,23)	0,89(0,73:1,09)
Situação Conjugal¹		p=0,030	p=0,002
Sem Companheiro	207(39,7)	1	1
Com Companheiro	315(60,3)	1,34(1,02:1,58)	1,28(1,09:1,49)
Trabalhando atualmente¹		p=0,007	p=0,605
Não	375(75,9)	1	1
Sim	119(24,1)	1,25(1,06:1,47)	0,96(0,81:1,14)
Problema nos dentes último ano²		p<0,001	p<0,001
Não	197(37,7)	1	1
Sim	326(62,3)	2,21(1,94:2,52)	1,93(1,66:2,23)
Precisa de prótese²		p=0,009	p<0,001
Não	294(64,3)	1	1
Sim	163(35,7)	1,26(1,06:1,50)	1,36(1,15:1,60)
Edêntulo²		p<0,001	p<0,001
Sim	73(13,9)	1	1
Não	451(86,1)	3,85(3,01:4,93)	3,11(2,37:4,09)

*Análise realizada com regressão de Poisson com variância corrigida para desenho do estudo

**Análise ajustada para mesmo nível e superior

valor p de tendência linear
¹nível distal ²nível proximal

Figura 1. Utilização odontológica no último ano de acordo com Classificação Econômica (ABEP), edentulismo e financiamento da consulta. Pelotas, RS



5 ANEXOS

5.1. CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PELOTAS



Continuação do Parecer: 472.357

Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas e também à Clínica Psicológica da Universidade Católica de Pelotas, ambos serviços gratuitos. Todos os domicílios que apresentarem fatores de risco ambientais para queda receberão informativo sobre como corrigi-los, com intenção de prevenir a ocorrência de quedas acidentais

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto relevante, de base populacional, que engloba o trabalho de diversos alunos de mestrado em forma de consórcio de pesquisa, que irá avaliar a saúde dos idosos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequado em todos os aspectos, apresenta o TCLE geral e também para cada subestudo separadamente.

Recomendações:

Sem recomendações adicionais.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trabalho adequado, sem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

PELOTAS, 28 de Novembro de 2013

Assinador por:
Patricia Abrantes Duval
(Coordenador)

Endereço: Rua Prof Araujo, 465 sala 301

Bairro: Centro

CEP: 96.020-360

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3284-4960

Fax: (53)3221-3554

E-mail: cep.famed@gmail.com

5.2. QUESTIONÁRIOS

AGORA VAMOS FALAR SOBRE CONSULTAS NO DENTISTA**1) O Sr(a) já consultou com o dentista alguma vez na vida?**(0) Não ☐ ☐ *Pule para questão 3*

(1) Sim.

(9) IGN

2) Quando foi a última vez que o Sr(a) consultou com o dentista:

(1) Nos últimos 6 meses

(2) De 7 a 12 meses

(3) Entre 1 e 2 anos

(4) Mais de 2 anos

(8) NSA

(9) IGN

3) Desde <mês do ano passado> até agora, o Sr (a) teve algum problema na sua boca ou dentes?

(0) Não

(1) Sim

(8) NSA

(9) IGN

4) Desde <mês do ano passado> até agora, o Sr (a) buscou atendimento com dentista?

(0) Não

(1) Sim

(8) NSA

(9) IGN

5) Qual o último local que o Sr(a) buscou <tentou> atendimento com dentista? Ler Opções

(1) Posto de saúde

(2) Pronto-Atendimentos

(3) Policlínica ou PAM

(4) Centro de Especialidades Odontológicas

(5) Pronto Socorro

(6) Hospital

(7) Consultório Particular ou Clínica Privada

(8) NSA

(9) IGN

(10) Outro (Qual: _____)

6) O Sr(a) conseguiu ser atendido pelo dentista nesse local?

(0) Não

(1) Sim ☐ ☐ *Pule para questão 8*

(8) NSA

(9) IGN

7) Por que o Sr (a) não conseguiu atendimento?

(1) Falta de vagas

(2) Dentista estava indisponível

(3) Não podia pagar o transporte

(4) Não podia pagar o atendimento

(5) Por problemas de saúde

(6) Outro (Qual: _____) (8) NSA (9) IGN
8) Como conseguiu<tentou> marcar o atendimento? <i>Ler Opções</i> (1)Fila de espera/Ficha (2)Marcação por telefone (3)Outro tipo de marcação (Qual: _____) (8) NSA (9) IGN
9) Qual foi o motivo da <tentativa de>consulta com o dentista? (1)Rotina/manutenção (2) Estava com dor (3) Estava com sangramento ou inflamação na gengiva (4) Estava com cárie/restauração/obturação (5) Tinha alguma ferida, caroço ou manchas na boca (6) Estava com o rosto inchado (7) Precisava fazer tratamento de canal (8) Precisava arrancar algum dente (9) Tinha que fazer uma dentadura nova (10) Outros_____. (88) NSA (99) IGN
10) A sua última<tentativa de> consulta com dentista foi por algum convênio, particular ou serviço público? <i>Responder questão 10 apenas se a resposta da questão</i> (1) Serviço Público (2) Serviço Particular (3) Convênio (8) NSA (9) IGN

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Sr.(a),

Nós, professores e alunos do Curso de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), gostaríamos de convidar o(a) Sr.(a) para participar da pesquisa com a população pelotense com 60 anos ou mais de idade. O objetivo do estudo é avaliar as condições de saúde dos idosos. Os resultados deste estudo contribuirão para o conhecimento da saúde da população de Pelotas com 60 ou mais anos de idade e deverão fazer parte de artigos científicos, podendo também ser divulgados nos jornais locais e na página oficial da internet do Centro de Pesquisas Epidemiológicas: <http://www.epidemiologia.ufpel.org.br>. *No final, pretendemos ainda enviar a todos os participantes um informativo sobre os principais resultados do estudo.*

Para que o(a) Sr.(a) possa entender melhor, informamos que:

PROCEDIMENTOS: Para participar da pesquisa o(a) Sr.(a) responderá a um questionário contendo perguntas sobre a sua saúde, alimentação, uso de medicamentos e de serviços de saúde, vacinação e se pratica atividade física, entre outros temas importantes. Além disso, pretendemos realizar medidas da cintura e panturrilha, e avaliar o peso, a altura, a força do aperto de mão e a caminhada. Com essas medidas poderemos avaliar a sua composição corporal. O(a) Sr.(a) receberá o resultado das medidas mediante contato pessoal ou telefônico.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA: Sua participação é voluntária. O(A) Sr.(a) mesmo após ter sido entrevistado poderá cancelar a sua participação no estudo, sem que isso lhe cause qualquer prejuízo.

DESPESAS: O(A) Sr.(a) NÃO terá que pagar nada para participar do estudo, em momento algum.

RISCOS: A sua participação não lhe trará riscos ou prejuízos à sua saúde ou segurança. Na realização das medidas toda a segurança será providenciada. Na avaliação da sua caminhada, por exemplo, o(a) Sr.(a) poderá contar com o auxílio da entrevistadora, para evitar a possibilidade de que caia e se machuque.

CONFIDENCIALIDADE: Garantimos total sigilo das informações obtidas, ou seja, tudo o que for respondido será usado somente para esta pesquisa e seu nome não será divulgado em qualquer fase do estudo.

Queremos salientar que alguns entrevistados poderão ser novamente entrevistados, especialmente quando algumas perguntas podem não ter sido feitas. Outros serão convidado para realizar outras medidas físicas na Clínica do Centro de Pesquisas, da Universidade Federal de Pelotas, e terão suas despesas de deslocamento pagas pelo estudo.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Pelotas. O(A) Sr.(a) ficará com uma cópia deste documento com o nosso telefone e endereço, podendo nos procurar para tirar suas dúvidas sobre o estudo e a sua participação quando achar melhor. A sua assinatura nesse documento significa que entendeu todas as informações e concorda em participar desse estudo.

NOME COMPLETO: _____

ASSINATURA: _____

DATA: __ __ / __ __ / 201__

Por favor, assinale abaixo os procedimentos que o(a) Sr.(a) concorda em fazer:

- ☐ Questionário
- ☐ Testes da caminhada
- ☐ Medida de peso e altura
- ☐ Medida de circunferência da cintura
- ☐ Medida de circunferência da panturrilha
- ☐ Força da mão

**Prof^a. Helen Gonçalves
Tomasi**

Prof^a. Maria Cecília Formoso Assunção

Prof^a. Elaine

(Pesquisadoras responsáveis)

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia - UFPel

Centro de Pesquisas Epidemiológicas

Rua Marechal Deodoro, 1160 - 3º Piso
Bairro Centro - Pelotas, RS - CEP 96020-220 - Caixa Postal 464

Tel/fax +55 (53) 3284 – 1300 RAMAL CONSÓRCIO: 1334

5.4 NORMAS PARA PUBLICAÇÃO - REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA

CATEGORIAS DE ARTIGOS

Artigos Originais

Incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade, análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões.

Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde pública. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar os leitores quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido.

Recomenda-se ao autor que antes de submeter seu artigo utilize o "checklist" correspondente:

CONSORT: checklist e fluxograma para ensaios controlados e randomizados

STARD: checklist e fluxograma para estudos de acurácia diagnóstica

MOOSE: checklist e fluxograma para meta-análise

QUOROM: checklist e fluxograma para revisões sistemáticas

STROBE: para estudos observacionais em epidemiologia

Informações complementares:

Devem ter até 3.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências. As tabelas e figuras, limitadas a 5 no conjunto, devem incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas. As figuras não devem repetir dados já descritos em tabelas.

As referências bibliográficas, limitadas a cerca de 25, devem incluir apenas aquelas estritamente pertinentes e relevantes à problemática abordada. Deve-se evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação. Citações de documentos não publicados e não indexados na literatura científica (teses, relatórios e outros) devem ser evitadas. Caso não possam ser substituídas por outras, não farão parte da lista de referências bibliográficas, devendo ser indicadas nos rodapés das páginas onde estão citadas.

Os resumos devem ser apresentados no *formato estruturado*, com até 300 palavras, contendo os itens: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. Excetuam-se os ensaios teóricos e os artigos sobre metodologia e técnicas usadas em pesquisas, cujos resumos são no formato narrativo, que, neste caso, terão limite de 150 palavras.

A estrutura dos artigos originais de pesquisa é a convencional: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, embora outros formatos possam ser aceitos. A Introdução deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento que serão abordadas no artigo. As fontes de dados, a população estudada, amostragem, critérios de seleção, procedimentos analíticos, dentre outros, devem ser descritos de forma compreensiva e completa, mas sem prolixidade. A seção de Resultados deve se limitar a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações/comparações. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras. A Discussão deve incluir a apreciação dos autores sobre as limitações do estudo, a comparação dos achados com a literatura, a interpretação dos autores sobre os resultados obtidos e sobre suas principais implicações e a eventual indicação de caminhos para novas pesquisas. Trabalhos de pesquisa qualitativa podem juntar as partes

Resultados e Discussão, ou mesmo ter diferenças na nomeação das partes, mas respeitando a lógica da estrutura de artigos científicos.

Comunicações Breves - São relatos curtos de achados que apresentam interesse para a saúde pública, mas que não comportam uma análise mais abrangente e uma discussão de maior fôlego.

Informações complementares:

Devem ter até *1.500 palavras* (excluindo resumos tabelas, figuras e referências) *uma tabela ou figura* e até 5 referências. Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais, exceto quanto ao resumo, que não deve ser estruturado e deve ter até *100 palavras*.

ARTIGOS DE REVISÃO

Revisão sistemática e meta-análise - Por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder à pergunta específica e de relevância para a saúde pública. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados (que poderão ou não ser procedimentos de meta-análise).

Revisão narrativa/crítica - A revisão narrativa ou revisão crítica apresenta caráter descritivo-discursivo, dedicando-se à apresentação compreensiva e à discussão de temas de interesse científico no campo da Saúde Pública. Deve apresentar formulação clara de um objeto científico de interesse, argumentação lógica, crítica teórico-metodológica dos trabalhos consultados e síntese conclusiva. Deve ser elaborada por pesquisadores com experiência no campo em questão ou por especialistas de reconhecido saber.

Informações complementares:

Sua extensão é de até *4.000 palavras*. O formato dos resumos, a critério dos autores, será narrativo, com até 150 palavras. Ou estruturado, com até 300 palavras. Não há limite de referências.

COMENTÁRIOS

Visam a estimular a discussão, introduzir o debate e "oxigenar" controvérsias sobre aspectos relevantes da saúde pública. O texto deve ser organizado em tópicos ou subitens destacando na Introdução o assunto e sua importância. As referências citadas devem dar sustentação aos principais aspectos abordados no artigo.

Informações complementares:

Sua extensão é de até *2.000 palavras*, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências. O formato do resumo é o narrativo, com até 150 palavras. As referências bibliográficas estão limitadas a cerca de 25

Publicam-se também Cartas Ao Editor com até 600 palavras e 5 referências.

AUTORIA

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada em declaração para esta finalidade (ver modelo). Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima. A indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título do artigo é *limitada a 12; acima deste número, os autores são listados no rodapé da página.*

Os manuscritos publicados são de propriedade da Revista, vedada tanto a reprodução, mesmo que parcial, em outros periódicos impressos. Resumos ou resenhas de artigos publicados poderão ser divulgados em outros periódicos com a indicação de links para o texto completo, sob consulta à Editoria da RSP. A tradução para outro idioma, em periódicos estrangeiros, em ambos os formatos, impresso ou eletrônico, somente poderá ser publicada com autorização do Editor Científico e desde que sejam fornecidos os respectivos créditos.

PROCESSO DE JULGAMENTO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos submetidos que atenderem às "instruções aos autores" e que se coadunem com a sua política editorial são encaminhados para avaliação. Para ser publicado, o manuscrito deve ser aprovado nas três seguintes fases:

Pré-análise: a avaliação é feita pelos Editores Científicos com base na originalidade, pertinência, qualidade acadêmica e relevância do manuscrito para a saúde pública.

Avaliação por pares externos: os manuscritos selecionados na pré-análise são submetidos à avaliação de especialistas na temática abordada. Os pareceres são analisados pelos editores, que propõem ao Editor Científico a aprovação ou não do manuscrito.

Redação/Estilo: A leitura técnica dos textos e a padronização ao estilo da Revista finalizam o processo de avaliação. O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento.

Manuscritos recusados, mas com a possibilidade de reformulação, poderão retornar como novo trabalho, iniciando outro processo de julgamento.

PREPARO DOS MANUSCRITOS

Devem ser digitados em extensão .doc, .txt ou .rtf, com letras arial, corpo 12, página em tamanho A-4, incluindo resumos, agradecimentos, referências e tabelas. Todas as páginas devem ser numeradas. Deve-se evitar no texto o uso indiscriminado de siglas, excetuando as já conhecidas.

Os **critérios éticos da pesquisa** devem ser respeitados. Para tanto os autores devem explicitar em Métodos que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsinque e aprovada pela comissão de ética da instituição onde a pesquisa foi realizada.

Idioma

Aceitam-se manuscritos nos idiomas português, espanhol e inglês. Para aqueles submetidos em português oferece-se a opção de tradução do texto completo para o inglês e a publicação adicional da versão em inglês em meio eletrônico. Independentemente do idioma empregado, todos manuscritos devem apresentar dois resumos, sendo um em português e outro em inglês. Quando o manuscrito for escrito em espanhol, deve ser acrescentado um terceiro resumo nesse idioma.

Dados de identificação

a) Título do artigo - deve ser conciso e completo, limitando-se a 93 caracteres, incluindo espaços. Deve ser apresentada a versão do título em **inglês**.

b) Título resumido - com até 45 caracteres, para fins de legenda nas páginas impressas.

c) Nome e sobrenome de cada autor, seguindo formato pelo qual é indexado.

d) Instituição a que cada autor está afiliado, acompanhado do respectivo endereço (uma instituição por autor).

e) Nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência.

f) Se foi subvencionado, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

g) Se foi baseado em tese, indicar o nome do autor, título, ano e instituição onde foi apresentada.

h) Se foi apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e data da realização.

Descritores - Devem ser indicados entre 3 e 10, extraídos do vocabulário "Descritores em Ciências da Saúde" (DeCS), quando acompanharem os resumos em português, e do Medical Subject Headings (MeSH), para os resumos em inglês. Se não forem encontrados descritores disponíveis para cobrirem a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.

Agradecimentos - Devem ser mencionados nomes de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho, desde que não preencham os requisitos para participar da autoria. Deve haver permissão expressa dos nomeados (ver documento Responsabilidade pelos Agradecimentos). Também podem constar desta parte agradecimentos a instituições quanto ao apoio financeiro ou logístico.

Referências - As referências devem ser ordenadas alfabeticamente, numeradas e normalizadas de acordo com o estilo Vancouver. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o Index Medicus, e grafados no formato itálico. No caso de publicações com até 6 autores, citam-se todos; acima de 6, citam-se os seis primeiros, seguidos da expressão latina "et al".

Exemplos:

Fernandes LS, Peres MA. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. *Rev Saude Publica*. 2005;39(6):930-6.

Forattini OP. Conceitos básicos de epidemiologia molecular. São Paulo: Edusp; 2005.

Karlsen S, Nazroo JY. Measuring and analyzing "race", racism, and racial discrimination. In: Oakes JM, Kaufman JS, editores. *Methods in social epidemiology*. San Francisco: Jossey-Bass; 2006. p. 86-111.

Yevich R, Logan J. An assessment of biofuel use and burning of agricultural waste in the developing world. *Global Biogeochem Cycles*. 2003;17(4):1095, DOI:10.1029/2002GB001952. 42p.

Zinn-Souza LC, Nagai R, Teixeira LR, Latorre MRDO, Roberts R, Cooper SP, et al. Fatores associados a sintomas depressivos em estudantes do ensino médio de São Paulo, Brasil. *Rev Saude Publica*. 2009; 42(1):34-40.

Para outros exemplos recomendamos consultar o documento "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Medical Publication" (<http://www.icmje.org>).

Comunicação pessoal, não é considerada referência bibliográfica. Quando essencial, pode ser citada no texto, explicitando em rodapé os dados necessários. Devem ser evitadas citações de documentos não indexados na literatura científica mundial e de difícil acesso aos leitores, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento; quando relevantes, devem figurar no rodapé das páginas que as citam. Da mesma forma, informações citadas no texto, extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, não devem fazer parte da lista de referências, mas podem ser citadas no rodapé das páginas que as citam.

Citação no texto: Deve ser indicado em **expoente** o número correspondente à referência listada. Deve ser colocado após a pontuação, nos casos em que se aplique. Não devem ser utilizados parênteses, colchetes e similares. O número da citação pode ser acompanhado ou não do(s) nome(s) do(s) autor(es) e ano de publicação. Se forem citados dois autores, ambos são ligados pela conjunção "e"; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor seguido da expressão "et al".

Exemplos:

Segundo Lima et al⁹ (2006), a prevalência de transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

Parece evidente o fracasso do movimento de saúde comunitária, artificial e distanciado do sistema de saúde predominante.^{12,15} A exatidão das referências constantes da listagem e a correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor(es) do manuscrito.

Tabelas - Devem ser apresentadas separadas do texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização da revista que a publicou, por escrito, para sua reprodução. Esta autorização deve acompanhar o manuscrito submetido à publicação

Quadros são identificados como Tabelas, seguindo uma única numeração em todo o texto.

Figuras - As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.), devem ser citadas como figuras. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto; devem ser identificadas fora do texto, por

número e título abreviado do trabalho; as legendas devem ser apresentadas ao final da figura; as ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução, com resolução mínima de 300 dpi. Não se permite que figuras representem os mesmos dados de Tabela. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D). Figuras coloridas são publicadas excepcionalmente. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. Se houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização, por escrito, para sua reprodução. Estas autorizações devem acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.

Submissão online

A entrada no sistema é feita pela página inicial do site da RSP (www.rsp.fsp.usp.br), o menu do lado esquerdo, selecionando-se a opção "submissão de artigo". Para submeter o manuscrito, o autor responsável pela comunicação com a Revista deverá cadastrar-se. Após efetuar o cadastro, o autor deve selecionar a opção "submissão de artigos" e preencher os campos com os dados do manuscrito. O processo de avaliação pode ser acompanhado pelo status do manuscrito na opção "consulta/ alteração dos artigos submetidos". Ao todo são oito situações possíveis:

Aguardando documentação: Caso seja detectada qualquer falha ou pendência, inclusive se os documentos foram anexados e assinados, a secretaria entra em contato com o autor. Enquanto o manuscrito não estiver de acordo com as Instruções da RSP, o processo de avaliação não será iniciado.

Em avaliação na pré-análise: A partir deste status, o autor não pode mais alterar o manuscrito submetido. Nesta fase, o editor pode recusar o manuscrito ou encaminhá-lo para a avaliação de relatores externos.

Em avaliação com relatores: O manuscrito está em processo de avaliação pelos relatores externos, que emitem os pareceres e os enviam ao editor.

Em avaliação com Editoria: O editor analisa os pareceres e encaminha o resultado da avaliação ao autor.

Manuscrito com o autor: O autor recebe a comunicação da RSP para reformular o manuscrito e encaminhar uma nova versão.

Reformulação: O editor faz a apreciação da nova versão, podendo solicitar novos esclarecimentos ao autor.

Aprovado

Reprovado

Além de acompanhar o processo de avaliação na página de "consulta/ alteração dos artigos submetidos", o autor tem acesso às seguintes funções:

"Ver": Acessar o manuscrito submetido, mas sem alterá-lo.

"Alterar": Corrigir alguma informação que se esqueceu ou que a secretaria da Revista solicitou. Esta opção funcionará somente enquanto o status do manuscrito estiver em "aguardando documentação".

"Avaliações/comentários": Acessar a decisão da Revista sobre o manuscrito.

"Reformulação": Enviar o manuscrito corrigido com um documento explicando cada correção efetuada e solicitado na opção anterior.

Verificação dos itens exigidos na submissão:

1. Nomes e instituição de afiliação dos autores, incluindo e-mail e telefone.

2. Título do manuscrito, em português e inglês, com até 93 caracteres, incluindo os espaços entre as palavras.
3. Título resumido com 45 caracteres, para fins de legenda em todas as páginas impressas.
4. Texto apresentado em letras arial, corpo 12, em formato Word ou similar (doc,txt,rtf).
5. Nomes da agência financiadora e números dos processos.
6. No caso de artigo baseado em tese/dissertação, indicar o nome da instituição e o ano de defesa.
7. Resumos estruturados para trabalhos originais de pesquisa, português e inglês, e em espanhol, no caso de manuscritos nesse idioma.
8. Resumos narrativos originais para manuscritos que não são de pesquisa nos idiomas português e inglês, ou em espanhol nos casos em que se aplique.
9. Declaração, com assinatura de cada autor, sobre a "responsabilidade de autoria"
10. Declaração assinada pelo primeiro autor do manuscrito sobre o consentimento das pessoas nomeadas em Agradecimentos.
11. Documento atestando a aprovação da pesquisa por comissão de ética, nos casos em que se aplica. Tabelas numeradas seqüencialmente, com título e notas, e no máximo com 12 colunas.
12. Figura no formato: pdf, ou tif, ou jpeg ou bmp, com resolução mínima 300 dpi; em se tratando de gráficos, devem estar em tons de cinza, sem linhas de grade e sem volume.

13. Tabelas e figuras não devem exceder a cinco, no conjunto.
14. Permissão de editores para reprodução de figuras ou tabelas já publicadas.
15. Referências normalizadas segundo estilo Vancouver, ordenadas alfabeticamente pelo primeiro autor e numeradas, e se todas estão citadas no texto.

Suplementos

Temas relevantes em saúde pública podem ser temas de suplementos. A Revista publica até dois suplementos por volume/ano, sob demanda. Os suplementos são coordenados por, no mínimo, três editores. Um é obrigatoriamente da RSP, escolhido pelo Editor Científico. Dois outros editores convidados podem ser sugeridos pelo proponente do suplemento.

Todos os artigos submetidos para publicação no suplemento serão avaliados por revisores externos, indicados pelos editores do suplemento. A decisão final sobre a publicação de cada artigo será tomada pelo Editor do suplemento que representar a RSP.

O suplemento poderá ser composto por artigos originais (incluindo ensaios teóricos), artigos de revisão, comunicações breves ou artigos no formato de comentários. Os autores devem apresentar seus trabalhos de acordo com as instruções aos autores disponíveis no site da RSP.

Para serem indexados, tanto os autores dos artigos do suplemento, quanto seus editores devem esclarecer os possíveis conflitos de interesses envolvidos em sua publicação. As informações sobre conflitos de interesses que envolvem autores, editores e órgãos financiadores deverão constar em cada artigo e na contra-capa da Revista.

Conflito de interesses

A confiabilidade pública no processo de revisão por pares e a credibilidade de artigos publicados dependem em parte de como os conflitos de interesses são administrados durante a redação, revisão por pares e tomada de decisões pelos editores.

Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que, aparentes ou não, podem influenciar a elaboração ou avaliação de manuscritos. O conflito de interesses pode ser de natureza pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira.

Quando os autores submetem um manuscrito, eles são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos financeiros ou de outra natureza que possam ter influenciado seu trabalho. Os autores devem reconhecer no manuscrito todo o apoio financeiro para o trabalho e outras conexões financeiras ou pessoais com relação à pesquisa. O relator deve revelar aos editores quaisquer conflitos de interesse que poderiam influir em sua opinião sobre o manuscrito, e, quando couber, deve declarar-se não qualificado para revisá-lo.

Se os autores não tiverem certos do que pode constituir um potencial conflito de interesses, devem contatar a secretaria editorial da Revista.

Documentos

Cada autor deve ler, assinar e anexar os documentos: Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais (enviar este somente após a aprovação). Apenas a Declaração de responsabilidade pelos Agradecimentos deve ser assinada somente pelo primeiro autor (correspondente).

Documentos que devem ser anexados ao manuscrito no momento da submissão:

1. Declaração de responsabilidade
2. Agradecimentos

Documento que deve ser enviado à Secretaria da RSP somente na ocasião da aprovação do manuscrito para publicação:

3. Transferência de direitos autorais

1. Declaração de Responsabilidade

Segundo o critério de autoria do *International Committee of Medical Journal Editors*, autores devem contemplar todas as seguintes condições: (1) Contribuí substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; (2) Contribuí significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e (3) Participei da aprovação da versão final do manuscrito.

No caso de grupo grande ou multicêntrico ter desenvolvido o trabalho, o grupo deve identificar os indivíduos que aceitam a responsabilidade direta pelo manuscrito. Esses indivíduos devem contemplar totalmente os critérios para autoria definidos acima e os editores solicitarão a eles as declarações exigidas na submissão de manuscritos. O autor correspondente deve indicar claramente a forma de citação preferida para o nome do grupo e identificar seus membros. Normalmente serão listados em rodapé na folha de rosto do artigo.

Aquisição de financiamento, coleta de dados, ou supervisão geral de grupos de pesquisa, somente, não justificam autoria.

Todas as pessoas relacionadas como autores devem assinar declaração de responsabilidade.

MODELO

Eu, (nome por extenso), certifico que participei da autoria do manuscrito intitulado (título) nos seguintes termos:

"Certifico que participei suficientemente do trabalho para tornar pública minha responsabilidade pelo seu conteúdo."

"Certifico que o manuscrito representa um trabalho original e que nem este manuscrito, em parte ou na íntegra, nem outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, foi publicado ou está sendo considerado para publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou no eletrônico."

"Atesto que, se solicitado, fornecerei ou cooperarei totalmente na obtenção e fornecimento de dados sobre os quais o manuscrito está baseado, para exame dos editores."

Contribuição: _____

Local, data Assinatura

Documentos

2. Declaração de Responsabilidade pelos Agradecimentos

Os autores devem obter permissão por escrito de todos os indivíduos mencionados nos Agradecimentos, uma vez que o leitor pode inferir seu endosso em dados e

conclusões. O autor responsável pela correspondência deve assinar uma declaração conforme modelo abaixo.

MODELO

Eu, (nome por extenso), autor responsável pelo manuscrito intitulado (título):

- Certifico que todas as pessoas que tenham contribuído substancialmente à realização deste manuscrito mas não preenchiam os critérios de autoria, estão nomeados com suas contribuições específicas em Agradecimentos no manuscrito.
- Certifico que todas as pessoas mencionadas nos Agradecimentos me forneceram permissão por escrito para tal.
- Certifico que, se não incluí uma sessão de Agradecimentos, nenhuma pessoa fez qualquer contribuição substancial a este manuscrito.

Local, Data Assinatura

3. Transferência de Direitos Autorais

Enviar o documento assinado **por todos os autores** na ocasião da aprovação do manuscrito.

A RSP não autoriza republicação de seus artigos, exceto em casos especiais. Resumos podem ser republicados em outros veículos impressos, desde que os créditos sejam devidamente explicitados, constando a referência ao artigo original.

Todos as solicitações acima, assim como pedidos de inclusão de links para artigos da RSP na SciELO em sites, devem ser encaminhados à Editoria Científica da Revista de Saúde Pública.

MODELO

"Declaro que em caso de aceitação do artigo por parte da Revista de Saúde Pública concordo que os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade exclusiva da Faculdade de Saúde Pública, vedado qualquer produção, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, farei constar o competente agradecimento à Faculdade de Saúde Pública e os créditos correspondentes."

Autores:

Título:

Local, Data Assinatura

TAXA DE PUBLICAÇÃO

A partir de Janeiro de 2012, a RSP instituirá uma taxa por artigo publicado. Esta taxa será paga por todos os autores que tiverem seus manuscritos aprovados para publicação, excetuadas situações excepcionais devidamente justificadas.

Manuscritos submetidos antes de Janeiro de 2012 estarão isentos do pagamento da taxa. A taxa de publicação será utilizada para complementar os recursos públicos que a Revista obtém da Faculdade de Saúde Pública, da Universidade de São Paulo e de órgãos de apoio à pesquisa do Estado de São Paulo e do Brasil. Esta complementação é essencial para assegurar a qualidade, impacto e agilidade do periódico, em particular para manter várias melhorias introduzidas na RSP nos últimos anos, em particular seu novo sistema eletrônico de submissão e avaliação de manuscritos, a revisão da redação científica por especialistas com pós-graduação em Saúde Pública e a tradução para o Inglês de todos os manuscritos não submetidos originalmente naquele idioma. Este último procedimento permite a leitura no idioma Inglês de todos os artigos publicados pela RSP sem prejuízo da leitura em Português dos artigos originalmente submetidos neste idioma, os quais representam a maioria das contribuições divulgadas pela Revista. A taxa será de R\$ 1.500,00 (US\$ 850.00) para artigos Originais, Comentários e Revisões e de R\$ 1.000,00 (US\$ 570.00) para Comunicações Breves. Assim que o manuscrito for aprovado, o autor receberá instruções de como proceder para o pagamento da taxa, bem como para, quando couber, solicitar isenção da cobrança. A RSP fornecerá aos autores os documentos necessários para comprovar o pagamento da taxa perante suas instituições de origem, programas de pós-graduação ou órgãos de fomento à pesquisa.

Na submissão do manuscrito, após completar o cadastro, o autor deve ler e concordar com os termos de originalidade, relevância e qualidade, bem como sobre a cobrança da taxa. Ao indicar sua ciência desses itens, o manuscrito será registrado no sistema para avaliação.

Após a avaliação por relatores externos e aprovação pela Editoria, o autor receberá as instruções para realizar o pagamento da taxa. Esta deverá ser depositada no Banco Santander, Agência 0201, Conta 13004082-9, no nome do Centro de Apoio à Faculdade de Saúde Pública da USP. Após efetuar o depósito, o comprovante deverá ser enviado por email (revsp@usp.br) ou fax (+55-11-3068-0539), informando o número do manuscrito aprovado e, caso necessite, o recibo a ser emitido pelo CEAP.