



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO / SAÚDE BUCAL COLETIVA**

Irene Fanny Ritzel

**BOLSA FAMÍLIA E SAÚDE BUCAL EM POPULAÇÃO DE BAIXA RENDA
DO MUNICÍPIO DE SÃO LEOPOLDO**

Porto Alegre

2018

Irene Fanny Ritzel

**BOLSA FAMÍLIA E SAÚDE BUCAL EM POPULAÇÃO DE BAIXA
RENDA DO MUNICÍPIO DE SÃO LEOPOLDO**

Tese de Doutorado em Odontologia submetida ao programa de Pós-Graduação em Saúde Bucal Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial a obtenção do Grau de Doutor em Saúde Bucal Coletiva.

Área de Concentração: Saúde Bucal Coletiva com repercussão sobre a saúde e seus determinantes, a partir de uma perspectiva ampliada.

Orientador: Prof. Dr. Roger Keller Celeste

Porto Alegre

2018

CIP - Catalogação na Publicação

Ritzel, Irene Fanny
BOLSA FAMÍLIA E SAÚDE BUCAL EM POPULAÇÃO DE BAIXA
RENDA DO MUNICÍPIO DE SÃO LEOPOLDO / Irene Fanny
Ritzel. -- 2018.
240 f.
Orientadora: Roger Keller Celeste.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Programa de
Pós-Graduação em Odontologia, Porto Alegre, BR-RS,
2018.

1. saúde bucal. 2. pobreza. 3. epidemiologia. 4.
Programas Governamentais. 5. Brasil. I. Keller
Celeste, Roger, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Irene Fanny Ritzel

**BOLSA FAMÍLIA E SAÚDE BUCAL EM POPULAÇÃO DE BAIXA RENDA
DO MUNICÍPIO DE SÃO LEOPOLDO**

Tese de Doutorado em Odontologia submetida ao programa de Pós-Graduação em Saúde Bucal Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial a obtenção do Grau de Doutor em Saúde Bucal Coletiva.

Área de Concentração: Saúde Bucal Coletiva com repercussão sobre a saúde e seus determinantes, a partir de uma perspectiva ampliada.

Aprovada em 20 de dezembro de 2018

Banca Examinadora

Orientador: Prof. Dr. Roger Keller Celeste

Professora Doutora Helenita Correa Ely

Professor Doutor Julio Baldisseroto

Professor Doutor Fernando Neves Hugo

Esta tese é dedicada a todos os sujeitos de pesquisa, alunos bolsistas de fonoaudiologia, informática e odontologia, professores e colegas de trabalho que colaboraram voluntariamente direta e indiretamente para realização desta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Tenho obrigação de agradecer a duas pessoas muito importantes e valorosas que fizeram parte da caminhada da minha vida, fomentando a curiosidade e a procura de soluções. Sem elas jamais eu existiria e teria trilhado um caminho um tanto trabalhoso e tortuoso na área social e da saúde. Além do mais, jamais teria realizado este feito - Tese de Doutorado. Estas duas pessoas foram meus pais Dora Ritzel e Eugenio Nelson Ritzel.

Claro que neste percurso tenho a obrigação de incluir meus irmãos e irmã Ema nos agradecimentos porque tenho certeza que fui sempre desafiada por eles. Eu era a caçula e tinha de conquistar o meu espaço na família. Sem dúvida agradeço a eles por existirem e terem desencadeado sentimentos que foram transformados e sublimados para o estudo.

Continuando em família, agradeço a família que constitui, mesmo tendo errado o caminho inconscientemente. Mas eles também me ensinaram várias mutretas e ao mesmo tempo o grande amor que foi e ainda é trocado com meus filhos Aurea e Gabriel Ritzel Fleck – duas grandes pessoas, amantes e com estudo nas veias.

Ainda devo agradecer pessoas do cotidiano, tenham sido legais, úteis, amigas ou inimigas que respingaram durante minha vida: vizinhos(as), colegas de aula, professores(as) de todos os níveis, colegas de trabalho privado e público, amigos(as), e em especial minhas irmãs de coração que me acompanharam por períodos de vida. Liliane, Myrian, Sheila, Nayr e Marlene, juntamente com minhas mães de coração, Valesca, Nair e Helmy.

Nesta imensa homenagem, ainda agradeço aos professores Fernando Hugo Neves, Juliana Balbinot Hilgert e João Luiz Dornelles Bastos pela colaboração e orientações, minha eterna gratidão pela dedicação durante este período de estudo e pesquisa.

Um agradecimento especial final ao meu orientador professor Roger Keller Celeste que me conduziu até estes tramites da tese de doutorado e que se não fosse pela sua orientação, imenso conhecimento e comprometimento este trabalho não teria sido possível de ser realizado.

Certo dia, um jovem viu um vulto ao longe que parecia dançar na praia. Ao chegar perto, reparou que era um senhor que recolhia estrelas-do-mar da areia, para, uma a uma, jogá-las de volta ao oceano. Perguntou a ele porque estava jogando-as ao mar. Ao que o senhor respondeu que a maré estava vazando e com o sol forte elas iriam ressecar e morrer na areia. O jovem replicou dizendo que haviam milhares espalhadas, poucas voltariam ao oceano e não ia fazer diferença. O senhor se abaixou e apanhou mais uma estrela na praia, sorriu e disse: para esta aqui faz!... e jogou-a de volta ao mar.

Autor desconhecido

RESUMO

O Programa Bolsa Família (PBF) é um programa social de Transferência de Renda Condicional (TRC) que foi instituído na política social brasileira em âmbito nacional e existem vários similares em outros países. O objetivo primário deste estudo foi descrever população de baixa renda elegível ao PBF do município de São Leopoldo. O objetivo secundário foi verificar influências e relações entre TRC com variáveis demográficas, econômicas, comportamentais e serviços de saúde bucal. Foram adotadas as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos - Resolução 466/2012. É um estudo transversal analítico de base populacional, nas famílias elegíveis ao benefício Bolsa Família (BF), recebedores e não recebedores. O nível de confiança aplicado foi de (alfa) 5%, e poder de (beta) 80% com razão entre os grupos de 1,0. Os indivíduos amostrados foram selecionados por amostragem aleatória simples a partir de lista de elegíveis cadastrados no Cadastro Único. O inquérito foi aplicado tanto ao Responsável da Família (RF) como aos seus familiares. Para realização deste estudo partiu-se de uma revisão empírica sobre políticas sociais, dados primários de pesquisa sobre dor de dente e foi descrita a população elegível pelo PBF relacionado às variáveis independentes demográficas, socioeconômicas e comportamentais de saúde. O resultado é apresentado em dois artigos: um no formato de revisão de literatura que se refere a políticas públicas sociais na saúde bucal - implica numa revisão sobre Políticas Sociais, Direitos Humanos e Transferência de Renda e outro, como análise estatística descritiva de população elegível, recebedora e não recebedora da BF em relação a fatores demográficos, socioeconômicos, comportamentais, saúde bucal e acesso à serviços odontológicos. A TRC como política social beneficia diretamente os indivíduos que recebem a BF quanto ao acesso direto à saúde e indiretamente, em longo prazo, aos indivíduos que não recebem o benefício, mas já receberam BF quanto à comportamentos de saúde bucal. O PBF alcança população de baixa renda, é focalizado na pobreza e o Cadastro Único executa de forma eficaz a seleção de famílias beneficiárias ao BF.

Palavras-chave: Saúde bucal; pobreza; epidemiologia; Programas Governamentais; Brasil.

ABSTRACT

The Bolsa Família Program (PBF) is a social program of Conditional Cash Transfer (CCT) that was established in Brazilian social policy at the national level and there are several similar in other countries. The primary objective of this study was to describe a São Leopoldo low-income population eligible for PBF. The other objective was to verify influences and relationships between CCT with demographic, economic, behavioral and oral health services variables. The Guidelines and Norms Regulating Research Involving Human Beings were adopted - Resolution 466/2012. It is a population-based and cross-sectional study in families eligible for the Bolsa Família (BF) benefit, both recipients and non-recipients. The confidence level applied was (alpha) 5%, and (beta) 80% power with ratio between groups of 1.0. The individuals sampled were selected by simple random sampling from the list of eligible individuals registered in the Cadastro Único. The survey was applied to both the Hold of the Family (HF) and their families. The study was based on an empirical review of social policies, primary data on toothache research, and the population eligible for the PBF was described and related to independent demographic, socioeconomic and behavioral health variables. The result is presented in two articles: one in the literature review format that refers to social public policies in oral health - implies a review on Social Policies, Human Rights and Income Transfer and another, such as descriptive statistical analysis of eligible population, BF recipient and non-recipient in relation to demographic, socioeconomic, behavioral factors, oral health and access to dental services. The CCT as a social policy directly benefits individuals receiving BF regarding direct access to health and indirectly, in the long term, to individuals who do not receive the benefit, but have already received BF regarding oral health behaviors. The PBF reaches low income population, is focused on poverty and the Cadastro Único effectively performs the selection of BF beneficiary families.

Key words: Oral health; poverty; epidemiology; Government Programs; Brazil.

LISTA DE QUADROS E TABELA

Quadro 1. Tamanho da amostra estimada para comparação de duas amostras de proporções.....	43
Tabela 1. Características demográficas e socioeconômicas da população correlacionadas ao recebimento de Bolsa Família.....	85
Tabela 2. Características comportamentais e de acesso aos serviços de saúde da população cos ao recebimento de Bolsa Família.....	87
Quadro 2. <i>STROBE Statement—checklist of items that should be included in reports of observational studies</i>	89-91

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

ATER - Assistência Técnica e Extensão Rural

ATM – Articulação Temporomandibular

BF – Bolsa Família

BB – Benefício Básico

BPC – Benefício de Prestação Continuada

BSM – Brasil Sem Miséria

BSP - Benefício para Superação da Extrema Pobreza na Primeira Infância

BV – Benefício Variável

BVJ – Benefício Variável Jovem

BVG – Benefício Variável Gestante

CEO - Centros de Especialidades Odontológicas

CPOS - Centro de Pesquisa em Odontologia Social

CRAS - Centro de Referência da Assistência Social

CREAS - Centro de Referência da Assistência Social

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF - Equipe da Saúde da Família

IASP - *International Association for the Study of Pain*

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

MDS – Ministério de Desenvolvimento Social

MEC – Ministério da Educação

MS - Ministério da Saúde

ODK – *Open Data Kit*

OIT - Organização Internacional do Trabalho

OMS- Organização Mundial da Saúde

PAA - Programa de Aquisição de Alimentos

PBF – Programa Bolsa Família

PBV – Programa Bolsa Verde

PETI - Programa de Erradicação do Trabalho Infantil

PIB - Produto Interno Bruto

RF – Responsável da Família

SAGI - Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação

SENARC – Secretaria Nacional de Renda de Cidadania

SESEP - Secretaria Extraordinária para Superação da Pobreza

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TR – Transferência de Renda

TRC – Transferência de Renda Condicional

TRNC – Transferência de Renda Não Condicional

UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

APRESENTAÇÃO

Esta é uma tese de Doutorado do Programa de Pós Graduação em Odontologia na área de Saúde Bucal Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (URGS). É apresentada a introdução ao tema sobre efeitos da Bolsa Família (BF) na saúde bucal justificada por pesquisa em políticas sociais de transferência de renda e sua relação com dor dentária.

Depois são apresentados os objetivos no segundo item. No terceiro item é mostrada a revisão da literatura sobre os tópicos que seguem: determinantes sociais de saúde; direitos humanos e cidadania; pobreza, desigualdade de renda; transferência de renda; programa Bolsa Família; Plano Brasil Sem Miséria; renda e prevalência de dor de dente; transferência de renda e saúde; indicador dor de dente, acesso à saúde bucal; qualidade de vida e saúde; estresse e saúde; discriminação e saúde. No final da revisão de literatura são apresentados os perfis: situacional do município de São Leopoldo e de eu Programa Bolsa Família.

Os métodos utilizados estão descritos no 4º item em que se detalha o caminho traçado para realizar projeto de pesquisa para estudar associação entre baixa renda na saúde bucal em indivíduos recebedores, não recebedores e que nunca receberam a Bolsa Família. e dor de dente – apresentado em apêndice, e dois artigos: revisão de literatura e resultados da tese. A metodologia aplicada é descritiva e os resultados são dois artigos prontos para submissão à publicação para defesa de tese:

O primeiro artigo: “Políticas sociais na saúde bucal – Revisão”, pois se trata de uma revisão sobre as políticas públicas sociais brasileiras universais e focalizadoras relacionadas à transferência de renda e saúde bucal.

O segundo artigo: “Descrição demográfica, social, econômica e comportamental em saúde de população de baixa renda elegível ao benefício Bolsa Família de São Leopoldo/RS” apresenta os resultados descritivos de estudo de base populacional desta pesquisa.

Por fim, são feitas considerações finais consideradas relevantes pelo autor.

SUMARIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVOS	18
2.1	Objetivo primário	18
2.2	Objetivo secundário	18
3	REVISÃO DE LITERATURA	19
3.1	Determinantes sociais de saúde	20
3.2	Direitos Humanos e cidadania	21
3.3	Pobreza	23
3.4	Desigualdade de renda	24
3.5	Transferência de renda	25
3.6	Programa Bolsa Família	27
3.7	Plano Brasil Sem Miséria	29
3.8	Transferência de renda e saúde	30
3.9	Renda e prevalência da dor de dente	31
3.10	Indicador dor de dente	32
3.11	Acesso à saúde bucal	33
3.12	Qualidade de vida e saúde	34
3.13	Estresse e saúde	35
3.14	Discriminação e saúde	36
3.15	Perfil situacional do município de São Leopoldo	37
3.16	Perfil Bolsa Família de São Leopoldo	38
4	MÉTODOS	40
4.1	Desenho do estudo – características da pesquisa	40
4.2	Participantes/Universo Populacional	40
4.3	Critério de inclusão	41

4.4	Critérios de exclusão	41
4.5	Variáveis de interesse	41
4.6	Planejamento amostral	41
4.6.1	<i>Nível de inferência</i>	41
4.6.2	<i>Universo amostral</i>	42
4.6.3	<i>Processo amostral</i>	42
4.6.4	<i>Cálculo amostral</i>	42
4.6.5	<i>Perdas e recusas</i>	44
4.7	Pré-teste	44
4.8	Equipe de campo, logística e trabalho	44
4.9	Gerenciamento dos dados	46
4.10	Métodos estatísticos	47
4.11	Controle de qualidade	47
4.12	Implicações éticas	47
5	RESULTADOS	49
5.1	Artigo 1:	49
5.2	Artigo 2:	65
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE	92
7	REFERÊNCIAS DA TESE	94
8	APÊNCIDES	107
8.1	Projeto Chamada Universal do CNPQ	108
8.2	Questionário de pesquisa	125
8.3	Disponibilização de dados BF	149
8.4	Pré-teste	151
8.5	Modelo de apresentação à autoridades	163
8.6	Projeto para autoridades	164
8.7	Manual do supervisor	174

8.8	Manual do entrevistador.....	192
8.9	Manual do supervisor	195
8.10	FP - Folha de Progresso.....	218
8.11	Cartões-resposta.....	219
8.12	Manual de <i>tablet</i>	221
8.13	Questionário de controle de qualidade.....	229
8.14	Anuência UFRGS	231
8.15	Anuência São Leopoldo	232
8.16	TCLE.....	233
8.17	Folheto explicativo de saúde bucal.....	234
9	ANEXOS.....	235
9.1	Manual do aplicativo <i>ODK</i>	236
9.2	Mapa São Leopoldo	239
9.2	Mapa São Leopoldo X UBS	240

1 INTRODUÇÃO

A maioria da população humana no mundo já experimentou algum tipo de dor(TÜRPE et al., 2009). Todas as dores importam de alguma forma na qualidade de vida, cotidiano, inserção social e laboral de qualquer indivíduo. A Associação Internacional para Estudo da Dor *International Association for the Study of Pain* (IASP) define dor como “*uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano real ou potencial de tecidos, ou descrita em termos de tal dano*”(INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN, 2018).

Dor é um sentimento subjetivo, indefinido, individualizado, com diferentes níveis de percepção e de difícil memorização, relacionada à sinalização de eventos danosos aos tecidos, órgãos e partes dos seres humanos(HAFNER et al., 2013). Ainda, é responsável pela proteção e manutenção de sobrevivência das espécies porque funciona como alerta na possibilidade de agravos. Pode ser classificada de forma genérica como dor aguda, crônica ou recorrente. A dor aguda se manifesta com alta intensidade, a crônica se caracteriza pela longa e contínua frequência, e a recorrente apresenta períodos sucessivos interrompidos com diferentes intensidades(NATIONAL PHARMACEUTICAL COUNCIL, 2001).

Quando a dor ocorre em tecidos moles ou duros nas regiões da face, cabeça e pescoço chama-se dor orofacial, e quando acontece em função do elemento dentário ou do sistema de sustentação dentária/periodonto é referenciada como odontalgia. As dores orofaciais podem ser decorrentes de várias alterações biológicas, físicas ou psicológicas(SUVINEN et al., 1997), como a dos neurotransmissores – presença de serotonina e norepinefrina A diferença entre as dores é sua intensidade e a parte do corpo afetada, o que tem alto impacto na determinação de relações, escolhas e efeitos na vida das pessoas(ANTUNES; PERES, 2013; TÜRPE et al., 2009), as patologias, os traumas, e as oscilações emocionais – estresse.

Quando o ponto focal for o dente e o periodonto, a causa da odontalgia mais comum é a cárie e/ou periodontal, além de traumas dentários, bruxismo e

disfunção da Articulação Temporomandibular (ATM)(ANTUNES; PERES, 2013; INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN, 2018; ZHAO et al., 2018). As dores orofaciais acometem 22% da população e as odontalgias 60% que tendem a ter maior prevalência no sexo feminino(KNACKFUSS; COSTENARO; ZANATTA, 2011; SILVA; RIHS; SOUSA, 2009; TÜRP et al., 2009). Dentre as odontalgias, a dor de dente é a mais frequente e vem sendo estudada como um indicador de saúde associado a indicadores socioeconômicos e demográficos(PINHO et al., 21012). Estudos mostram que no mundo a prevalência da dor de dente varia entre 34% e 62%(COHEN et al., 2009; OKUNSERI; HODGES; NASCIDO, 2005). No Brasil a prevalência varia entre 15% e 60%(KNACKFUSS; COSTENARO; ZANATTA, 2011; MOREIRA; NATIONS; ALVES, 2007).

Estudos demonstram alta associação entre dor de dente e renda(MOREIRA; NATIONS; ALVES, 2007; RISKOWSKI, 2014). Esta associação não é bem explicada, mas os resultados mostram que quanto menor a renda *per capita*, maior a prevalência de dor de dente(MOREIRA; NATIONS; ALVES, 2007). Outras variáveis relacionadas com a dor de dente são acesso aos serviços de saúde(CARVALHO; REBELO; VETTORE, 2011; COHEN et al., 2009; KUHNEN et al., 2009), fatores socioeconômico e demográfico(BASTOS; NOMURA; PERES, 2005; HAFNER et al., 2013; KUHNEN et al., 2009; NORO et al., 2014; OKUNSERI; HODGES; NASCIDO, 2005; PATTUSSI et al., 2010; PERES et al., 2010, 2012), qualidade de vida, estresse(BORGES et al., 2008; OKUNSERI; HODGES; NASCIDO, 2005; PERES et al., 2012) e discriminação(GUIOTOKU et al., 2012).

A dor de dente tem sido relacionada com renda *per capita*, mas poucos estudos exploram a associação com outros fatores determinantes (NOMURA; BASTOS; PERES, 2004; SANTIAGO et al., 2013). O Programa Bolsa Família (PBF) através da Transferência de Renda Condicional (TRC) para população em situação de pobreza e extrema pobreza – famílias com renda *per capita* abaixo de R\$ 77,00 - valor básico da Bolsa Família (BF) referente ao ano de 2014, com cumprimento de condicionalidades, permite avaliar o efeito do recebimento ou não do benefício de renda direto nestas famílias, utilizando-se o indicador de saúde “dor de dente”(BRASIL, 2014a). O desafio é aproximar-se

do efeito do PBF sobre o desfecho de dor de dente através da influência da renda relacionada aos cuidados de saúde dentária. Com intuito de melhor aproximação do processo de “causa e efeito” entre as variáveis, justifica-se pesquisar a baixa renda e dor de dente com variáveis relacionadas como a aquisição de escova dental, comportamentos em saúde bucal e acesso aos serviços de saúde (SHIDARA; MCGLOTHLIN; KOBAYASHI, 2007).

Através de estudo populacional transversal, objetivou-se coletar dados através de inquérito “face a face”, direcionado ao Responsável da Família (RF), familiares menores e maiores de 12 anos para verificar o efeito do benefício da Bolsa Família (BF) sobre a variável dor de dente em famílias em situação de pobreza e extrema pobreza (HULLEY et al., 2008) para avaliar a relação entre baixa renda *per capita* com indicadores, fatores de saúde/doença dentária e universalização do acesso ao atendimento odontológico.

Nesta fase deste estudo, objetiva-se responder a questão: existem diferenças nas características demográficas, econômicas, comportamentais, de saúde bucal e acesso a serviços no grupo de sujeitos elegíveis a BF do município de São Leopoldo, quando subdividido em recebe, nunca recebeu e já recebeu a BF? Para responder a essa pergunta foi realizada revisão em políticas públicas sociais e análise estatística descritiva de variáveis demográficas, econômicas, sociais, comportamentais, saúde bucal e de uso de serviços odontológicos relacionado e associados ao recebimento do benefício BF para famílias elegíveis ao PBF. Intenciona-se elaborar dados que possam colaborar para análises em ações de saúde bucal da população estudada como para políticas públicas sociais voltadas para famílias de São Leopoldo que vivem em pobreza, extrema pobreza e alto nível de vulnerabilidade (BRASIL, 2016; COSTA, 2009).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo primário

Descrever Transferência de Renda Condicional (TRC) e saúde bucal em população de baixa renda de dados primários de Pesquisa aprovada no Edital Universal Faixa B do Conselho Nacional de Pesquisa (CNPQ) de número 409483/2016-8

2.2 Objetivo secundário

Verificar influência da TRC na saúde bucal de população de baixa renda e relações entre TRC com comportamentos de saúde bucal e uso aos serviços odontológicos.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Estratégias de prevenção baseadas em políticas universais podem não ser suficientes para atingir os grupos mais vulneráveis. É necessário também o uso de estratégias focalizadoras (*targeted*) como complementares é necessário. Há evidência de que os mais pobres se beneficiam menos de políticas universais(CELESTE; NADANOVSKY, 2010; VICTORA et al., 2000), incluindo a fluoretação das águas(PERES; ANTUNES; PERES, 2006) e políticas públicas(CELESTE; NADANOVSKY, 2010) em geral no Brasil. O principal suporte empírico em favor de políticas de redistribuição de renda reside na relação curvilínea entre renda e saúde, fenômeno também observado na saúde bucal(CELESTE; NADANOVSKY, 2009). Assim, ao reduzir a renda do grupo mais rico (ex. através de impostos) não impactaria muito na saúde bucal do mesmo, mas o acréscimo ao grupo mais pobre seria relevante(CELESTE; NADANOVSKY, 2009).

Há estudos avaliando os efeitos do PBF(PAES-SOUZA; SANTOS; MIAZAKI, 2011; RASELLA et al., 2013), e apenas três estudos conhecidos na saúde bucal no Brasil(CALVASINA et al., 2018; OLIVEIRA et al., 2013a; SANTOS JUNIOR et al., 2013). Avaliação dos efeitos do PBF pode beneficiar políticas públicas na melhoria da saúde geral e bucal de população de baixa renda, não somente no Brasil, mas também em outros países que utilizam programas de Transferência de Renda Condicional (TRC). Estudo longitudinal que avaliou mobilidade social sugere uma melhora na saúde para o grupo em ascensão social do que para o grupo que permanece pobre(PERES et al., 2012). Entretanto, estudos que utilizam desfechos de prevalências dificultam a inferência causal. Outro problema é o confundimento residual, quando o grupo que ascende socialmente não é comparável ao grupo que permanece pobre (PERES et al., 2010, 2012).

A fronteira do conhecimento nessa área está na oportunidade de avaliação de um experimento natural, especialmente em relação a um desfecho de curta latência, proporcionando avaliação do efeito da TRC que também se dá em curto prazo. Conhecer os mecanismos pelos quais a TRC está associada a melhores desfechos em saúde, também pode aumentar a

eficácia do mesmo. Por exemplo, a redução na dor de dente talvez possa ser explicada pelo aumento da renda, pois promove acesso e uso a serviços de saúde com mais frequência. Entretanto, é desconhecido se o efeito da renda adicional é maior para as crianças do que para adultos.

3.1 Determinantes sociais de saúde

Determinantes sociais de saúde estão direta e indiretamente relacionados com promoção de saúde para indivíduos e comunidades(OWUSU-ADDO; RENZAHO; SMITH, 2018). A promoção de saúde fomenta a qualidade de vida através de pré-requisitos de recursos fundamentais: *paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade*(ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1986).

Numa visão de coletividade, a saúde é determinada biologicamente – por fatores endógeno-biológicos, socialmente – por fatores exógenos/contexto de vida, e resulta de uma produção social(BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Dentre estes estão os fatores comportamentais (por exemplo fazer exercícios, lazer) de condições de vida (saneamento básico, esgotamento de resíduos, coleta de lixo, água potável), condições de trabalho, inter-relações entre as pessoas (capital social), acesso ao transporte, à educação e à saúde. A intersectorialidade desses fatores se constituiu nas políticas sociais de bem estar que atuam diferentemente nas sociedades, cada qual com suas necessidades ou escolhas com participação das comunidades (OWUSU-ADDO; RENZAHO; SMITH, 2018). Essas políticas sociais associadas com a distribuição de renda, combate às iniquidades na saúde para populações de baixa renda. A BF é um exemplo de sinergismo social no Brasil através do PBF que faz coesão com outros programas governamentais, por exemplo, diminuindo mortalidade infantil(RASELLA et al., 2013).

A partir dos determinantes sociais, econômicos e políticos são estruturados os determinantes sociais de saúde que se interagem e visam melhorias na qualidade de vida das pessoas. Interagem pelo nível micro - interações individuais, pelo nível médio – comunidades, pelo macro – políticas públicas, até em ambientes de globalização. Temos fatores estruturais quando

há conexão entre todos determinantes sociais, econômicos e políticos com fatores intermediários. Esses estão relacionados com as condições de vida e iniquidades na saúde. Dentre os determinantes intermediários estão: 1- aumento na atenção ao desenvolvimento de crianças e adultos; 2- facilitação no acesso e financiamento para moradias de assentamentos urbanos precários; 3- saneamento básico; 4- promoção de atitudes saudáveis; 5- equidade ambiental; 6- fortalecimento do trabalho digno e seguro; 7- proteção social para trabalhadores e pessoas com vidas informais; 8- acesso a sistemas de saúde com prioridade na atenção básica da saúde; 9- investimento na saúde(UNITED NATIONS, 2014; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

Um efeito dos determinantes sociais de saúde é a redução das desigualdades sociais, econômicas e de saúde das pessoas/populações. A desigualdade social é um fator de exclusão social associado à saúde, pobreza e cidadania no qual a renda *per capita* é um indicador socioeconômico que distingue países de alta renda e baixa renda(MARSHALL, 1950; RIACHELIS, 2000; UNITED NATIONS, 2003). Associado a baixa renda, estão a miséria e pobreza e prejuízo da saúde(ARROYO, 2000). A TRC ou Transferência de Renda Não Condicional (TRNC) são políticas sociais de redistribuição de renda que promovem redução efetiva e até erradicação da pobreza em países de média e baixa renda que impactam direta e indiretamente sobre a saúde dos povos (COMMIITTEE ON ECONOMIC SOCIAL AND CULTURAL RIGHTS (UNITED NATIONS), 2001; MONNERAT et al., 2007; REGO, 2008). Quando há redistribuição da renda *per capita* como um fator coadjuvante reduz inequidades sociais, minimiza desigualdades entre indivíduos e comunidades e promove o desenvolvimento dos países(OWUSU-ADDO; RENZAHO; SMITH, 2018; UNITED NATIONS, 2014).

3.2 Direitos Humanos e cidadania

Os direitos humanos preconizam que todo indivíduo deve ser tratado sem distinção e discriminação do sexo, etnia, credo, nacionalidade e idioma. O apogeu dos direitos humanos está na “*liberdade de expressão, associação e reunião pacífica, bem como o direito de participar em assuntos públicos*”(UNITED NATIONS, 2014). Esses direitos conferem aos seres

humanos a troca de ideias, proteção aos seus direitos tanto civis, sociais, econômicos e culturais em países com sistema político democrático.

Os direitos humanos no Brasil foram consagrados através da cidadania como o primeiro princípio de dignidade das pessoas e garantidos pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (BRASIL, 1988). Atualmente esses direitos se estendem para os direitos civis, direitos ao desenvolvimento econômico, social e cultural de todas as populações e meio ambiente em constante movimento (UNITED NATIONS, 2003, 2014).

A cidadania se constrói a partir de três direitos. Direito à liberdade e justiça iniciou com os direitos civis, em meados do século XVIII, garantindo os direitos à vida, à segurança, à liberdade e à propriedade. Os direitos políticos foram constituídos no século XIX, assegurando os direitos à participação livre na política e eleições de seus representantes no governo. No século XX iniciou-se o direito social relacionado às necessidades básicas, ao salário digno, à educação, à saúde, à habitação e à alimentação diretamente com a promoção de saúde do cidadão, em constante construção e sobreposto aos direitos civis e políticos até os dias de hoje (ARROYO, 2000; MARSHALL, 1950; UNITED NATIONS, 2014). A ideia de direitos e deveres do cidadão relacionado com o Estado configura a igualdade de direitos civis, políticos e sociais do cidadão e todos outros atores sociais. Cidadão é aquele indivíduo com direitos sociais e igualdade perante as políticas sociais (ARROYO, 2000). Os direitos permitem adentrar na sociedade com vistas a valores universais (REGO, 2008).

Cidadania sempre esteve associada à assistência social e é vinculada à economia e política através do cidadão que se constitui na sociedade de cada época; com a saúde necessária para a sobrevivência deste cidadão; com a economia que rege a distribuição das riquezas entre os cidadãos provendo sua saúde; com a política que conduz estratégias de distribuição das riquezas; e com infraestrutura sustentável que oportuniza a ampliação de direitos humanos, trabalho decente, meio ambiente, transparência e anticorrupção para e entre os cidadãos (BRASIL; ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS DO BRASIL, 2017; MONNERAT et al., 2007; RIACHELIS, 2000).

A cidadania aponta em vários segmentos da sociedade para alcançar a sua totalidade no âmbito individual, comunitário, social e institucional, ficando

vinculada a “*um sistema que orienta as ações e atitudes dos cidadãos*”(REGO, 2008). A cidadania “*é um estado de espírito e uma postura permanente que levam pessoas a agirem, individualmente ou em grupo, com objetivos de defesa de direitos e de cumprimento de deveres civis, sociais e profissionais*” (RIACHELIS, 2000).

3.3 Pobreza

Pobreza pode ser definida como negação dos direitos humanos em que a condição humana sofre privações contínuas de “*resources, capabilities, choices, security and power necessary for the enjoyment of an adequate standard of living and other civil, cultural, economic, political and social rights*”(COMMIITTEE ON ECONOMIC SOCIAL AND CULTURAL RIGHTS (UNITED NATIONS), 2001). A pobreza e extrema pobreza estão vinculadas à violação dos direitos humanos que são encontradas em países, com maior evidência nos países de baixa e média renda, afetando em graus diferentes e indiretamente todas as populações e pessoas no mundo. De maneira mais ampla as características da pobreza são apontadas para a fome, escolaridade, discriminação, vulnerabilidade e exclusão social(COMMIITTEE ON ECONOMIC SOCIAL AND CULTURAL RIGHTS (UNITED NATIONS), 2001; UNITED NATIONS, 2003). A pobreza extrema é a falta de segurança básica que muitas vezes está oculta. É relacionada com tempo indeterminado e dificuldade na recuperação de direitos para alcançar responsabilidades no futuro novamente. Tanto a pobreza como extrema pobreza são reconhecidas universalmente por impactar nos direitos humanos(COMMISSION ON HUMAN RIGHTS (UNITED NATIONS), 2004).

Ao mesmo tempo em que a pobreza pode ser mensurada a partir de condições de suprir necessidades básicas, pode ser considerada como absoluta e relativa. A pobreza absoluta é uma medida de ajuste obtida somente pelos relatos de subsistência de agregados familiares com vista a monitorar a renda da família, principalmente das mais pobres, utilizando parâmetros de aquisição de certas necessidades básicas. A pobreza relativa vai além de meras necessidades básicas, é gerada pelo contexto social do indivíduo, que mede a possibilidade de participar da vida cotidiana de sua sociedade(EXPERT

GROUP ON POVERTY STATICS - RIO GROUP (IBGE), 2006). Considera-se “*as minimal acceptable living standards depends largely on the general level of social and economic development*”(COMMIITTEE ON ECONOMIC SOCIAL AND CULTURAL RIGHTS (UNITED NATIONS), 2001) de comunidades e países onde o indivíduo vive.

A pobreza no Brasil está relacionada à desigualdade de renda e não à “*insuficiência para atender às necessidades básicas de todos*”(ROCHA, 2008). O PBF foi enaltecido por Rocha (2008), afirmando que a TR às famílias diminui o *hiato que os separa do valor da linha de pobreza*. Outro autor discorda ao dizer que os

“assistidos dos programas” [...] não poderiam ser classificados em níveis de pobreza baseados na renda e no emprego, uma vez que “a pobreza não se reduz à privação material, transborda para todas as esferas da vida social. [...] é uma relação social que define lugares sociais, sociabilidade, identidade(RIACHELIS, 2000).

Ainda, pobre e extrema pobreza estão relacionados com cidadania invertida, ou seja, o não-cidadão – o cidadão sem direitos e deveres(RIACHELIS, 2000).

3.4 Desigualdade de renda

As rendas familiares flutuam por vários motivos: rotatividade laboral, sazonalidade da economia, mudanças das estruturas familiares, trabalhos informais, entre outros, levando a uma variação na renda familiar *per capita* ao longo do tempo(MEDEIROS; BRITTO; SOARES, 2007).

Por isso é preciso entender a realidade específica de cada sociedade nos estados e municípios com indicadores que lhes são atribuídos, termos ou categorias utilizados para designar medidas quantitativas ou qualitativas, em números absolutos ou calculadas a partir de índices relativizados como proporção, razão e taxa(MERCHAN-HAMANN; TAULL; COSTA, 2000). Dentre os indicadores está a renda *per capita* inserida na desigualdade social, um importante fator de exclusão social. A renda *per capita* é um indicador socioeconômico aplicado para distinguir os países de alta, média e baixa renda, diretamente associada com saúde da população mesmo sendo multidimensional(BRASIL; ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS DO BRASIL, 2017). A baixa renda está associada à pobreza e miséria com prejuízo

na saúde(ANTUNES; PERES, 2013). Em 1981, na Escandinávia, autores sugeriram que poderia haver relação entre saúde bucal e contexto social de crianças. Afirmaram que miséria social associada à má nutrição, alta morbidade de doenças gerais e higiene oral negligenciada é um fenômeno paralelo na população(MAGNUSSON; KOCH; POULSEN, 1981).

Alega-se que a pobreza precede as questões sociais de saúde, de educação, de economia e de habitação, pois sempre estiveram presentes na história da humanidade. Isso levou a redistribuição de renda ser a causa justa nos países. Desigualdades econômicas resultam em estratificações econômicas em que a pobreza e a riqueza podem ser consideradas como *fenômenos produzidos socialmente como resultados de políticas socioeconômicas que agravam os processos de exclusão social de crescentes parcelas da população*(RIACHELIS, 2000). Assim Riachelis (2000) relaciona a demarcação de “*linha de pobreza – parâmetro de valor equivalente ao custo de atendimento de todas as necessidade básicas*” de “*um indivíduo em determinado lugar e tempo no valor econômico do salário mínimo per capita delimita a linha de pobreza e até meio salário mínimo **per capita** a linha de miséria*”(RIACHELIS, 2000), atualmente nos valores de R\$ 954,00 e R\$ 477,00 respectivamente.

3.5 Transferência de renda

Políticas públicas sociais de TR podem ser diretas ou indiretas, TRC ou TRNC, adotadas em 171 países – 52 países com TRC e 119 países com TRNC(GENTILINI; HONORAT; YEMTSOV, 2014). Todas TR objetivam o bem estar das pessoas em que o Estado/Governo repassa na forma de dinheiro, vales ou subsídios para famílias que vivem na pobreza ou extrema pobreza diretamente; e indiretamente para toda população através do acesso, por exemplo, à serviços de educação e saúde. As TRC estão vinculadas a deveres/condições para ter acesso ao dinheiro como, por exemplo, a BF do PBF, e as TRNC não estão associadas a nenhuma condicionalidade como exemplo os Benefícios de Prestação Continuada (BPC) no Brasil(CECCHINI, 2013).

As TRC são vinculadas a condicionalidades, contrapartidas comportamentais também chamadas de co-responsabilidades das famílias em relação à saúde e educação(CRUZ; PESALLI, 2011; MEDEIROS; BRITTO; SOARES, 2007; MENDES; BARBOSA; RODRIGUES, 2009; TAVARES, 2010) para promover indiretamente alcance a cidadania e o mundo do trabalho(MEDEIROS; BRITTO; SOARES, 2007; MONNERAT et al., 2007; ROCHA, 2011; TAVARES, 2010).

As TRNC são políticas públicas de repasse de dinheiro para grupos de pessoas vulneráveis que não tem obrigação de cumprir condições e estão relacionadas com a superação de pobreza da população. O BPC é um programa de TRNC que visa inserção do cidadão na sociedade brasileira(MARIANO; CARLOTO, 2009; MEDEIROS; BRITTO; SOARES, 2007; MONNERAT et al., 2007). Além do mais, o BPC existe no Brasil desde 1970 com intuito da sobrevivência dos beneficiários. É um programa de TR mensal incondicional de um salário mínimo para pessoas com deficiência e idosos acima de 65 anos sem renda. Para receber este direito, a renda familiar *per capita* deve ser menor que um quarto de salário mínimo. Esse direito foi assegurado na Constituição de 1988 não impondo condicionalidades(BRASIL et al., 2011; MEDEIROS; BRITTO; SOARES, 2007).

O Programa Bolsa Verde também é uma TRNC direcionado para brasileiros que vivem em áreas restritas, e se aninha dentro do PBF. Este programa social tem como função a superação da pobreza para famílias extrativistas que vivem em áreas rurais, ribeirinhas, isoladas e distantes, longe dos centros urbanos. O programa promove a inclusão produtiva rural de famílias beneficiárias distribuídas pelo país em unidades de conservação, projetos de assentamentos e áreas ribeirinhas(BRASIL., 2011).

As famílias do PBV precisam estar inscritas no Cadastro Único e se comprometer pela conservação da cobertura vegetal e *fazer uso sustentável de recursos vegetais de onde vivem*(BRASIL., 2011; BRASIL; MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2005). O objetivo do PBV é o aumento de produção para os agricultores mais pobres através de orientação e acompanhamento técnico, transferência de recursos, oferta de insumos e água para garantir a segurança alimentar e estimular o comércio

rural. O PBV se articula entre si com Programa Água para Todos, Programa Luz para Todos, Assistência Técnica e Extensão Rural (ATER), Programa de Aquisição de Alimentos (PAA), Distribuição de Sementes e Cisterna (BRASIL; MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2005).

Os países que erradicaram a pobreza absoluta ou minimizaram expressivamente seus níveis de desigualdade fizeram uso de políticas sociais de TR(DINIZ, 2007; MEDEIROS; BRITTO; SOARES, 2007; MONNERAT et al., 2007). A desigualdade social é um fator de exclusão social em que a renda “*per capita*” serve, como indicador socioeconômico aplicado para distinguir “países de alta renda” e “países de baixa renda”, e está diretamente associado à saúde da população, situação de pobreza e cidadania(MENDES; BARBOSA; RODRIGUES, 2009; REGO, 2008; RIACHELIS, 2000; ROCHA, 2008). Quando se fala em baixa renda, pensa-se em miséria e pobreza e conseqüentemente em prejuízo da saúde(ANTUNES; PERES; CRIVELLO JUNIOR, 2006; MAGNUSSON; KOCH; POULSEN, 1981).

3.6 Programa Bolsa Família

O PBF foi criado em 2003 para superação da fome, da miséria e minimizar pobreza no Brasil, promulgada a lei em 2004(BRASIL, 2004). Esse programa social para famílias de baixa renda, repassa dinheiro através da BF, um benefício de renda advindo de políticas de cunho social pela TRC . O PBF é o maior programa social de TRC e o mais abrangente para pessoas pobres ou em extrema pobreza no Brasil(DINIZ, 2007; MENDES; BARBOSA; RODRIGUES, 2009; ROCHA, 2008, 2011) e se distingue pelo cumprimento de condicionalidades relacionadas à vacinação e frequência escolar pelo agregado familiar beneficiado(MEDEIROS; BRITTO; SOARES, 2007; TAVARES, 2010). Estas condicionalidades têm a intenção de incentivar a escolaridade dos jovens e acesso à saúde . Ainda, é considerado o segundo melhor programa social quanto à focalização na pobreza com rápida expansão(ROCHA, 2008).

Os valores dos benefícios recebidos pelas famílias dependem da constituição familiar, atendendo a renda mensal mínima por pessoa no mesmo

domicílio, definida pelo governo federal – Ministério de Desenvolvimento Social (MDS). Cada família com renda *per capita* de até R\$ 178,00 recebe até no máximo cinco benefícios que variam de acordo com a regulamentação do programa (2018): um Benefício Básico (BB) de R\$ 89,00; até três Benefício Variável (BV) de 0 a 15 anos de R\$ 41,00 cada; dois Benefício Variável Jovem (BVJ) estão vinculados ao adolescente entre 16 e 17 anos no valor de R\$ 48,00 cada (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME (BRASIL), 2014). É feita uma exceção às gestantes e nutrizes que recebem um Benefício Variável Gestante (BVG), é constituído de 09 parcelas mensais durante a gestação e 06 parcelas durante o período de seis meses da amamentação cujo valor é de R\$ 48,00. Ainda, quando a família não alcança o valor mínimo *per capita* de R\$ 89,00 – ela recebe o complemento do Benefício para Superação da Extrema Pobreza (BSP) até alcançar renda *per capita* familiar de R\$89,00. Assim a família sai de situação de extrema pobreza (BRASIL, 2004, 2014a; MENEZES; SANTARELLI, 2013).

O Responsável da Família (RF) na maioria é a mulher, é quem inscreve seus familiares no Cadastro Único e se responsabiliza pelo cumprimento de condicionalidades relacionadas com a saúde e a educação de seus entes e familiares. Os Estados e Municípios têm responsabilidades ligadas ao Índice de Gestão de Desenvolvimento (IGD) e, vínculo com metas de condicionalidades consolidadas através de acordos governamentais. O agente operador do PBF é a instituição bancária governamental Caixa Econômica Federal (BRASIL, 2015; CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (BRASIL), 2018).

Para as condicionalidade existem as contrapartida do RF: na saúde é direcionada para crianças menores de 07 anos que devem seguir o calendário de vacinas; na educação crianças e adolescentes de até 15 anos retiradas do trabalho infantil devem desempenhar ações socioeducativas; crianças e jovens de 06 a 17 anos devem frequentar 75% de dias do calendário escolar. Das gestantes é exigido o acompanhamento pré-natal e das nutrizes entre 14 e 44 anos, o acompanhamento de sua saúde – mãe e bebê. Também as famílias devem se lembrar de revalidar o seu cadastro familiar a cada dois anos, pois há risco de perder o benefício de renda social BF (MEDEIROS; BRITTO; SOARES, 2007; MONNERAT et al., 2007; ROCHA, 2011; TAVARES, 2010).

Os municípios são os principais agentes públicos que atuam de forma centralizada ou descentralizada junto às famílias. O gestor público municipal precisa acompanhar a mobilidade geográfica da população beneficiada para o ajuste e atualização dos seus cadastros das famílias. As condicionalidades servem para operar a intersectorialidade por meio do incentivo na demanda dos setores de serviços educacionais, de saúde e sociais, facilitando o acesso das populações pobres aos direitos básicos de cidadão, isto é, acesso destas pessoas às políticas públicas. Atualmente, o programa beneficia 13,9 milhões de brasileiros(BRASIL; MINISTÉRIO DESENVOLVIMENTO SOCIAL, 2018), mas o principal desafio do PBF é conduzir seus beneficiários como indivíduos de direitos, conscientes de seus deveres como cidadãos sociais, através da garantia de acesso e uso dos serviços básicos de saúde, educação e trabalho, na busca de romper o ciclo vicioso da pobreza(MENDES; BARBOSA; RODRIGUES, 2009; ROCHA, 2008).

3.7 Plano Brasil Sem Miséria

O Plano Brasil Sem Miséria (BSM) de 2011 teve origem no programa Fome Zero de 2003 de cujos programas complementares, foram extintos gradativamente e unificados ao PBF através do Cadastro Único a partir de 2004(MENEZES; SANTARELLI, 2013). O Plano BSM com a Secretaria Extraordinária para Superação da Pobreza (SESEP) articula aproximação com outros programas sociais para superação da pobreza através da estratégia de Busca Ativa para melhor identificar pessoas mais pobres que vivem fora da rede de proteção social(MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME (BRASIL), 2014).

A articulação ocorre através da SESEP que se organiza em três eixos: garantia de renda, acesso a serviços e inclusão produtiva(BRASIL, 2013a). A garantia de renda ocorre através dos programas PBF e BPC; o acesso aos serviços pelos Programa Mais Educação do Ministério da Educação (MEC)(MECHANIC, 2002), Programa Brasil Alfabetizado do MEC, Rede de Proteção Social do Ministério de Desenvolvimento Social (MDS) através do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializada da Assistência Social (CREAS), Programa Brasil Sorridente do

Ministério da Saúde (MS), Programa Olhar Brasil do MS, Rede Cegonha do MS e o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) do MDS; já a inclusão ao trabalho pelo programa direcionado para a inclusão produtiva urbana e rural - Programa Bolsa Verde (PBV)(MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME (BRASIL), 2014).

O Plano BSM usufrui da estrutura do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal, expandindo suas ações de forma complementar e continuada. Ainda o Plano BSM avigora a inserção no trabalho da população de extrema pobreza, focado em pessoas em idade ativa de 18 a 65 anos, e ao mesmo tempo promove a Busca Ativa desta população(MENEZES; SANTARELLI, 2013).

3.8 Transferência de renda e saúde

O efeito potencial de programas sociais de TR tem sido variado, além da saúde, nutrição, educação e acesso a serviços, reflete no contexto social do indivíduo beneficiado. Os programas de TR geram melhorias indiretas no bem estar geral do cidadão – crescimento da criança, redução de anemia(LEROY et al., 2008), tuberculose(BOCCIA et al., 2011), diminuição da agressividade em crianças e desenvolvimento físico das mesmas(OZER et al., 2009), desenvolvimento motor, cognitivo e linguagem(FERNALD; GUNNAR, 2009), baixa mortalidade infantil(RASELLA et al., 2013; SHMUELI, 2004), saúde bucal(CALVASINA et al., 2018) e saúde geral(PEGA et al., 2017). Em dois estudos o impacto foi negativo para saúde bucal (CALVASINA et al., 2018; OLIVEIRA et al., 2013b; SANTOS JUNIOR et al., 2013).

Outros países têm políticas de TR direta ou indireta anteriores ao BF do Brasil. Dentre os 18 países da América Latina e Caribe que se destacam por programas de TR, o Equador é seguido pelo Brasil que fica em quarto lugar, quando correlacionados com o Produto Interno Bruto (PIB)(CECCHINI, 2013). Na América Latina e Caribe, além do PBF, como exemplos temos outros programas de TR importantes que são o do México com o programa *Oportunidades*, Equador com o “*Plan Nacional Del Buen Vivir*”, Peru com o “*Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres – Juntos*”, Colombia

com o programa “*Más familias en Acción y Jóvenes en Acción*”, e no Chile com o programa “*Chile Avanza con todos*”(CECCHINI; ATUESTA, 2017).

Até 2013, 52 países realizavam a TRC e 119 países, a TRNC, e 42 algum tipo de pensão(GENTILINI; HONORAT; YEMTSOV, 2014). O impacto financeiro só foi positivo quando associado à segurança alimentar, pelo aumento de despesas em alimentos e acesso à saúde. A maioria dos programas de TR na América Latina e Caribe utiliza condicionalidades direcionadas para crianças na escola, atenção à educação nutricional, cuidados de saúde para crianças na faixa etária abaixo de 05 anos, mulheres gestantes e lactantes. As condicionalidades para adultos são menos frequentes, e em alguns casos, relacionados com cuidados genéricos de saúde, acesso a medicações, testes e resultados de HIV. Os efeitos começam a ser evidenciados de forma discreta(BOCCIA et al., 2011; FERNALD; GUNNAR, 2009; OZER et al., 2009; PEGA et al., 2017).

3.9 Renda e prevalência da dor de dente

O aumento de renda está associado a menor prevalência de dor dentária, como descrevem estudos transversais, isto é, a renda aumenta acima da inflação(MOREIRA; NATIONS; ALVES, 2007; SHIDARA; MCGLOTHLIN; KOBAYASHI, 2007). Entretanto, não se sabe se o acréscimo de renda pode reduzir dor dentária, onde o acréscimo representa a compensação de uma perda na renda(ROXO, 2000) . Dentre todas as variáveis relacionadas com “dor de dente”, a renda é referida como um fator de importante influência no bem estar dos indivíduos, além de influenciar na extração dentária. Estudos apontam que indivíduos ou famílias com menor renda *per capita* tem maior prevalência de dor de dente(ALEXANDRE et al., 2006; HAFNER et al., 2013; KUHNEN et al., 2009; PERES et al., 2010). Além disso, entre as crianças de famílias de baixa renda encontra-se 3,7 chances a mais de desenvolver dor dentária(NOMURA; BASTOS; PERES, 2004) e os jovens, 1,8 chances a mais quando comparadas aos de mais alta renda(BASTOS; NOMURA; PERES, 2005).

Em população de baixa renda os homens tendem a ter prevalência maior de “dor de dente” que as mulheres - nos homens é de 37% e nas

mulheres é de 23%(ALEXANDRE et al., 2006). Quando associada à dor gengival, a prevalência pode chegar a 35,6% quando associada ao sexo feminino, ao não estudante, a estudantes de escolas públicas ou a estudantes atrasados nos estudos(BORGES et al., 2008).

3.10 Indicador dor de dente

O último levantamento epidemiológico de 2010 demonstrou diminuição de perdas dentárias para os grupos de adolescentes e adultos e maior acesso a tratamentos dentários(BRASIL, 2012). Estudos mostram que a presença de mais dentes em boca aumenta a tendência na prevalência de dor de dente, bem como no acesso à assistência odontológica e terapias preventivas para manutenção da saúde bucal(GOES; MOYSÉS, 2012; SANTOS NETO et al., 2012).

A dor de dente aparece como um importante indicador de saúde bucal, estudada mundialmente, devido o desconforto que causa ao indivíduo acometido. Pode estar relacionada com a má escovação dentária, erupção dentária e cárie(SHEPHERD; NADANOVSKY; SHEIHAM, 1999), com tendência de maior prevalência entre as mulheres. Ainda, na Nigéria, estudo demonstra associação entre dor de dente com idade, gênero e visitas tardias ao dentista(OKUNSERI; HODGES; BORN, 2005).

Outros fatores associados à dor de dente são as condições socioeconômicas(FERREIRA et al., 2006), aumento da longevidade entre idosos(PATTUSSI et al., 2010), ser jovem(KAKOEI et al., 2013; NORO et al., 2014), ser trabalhador(MIOTTO; SILOTTI; BARCELLOS, 2012), possuir características de baixo capital social(SANTIAGO et al., 2013) e o acesso aos serviços de saúde bucal(NORO et al., 2014).

Dor por si só é um agravo inconveniente e perturbador que pode refletir na qualidade de vida do indivíduo. A dor de dente é responsável por absenteísmo de 23,4% no trabalho(MIOTTO; SILOTTI; BARCELLOS, 2012), um valor relevante que demonstra necessidade de políticas de promoção de saúde para melhorar a vida no seu contexto global(SANTIAGO et al., 2013).

3.11 Acesso à saúde bucal

O acesso à saúde está prevista para todos os cidadãos na Constituição do Brasil (BRASIL, 1988). Como a renda, saúde e políticas sociais estão interligadas no sistema complexo estruturado dos determinantes sociais de saúde, não é possível dissociar os efeitos da baixa renda numa população ao acesso à saúde bucal.

Também políticas sociais influenciam fortemente os fatores socioeconômicos e demográficos (MARMOT, 2014). Quando diagnosticadas desvantagens de um grupo em relação a outro, intervenções focais adotadas são eficazes na redução de desigualdades populacionais (MECHANIC, 2002). Quando se refere às políticas específicas de saúde bucal, encontra-se a perda dental relacionada à renda *per capita* (BARBATO et al., 2007), onde esta ação mutiladora da cavidade bucal aparece como tendência negativa (BRASIL, 2012).

Hoje são observadas mudanças nas políticas sociais visando-se a manutenção de saúde bucal (BRASIL, 2012). O programa “Brasil Sorridente” em conjunto com os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) do Brasil que estão promovendo qualificação da oferta de serviços especializados, bem como construindo CEO na extensão territorial brasileira, privilegiando tratamentos endodôntico e periodontal, atendimento a pacientes com necessidades especiais, cirurgia oral menor e diagnóstico oral - com foco em câncer bucal (BRASIL, 2012; PEDRAZZI; DIAS; RODE, 2008).

Quando políticas sociais se cruzam na interface e se fundamentam em estudos criteriosos de evidências é possível redirecionar ações para atingir metas de melhor saúde bucal. O Brasil investe no aumento da renda *per capita* para população de baixa renda priorizando população pobre, em extrema pobreza e vulnerável para ampliar o seu acesso aos serviços públicos de saúde, vinculado às Equipes de Saúde da Família (ESF) e Saúde Bucal (ESB), articulados com programas do MDS (BRASIL, 2014b; COSTA, 2009; NORO et al., 2014).

3.12 Qualidade de vida e saúde

A qualidade de vida está relacionada com a saúde pelo seu impacto tanto na saúde geral como na saúde bucal, sendo sugeridos mais estudos por vários autores (ANTUNES; PERES, 2013; SEIRAWAN; SUNDARESAN; MULLIGAN, 2011). A relação com a vida urbana ou rural, tecnologias leves ou pesadas influenciam o cotidiano das pessoas, desencadeando no inconsciente, ações para o bem estar biológico, psicológico e social, refletidos pelo acesso aos tratamentos de saúde (FLECK et al., 1999).

Não existe conceito único para definir qualidade de vida, devido sua complexidade. A Organização Mundial da Saúde (OMS) correlaciona qualidade de vida com saúde e variáveis socioeconômicas e demográficas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998). Existem expressões que definem qualidade de vida como “condições de saúde”, “funcionamento social”, mas não captam sua totalidade conceitual. Entretanto devido sua subjetividade, está associada com variáveis relacionadas com saúde, percepção, cultura, importando mais uma vida em que as pessoas se sintam bem psicologicamente, fisicamente e socialmente (FLECK et al., 1999) sem ter um conceito único e definido porque é visto sob várias dimensões, ampla ou focalizada, individual ou coletiva (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Quando a qualidade de vida está comprometida em nível psicológico, a percepção e o entendimento de seu contexto (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (BRASIL), 2017), se torna difícil na compreensão aplicada à situação social, seja nas relações familiares, de trabalho ou nas comunidades (ANTUNES; PERES, 2013). Fatores imperceptíveis regidos por escolhas ocultas, visões falsas de saúde podem desencadear doenças corporais e o indivíduo se acostumar e tomar como normal mal estares presentes e perturbadores, afetando a qualidade de vida (SEIRAWAN; SUNDARESAN; MULLIGAN, 2011).

O desequilíbrio entre as partes que compõe a cavidade bucal fisiológica e estruturas de cabeça e pescoço com o restante do corpo é entendido como dor e influencia de forma sutil no bem estar da coletividade de forma subjetiva. É imprescindível que seja mais estudada a relação da saúde bucal, dor e renda

com a qualidade de vida, pois somente as dores orofaciais são responsáveis por 22% até 68% dos sofrimentos dolorosos para todas faixas etárias(ANTUNES; PERES, 2013; CALDERON et al., 2012; MONTERO; BRAVO; ALBALADEJO, 2008; MOURA-LEITE et al., 2011; SHIDARA; MCGLOTHLIN; KOBAYASHI, 2007).

Quando se estuda a relação entre dor de dente e qualidade de vida, o bem estar individual tende a baixar, impactando em aspectos cotidianos de lazer, prazer e sobrevivência, sem contar na influência no sistema físico, psíquico e social(CONSTANTE et al., 2012; HAFNER et al., 2013).

3.13 Estresse e saúde

Estresse é uma ação fisiológica de alarme no ser humano causado por agentes e influências nocivas que podem produzir alterações químicas no organismo, associado a toda e qualquer doença capaz de causar alterações em um sistema biológico definido(LUFT et al., 2007). O estresse é relacionado com diversidade de estímulos organizados de conhecimentos, não somente biológicos, mas também do meio externo – físicos, social e trabalho, e interno – pensamentos, emoções, medos e alegrias(FILGUEIRAS; HIPPERT, 1999), podendo ser a resposta fisiológica a estes eventos estressores de vida, a ansiedade, e esta é decorrente de transtornos mentais, físicos e sociais(MARGIS et al., 2003).

O estresse decorrente da ansiedade e comorbidades(RUSH et al., 2005) pode estar relacionado com eventos de dores psicossomáticas(CHOEN; WILLS, 1985; GALEGO et al., 2007) e doenças(LUFT et al., 2007). As dores orofaciais e dentárias estão anexadas ao estresse, ansiedade e comorbidades(MARQUES-VIDAL; MILAGRE, 2006; ZAKRZEWSKA, 2013). Tanto crianças, jovens e famílias apresentam dores crônicas e de longa duração sem perceber os eventos estressores de suas vidas(CARVALHO et al., 2013; COLARES et al., 2013; KREKMANOVA et al., 2009; VAN WIJK; HOOGSTRAATEN, 2005).

A ansiedade – medos, traumas a terapias e consultas odontológicas, pode ser um fator coadjuvante a outros fatores estressores(CARVALHO et al., 2013; COLARES et al., 2013; LIDDELL; LOCKER, 1997; LIN et al., 2013;

PERES et al., 2012; VAN WIJK; HOOGSTRATEN, 2005). Exemplo disso é a dor crônica dentária não tratada(WIRZ et al., 2010) somada a outros agentes estressantes da vida cotidiana que quando estes não são percebidos podem desencadear o estresse como por exemplo a pobreza familiar como fator estressante(KREKMANOVA et al., 2009; SILVA et al., 2019).

As dores orofaciais e dentárias se mesclam no diagnóstico e ambas estão associadas com estruturas intraorais(LIST et al., 2007; MARQUES-VIDAL; MILAGRE, 2006), onde a dor dentária, como um estressor não percebido, é capaz de desencadear agravos físicos e psicológicos, levando ao aumento na demanda de serviços de saúde.

3.14 Discriminação e saúde

Discriminação é o ato de separar, diferenciar, abordando de modo distinto em prejuízo para alguém. A discriminação percebida ou não, está sendo discutida nas áreas Humanas e de Saúde, em vários contextos: racial ou étnica, social, religiosa, sexual e cultural(ALVAREZ-GALVEZ; SALVADOR-CARULLA, 2013; BARATA R.B., 2009; BASTOS et al., 2012; FINCH; KOLODY; VEGA, 2000; GIOVANELLA et al., 2012; KRELING; PIMENTA; GARANHANI, 2014; MACHADO, 2000; MOREIRA; NATIONS; ALVES, 2007; WILLIAMS; MOHAMMED, 2009).

O Brasil adotou o conceito de discriminação durante a 111ª Convenção da Organização Internacional do Trabalho (OIT) através do Decreto No 62.150, de 19 de janeiro de 1968 que compreende

“toda distinção, exclusão ou preferência fundada na raça, cor, sexo, religião, opinião política, ascendência nacional ou origem social, que tenha por efeito destruir ou alterar a igualdade de oportunidades ou de tratamento em matéria de emprego ou profissão”(BRASIL., 1968).

A discriminação – ação de discriminar é fruto do preconceito a “algo” como, por exemplo, preconceito étnico(MACHADO, 2000), religioso, social, cultural, sexual, e estes podem desencadear as desigualdades sociais - iniquidades sociais(PEREIRA; LIMA, 2008), podendo ser o inverso verdadeiro(FINCH; KOLODY; VEGA, 2000).

A desigualdade de oportunidade no acesso aos serviços de promoção de saúde para indivíduos com menos escolaridade, fomenta o absenteísmo no trabalho devido à dor de dente(MIOTTO; SILOTTI; BARCELLOS, 2012) que pode ser decorrente de menor acesso a informações/cultura(GIOVANELLA et al., 2012); a desigualdade social relacionada com baixa renda, aumento da dificuldade de acesso aos serviços e oportunidade na vida e a discriminação(MOREIRA; NATIONS; ALVES, 2007). Em saúde bucal, iniquidades raciais foram relacionadas com agravos bucais, dentre eles dor de dente e baixa renda(GUIOTOKU et al., 2012; MOREIRA; NATIONS; ALVES, 2007).

Por outro lado, a discriminação quando percebida, seja étnica(WILLIAMS; MOHAMMED, 2009), social(FINCH; KOLODY; VEGA, 2000), religiosa(FRIEDLANDER et al., 2010), de idade, sexualidade e saúde(ALVAREZ-GALVEZ; SALVADOR-CARULLA, 2013), pode ser um fator estressor(WILLIAMS; MOHAMMED, 2009) que agrega ansiedade e comorbidades. Pode ser vista como um *fator de risco emergente para a doença*(WILLIAMS; MOHAMMED, 2009) que leva a alterações psicossomáticas refletidas na saúde, incluindo-se aí a saúde bucal.

3.15 Perfil situacional do município de São Leopoldo

O município de São Leopoldo foi eleito para realização desta pesquisa porque foi a cidade que permitiu executar o projeto de pesquisa por interesse na obtenção de dados epidemiológicos em saúde bucal e pelo pesquisador ser servidor público estatutário que trabalha com população de baixa renda. Pela necessidade de reconhecer o município estudado é descrito como um município de grande porte, pertencente à região metropolitana de Porto Alegre do Estado do Rio Grande do Sul, com área territorial de 102,739 Km². São Leopoldo está organizado em 24 bairros com 275 setores censitários e cinco regiões em relação à TRC de acordo com a distribuição dos CRAS do município, regido pela folha de pagamento do mês encaminhado pelo MDS. Cada região dos CRAS é composta por número variado de famílias beneficiadas (2015): CRAS Centro – 1125 famílias, CRAS Leste - 1150, CRAS Nordeste - 1877, CRAS Norte - 1297 e CRAS Oeste - 982(INSTITUTO

BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (BRASIL), 2018a; PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO LEOPOLDO(BRASIL), 2018).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010 o município apresentava 214.087 habitantes com estimativa de 234.947 habitantes para 2018, com densidade demográfica de 2.083,79 hab./Km². O município apresentou crescimento populacional de 167.907 de 1991 para 207.721 em 2000, sendo 48,7% homens e 51,3% mulheres. Em 2012, 99,6% da população residente era urbana e 0,4% rural com 2,99 pessoas por domicílio, possuía 89% da população alfabetizada com 41 Estabelecimentos de Saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2018 apresentou Produto Interno Bruto (PIB) de R\$30.356,67 *per capita/ano* e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) 0,739(BRASIL, 2014c; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (BRASIL), 2018a; PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO LEOPOLDO(BRASIL), 2016).

A cidade de São Leopoldo conta com um Plano Municipal de Assistência Social, avaliação anual do plano municipal, órgão gestor de assistência social, Conselho Municipal de Assistência Social e monitoramento mensal do plano municipal. Em relação à gestão da Assistência Social, o Cadastro Único é reavaliado pelo órgão gestor e o mesmo é responsável pela política de segurança alimentar(BRASIL, 2018a, 2018b).

3.16 Perfil Bolsa Família de São Leopoldo

Em relação à situação domiciliar de baixa renda, segundo o censo do IBGE 2010, haviam 1598 domicílios particulares permanentes sem rendimento, 2478 com renda de até $\frac{1}{4}$ de salário mínimo e 8149 de $\frac{1}{4}$ a $\frac{1}{2}$ salário mínimo por pessoa(INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (BRASIL), 2018b).

O Boletim de janeiro/2015 do MDS e Combate a Fome, Relatório BSM no seu município para São Leopoldo - dezembro/2014, dados do Cadastro Único e pagamento do PBF, informaram que 27715 famílias estavam registradas no Cadastro Único o que representava 9,97% da população do município, e 6442 famílias eram beneficiárias do PBF que representa 72,93% do total estimado de famílias do município com perfil BF inscritas no Cadastro

Único e com renda familiar mensal inferior a R\$ 77,00 por pessoa(BRASIL, 2014a).

Os dados do Relatório de Informação Social da Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação (SAGI) referente ao município de São Leopoldo foram de dezembro 2014: 27715 famílias inscritas no Cadastro Único; 9533 famílias com renda per capita familiar de até R\$ 77,00; 6263 famílias com renda *per capita* familiar entre R\$ 77,00 e R\$ 154,00; 6961 famílias com renda *per capita familiar* entre R\$ 154,00 e meio salário mínimo; e 4954 famílias com renda *per capita* acima de meio salário mínimo. Em março/2015 o PBF beneficiou 6476 famílias que representou cobertura de 73,3% das famílias com perfil BF inscritas no Cadastro Único e com renda familiar mensal inferior a R\$ 77,00 por pessoa (BRASIL, 2014a) Observa-se diferença nos dados percentuais entre o Boletim do MDS e Combate a Fome (72,93%) e o Relatório de Informação Social da SAGI (73.93%).

São Leopoldo é um município envolvido com o desenvolvimento social de sua população, pois já alcançou a estimativa oficial de cobertura de registros no Cadastro Único, sendo recomendado atualizar os dados das famílias para incluir aquelas famílias em extrema pobreza. Mas quando se pensa em saúde, faltam informações quanto à situação de saúde bucal. Isto justifica a emergência deste estudo para fomentar ferramentas e o enfrentamento para melhoria da condição de saúde de pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade, pobreza e extrema pobreza, dando visibilidade à realidade(BRASIL, 2014a).

4 MÉTODOS

Segundo as normas e critérios de avaliação de Doutorado da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, os resultados devem ser apresentados em forma de dois artigos. Um artigo trata de uma Revisão de Literatura sobre Políticas Sociais, Direitos Humanos e Transferência de Renda e noutro são apresentados resultados que respondem ao objetivo primário.

A parte empírica desta tese é baseada na coleta de dados primários de projeto financiado pelo Conselho Nacional de Pesquisas (CNPq) (apêndice 1). É um estudo de descrição demográfica, social, econômica e comportamental em saúde de população de baixa renda elegível ao benefício BF do município de São Leopoldo/RS. A coleta de dados iniciou em novembro de 2016 e finalizou-se em agosto de 2018. Foi aplicado um questionário no qual as pessoas responderam sobre questões demográficas, sociais, econômicas, comportamentais, de condições de saúde e capital social de interesse para este artigo. Além disso, havia perguntas referentes à dor dentária, qualidade de vida, estresse percebido e discriminação, que não foram incluídos neste artigo.

4.1 Desenho do estudo – características da pesquisa

Foi um estudo epidemiológico observacional seccional de pesquisa domiciliar por amostragem probabilística randomizada populacional. Para as respostas coletadas foi utilizado método quantitativo e analítico através de questionário (apêndice 2), face a face (HULLEY et al., 2008).

4.2 Participantes/Universo Populacional

A população alvo foi constituída das 27715 famílias inscritas no Cadastro Único do município de São Leopoldo, correspondendo a 6474 (23,36%) famílias beneficiadas com a BF com renda *per capita* de até R\$ 77,00 – valor do Benefício Básico BF de 2016, e 21239 (76,64%) famílias não beneficiadas com a BF. Segundo dados de 2014/2015, dessas 21239 famílias, 3091 famílias não eram beneficiadas com BF e eram elegíveis por tinham renda *per capita* até R\$77,00 (MINISTÉRIO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL (BRASIL), 2016).

Então, o total de famílias elegíveis beneficiadas e não beneficiadas ao BF compunha o total de 9533 famílias, isto é, tinham renda *per capita* de até R\$ 77,00. O número de famílias variou segundo os critérios de exclusão definidos pelo MDS e por cruzamento de dados executado pela Caixa Econômica Federal, estados e municípios(MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL (BRASIL), 2015).

4.3 Critério de inclusão

Foram incluídos os beneficiários inscritos no Cadastro Único do município de São Leopoldo elegíveis do mês de maio de 2016 que recebiam e não recebiam o benefício BF com renda *per capita* familiar até R\$ 77,00.

4.4 Critérios de exclusão

Foram excluídos os beneficiários com menos de 6 meses de benefício e os inscritos não beneficiários não considerados elegíveis para o PBF. Também foram excluídos os indivíduos incapazes de responder o questionário por motivo mental e/ou restrição física sem cuidador.

4.5 Variáveis de interesse

O desfecho principal considerado é dor de dente. Variáveis independentes como condição socioeconômica, fatores demográficos, uso de serviços de saúde, qualidade de vida, estresse percebido e discriminação foram consideradas no questionário de coleta de dados.

4.6 Planejamento amostral

4.6.1 Nível de inferência

Com este delineamento pretendeu-se estimar a prevalência de dor dentária auto-referida(OKUNSERI; HODGES; BORN, 2005) para a população de pessoas elegíveis ao PBF de São Leopoldo.

4.6.2 Universo amostral

A unidade amostral primária foi a unidade familiar representada no Cadastro Único pelo RF. Em cada unidade amostral primária, todos familiares maiores de 12 anos foram entrevistados, e para os menores de 12 anos de idade, os seus dados foram respondidos pelo responsável. Os indivíduos foram considerados as unidades amostrais secundárias e corresponderam à unidade de análise.

4.6.3 Processo amostral

Foi feita uma seleção aleatória simples, portanto não houve efeito do delineamento amostral nas estimativas de prevalência nem variância. Para cada grupo a seleção foi feita a partir de duas listas de nomes com os respectivos endereços dos RF.

A lista de responsáveis elegíveis recebedores e não recebedores foi obtida da base de dados da Secretaria de Desenvolvimento e Ação Social do município de São Leopoldo, fornecida pelo Coordenador do Setor de Assistência Social do Município de São Leopoldo, autorizado pelo Secretário de Assistência Social. Foi enviada solicitação ao MDS através de ofício endereçado ao responsável pela disponibilização de dados do benefício Bolsa Família em Brasília(apêndice 3).

4.6.4 Cálculo amostral

Os dados utilizados como base para a estimação das prevalências e número de moradores por domicílio foram obtidos do inquérito epidemiológico SB Brasil 2010, excluindo-se edêntulos e idosos (acima de 65 anos de idade). Análise preliminar mostrou que Porto Alegre possuía valores similares a outras capitais e municípios de maior porte. Assim, utilizou-se a amostra de todo o Brasil como parâmetro.

Grupo 1 (elegíveis e sem benefício) - Prevalência de dor dentária auto-referida forte ou muito forte no grupo elegível não beneficiário (renda menor que R\$ 78,00) foi 16,7% de indivíduos com dor(BRASIL, 2012).

Grupo 2 : (elegíveis e com benefício) – Considerando que o efeito da renda é curvilíneo, foi realizada uma estimativa do declínio na prevalência de dor associada ao acréscimo de R\$45 reais per capita na renda familiar na faixa de renda de indivíduos com rendimentos de até R\$77,00 *per capita*. Obteve-se uma redução de 5.1% (pontos percentuais), de forma que se procedeu ao cálculo amostral para um nível de confiança alfa de 5% com 80% de poder (beta), razão de 1 nos grupos, tendo grupos de iguais tamanhos. A prevalência de dor dentária foi de 11,50%(BRASIL, 2012).

Para cálculo do tamanho da amostra estimada para comparação de proporções entre duas amostras utilizou-se o *software Stata 13.1*, alimentado com as informações do Quadro 1:

Quadro 1. Tamanho da amostra estimada para comparação de duas amostras de proporções.

<p>Teste Hipótese nula: $p_1 = p_2$, onde p_1 é a proporção na população 1 e p_2 é a proporção na população 2</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nível de confiança (alpha) = 0.05 (dois-lados) • poder = 0.80 • $p_1 = 0.1150$ • $p_2 = 0.1660$ • $n_2/n_1 = 1,00$
<p>Tamanhos de amostra necessários estimados:</p>	<p>$n_1 = 767$ $n_2 = 767$</p>

Tamanho amostral 0.115 0.166, alpha(0.05) poder beta(0.80) razão(1.00)

Procedeu-se a um acréscimo no tamanho amostral considerando 10% de perdas, sendo a amostra final de 1686 indivíduos. Com base nos dados do SB Brasil 2010 observou-se que os domicílios na faixa de renda da BF tinham em média 5.9 pessoas no domicílio. Assim, foram sorteados 143 domicílios (cada responsável corresponde a um domicílio) - 843 indivíduos elegíveis sem benefício para o Grupo 1; e 143 domicílios - 843 indivíduos elegíveis com benefício para o Grupo 2.

Devido ao erro no cálculo amostral referenciado no SB Brasil 2010 para média de 6 pessoas por família, RF e endereços que não existiam, isto é, casos inelegíveis foram amostrados por erro. Então foi realizada reamostragem. Foram procuradas 414 famílias com 927 pessoas. Na reamostragem houve um aumento de 105.59% de domicílios que foram procurados, perfazendo no final um total de 180 famílias e 668 indivíduos que responderam ao questionário. A taxa de resposta ficou em 71.4%(PACEY; NANCARROW; EGELAND, 2010). Isto pode ter ocorrido devido a composição familiar ser menor que a prevista e pela mobilidade urbana característica em populações de baixa renda.

4.6.5 Perdas e recusas

Foram consideradas perdas as recusas de famílias, RF falecidos e/ou indivíduos que negaram responder o questionário, sendo realizadas até seis visitas de tentativas. Os endereços e RF(s) inexistentes foram reamostrados.

4.7 Pré-teste

Foi solicitada autorização ao Coordenador de Saúde Bucal para realizar aplicação do questionário como pré-teste para 30 usuários voluntários, convidados e presentes no serviço público de saúde de São Leopoldo na Unidade Básica de Saúde (UBS), localizada no Bairro Arroio da Manteiga/Parque Mauá. Foi aplicado Pré-teste(apêndice 4) com questionário pré-teste, em papel, para adequação do questionário e ajustes de tempo de entrevista. Os indivíduos pré-testados foram incluídos na atual amostra. As entrevistas ocorreram durante a semana.

4.8 Equipe de campo, logística e trabalho

Antes de iniciar a pesquisa foram realizadas reuniões prévias com Conselho Municipal de Saúde, de Ação Social e de Desenvolvimento da Comunidade, Secretaria de Saúde, Secretaria da Assistência Social e Secretaria de Orçamento Participativo. O projeto resumido do estudo foi entregue com a solicitação para sua realização através de carta de

apresentação às autoridades do município (apêndice 5, 6): Secretário de Saúde e Coordenador da Saúde Bucal; Secretário e Coordenador da Assistência Social e Prefeito Municipal.

Após aprovação pelo Comitê de Ética foram realizadas oficinas, apresentados e estudados os manuais de pesquisa (apêndices 7, 8, 9), realizados treinamentos, estudado documentos (apêndices 10) e o mapa do município (anexo 1) com a equipe de trabalho de campo.

O entrevistado foi o sujeito inscrito no Cadastro Único do município de São Leopoldo. Para apresentar o estudo foram contatados Líderes Comunitários com colaboração do Secretário de Orçamento Participativo/Presidente do Conselho de Desenvolvimento da Comunidade.

A pesquisa foi realizada junto a domicílios localizados na cidade de São Leopoldo. Aplicou-se o inquérito através de questionário e cartões de resposta (apêndice 11) para auxiliar na compreensão de algumas questões referentes a frequência e intensidade na dor.

Os entrevistadores foram identificados com crachás e contaram com a lista de endereços dos entrevistados, com visita realizada de acordo com área geográfica que a equipe estava atuando ou pré-agendada, quando houvesse necessidade de retorno. Foram realizadas até seis visitas de retorno por RF. As entrevistas foram realizadas nos finais de semana pela dificuldade de encontrar os moradores elegíveis de segunda à sexta-feira. Os dias de chuva intensa e de difícil visibilidade devido neblina ou nevoeiro espesso foram utilizados para localização e conferência dos endereços listados.

A equipe de campo de entrevistadores sofreu quatro variações durante a coleta de dados, exceção feita ao supervisor que permaneceu o mesmo por todo período. A equipe foi constituída no total de 10 entrevistadores e 2 bolsistas do curso de Informática responsáveis pela manutenção do aplicativo durante todo período de coleta de dados. Iniciou com duas bolsistas do Curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e um supervisor/entrevistador em novembro de 2016. De janeiro a abril 2017 foram agregadas à equipe duas pessoas contratadas para aproveitar o mês de férias e período de recuperação de acidente do supervisor/entrevistador. A partir de maio de 2017 a equipe se constituiu de duas bolsistas do Curso de

Fonoaudiologia e duas da Faculdade de Odontologia da UFRGS. Ainda houve uma pequena alteração no final da coleta de abril a agosto de 2018, com a saída de uma estudante do Fonoaudiologia e entrada de outro estudante de Odontologia.

Durante um ano e nove meses, coletaram-se os dados durante a visita de campo, utilizando-se *tablets* (apêndice 12) pelo entrevistador ao RF e seus dependentes menores de 12 anos completos e para familiares maiores de 12 anos completos (BRASIL, 1990). No caso de não localização do sujeito pesquisado ou da habitação, o mesmo não foi substituído - foi reamostrado.

A checagem dos inquéritos realizados pelo entrevistador no trabalho de campo foi realizada *in loco* pelo supervisor – que acompanhou todas as entrevistas. Nos casos de dúvidas e/ou respostas incompletas foi realizada a recuperação dos dados com o entrevistado.

4.9 Gerenciamento dos dados

Os dados foram inseridos nos *tablets* pelos entrevistadores durante o inquérito. O questionário foi subdividido em duas entrevistas: uma específica para o RF e outra geral para todos respondentes da família.

Para a captura dos dados, após as entrevistas cada entrevistador enviou seu conjunto de entrevistas via rede de internet e o supervisor realizou conferência verbal e digital do depósito dos dados, através do acesso ao banco de dados do aplicativo *ODK (Open Data Kit) Collect*.

Para manter a confidencialidade dos dados, os mesmos foram importados para computadores com acesso exclusivo do professor orientador Roger Keller Celeste e aluna de doutorado Irene Fanny Ritzel. As variáveis foram renomeadas para as tabelas. Foram retirados dados duplicados. As tabelas de dados foram geradas e a partir delas selecionaram-se as variáveis de interesse a estudo e as análises estatísticas realizadas forma descritivas quantitativas para caracterizar a população. O teste Qui-quadrado de Person foi aplicado para diferenças de frequências/proporções nas variáveis e análise de variância (ANOVA) para diferenças entre grupos.

4.10 Métodos estatísticos

Os dados foram coletados através de *tablets*, instalando-se o *mobile app* com o aplicativo *ODK Collect* (anexo 2) para capturar dados móveis e substituir questionários de papel. Foi distribuído um *tablet* por entrevistador de campo e foram tomados cuidados quanto à dupla digitação dos dados.

Os mesmos foram descritos em tabelas de contingência para análises uni e bivariadas e análise por regressão logística múltipla, para serem feitas no software *Stata* 13.1. e avaliar associação entre dor de dente com comportamentos em saúde e uso de serviços de saúde – não foi analisado.

4.11 Controle de qualidade

O controle de qualidade esteve presente durante todo estudo através do gerenciamento e supervisão de dados, da coleta de dados utilizando-se de equipamentos de informática e *softwares*, da testagem de tabulações, do questionários pré-testados e ajustado para o entendimento do entrevistado e de tempo de aplicação de 15 a 20 minutos, de correções e reformulações *in loco* durante coleta de dados, do retorno ao entrevistado para recuperação de dados *a posteriori*.

Além disso foi iniciado a partir de entrevistas em duplicidade para RF através de telefone pela equipe de pesquisa. Ainda está sendo aplicado questionário reduzido (apêndice 13) para 10% da amostra, onde foram sorteados 110 entrevistados respondentes. Foram contatadas até o momento 25 RF que aceitaram e responderam o questionário reduzido, sem recusas. Falta teste de concordância *Kappa* para conferir a concordância da entrevista - não foi avaliado.

4.12 Implicações éticas

Este estudo seguiu as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos - Resolução 466/2012, aprovado no Comitê de Ética (CEP) da UFRGS sob o Parecer Número: 1.269.053.

Para aprovação junto ao Comitê de Ética foram solicitadas anuências(apêndice 14) às autoridades e à Faculdade de Odontologia da UFRGS(apêndice 15), e foi elaborado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice 16). Também foi solicitado acesso ao banco de dados do Programa Bolsa Família para o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria Nacional de Renda de Cidadania (SENARC), Departamento do Cadastro Único, e Secretário de Assistência Social de São Leopoldo.

Os instrumentos usados foram os modelos de Termo de Responsabilidade assinado pelo pesquisador e Termo de Compromisso assinado pelos pesquisadores que colaboraram na pesquisa e citados na cláusula segunda do Termo de Responsabilidade constante nos Anexos II, III e IV da Portaria MDS nº 10/2012(BRASIL, 2013b).

A contrapartida social foi orientação de higiene bucal individual aos sujeitos pesquisados por meio de folheto informativo/explicativo sobre higiene bucal com orientações de acesso a serviços odontológicos municipais (apêndice 17). Este folheto foi elaborado em conjunto com a equipe de campo e a entrega de *Kit* de Saúde Bucal - um tubo de creme dental por família e uma escova dental por respondente. Os materiais e instrumentos da contrapartida social foram cedidos pelo Centro de Pesquisa em Odontologia Social (CPOS) da UFRGS. No caso de um familiar entrevistado ou não com algum problema dentário ou queixa de dor de dente era informado como acessar o serviço de atenção básica, isto é, indicando a UBS mais próxima do domicílio para atendimento de urgência. Orientando-se quando necessário, que a unidade de referência realizaria encaminhamento para atendimento especializado.

5 RESULTADOS

Os resultados são apresentados através de dois artigos.

5.1 Artigo 1:

Políticas Sociais na saúde bucal – Revisão

Submetido para: Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre

Políticas Sociais na saúde bucal – Revisão

Social policies in oral health - Review

Resumo

Sabe-se que as políticas sociais podem ter efeito importante sobre a pobreza e sobre as iniquidades socioeconômicas na saúde. Esta revisão de literatura tem o objetivo de descrever conceitos básicos sobre políticas sociais com enfoque em políticas de transferência de renda como direitos sociais. Por fim, discutem-se as influências de tais políticas na saúde bucal e seus potenciais mecanismos.

Palavras-chave: saúde bucal, políticas de saúde, pobreza, política social, Programas Governamentais.

Abstract

Social policies can have an important effect on poverty and socioeconomic health inequities. This review has the objective of explaining basic concepts about social policies, with special attention to cash transfer programmes as social rights. Finally, it discussed the influences of social policies on oral health and its potential mechanisms.

Key words: oral health, health policy, poverty, public policy, Government Programs.

Introdução

As Políticas Públicas são a totalidade de ações, metas e planos que os governos (nacionais, estaduais ou municipais) traçam para alcançar o bem-estar da sociedade e o interesse público(1), enquanto que políticas sociais são estratégias voltadas para proteção dos indivíduos e coletividade(2). No processo de discussão, criação e execução das Políticas Públicas, encontramos basicamente dois tipos de atores: os 'estatais' (oriundos do Governo ou do Estado) e os 'privados' (oriundos da Sociedade Civil)(1). As políticas de *Welfare State* - políticas de bem estar social, são consideradas de suma importância pois buscam ampliar os serviços e benefícios sociais à sociedade como um todo, mas especialmente proteger os grupos mais vulneráveis(3). Permitindo-se que as pessoas possam enfrentar situações que reduzem a capacidade de se inserirem no mercado de trabalho e produzirem seu sustento, que influencia no bem estar individual, minimizando desemprego, pobreza, aposentadoria, doença e/ou invalidez, período de estudos, gestação(2,4).

Situações de pobreza e/ou miséria interferem decisivamente na elaboração de políticas públicas. A pobreza pode ser definida como privações contínuas de *resources, capabilities, choices, security and power necessary for the enjoyment of an adequate standard of living and other civil, cultural, economic, political and social rights*(5). Caracteriza-se de forma ampla como fome, barreiras à educação formal, discriminação, vulnerabilidade e exclusão social(6,7), bem como falta de segurança.

A presente revisão objetiva trazer conceitos relacionados às políticas públicas para a área de saúde bucal. Isto inclui o próprio conceito de políticas públicas, pobreza, transferência de renda. Ademais, o artigo busca descrever estudos recentes sobre o efeito que as políticas sociais podem ter sobre a saúde bucal. O texto está dividido em 5 partes, além da Introdução: Tipologias de Políticas Sociais, Políticas sociais nos Determinantes Sociais de Saúde, Direitos humanos e cidadania, Políticas de Transferência de Renda – Experiência brasileira e Experiências em outros países, e Efeitos das Políticas Sociais na Saúde Bucal.

Tipologias das Políticas Sociais

Criticas na concepção etnocêntrica sobre elaboração e operacionalização de políticas públicas podem levar a acreditar que a visão intervencionista parte do pressuposto de que há uma homogeneidade entre as pessoas, e o objetivo desta ação é o da homogeneização, ou seja, não trata os grupos sociais considerados “diferentes” como tais, mas na perspectiva de semelhança. Assim se explica a tendência das políticas públicas adotarem “modelos” de referência de sociedades consideradas “desenvolvidas”. Ademais, a partir dessa concepção as necessidades dos grupos dominantes são absorvidas pelas sociedades consideradas pobres como suas, assim como a superação das carências da população pobre é feita utilizando-se de estratégias de grupos dominantes(8,9).

O desenvolvimento teórico de políticas sociais, em especial no campo da sociologia, se deu bastante no pós-guerra europeu. Apesar das diferentes classificações das políticas sociais, há duas correntes clássicas expostas a seguir: a primeira parte do conceito de políticas públicas com quatro divisões - distributivas, redistributivas, constitutivas e as regulatórias. As políticas distributivas agregam decisões tomadas pelo governo, nas quais a sociedade em geral financia e quem se beneficia são alguns estratos sociais ou grupos específicos. Como exemplo, podemos citar tanto a pavimentação e a iluminação de ruas quanto à oferta de equipamentos para deficientes físicos (como cadeiras de rodas). Nesse sentido, esse tipo de política não é universal, pois não é garantido por lei.

Por outro lado, as políticas distributivas são de fácil implantação, porque raramente há opositores ao atendimento dessas demandas fragmentadas, pontuais e muitas vezes individuais(10). Já as políticas redistributivas buscam redistribuir renda na forma de recursos e/ou de financiamento de equipamentos e serviços sociais. Os estratos sociais de alta renda financiam e os estratos sociais de baixa renda se beneficiam. Geralmente apresentam um elevado grau de conflito(11). Há também as políticas chamadas regulatórias, que envolvem burocracia estatal e grupos de interesse na definição de ordens, proibições e regulamentações constitutivas. E as políticas constitutivas ou

estruturadoras, que ditam as regras do jogo e definem as condições em que se aplicarão as políticas distributivas, redistributivas ou regulatórias(10,11).

A segunda classifica(3) e descreve 3 modelos de políticas sociais para países capitalistas: residual, que se fundamenta na família e no mercado como provedores essenciais das necessidades humanas; meritocrática-particularista, para o qual a política social do Estado deve intervir temporariamente somente para corrigir distorções do mercado em uma lógica economicista; institucional-redistributivo, que pressupõe uma ação estatal para garantir proteção social para todos os cidadãos (11).

As políticas públicas podem ser sociais: (saúde, assistência, habitação, educação, emprego, renda ou previdência), macroeconômicas (fiscal, monetária, cambial, industrial) e de outra natureza (científica e tecnológica, cultural, agrícola, agrária)(11). Sabe-se que a pobreza é um grande problema no Brasil. E em geral relacionamos as políticas sociais a mecanismos que podem reduzir esse problema. Mas as políticas sociais são mais do que isso. Elas são parte constitutiva do Estado moderno desde o surgimento e desenvolvimento do capitalismo de tratamento das desigualdades geradas na própria sociedade, às quais requerem a intervenção estatal para a proteção social dos indivíduos e da coletividade(3). E nesse âmbito a saúde tem um lugar importante(2).

A saúde é uma necessidade humana básica. Embora se possa prevenir e evitar doenças, não é possível eliminá-las ao longo do curso de vida. Mas a saúde não está relacionada somente à ausência de doenças. Assim, num conceito amplo de saúde, esta se relaciona a situações que vão desde a segurança até a existência de uma renda razoável, uma habitação segura, um ambiente saudável. E isso na maioria das vezes não depende somente do indivíduo, mas de medidas sociais destinadas a toda a coletividade. Também, há situações que ameaçam a saúde e só podem ser evitadas e reduzidas por meio de ações coletivas. Exemplo disso são as medidas de controle sanitário, epidemiológico, a imunização contra doenças transmissíveis etc. Ou seja, a saúde, tanto como bem-estar quanto como prevenção de doenças, não é uma manifestação apenas individual e precisa ser tratada também no âmbito

coletivo. Daí o papel do Estado e das políticas sociais na proteção à saúde dos cidadãos(2).

As políticas públicas de saúde incluem aspectos como a regulamentação e licenciamento de prestadores de cuidados de saúde, o número de leitos hospitalares em uma comunidade, o regime de seguro e pagamento de serviços de saúde, a rede de serviços públicos e privados, a variedade, o tipo e qualidade dos serviços disponíveis na comunidade, e outras questões como o acesso e os custos dos serviços de saúde. Já políticas públicas “saudáveis” - ou para o desenvolvimento salutar, são as intersetoriais - como a educação ou transporte, e que podem ter influência importante sobre a saúde porque modificam conhecidos determinantes sociais em saúde(12).

Políticas sociais nos Determinantes Sociais de Saúde

Determinantes sociais de saúde são políticas sociais que estão direta e indiretamente relacionados com promoção de saúde para indivíduos e comunidades(13). A promoção de saúde fomenta a qualidade de vida através de pré-requisitos de recursos fundamentais: *paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade*(14).

Numa visão de coletividade, a saúde é determinada biologicamente – por fatores endógenos/biológicos, e socialmente por fatores exógenos/contexto de vida que resulta na produção social(15). A intersetorialidade desses fatores se constitui nas políticas sociais de bem estar que atuam diferentemente nas sociedades, cada qual com suas necessidades ou escolhas com participação das comunidades(13). Essas políticas sociais associadas com a distribuição de renda, combatem iniquidades na saúde para populações de baixa renda. A Bolsa Família (BF) é um exemplo de sinergismo social no Brasil através do PBF que faz coesão com outros programas governamentais, por exemplo, diminuindo mortalidade infantil(16).

A partir dos determinantes sociais, econômicos e políticos são estruturados os determinantes sociais de saúde que se interagem e visam melhorias na qualidade de vida das pessoas. Interagem pelo nível micro - interações individuais, pelo nível médio – comunidades, pelo macro – políticas públicas, até em ambientes de globalização. Temos fatores estruturais quando

há conexão entre todos determinantes sociais, econômicos e políticos com fatores intermediários. Estes estão relacionados com as condições de vida e iniquidades na saúde(17,18).

Os determinantes sociais de saúde influenciam na redução das desigualdades sociais, econômicas e de saúde das pessoas/populações. A desigualdade social é um fator de exclusão social associado à saúde, pobreza e cidadania no qual a renda *per capita* é um indicador socioeconômico que distingue países de alta renda e baixa renda(5,6,19). Associado a baixa renda, estão a miséria e pobreza e prejuízo da saúde(20). A redistribuição de renda promove redução e até erradicação da pobreza em países de média e baixa renda que impacta direta e indiretamente sobre a saúde dos povos (7,21,22). Então é um fator coadjuvante de direitos humanos pois reduz inequidades sociais, minimiza desigualdades entre indivíduos e comunidades e promove o desenvolvimento dos países(13,17).

Direitos humanos e cidadania

Todo ser humano possui direitos sem distinção de sexo, etnia, credo, nacionalidade, idioma, liberdade de expressão e participação em assuntos políticos. Esses direitos se caracterizam por garantias legais nas esferas civil, política, econômica, social e cultural de todas populações democráticas(23). Ao mesmo tempo em que o cidadão usufrui de direitos como de ir e vir e usa serviços e benefícios públicos, também não podem bloquear as vias públicas e tem o dever do pagamento dos impostos que subsidiam benefícios. Estes impostos e contribuições sociais são fundamentais para o Estado manter, por exemplo, a segurança pública e a defesa de direitos civis(2).

Os direitos humanos no Brasil foram instituídos na Constituição de 1988 para defesa dos direitos e deveres dos cidadãos(24). A cidadania interage indiretamente com saúde para a sobrevivência do cidadão, com economia que rege a distribuição das riquezas para promover saúde, e com política que rege distribuição das riquezas entre os cidadãos em diferentes nações(6,24).

A cidadania se desenvolveu historicamente a partir de fases com conquistas crescentes(19). Iniciou com os direitos civis em meados do século XVIII referentes aos direitos à vida, segurança, liberdade e propriedades. Os

direitos políticos foram constituídos apenas no século XIX correspondendo aos direitos à participação livre na política e eleições (votar e ser votado) de seus representantes no governo, muito embora tais direitos não incluíssem as mulheres em muitos países.

No século XX, tais conquistas incluíram direitos sociais que estão em consolidação e incluem direitos a necessidades básicas, salário mínimo digno, educação e saúde gratuita, habitação e alimentação que estão diretamente relacionados com a promoção de saúde do cidadão(19,20). Entre conquistas sociais estão as TRC e TRNC que garantem cidadania e direitos sociais recentes ainda não bem consolidados e alicerçados historicamente.

Políticas de Transferência de Renda

A Transferência de Renda (TR) é uma política social de estratégia redistributiva de renda para cidadãos de países de baixa, média e alta renda. Iniciou no período do pós-guerra através do repasse em dinheiro direto(25) e indireto, como por exemplo, os impostos para manutenção de serviços públicos pelo Estado (26). Como política social, ela prioriza pessoas ou famílias pobres. Como os modelos adotados no Brasil: a BF que é uma TRC e o Benefício de Prestação Continuada (BPC) que é uma TRNC(27).

Há dois tipos básicos de transferência de renda. A TRC é aquela modalidade que os beneficiários devem cumprir condicionalidades, normalmente voltadas para saúde, educação e/ou nutrição para o cidadão e membros da família, como o Programa Bolsa Família (PBF) no Brasil. Já a TRNC ocorre quando o beneficiário não tem obrigação de cumprir condições e está relacionada com a superação de pobreza da população como o BPC focado nos idosos e pessoas com deficiências físicas no Brasil(28).

A Transferência de Renda Condicional (TRC) ou Não Condicional (TRNC) visam a redistribuição de recursos econômicos para redução e até erradicação da pobreza. Há exemplos desse tipo de políticas em 171 países de alta, média e baixa renda - 52 são de TRC e 119 são de TRNC(29).

Experiência brasileira

Através do Programa Brasil Sem Miséria (PBSM) e criação do Cadastro Único – cadastro socioeconômico para famílias brasileiras de baixa renda, o PBSM englobou programas com e sem condicionalidade para a superação da fome e miséria, acesso a serviços básicos de educação e saúde, geração de trabalho e renda, alfabetização de adultos, fornecimento de documentos e acesso ao crédito. O PBF é o maior e o mais importante programa social de redistribuição de renda do Brasil(30) com focalização na pobreza(31).

As condicionalidades do PBF são direcionadas para crianças, adolescentes, gestantes e nutrizes para incentivar a demanda a serviços de saúde e educação(32). As famílias devem cumprir o calendário de vacinas para crianças até sete anos, ações socioeducativas para adolescentes de até 15 anos retiradas do trabalho infantil, presença de 75% na escola para crianças e jovens de seis a 17 anos, acompanhamento pré-natal e saúde de nutrizes entre 14 e 44 anos de idade(33).

O PBF atua como um coadjuvante no impacto social da saúde. Os efeitos do PBF são observados sobre alimentação e educação para as crianças e jovens. Tende a minimizar e dar resolutividade a doenças e está alterando a situação de pobreza no Brasil(34). Dentre as variáveis diretamente relacionadas com a saúde são observadas relações e efeitos com indicadores de mortalidade infantil(16), acesso à serviços de saúde(35) e mais recentemente sobre a saúde bucal(36).

O BPC é o principal programa não condicional que visa inserção do cidadão na sociedade brasileira focalizado em indivíduos com deficiência e idosos acima de 65 anos sem renda. Hoje, para receber este benefício, a renda familiar *per capita* deve ser menor que um quarto de salário mínimo. Esse direito foi assegurado na Constituição de 1988, e o efeito observado é o bem-estar a estes grupos e proteção contra a vulnerabilidade dos trabalhos informais(28).

Experiência em outros países

A estrutura das políticas sociais de cada país é diferente. As TRC e TRNC objetivam diminuição da pobreza, aumento do capital humano, melhora

na educação, saúde e nutrição que favorecem famílias e indivíduos beneficiados. O impacto financeiro é positivo e associado à segurança alimentar, aumento de despesas em alimentos e acesso à saúde das pessoas(23).

As primeiras ações tiveram início na Inglaterra em 1536 com a Lei dos Pobres, e primeiro programa de TR em 1795(5). Vários países que erradicaram a pobreza absoluta e reduziram níveis de desigualdade fizeram uso de TR para parcela de pessoas que não conseguia a sua subsistência. Exemplos são Dinamarca - 1933, Estados Unidos – 1935, Inglaterra - 1948, Alemanha - 1961, Holanda - 1963, Bélgica - 1974, Irlanda - 1977, Luxemburgo - 1986, França - 1988(37).

Na América Latina os principais programas sociais de TRC são direcionados aos grupos de crianças, gestantes e nutrizes: México, Equador, Peru, Colômbia e Chile(25). As condicionalidades para adultos são menos frequentes e estão relacionadas com cuidados genéricos de saúde, acesso a medicações, testes de HIV(23).

Quando comparado às políticas sociais dos programas do México e Chile estes são tão eficazes quanto o PBF, sendo que no Brasil há descentralização administrativa que diminui custos(38). Os impactos que refletem na saúde são sobre o crescimento da criança, redução de anemia(39), tuberculose, agressividade em crianças e desenvolvimento físico das mesmas(39), desenvolvimento motor, cognitivo e linguagem (23,39), baixa mortalidade infantil(23).

Quanto a TRNC podem ser observados efeitos após períodos longos de sua implantação, em média de um a dois anos com melhora no bem estar em pessoas idosas com problemas mentais(40), em anemia de mulheres(41), e saúde, nutrição segurança alimentar e educação direcionadas à famílias que vivem na pobreza e vulnerabilidade(26).

Efeitos das Políticas sociais na saúde bucal

O principal suporte empírico em favor de políticas de redistribuição de renda reside na relação curvilínea entre renda e saúde, fenômeno também observado na saúde bucal(42,43). Assim, a redução de renda do grupo mais

rico não impactaria muito na saúde bucal desse grupo, ao passo que o acréscimo ao grupo mais pobre seria relevante. Estudo longitudinal que avaliou mobilidade social sugere uma melhor saúde para o grupo em ascensão social do que para o grupo que permanece pobre(44). Entretanto, a evidência existente, mesmo em estudos longitudinais, utiliza desfechos prevalentes, dificultando-se as inferências causais, ou passíveis de viés de seleção.

São necessárias ações políticas que extrapolem os horizontes alcançados pela tecnologia e pelos conhecimentos específicos para dominar danos de reduzida complexidade como é o caso da cárie(45). A defesa a universalização do acesso à água tratada e fluoretada deve continuar a ser uma das estratégias prioritárias da política nacional de saúde bucal(46), por ser a melhor alternativa para cobertura em massa no campo da prevenção da cárie(45).

O PBF – uma política social focalizada em população de baixa renda, pode ter relação com má higiene dentária e estar associado à cárie. Em 2010 na cidade de Pelotas /RS foi realizado um estudo com crianças de 8 a 12 anos de idade, estudantes de 20 escolas públicas e particulares. Os resultados demonstraram que a proporção de alunos beneficiados pela BF cresceu com o aumento da idade, com a menor renda familiar, menor escolaridade materna e com maior presença de placa dentária. Crianças de família não nuclear, que apresentavam CPOD ≥ 1 e que nunca haviam feito uso de serviço odontológico na vida estiveram associadas ao recebimento do PBF. Dessa forma, escolares beneficiários do PBF possuem maior carga de cárie e são os que menos acessam os serviços odontológicos(47).

Impactos na saúde bucal da vida cotidiana podem estar associados com educação e na falta desta, promover iniquidades em saúde bucal. Estudo em 21 países europeus que possuem regime de *Welfare State* comparou as iniquidades em saúde bucal e observou esta associação, isto é, a saúde bucal é perpassada pela educação(48). *Welfare State* ou Estado de Bem-estar Social, pode ser compreendido como um conjunto de serviços e benefícios sociais de alcance universal promovidos pelo Estado(48) com a finalidade de garantir certa "harmonia" entre o avanço das forças de mercado e uma relativa estabilidade social. Também supri a sociedade de benefícios sociais como

segurança aos indivíduos para manterem um mínimo de base material e níveis de padrão de vida, e para enfrentar os efeitos deletérios de uma estrutura de produção capitalista desenvolvida e excludente(2,4).

Parece que a parte mais rica da sociedade beneficia-se mais de políticas sociais(49,50). Então políticas sociais de saúde bucal deveriam ser voltadas para toda população pois a abordagem individual apresenta limitações em estratégia de prevenção da cárie dentária. Isto é, quando a prevalência de cárie aumenta todo mundo aumenta a probabilidade de desenvolvimento de novas lesões de cárie, ou seja, o risco de desenvolvimento de uma lesão de cárie aumenta para todos os membros da população(51).

Ademais, os países mais igualitários tendem a gastar mais em bens e serviços públicos. Além da maior coesão social e dos laços cooperativos que caracterizam o capital social, outras explicações para melhor nível de saúde em situações de menos desigualdade apontam as políticas públicas universalistas como responsáveis por parcela dos resultados(52). Os modelos universais são apontados como mais eficientes (fazem mais com menos recursos), mais equânimes e, portanto, com maior impacto nas condições de saúde(2). Apesar disso, novas intervenções e programas populacionais de saúde parecem atingir inicialmente aqueles de maior status socioeconômico, o que pode aumentar as iniquidades num primeiro momento, e só mais tarde beneficiar os indivíduos com maior vulnerabilidade social(53).

Conclusão

Políticas introduzidas sem a necessária atenção para o problema social podem, muitas vezes, piorar a situação relativa de grupos de população submetidos à privação de direitos civis, econômicos, políticos e culturais. Programas de TR já estão consolidados em alguns países e em outros não, têm alcançado aparente melhora na qualidade de vida das pessoas.

As políticas públicas sociais foram a principal explicação sobre o efeito das desigualdades de renda sobre a saúde bucal. Por um lado, as políticas públicas parecem ter um efeito contextual importante para a maior parte da população, mas por outro, parece que fatores econômicos e sociais interagem na vida cotidiana das pessoas através de determinantes sociais de saúde

fomentando saúde ou contribuindo para estruturar políticas voltadas para populações mais vulneráveis.

Referências

1. Lopes B, Amaral J. Políticas Públicas: conceitos e práticas. Caldas R, editor. Belo Horizonte: Sebrae; 2008. 48 p.
2. Lobato L de VC. Políticas sociais e de saúde. Rio de Janeiro: CEBES; 2012. 73 p.
3. Titmuss RM. Essays on "The welfare state." POLICY PRESS; 1958. 232 p.
4. Gomes FG. Conflito social e welfare state: Estado e desenvolvimento social no Brasil. RAP. 2006;40(2):201–37.
5. Riachelis R. Esfera pública e Conselhos de Assistência Social: caminhos da construção democrática. 2ed ed. São Paulo: Cortez; 2000.
6. United Nations. The International Bill of Human Rights. Genova: General Assembly; 2003 p. 470.
7. United Nations. Economic and Social Council 2001/10. 2001.
8. Rose G. Sick individuals and sick populations. Int J Epidemiol. 1985;14(1):32–8.
9. Boneti L. Políticas Públicas por Dentro. Ijuí: Unijui; 2011. 104 p.
10. Souza C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. Sociologias. 2006;8(16):20–45.
11. Moyses S, Goes P. A formulação de políticas públicas de saúde bucal. In: Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas; 2012. p. 248.
12. Donovan D, McDowell I. Primer on Population Health. 2nd ed. Ottawa: AFMC; 2017. 498 p.
13. Owusu-Addo E, Renzaho AMN, Smith BJS. Cash transfers and the social determinants of health: a conceptual framework. Health Promot Int. 2018;1–13.
14. Organização Mundial da Saúde. Carta de Ottawa: primeira conferência internacional sobre promoção de saúde. In: Papeles de población. Ottawa: OMS; 1986. p. 4.

15. Buss PM, Filho AP. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS Rev Saúde Coletiva*. 2007;17(1):77–93.
16. Rasella D, Aquino R, Santos CAT, Paes-Sousa R, Barreto ML. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. *Lancet*. 2013;382:57–64.
17. United Nations. Guia prático para a sociedade civil: o campo de ação da sociedade civil e o sistema dos direitos humanos das Nações Unidas. Genova: Organização das Nações Unidas (ONU); 2014. 32 p.
18. World Health Organization. All for equity: world conference on social determinants of health. Rio de Janeiro; 2012.
19. Marshall TH. *Citizenship and social class: and other essays*. London: Cambridge at the University Press; 1950. 128 p.
20. Arroyo MG. *Educação e cidadania: quem educa o cidadão?* 8th ed. São Paulo: Cortez; 2000.
21. Monnerat GL, De Castro M, Senna M, Schottz V, Magalhães R, Burlandy L, et al. Do direito incondicional à condicionalidade do direito: as contrapartidas do Programa Bolsa Família. *Cien Saude Colet*. 2007;12(6):1453–62.
22. Rego W. Aspéctos teóricos das políticas de cidadania: uma aproximação ao Bolsa Família. *Lua Nova*. 2008;73:147–85.
23. Walque D, Fernald L, Gertler P, Hidrobo M. Cash Transfers and Child and Adolescent Development. In: Bundy DAP, Silva N de, Horton S, Jamison DT, Patton GC, editors. *Child and Adolescent Health and Development*. 3rd ed. Washington: International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2017. p. 482.
24. Owusu-Addo E, Cross R. The impact of conditional cash transfers on child health in low-and middle-income countries: a systematic review. *Int J Public Heal*. 2014;59:609–18.
25. Cecchini S, Atuesta B. Programas de transferencias condicionadas en América Latina y el Caribe: tendencias de cobertura e inversion. In: *Series Politicas Sociales*. Santiago: Naciones Unidas; 2017. p. 84.
26. Pega F, Liu SY, Walter S, Pabayo R, Saith R, Lhachimi SK. *Cochrane Database of Systematic Reviews* Unconditional cash transfers for

- reducing poverty and vulnerabilities : effect on use of health services and health outcomes in low- and middle-income countries (Review).
Cochrane Library. 2018;(5):1–259.
27. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS Secretaria Nacional de Renda de Cidadania - Senarc. Coletânea da Legislação Básica do Cadastro Único e do Programa Bolsa Família Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. 2nd ed. Brasília DF, editor. Brasília: MDS; 2015.
 28. Santos WR dos. Deficiência e BPC: o que muda na vida das pessoas atendidas? *Cien Saude Colet*. 2011;16(suppl 1):787–96.
 29. Gentilini U, Honorat M, Yemtsov R. *The State of Social Safety Nets 2014*. 2014.
 30. Cecchini S, Soares FV. Conditional cash transfers and health in Latin America. *Lancet*. 2015;385(4) Apr:32–4.
 31. Rocha S. Transferências de renda federais: focalização e impactos sobre pobreza e desigualdade. *R Econ Contemp*. 2008;12(1):67–96.
 32. Sonia Rocha. O programa Bolsa Família: evolução e efeitos sobre a pobreza. *Econ e Soc*. 2011;20(n.1 (41)):113–39.
 33. Monnerat GL, De Castro M, Senna M, Schottz V, Magalhães R, Burlandy L, et al. Do direito incondicional à condicionalidade do direito: as contrapartidas do Programa Bolsa Família Unconditional to conditional rights: counterparts in Brazil's Family Allowance Program. *Cien Saude Colet*. 2007;12(6):1453–62.
 34. Correia LL, Rocha HAL, Leite ÁJM, Silva AC, Campos JS, Machado MMT, et al. The relation of cash transfer programs and food insecurity among families with preschool children living in semiarid climates in Brazil. *Cad Saúde Coletiva*. 2018;26(1):53–62.
 35. Brasil. Inovações recentes no Programa Bolsa Família e Impactos na superação da extrema pobreza. In: Painel técnico internacional de Programas de Transferência de Renda Condicionada na América Latina. Brasília, DF: MDS; 2013.
 36. Calvasina P, Mota Pontes M, Barreto Oliveira J, G F Vieira-Meyer AP. The association of the Bolsa Familia Program with children's oral health in

- Brazil. *BMC Public Health*. 2018;18:1186:1–10.
37. Diniz S. Critérios de justiça e programas de renda mínima. *Rev Katál Florianóp*. 2007;10(1):105–14.
 38. Helal DH, Neves JAB. Burocracia e inserção social: uma proposta para entender a gestão das organizações públicas no Brasil. Vol. 12. Porto Alegre; 2010.
 39. Ozer EJ, Fernald LCH, Manley JG, Gertler PJ. Effects of a conditional cash transfer program on children's behavior problems what's known on this subject. *Pediatrics*. 2009;124(4):630–7.
 40. Salinas-Rodríguez A, Torres-Pereda MDP, Manrique-Espinoza B, Moreno-Tamayo K, Solís MMTR. Impact of the non-contributory social pension program 70 y más on older adults' mental well-being. *PLoS One*. 2014;9(11):1–10.
 41. Schady N. Cash transfers and anemia among women of reproductive age. *Econ Lett*. 2012;117(3):887–90.
 42. Celeste RK, Oliveira SC, Junges R. Threshold-effect of income on periodontitis and interactions with race/ethnicity and education. *Rev Bras Epidemiol*. 2019;22.
 43. Celeste RKRK, Nadanovsky P. Income and oral health relationship in Brazil: Is there a threshold? *Community Dent Oral Epidemiol*. 2009 Aug;37(4):285–93.
 44. Peres MA, Peres KG, Thomson WM, Broadbent JM, Gigante DP, Horta BL. The influence of family income trajectories from birth to adulthood on adult oral health: findings from the 1982 Pelotas birth cohort. *Am J Public Heal*. 2011;101:730–6.
 45. Pinto V. Bases para uma saúde bucal de caráter coletivo. 5th ed. São Paulo: Santos; 2005. 635 p.
 46. Freire M do CM, Reis SCGB, Figueiredo N, Peres KG, Moreira R da S, Antunes JLF. Individual and contextual determinants of dental caries in Brazilian 12-year-olds in 2010. *Rev Saúde Pública*. 2013;47:1–10.
 47. Oliveira LJC de, Correa MB, Nascimento GG, Goettems ML, Tarquínio SBC, Torriani, Dias Dione Demarco FF. Inequalities in oral health: are schoolchildren receiving the Bolsa Família more vulnerable? *Rev Saúde*

- Pública. 2013;47(6):1039–47.
48. Guarnizo-Herreno C, Watt R, Pikhart H, Sheiham A, Tsakos G. Socioeconomic inequalities in oral health in different European welfare state regimes. *J Epidemiol community Heal*. 2013;67(9):728–35.
 49. Celeste RK, Nadanovsky P. How much of the income inequality effect can be explained by public policy? Evidence from oral health in Brazil. *Health Policy (New York)*. 2010;97(2–3):250–8.
 50. Celeste RK, Fritzell J, Nadanovsky P. The relationship between levels of income inequality and dental caries and periodontal diseases. *Cad Saude Publica*. 2011;27(6):1111–20.
 51. Batchelor P, Sheiham A. The limitations of a “high-risk” approach for the prevention of dental caries. *Community Dent Oral Epidemiol* [Internet]. 2002 Aug;30(8):302–12. Available from: <http://discovery.ucl.ac.uk/27854/>
 52. Barata RB. *Como e Por Que as Desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2009. 120 p.
 53. Victora CG, Vaughan JP, Barros FC, Silva AC, Tomasi E. Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies. *Lancet*. 2000;356:1093–8.

5.2 Artigo 2:

Descrição demográfica, social, econômica e comportamental em saúde de população de baixa renda elegível ao benefício Bolsa Família de município de São Leopoldo/RS

Artigo formatado para ser submetido para: Cadernos Saúde Coletiva

Descrição demográfica, social, econômica e comportamental em saúde de população de baixa renda elegível ao benefício Bolsa Família de município de São Leopoldo/RS

Demographic, social, economic and behavioral description in low-income population health eligible for Bolsa Família benefit from São Leopoldo/RS

Resumo

Nos últimos anos a Transferência de Renda Condicional (TRC) vem sendo correlacionada a melhoria do acesso à saúde e educação aos indivíduos beneficiados do Programa Bolsa Família (PBF). Este estudo tem o objetivo de descrever a população de baixa renda elegível ao benefício Bolsa Família (BF) do município de São Leopoldo/RS-Brasil, inscrita no Cadastro Único que recebeu, nunca recebeu e que já recebeu BF, associando às variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e saúde bucal. Os dados são oriundos de estudo transversal de base populacional para 622 sujeitos. A estatística aplicada foi Qui-quadrado de Person e ANOVA. Os resultados demonstraram que existem diferenças nos grupos estudados em relação às particularidades demográficas, socioeconômicas, comportamentos, e saúde bucal. A maioria dos indivíduos do grupo que recebe BF se encaixaram na classe econômica E e D do critério de distribuição de classes do Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), e maior acesso a serviços de saúde pública; o grupo dos que nunca receberam BF apresentou características de desigualdades sociais; e no que já recebeu BF, a maioria dos indivíduos se ajustaram na classe econômica C2. Há diferenças na situação de

classe econômica, comportamentos de saúde e acesso a serviços públicos de saúde nos três grupos estudados.

Palavras-chaves: saúde bucal, epidemiologia, população, pobreza, política social, Programas Governamentais, Brasil.

Abstract

Conditional Income Transfer (TRC) has been correlated with improved access to health and education for beneficiary individuals from the Bolsa Família Program (PBF). This study aims to describe the low-income population eligible for the Bolsa Família (BF) benefit in the municipality of São Leopoldo / RS-Brazil, enrolled in the Cadastro Único that received, never received and has received BF, associating demographic, socioeconomic, behavioral and oral health variables. The data come from a cross-sectional population-based study of 622 subjects. The applied statistic was Chi-square of Person and ANOVA. The results showed that there are differences in the groups studied in relation to the demographic, socioeconomic, behavioral, and oral health peculiarities. Most of the individuals in the BF group fit into economic class E and D of the Brazilian class distribution criteria of the Brazilian Association of Research Companies (ABEP), and greater access to public health services; the group of those who never received BF presented characteristics of social inequalities; and in the one that already received BF, the majority of the individuals adjusted in the economy class C2. There are differences in the situation of economy class, health behaviors and access to public health services in the three groups studied.

Keywords: oral health, epidemiology, population, poverty, public policy, Government Programs, Brazil.

Introdução

A agenda 2030 das Nações Unidas tem como primeira meta para desenvolvimento sustentável, a erradicação da pobreza(1). Nessa linha o Programa Bolsa Família (PBF) é um Programa de Transferência de Renda condicional (TRC) à população brasileira que vem beneficiando famílias de baixa renda e extrema pobreza desde 2004(2,3). A elegibilidade à BF se dá pela inscrição no Cadastro Único dos familiares com renda *per capita* abaixo do valor de “extrema pobreza” e “pobreza”, determinado pelo governo federal(2,4) - em 2003 esses valores eram de R\$50,00 e R\$100,00, atualmente são R\$89,00 e R\$178,00 respectivamente . O benefício é garantido a partir do cumprimento de condicionalidades em educação e saúde(2,3). Um diferencial do PBF é a busca fundeada pela rede de assistência social, estadual e municipal(5), para localização de famílias em extrema pobreza(5,6).

A renda *per capita* de populações tem sido associada a características demográficas, sociais e comportamentais. Influencia também nas condições de vida como moradia, acesso a serviços públicos e bens(7). Por exemplo, homens tendem a ter uma renda maior que mulheres, e aposentados tendem a ter a renda menor, resultando em uma desigualdade na inserção no mercado de trabalho para os grupos de mulheres e idosos, agravado pela menor escolarização que leva a uma real redução de renda familiar no Brasil(8) Então, uma renda familiar baixa diminui a probabilidade de acessar a serviços sociais, de educação e de saúde(8), criando o que se chama de pobreza multidimensional(9).

Estudos abordam os efeitos do PBF onde os impactos mais relatados são a segurança alimentar e nutricional de crianças e famílias(10–14), doenças crônicas não transmissíveis(15) e acesso aos serviços de saúde pública(16,17). Apesar da transferência de renda direta condicional aparecer como um marcador de pior saúde bucal relacionado à doença cárie(7,18), há um estudo que associa a TRC com intervenção à saúde dentária. Ele demonstrou que o PBF está associado a menos cáries em crianças inscritas no Cadastro Único por dois anos, bem como, sugerindo que a renda aumentada com condicionalidade em saúde está associada com melhorias de saúde bucal em crianças de seis anos de idade(18).

O reconhecimento da população inscrita no Cadastro Único elegível a BF é relevante na compreensão do potencial de mudanças e os benefícios de renda estimulam famílias para alcançar as condicionalidades e outros objetivos do PBF – outros programas sociais, e também pode auxiliar na tomada de decisões de políticas locais mais eficientes. Para tanto este estudo tem o objetivo de descrever características socioeconômicas, demográficas e de comportamentos em saúde bucal da população inscrita no Cadastro Único(2) residentes no município de São Leopoldo/RS – Brasil, além de responder a questão se receber, nunca recebeu ou já recebeu BF influencia na saúde bucal de população de baixa renda elegível do PBF, porque não se sabe se o acréscimo na renda pelo benefício BF pode afetar comportamentos, uso e acesso em saúde bucal.

Métodos

É uma análise descritiva de estudo observacional transversal de base populacional domiciliar de dados primários de projeto de pesquisa do Centro Nacional de Pesquisa (CNPq) do Brasil com desfecho em dor dente do município de São Leopoldo. A unidade amostral principal foi “família” através do Responsável da Família (RF) inscrita no Cadastro Único do Ministério de Desenvolvimento e Combate a Fome (2013) do município de São Leopoldo/RS. Foram incluídos os beneficiários inscritos no Cadastro Único elegíveis do mês de maio de 2016 que recebiam e não recebiam o benefício BF com renda *per capita* familiar até R\$ 77,00 – valor do Benefício Básico de 2016(19), e excluídos aqueles com menos de 6 meses de benefício, os inscritos não beneficiários não considerados elegíveis para o PBF e os indivíduos maiores de 18 anos se incapazes de responder o questionário por motivo mental e/ou restrição física sem cuidador.

Foi realizado seleção aleatória simples e todos moradores do domicílio familiar visitado foram incluídos no presente estudo sendo que os respondentes para os menores de 12 anos foram os RF. Período de coleta de dados foi de novembro de 2016 a agosto de 2018. Foi realizada uma entrevista com perguntas fechadas, sendo as respostas digitadas diretamente em um *tablet*. O questionário foi pré-testado em 30 pessoas, ainda em papel, para pequenos

ajustes no fraseamento das perguntas e posteriormente digitado no aplicativo *ODK Collect*(20). Sem haver mudanças, os indivíduos do pré-teste foram incluídos na atual amostra. As respostas foram posteriormente passadas por uma central para compilação de banco de dados via internet.

As perguntas do questionário foram agrupadas em 9 blocos: identificação do RF, características demográficas, socioeconômicas, impactos na saúde bucal, uso de serviços odontológicos, qualidade de vida, estresse percebido, discriminação e redes sociais. Para análise descritiva da variável dependente “elegível ao BF” foram apresentadas as variáveis independentes e explicativas demográficas - sexo, idade, cor de pele e residência aos 12 anos de idade; socioeconômicas – recebimento do BF, classe econômica; comportamental – confiança em parentes e amigos, comportamentos de saúde - hábito de fumar; saúde bucal – compra de escova dental nos últimos 6 meses, frequência de escovação dentária diária; e acesso a serviço de saúde - última consulta, frequência ao dentista e acesso ao serviço público.

As informações e dados foram obtidos de Relatórios do Ministério de Desenvolvimento Social para Bolsa Família e Cadastro Único do município de São Leopoldo dos anos de 2014 e 2015(21,22). Para cálculo amostral, partiu-se de 9533 famílias elegíveis à BF no qual 6474 recebiam a BF e 3091 não recebiam a BF com renda menor que R\$77,00 – valor do benefício em 2016. Por se tratar de um estudo inicial sobre renda e dor de dente, o cálculo de número mínimo de indivíduos necessários foi estimado a partir de uma diferença da prevalência das variáveis de relato de dor auto-referida(23) - forte ou muito forte, de 5.1 percentuais entre o grupo de indivíduos elegíveis sem benefício - 16.6%, e elegíveis com benefício – 11,5%(24), considerando o potencial declínio na prevalência de dor quando a renda aumenta, foi associada o acréscimo de R\$45 reais *per capita* na renda familiar. Utilizou-se um alfa de 5% com 80% de poder (beta), tendo grupos de iguais tamanhos, sendo obtido um tamanho de 767 indivíduos em cada grupo.

Procedeu-se a um acréscimo no tamanho amostral considerando 10% de perdas, sendo a amostra final de 1686 indivíduos. Com base nos dados do SB Brasil 2010 observou-se que os domicílios na faixa de renda da BF têm em média 5.9 pessoas no domicílio(24) Assim, foram sorteados 143 domicílios

para cada grupo - cada RF corresponde a um domicílio. Foram consideradas perdas as recusas de famílias, RF falecidos e/ou indivíduos que negaram responder o questionário, sendo realizadas até seis visitas de tentativas. Os endereços e RF(s) inexistentes foram reamostrados.

Para minimizar viés de seleção da amostra, foi aplicado o nível de confiança (alfa) 5%, erro (beta) 80%, razão entre os grupos de 1,0, taxa de perda de não resposta(25) de 10%, sem reposição(26) e controle de qualidade de 20% da amostra(25). Para reduzir o viés de informação pelo entrevistador e pelo entrevistado, foi realizado questionário pré-teste. Para controle de variáveis de confusão desconhecidas foi utilizado o método de randomização da amostra.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), número: 1.269.053. A contrapartida social se deu através de orientações e informações sobre saúde bucal para todas faixas etárias da família, de endereços e telefones importantes do município e de estabelecimentos de saúde – referência e contra-referência, Utilizando-se de folheto explicativo confeccionado pela equipe de campo, as famílias receberam orientações para acesso ao CRAS *in loco* e individualizadas, além de entrega de um Kit de saúde bucal - creme e escova dental.

Análise estatística

A análise estatística foi quantitativa descritiva para caracterizar a população. Foi aplicado teste Qui-quadrado para variáveis categóricas e Análise de Variância (ANOVA) para diferenças entre grupos com ou sem BF para variáveis numéricas e categóricas(27). A estatística foi realizada com software *Stata* 13.1 e os valores $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos para distribuição de frequências/proporções.

Resultados

As informações do Cadastro Único com dados dos RF elegíveis ao PBF do mês de maio/2016 foram cedidas pela Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social de São Leopoldo. Num período de um ano e nove

meses foram procuradas 414 famílias em que residiam 927 indivíduos. Por motivos de endereço e RF inexistentes, pessoas falecidas e recusas, foram contatadas 180 famílias em que 688 indivíduos responderam aos questionários. Isto resultou em uma taxa de resposta de 73,17% de famílias inquiridas.

As tabelas 1 e 2 mostram frequências absolutas/percentuais e média/desvio padrão de características demográficas, socioeconômicas e comportamentais em saúde da população de estudo de 662 indivíduos associadas ao receber BF (37.61% - 249) e não receber BF (62.39% - 413), subdividido em nunca recebeu BF (39.88% - 264) e já recebeu BF (22.51% - 149) e ainda, se a distribuição nos grupos foi estatisticamente significativa (pvalor).

A tabela 1 descreve as características demográficas e socioeconômicas da população estudada, na qual a proporção de mulheres (55.98% - 337) foi maior do que de homens. Observa-se que a maior proporção de mulheres foi para os grupos de recebedores BF (64.26% - 160) e os que já receberam BF (73.15% - 109). No grupo que nunca recebeu BF, encontram-se os homens (66.67% - 136) (pvalor<0.01). Considerando-se a idade no total de 602 pessoas, 34.22% eram crianças e jovens elegíveis a BF. Esse padrão se repete quando o grupo de indivíduos elegíveis é estratificado em crianças e jovens com idade menor de 15 anos recebedoras de BF (45.78% - 114). Observa-se que na medida em que a idade aumenta, diminui o percentual de pessoas para todos os três grupos estudados - recebeu, nunca recebeu e já recebeu BF. No grupo que nunca recebeu BF teve os maiores percentuais para as faixas etárias de 15 - 24 anos de idade (20.59% - 42) e 25 - 34 anos (15.20% - 31). Os indivíduos que já receberam BF foram os mais velhos: de 35 - 44 anos (19.46% - 29), 45 - 54 anos (15.44% - 23) e para os maiores de 55 anos (10.07% - 15) (pvalor<0.01). Em relação à cor da pele, indivíduos de cor branca tiveram o maior percentual - 52.20% de 579 indivíduos no total. Também foi maior o percentual de indivíduos de cor branca nos grupos que recebeu BF (64.61% - 157) e já recebeu BF (55.86% - 81), enquanto que no grupo que nunca recebeu BF a cor de pele não branca foi o maior (48.17% - 92) (pvalor=0,02).

Quanto às variáveis socioeconômicas, entre o total de 602 pessoas se observa que quem já viveu numa residência aos 12 anos de idade na capital, soma um maior percentual de 42.19%. Quando os grupos são subdivididos, para quem morou na capital aos 12 anos de idade alcançou um maior percentual de receptor da BF (48.19% - 120), quem morou aos 12 anos de idade em cidade do interior, a maior proporção foi para o grupo que já recebeu BF de 48.32% (72). Os resultados também demonstram que a maior proporção de indivíduos oriundos da área rural foram que nunca receberam a BF (22.55% - 46) (pvalor=0.02).

Quando foi analisado o total dos domicílios – 598 indivíduos, em relação às classes sociais segundo critério Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (APEB)(28), observou-se que o maior percentual foi da classe E-D (44.72% - 267). Houve diferenças estatísticas significantes na distribuição dos grupos: para a classe E-D as maiores proporções foram para os grupos de recebe BF (53.42% - 117) e para o grupo nunca recebeu BF (44.02% - 103), ao passo que para o que já recebeu BF apresentou maior percentual na classe C2 (45.83% - 66) (pvalor<0.01). Quanto à escolaridade no grupo que recebeu BF prevaleceu o maior percentual quanto ao ensino básico incompleto (33.20% - 81) e encontrou-se o maior percentual para ensino médio incompleto para os grupos que nunca recebeu BF (40.20% - 82) e já recebeu BF (39.60% - 59), (pvalor<0.01).

A tabela 2 traz resultados em relação aos comportamentos dos indivíduos e acesso à saúde bucal. Quanto ao comportamento de confiar em parentes e amigos, observou-se que o grupo pesquisado apresenta o maior percentual quanto à confiança em um ou dois parentes - 49.67% de 600 pessoas, e também em um a dois amigos – 40.27% de 601 pessoas. Também pode ser observado que a confiança em nenhum amigo (35.11% -242) é maior para confiança que em nenhum parente (8.17% - 49).

Quando o grupo é subdividido em recebe, nunca recebeu e já recebeu BF, a confiança em parentes no grupo que já recebeu BF (58.39% - 87) e no que recebe BF (50.20% - 125) apresentaram as maiores proporções para confiança em um a dois parentes. Já no grupo que nunca recebeu BF (47.52% - 96) a confiança foi maior em três ou mais parentes (pvalor=0.04). Os grupos

que confiam em um ou dois amigos foram das pessoas que já receberam BF (55.03% - 82) e nunca recebeu BF (36.95% - 75) proporcionalmente. Ao contrário que ocorreu em relação aos parentes, o grupo que recebe BF apresentou o percentual mais elevado para confiança em nenhum amigo (41.37% - 103) (p valor<0.01).

Quanto ao hábito de fumar houve uma tendência dos grupos que nunca fumou - recebe BF (72.29% - 180), nunca recebeu BF (63,73% - 130) e já recebeu BF (71.81% - 107). No entanto o grupo que fuma e apresentou maior percentual foi o grupo que nunca recebeu BF (21.57% - 44), mas este comportamento não apresentou diferenças significativas.

A tabela 2 ainda referencia dados sobre comportamentos em relação à saúde bucal. Todos os grupos - recebe BF (88.71% - 222), nunca recebeu BF (89.16% - 181) e já recebeu BF (90.54% - 134), apresentaram resultados semelhantes quanto à compra de escova dental, isto é, todos apresentaram percentuais elevados em relação a comprar escova dental no qual o grupo receptor BF teve o menor percentual. Este comportamento também não apresentou resultado estatístico significativo.

O hábito de escovar os dentes também não apresentou diferenças significativas dos grupos - recebe BF (86.75% - 216), nunca recebeu BF (92.16% - 188) e já recebeu BF (94.63% - 141), sendo que este último grupo apresentou o maior percentual neste comportamento. Quanto às médias de frequência de escovação diária dentre os grupos, foi menor para o que recebe BF ($\mu=2.52$ $\sigma=1.07$) e maior para o grupo que já recebeu BF ($\mu=2.96$ $\sigma=1.03$) (p valor=0.04). A maioria das pessoas pesquisadas visitou o dentista em menos de um ano - recebe BF (54.34% - 94), nunca recebeu BF (50.93% - 82) e já recebeu BF (57.63% - 68), observando-se que este último grupo apresentou o maior percentual. Esse dado não confirma o resultado obtido quanto a consulta o dentista no último ano, em que a maioria das pessoas não consultam (57.24% -344). O grupo que já recebeu BF tem a maior proporção de consultou o dentista no último ano, que foi de 51.68% (77) (p valor=0.03). A maioria da pessoas pesquisadas não costumavam usar o serviço público (78.23% - 309) e os grupos que mais acessaram o serviço público foram o que recebe BF (25.93% - 35) e já recebeu BF (22.81% -26). Entretanto o grupo que menos

acessou o serviço público foi o grupo que nunca recebeu BF (17.36% - 25) (pvalor=0.05). Ainda, esta população estudada não costuma consultar para revisão e prevenção (82.36% - 495), sendo que o grupo que menos consulta por esta razão foi o que recebe BF (14.46% - 36).

Para análise descritiva e para caracterizar a população estudada, algumas variáveis foram categorizadas de acordo com: idade em < de 15 anos, 15 a 24 anos, 25 a 34 anos, 35 a 44 anos, 45 a 54 anos e > de 55 anos; escolaridade em ensino básico incompleto, ensino fundamental incompleto e ensino médio incompleto. A variável cor de pele foi dicotomizada em pele de cor branca e não branca; e consulta de revisão/prevenção em sim e não.

Este estudo demonstrou que os grupos - recebe, nunca recebeu e já recebeu a BF apresentaram diferença estatística significativa para a variável idade na medida em que a idade aumentou e o acesso ao benefício diminuiu.

Os dados dos resultados expressam que o grupo que recebe BF foi o maior constituído por mulheres, crianças e jovens, prevalecendo pessoas de cor de pele branca vindas da capital. A maioria pertence à classe social E-D segundo o critério Brasil da ABEP e com escolaridade mais baixa. Tem tendência em confiar mais em um ou dois parentes, sendo o grupo que menos confia em amigos. Quanto aos hábitos de saúde demonstrou ser o grupo que menos fuma e também é o que mais utiliza o serviço público de saúde quando comparado aos demais grupos.

O grupo que nunca recebeu BF foi composto pelo maior percentual de homens, com idades de 15 a 34 anos e cor de pele não branca, sendo a maioria pertencente à classe social E-D (APEP) e com escolaridade de ensino médio incompleto. Quanto aos comportamentos tendeu a confiar em um ou mais parentes e ser desconfiado com amigos. Dentre os três grupos pesquisados é o que o que mais fuma e é o que menos usa os serviços de saúde pública.

Por fim, quanto ao grupo que já recebeu BF, é o maior grupo constituído por mulheres, acima de 35 anos, sem distinção de cor de pele, a maioria oriunda de cidade do interior, pertencente a classe social C2 com escolaridade de ensino médio incompleto. Quanto a confiança, este grupo tende a ser reservado, isto é, confia em um ou dois parentes e um ou dois amigos. E

quanto a saúde, tendem a não fumar, compram escova dental e é o grupo que mais escova os dentes ao dia quando comparado aos outros grupos – recebe e nunca recebeu BF, e ainda vai mais ao dentista em menos de um ano.

Discussão

Descrever características demográficas, socioeconômicas, comportamentos e hábitos de saúde bucal de famílias potencialmente elegíveis pode auxiliar a tomar decisões políticas de TR mais eficazes, como também compreender o potencial de mudanças que os benefícios sociais ofertados promovem. Este estudo objetiva descrever características da população que está inscrita no Cadastro Único residentes no município de São Leopoldo/RS – Brasil, elegível ao PBF, subdivida em recebe, nunca recebeu e já recebeu BF.

O incomum deste estudo se deu pela estratificação do grupo elegível a BF em recebe, nunca recebeu e já recebeu BF, fornecendo a visibilidade de diferenças nas características demográficas, socioeconômicas e comportamentais, e que a TRC motiva positivamente os sujeitos elegíveis do PBF. Observou-se que a maioria os sujeitos da população recebedora da BF são crianças e jovens, mulheres, com predominância de cor de pele branca, pertencente à classe econômica E-D, com menor escolaridade, fumam menos, com tendência a confiar menos em amigos, escovar menos vezes os dentes durante o dia e é o grupo que mais usa o serviço público odontológico. O grupo que nunca recebeu a BF se caracterizou por ser, na maioria composto de homens, pertencente a classe econômica E-D, maior número de fumantes e que menos usa o serviço público odontológico. Por fim, o grupo que já recebeu a BF pertence a classe social C2 com maior escolarização, escova os dentes três vezes ao dia, e consulta o dentista em menos de um ano. Este resultado demonstra a focalização do PBF e a eficácia na seleção dos beneficiários da BF realizada pela Caixa Econômica Federal Ministério de Desenvolvimento Social (MDS) e Secretaria Nacional de Renda de Cidadania (SENARC).

Este estudo demonstra sua originalidade porque evidencia que o benefício BF está sendo dirigido à população de menor renda *per capita* – para o grupo que recebe BF, e com menor escolaridade. O PBF também pode influenciar indiretamente o grupo que já recebeu BF, pela sua composição de

peessoas mais velhas, com escolaridade maior e melhor situação econômica, quando comparado ao grupo que recebe BF. Além do mais, o grupo que já recebeu BF apresentou mudanças positivas em relação saúde, mesmo que discretas. Isto pode ser explicado pelo aumento real de renda familiar, acesso a informação, participação em programas governamentais ou por problemas na concessão ao benefício BF ou no cadastramento das famílias junto aos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS)(29,30). Isso também pode ser devido a mudanças de renda ao longo do tempo, rotatividade no emprego, alteração na composição da família, principalmente para aquelas inseridas no mercado de trabalho informal(31).

No município de São Leopoldo se verificou que o grupo beneficiado pela BF, na sua maioria é constituído de mulheres, crianças ou jovens, ao passo que o grupo que nunca recebeu a BF, na sua maioria é constituído por homens. Os dois grupos pertencem à classe econômica D e E segundo o critério Brasil da ABEP. Percebeu-se que entre estes cadastrados elegíveis existe diferença em termos de acesso à saúde. Há falta de equidade quanto ao acesso a serviço de saúde pública – o grupo que recebe a BF acessa mais o serviço público odontológico do que o grupo que nunca recebeu a BF.

As pessoas de cor de pele não branca tenderam a receber menos o benefício BF. Este grupo pertence a classe social D-E, com menor renda quando comparado a indivíduos de pele de cor branca que apresentam maior proporção em receber BF. O Grupo que nunca recebeu BF foi o grupo que menos usou e acessou serviços odontológicos. Este resultado confirma dados encontrados em estudo de Peres (2012) que afirma falta de equidade no uso e acesso a serviços odontológicos para pessoas de raças distintas(32).

O grupo que nunca recebeu a BF apresentou o maior percentual de fumantes, de homens, pele não branca e pertencente à classe sócia E-D. Este grupo pode estar relacionado à exclusão social por discriminação, estresse e pobreza, afetando o acesso a saúde pública. Obviamente não é possível erradicar a exclusão social, mas políticas sociais podem assumir um papel para diminuir dificuldades de acesso a saúde e conseqüentemente as iniquidades, favorecendo a inclusão social(33).

O hábito de não fumar foi bem característico para o grupo que recebe BF justificável por ser constituído na sua maioria por crianças e jovens. É interessante notar que os grupos: que recebe BF e já recebeu BF são o grupos que apresentaram menos fumantes.

Observou-se que a maioria da população não é fumante e consulta pouco o dentista, mas entre todos os sujeitos não recebedores da BF, o grupo que nunca recebeu BF é maior que fuma e usa menos o sistema público de saúde. Ao passo que o grupo que já recebeu a BF é o que mais consulta o dentista em menos de um ano. Esse achados podem ser efeitos indiretos(34) do PBF promovido pela inserção dos beneficiários e no cumprimento de condicionalidades de saúde com subsequente acesso aos serviços de saúde. Temos que o apoio social, como foi demonstrado em estudo realizado com idosos(35,36), coadjuvado pelos engajamentos e capacitações dos programas sociais municipais e dos CRAS, favorecem o aumento de renda *per capita*(9).

Quanto à confiança em parentes e amigos, os grupos se comportam de modo semelhante, isto é, tendem a confiar em um ou mais parentes e amigos, sendo mais restritivos na confiança em relação a amigos. O grupo que recebe BF é o mais desconfiado e como Wakefield (2005) concluiu, este comportamento pode influenciar negativamente no capital social das pessoas refletindo na interações sociais, qualidade de vida, bem estar e conseqüentemente na saúde dos sujeitos(35,37,38). Isso pode ter relação com o contexto social relacionado à baixa renda deste grupo(39).

Em relação aos hábitos de saúde bucais, as pessoas do grupo que recebe BF apresentaram menos cuidados de higiene bucal quando comparado aos outros grupos – nunca receberam e já receberam BF, porque escovam os dentes menos vezes ao dia. Considerando que este grupo tem um número maior de crianças e jovens é possível compreender porque os estudos em saúde bucal em crianças beneficiadas com a BF apresentam mais cáries quando comparadas ao crianças que não recebem BF (18,40)ao passo que dentre todos os grupos, o que já recebeu BF apresenta um comportamento voltado para a saúde bucal quando comparado aos outros dois – recebe e nunca recebeu BF. Isto talvez se deva ao fato de comprar mais escovas

dentárias, escovar mais os dentes durante o dia e consultar o dentista com mais frequência.

A população estudada não costuma visitar o dentista com frequência anual, usa pouco o serviço de saúde pública e quando vai ao dentista, consulta o dentista não por razões de terapia preventiva ou revisão. Isto pode ser justificado pela baixa cobertura na Atenção Básica (AB) e da Equipe da Saúde na Família (ESF) de 39.81% e 21% (2017) respectivamente, uma vez que a cobertura no estado do Rio Grande do Sul alcança 60,97% e 60,35% (2018) respectivamente. Ainda, em 2017, São Leopoldo apresentava 12 ESF com 11 Equipes de Saúde Bucal (ESB) habilitadas e uma não habilitada (apêndice 3) em 8 bairros de menor renda *per capita* (41) para um município de 24 bairros(42), sendo que foram visitados 20 pela equipe.

O estudo de Oliveira (2013) de saúde bucal com crianças matriculadas em escolas pública e privada demonstrou que as crianças beneficiadas com a BF apresentaram menos acesso à saúde quando comparadas com as crianças sem a BF de escolas públicas e privadas(43). Isso apoia os achados deste estudo cujos indivíduos que recebem a BF tem menos acesso aos serviços de saúde pública em relação ao grupo que não recebe a BF.

A principal limitação deste estudo foi a diminuição do número de pessoas amostradas, tanto pela composição familiar ser menor que previsto, como pela perda de amostragem decorrente da mobilidade urbana - característica em populações de baixa renda, endereços e pessoas inexistentes, limitando a generalização deste estudo. Em relação ao tamanho da amostra o grau de representatividade diminuiu a validade externa, pois mesmo com a reamostragem o estudo perdeu poder estatístico. Apesar de dificuldades impostas pela locomoção, tempo e estabilidade de equipe, para coleta de dados, 414 famílias foram procuradas.

O problema foi que a média do tamanho da família foi de 4 pessoas. Ainda, ocorreram perdas devido a recusas, falecimentos e mobilidade urbana, agravado pelo tempo estendido de um ano e nove meses para coleta de dados. Os estudos transversais são fotografias de um momento de pesquisa. Como este estudo se prolongou é provável que tenha ocorrido além deste viés de

tempo, o viés de participação e de informação na coleta de dados o que também inviabiliza a generalização dos resultados.

Por ser este um estudo observacional transversal de base populacional, pode-se descrever variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais, acesso a serviços de saúde, e saúde bucal com seus padrões de distribuição através de análise de frequências e proporções(23). A relevância deste estudo está no tratamento dado à variável recebimento BF em receber, nunca recebeu e já recebeu o BF e a possibilidade de analisar características e comportamentos de população de baixa renda que já participou do PBF. A variável renda estratificada foi correlacionada às variáveis independentes e demonstra que há diferenças entre os grupos que recebe, nunca recebeu e já recebeu BF, mesmo que discretas.

Parece que os indivíduos das famílias elegíveis ao BF quando dissociadas em grupos recebe, nunca recebeu e já recebeu BF não corroboram para um padrão de igual quanto à saúde bucal. Observa-se que o impacto social sobre pessoas elegíveis ao benefício de TRC reflete de forma desigual nos os grupos recebe, nunca recebeu e já recebeu BF.

Conclusão

Existem diferenças no grupo de pessoas elegíveis ao BF quando estratificado em recebe, nunca recebeu e já recebeu BF. A política social de TRC do PBF parece impactar sobre comportamentos de saúde e acesso à serviço de saúde pública odontológica das pessoas beneficiadas. Em longo prazo, a TRC parece produzir impacto indireto sobre a renda *per capita*, saúde bucal das pessoas que já receberam BF. Além do mais está evidente que o PBF é focalizado na pobreza e a gerência dos dados é eficaz porque acerta o objetivo de distribuição de renda - os grupos que pertencem à classe E-D são os mais pobres e o grupo que recebe BF é o maior. Esses achados sugerem que a redistribuição de renda através do PBF pode reduzir desigualdades sociais como em relação a escolaridade e renda *per capita* e saúde bucal nos grupos de baixa renda.

Colaboradores

Ritzel IF participou da pesquisa e elaboração do artigo e Cesleste RK realizou análises estatísticas e elaboração do artigo.

Agradecimentos

Agradecemos à Prefeitura de São Leopoldo/RS pelo apoio e ao Conselho Nacional de Pesquisa(CNPq) pelo amparo financeiro ao estudo.

Referências

1. Brasil, Organização das Nações Unidas do Brasil. Documentos temáticos: objetivos de desenvolvimento sustentável - 1 · 2 · 3 · 5 · 9 · 14. Agenda 2030. Brasília: Organização das Nações Unidas do Brasil (ONUBR); 2017. 107 p.
2. Brasil., Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria Nacional de Renda de Cidadania. Coletânea da Legislação Básica do Cadastro Único e do Programa Bolsa Família Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. 2nd ed. Brasília DF, editor. Brasília: Ministério de Desenvolvimento Social (MDS); 2015. 216 p.
3. Brasil. Lei nº 10836 de 9 de janeiro de 2004. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos; 2004 p. 3220–304.
4. Brasil. Lei nº 8742 de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências [internet]. Brasília, DF; Brasil: Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos; 1989 p. 3220–304.
5. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (Brasil). O Brasil sem miséria. Campello T, Falcão T, Costa PV da, editors. Brasília: MDS; 2014. 848 p.
6. Brasil. Decreto Nº 7.492, de 2 de junho de 2011. Institui o Plano Brasil Sem Miséria. Brasil: Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos; 2011 p. 3–7.
7. Celeste RK, Nadanovsky P. Income and oral health relationship in Brazil: is there a threshold? Community Dent Oral Epidemiol. 2009;37:285–93.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil). Síntese de

- indicadores sociais : uma análise das condições de vida da população brasileira : 2017. Rio de Janeiro: IBGE; 2017. 147 p.
9. Giovanella L, Escorel S, Lobato L de VC, Noronha JC de, Carvalho AI de. Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2nd ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2012. 1100 p.
 10. Oliveira F de CC, Cotta RMM, Ribeiro QA, Sant Ána LF da R, Priore SE, Franceschin S do CC. Nutritional Status and Determinants of Short Stature in Children Enrolled in the Bolsa Família Program Artigo originAl Estado nutricional e fatores determinantes do déficit estatural em crianças cadastradas no Programa Bolsa Família*. Epidemiol Serv Saúde. 2011;20(1):7–18.
 11. De Bem Lignani J, Sichieri R, Burlandy L, Salles-Costa R. Changes in food consumption among the Programa Bolsa Família participant families in Brazil. Public Health Nutr. 2010;14(5):785–92.
 12. Wolf MR, De Azevedo A, Filho B. Estado nutricional dos beneficiários do Programa Bolsa Família no Brasil-uma revisão sistemática Nutritional status of beneficiaries of the Bolsa Família Program Família Program in Brazil-a systematic review. Cien Saude Colet. 2014;19(5):1331–8.
 13. Correia LL, Rocha HAL, Leite ÁJM, Silva AC, Campos JS, Machado MMT, et al. The relation of cash transfer programs and food insecurity among families with preschool children living in semiarid climates in Brazil. Cad Saúde Coletiva. 2018;26(1):53–62.
 14. Carmo AS, Almeida LM, Oliveira DR, Santos LC. Influence of the Bolsa Família program on nutritional status and food frequency of schoolchildren. J Pediatr (Rio J). 2016;92(4):381–7.
 15. Cotta RMM, Machado JC. Programa Bolsa Família e segurança alimentar e nutricional no Brasil: revisão crítica da literatura. Rev Panam Salud Pública. Organización Panamericana de la Salud; 2013 Jan;33(1):54–60.
 16. Owusu-Addo E, Cross R. The impact of conditional cash transfers on child health in low-and middle-income countries: a systematic review. Int J Public Heal. 2014;59:609–18.
 17. Lagarde M, Haines A, Palmer N, Lagarde M. The impact of conditional cash transfers on health outcomes and use of health services in low and

- middle income countries. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(4):52.
18. Oliveira LJC de, Correa MB, Nascimento GG, Goettems ML, Tarquínio SBCSBC, Torriani DDD, et al. Inequalities in oral health: are schoolchildren receiving the Bolsa Família more vulnerable? *Rev Saúde Pública.* 2013;47(6):1039–47.
 19. Ministério de Desenvolvimento Social (Brasil). Tabela de valores do aumento do Bolsa Família 2016 | Programa da Bolsa Família [Internet]. 2016 [cited 2018 Dec 31]. Available from: <https://www.programabolsadafamilia.com.br/tabela-de-valores-do-aumento-do-bolsa-familia-2016/>
 20. GOOGLE. Open Data Kit Documentation Open Data Kit. Google; 2018. 593 p.
 21. Brasil. Relatório de Informação Bolsa Família e Cadastro Único: São Leopoldo. MDS. Brasília, DF: MDS; 2015.
 22. Brasil. Relatório de informação: Bolsa Família e Cadastro Único. Brasília, DF; 2014. p. 1–6.
 23. Okunseri C, Hodges J, Nascimento D. Self-reported toothache experience in an adult population in Benin City, Edo State, Nigeria. *Oral Heal Prev Dent.* 2005;3(2):119–25.
 24. Brasil. SB BRASIL 2010: pesquisa nacional de saúde bucal-resultados principais. Brasília, DF: Ms; 2012. 118 p.
 25. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. 3rd ed. Porto Alegre: Artmed; 2008. 384 p.
 26. Ferreira LN, Sales ZN, Casotti CA, Bispo-Junior JP, Braga-Júnior ACRB. Perfil do consumo de bebidas alcoólicas e fatores associados em um município do Nordeste do Brasil. *Cad Saude Publica.* 2011;27(8):1473–86.
 27. Sampieri RH, Collado CFF, Lucio M del PB, Sampiere RH, Collado CFF, Lucio M del PB. Metodologia de pesquisa. 5th ed. Porto Alegre: Penso; 2013. 624 p.
 28. Associação Brasileira de Empresa de Pesquisa. Critério Brasil 2015 e atualização da distribuição de classes para 2016. Critério de

- Classificação Econômica Brasil. ABEP; 2016. p. 1–6.
29. Souza AP. Políticas de Distribuições de Renda no Brasil e o Bolsa-Família. São Paulo; 2011. p. 36. (C-Micro Working Paper Series).
 30. Tavares PA. Efeito do Programa Bolsa Família sobre a oferta de trabalho das mães. *Econ e Soc.* 2010;19(n. 3 (40)):613–35.
 31. Medeiros M, Britto T, Soares F. Transferência de renda no Brasil. *Novos Estud.* 2007;79:5–21.
 32. Peres MA, Iser BPM, Peres KG, Malta DC, Antunes JLF. Desigualdades contextuais e individuais da prevalência de dor dentária em adultos e idosos no Brasil. *Cad Saude Publica.* 2012;28(suppl):s114–23.
 33. Alvarez-Galvez J, Salvador-Carulla L. Perceived Discrimination and Self-Rated Health in Europe: Evidence from the European Social Survey. *PLoS One.* 2013;8(9):1–10.
 34. Shei A, Costa F, Reis MG, Ko AI. The impact of Brazil's Bolsa Família conditional cash transfer program on children's health care utilization and health outcomes. *BMC Int Heal Hum Right.* 2014;14(10):1–9.
 35. Marmot M. Health in an unequal world:social circumstances, biology and disease. *Clin Med.* 2006;6(6):559–72.
 36. Salinas-Rodríguez A, Moreno-Tamayo K, María Hernández-Serrato •, María •, Rocío Enríquez-Rosas D, Betty •, et al. Multidimensional social support is associated with healthcare utilization among older Mexican adults. *Eur J Ageing.* 2018;15:77–85.
 37. Wakefield SEL, Poland B. Family, friend or foe? Critical reflections on the relevance and role of social capital in health promotion and community development. *Soc Sci Med.* 2005;60(12):2819–32.
 38. Sapag JC, Kawachi I. Capital social y promoción de la salud en América Latina. *Rev Saude Publica.* 2007;41(1):139–49.
 39. Pickett KE, Wilkinson RG. Income inequality and health: A causal review. *Soc Sci Med.* Pergamon; 2015 Mar 1;128:316–26.
 40. Junior VE dos S, Filho AV de A, Sousa RMB de, Cavalcanti F, Heimer MV, Rosenblatt A. O impacto de um programa social brasileiro sobre a saúde bucal de crianças. *RFO. Passo Fundo;* 2013;18(1):61–6.
 41. Prefeitura Municipal de São Leopoldo(Brasil) PM de S. Processo de

- revisão do plano diretor de São Leopoldo 2006 -2016. São Leopoldo; 2016.
42. Prefeitura Municipal de São Leopoldo(Brasil). Plano municipal de saúde de São Leopoldo. São Leopoldo: Secretaria Municipal de Saúde; 2018. p. 1–161.
 43. Oliveira LJC de, Correa MB, Nascimento GG, Goettems ML, Tarquínio vSandra BC, Torriani DD, et al. Iniquidades em saúde bucal: escolares beneficiários do Bolsa Família são mais vulneráveis? Rev Saúde Pública. 2013;47(6):1–9.

Tabela 1. Características demográficas e socioeconômicas da população correlacionadas ao recebimento de Bolsa Família

	Total		Situação do Benefício						p-valor
			Recebe		Nunca recebeu		Já Recebeu		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Recebimento BF	662	100	249	37.61	264	39.88	149	22.51	
Características Demográficas									
Sexo*	602	100							<0.01
Feminino	337	55.98	160	64.26	68	33.33	109	73.15	
Masculino	265	44.02	89	35.74	136	66.67	40	26.85	
Idade*	602	100							<0.01
<15 anos	206	34.22	114	45.78	57	27.94	35	23.49	
15 a 24 anos	109	18.11	41	16.47	42	20.59	26	17.45	
25 a 34 anos	81	13.41	29	11.65	31	15.20	21	14.09	
35 a 44 anos	86	14.29	26	10.44	31	15.20	29	19.46	
45 a 54 anos	69	11.45	23	9.24	23	11.27	23	15.44	
>54 anos	51	8.47	16	6.43	20	9.80	15	10.07	
Cor*	579	100							0.02
Branco	337	58.20	157	64.61	99	51.83	81	55.86	
Não branco	242	41.80	86	35.39	92	48.17	64	44.14	

Continua

Tabela 1. Continuação

	Situação do Benefício								
	Total		Recebe		Nunca recebeu		Já recebeu		p-valor
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Características socioeconômicas da população.									
Residência aos 12 anos*	602	100							0.02
Rural	109	18.11	39	15.66	46	22.55	24	16.11	
Cidade interior	239	39.70	90	36.14	77	37.75	72	48.32	
Cidade capital	254	42.19	120	48.19	81	39.71	53	35.57	
Classe social pelo critério* Brasil (ABEP)	598	100							<0.01
E - D	267	44.72	117	53.42	103	44.02	47	32.64	
C2	242	40.54	87	39.73	89	38.03	66	45.83	
Escolaridade*	597								0.04
Ensino fundamental Incompleto	209	35.01	81	33.20	73	35.78	55	36.91	
Ensino Médio incompleto	211	35.34	70	28.69	82	40.20	59	39.60	

Nota: *Total de respondentes a variável / **Total de respondentes maiores de 14 anos com algum dente em boca.
Dados das variáveis quantitativas são apresentados por média \pm desvio-padrão e para variáveis qualitativas n(%).

Tabela 2. Características comportamentais e de acesso aos serviços de saúde da população correlacionadas ao recebimento de Bolsa Família

	Situação do Benefício								
	Total		Recebe		Nunca recebeu		Já Recebeu		p-valor
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Recebimento BF	662	100	249	37.61	264	39.88	149	22.51	
Características comportamentais e rede de apoio									
Confia em parentes*	600	100							0.04
Nenhum	49	8.17	22	8.84	20	9.90	7	4.70	
1 a 2 parentes	298	49.67	125	50.20	86	42.57	87	58.39	
3 ou mais parentes	253	42.17	102	40.96	96	47.52	55	36.91	
Confiança amigos*	601	100							<0.01
Nenhum	211	35.11	103	41.37	66	32.51	42	28.19	
1 a 2 amigos	242	40.27	85	34.14	75	36.95	82	55.03	
três ou mais amigos	148	24.63	61	24.50	61	30.54	25	16.78	
Hábito de fumar atualmente*	602	100							0.17
Fuma	99	16.45	34	13.65	44	21.57	21	14.09	
Parou	86	14.29	35	14.06	30	14.71	21	14.09	
Nunca fumou	417	69.27	180	72.29	130	63.73	107	71.81	
Comprou escova nos últimos* 6 meses	599	100							0.84
Comprou	535	89.32	222	88.71	181	89.16	134	90.54	
Não comprou	64	28	26	11.29	22	10.84	14	9.46	
Frequência escovação dentária*	602	100							0.10
Nenhuma	15	2.49	9	3.61	4	1.96	2	1.34	
Uma vez ao dia	42	6.98	24	9.64	12	5.88	6	4,03	
Duas ou mais vezes	545	90.53	216	86.75	188	92.16	141	94.63	
Veze ao dia			2.52(1.07)		2.64(0.90)		2.96(1.03)		0.04

Tabela 2. Continuação

	Situação do Benefício								p-valor	
	Total		Recebe		Nunca recebeu		Já recebeu			
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Acesso a serviço de saúde										
Última consulta ao dentista* (>14 anos)	451	100								0.77
< de um ano	244	53.98	94	54.34	82	50.93	68	57.63		
um a dois anos	99	21.90	35	20.23	42	26.09	22	18.64		
três anos ou mais	96	21.24	39	22.54	33	20.50	24	20.34		
não sabe	12	2.87	4	3.39	4	2.48	4	2.31		
Consulta ao dentista no último ano*	601	100								0.03
Sim	257	42.76	97	38.96	83	40.89	77	51,68		
Não	344	57.24	152	61.08	120	59.11	72	48.32		
Última consulta no serviço público**	395	100								0.05
Sim	86	21.77	35	25.93	25	17.12	26	22.81		
Não	309	78.23	100	74.07	121	82.88	88	77.19		
Consulta de prevenção/revisão*	601	100								0.22
Sim	106	17.64	36	14.46	41	20.20	29	19.46		
Não	495	82.36	213	85.54	162	79.80	120	80.54		

Nota: *Total de respondentes a variável / **Total de respondentes maiores de 14 anos com algum dente em boca.
Dados das variáveis quantitativas são apresentados por média \pm desvio-padrão e para variáveis qualitativas n(%).

Quadro 2. STROBE Statement—checklist of items that should be included in reports of observational studies

Item No	Recommendation	Reported on page:
Title and abstract	1 (a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract	Yes
	(b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found	Yes
Introduction		
Background/rationale	2 Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported	Page 67: ok
Objectives	3 State specific objectives, including any prespecified hypotheses	Page 68: ok
Methods		
Study design	4 Present key elements of study design early in the paper	Page 68: ok
Setting	5 Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection	Page 68: ok
Participants	6 (a) <i>Cohort study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants. Describe methods of follow-up	NA
	<i>Case-control study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of case ascertainment and control selection. Give the rationale for the choice of cases and controls	NA
	<i>Cross-sectional study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants	Page 69 e 70: ok
	(b) <i>Cohort study</i> —For matched studies, give matching criteria and number of exposed and unexposed	NA
	<i>Case-control study</i> —For matched studies, give matching criteria and the number of controls per case	NA
Variables	7 Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable	Page 68: ok
Data sources/ measurement	8* For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group	No info: ok
Bias	9 Describe any efforts to address potential sources of bias	Page 70: ok
Study size	10 Explain how the study size was arrived at	Page 69-70: ok
Quantitative variables	11 Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why	Page 69: ok

Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding	Page 70: ok
		(b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions	Page 70: ok
		(c) Explain how missing data were addressed	No info
		(d) <i>Cohort study</i> —If applicable, explain how loss to follow-up was addressed	NA
		<i>Case-control study</i> —If applicable, explain how matching of cases and controls was addressed	NA
		<i>Cross-sectional study</i> —If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy	Page 70: ok
		(e) Describe any sensitivity analyses	
Results			
Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed	Page 70-71: ok
		(b) Give reasons for non-participation at each stage	NA
		(c) Consider use of a flow diagram	NA
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders	Page 70-75: ok
		(b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest	To many variables to discriminate each variable
		(c) <i>Cohort study</i> —Summarise follow-up time (eg, average and total amount)	NA
Outcome data	15*	<i>Cohort study</i> —Report numbers of outcome events or summary measures over time	NA
		<i>Case-control study</i> —Report numbers in each exposure category, or summary measures of exposure	NA
		<i>Cross-sectional study</i> —Report numbers of outcome events or summary measures	Table 1
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included	Table 1 and 2
		(b) Report category boundaries when continuous variables were categorized	Page 74: ok
		(c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period	NA
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses	Supplement Table

Discussion			
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives	Page 75: ok
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias	Page 78: ok
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence	Page 78: ok
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results	Page 78-79: ok
Other information			
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based	Cover page: ok

*Give information separately for cases and controls in case-control studies and, if applicable, for exposed and unexposed groups in cohort and cross-sectional studies.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE

Este estudo permitiu a observação panorâmica da população de baixa renda elegível ao PBF estratificada em recebedor, nunca recebeu e já recebeu BF do município de São Leopoldo. A TRC do PBF demonstrou ser um determinante econômico que tem ação social e que influencia no acesso à saúde bucal dos indivíduos recebedores da BF. Além de gerar impacto social em longo prazo sobre comportamentos relacionados à saúde, demonstra que a distribuição de renda pode ser considerada um determinante social de saúde.

Este estudo foi árduo, porque além de revisão de literatura para aprovação de projeto em edital do CNPq, houve toda estratégia e organização para coleta de dados, desde a construção dos instrumentos – anuências, manuais, mapeamentos, projetos, inter-relação com a fonoaudiologia e informática, até a realização e operacionalização dos trabalhos de campo com equipe, por vezes volátil. No final a equipe se tornou fixa e houve sinergia entre os entrevistadores. Além disso, durante o período deste estudo houve quatro substituições de Coordenadores de Saúde Bucal, o que obrigou, a cada mudança, novos contatos e rerepresentações do projeto de pesquisa. Na última troca de Coordenação e Secretário da Saúde, todos os documentos desta pesquisa esvaneceram. Mas como todo pesquisador deve ter cópias de todos documentos, a solução deste imbróglio foi simples: todos documentos foram reenviados e a pesquisa continuou.

Além desta estruturação que foi repassada para a prática, outro ponto de difícil manuseio e ação constituiu-se na localização dos domicílios e dos RF com seus familiares, as recusas educadas e às vezes um pouco ásperas, e as revisitas para completar as entrevistas a todos familiares, insistindo-se até seis vezes. Por se tratar de população de baixa renda, pobres e que vivem em extrema pobreza, o desconhecido acompanhou a equipe durante todo período de coleta de dados. Algumas vezes os ambientes e comportamentos dos sujeitos eram incógnitos para toda equipe. A equipe se aproximou de locais de

difícil acesso e às vezes de difícil contato, chegando a ser arriscado, mas quase sempre conseguiu quebrar o gelo e realizar as entrevistas.

Este estudo é importante para São Leopoldo porque apresenta uma fotografia demográfica e econômica da população elegível ao PBF, bem como comportamentos sociais, de saúde bucal e acesso a serviço público odontológico. Observa-se que mesmo com a obrigatoriedade de cumprir o calendário vacinal, acompanhamentos de gestantes e nutrízes, parece que os profissionais de saúde – desde os agentes e técnicos de saúde, enfermeiros, médicos e dentistas, ESF, EAB e ESB não interagem sistematicamente para saúde integral dos usuários, negligenciando a inclusão da cavidade bucal na saúde. Em outras palavras, há dificuldade na intersectorialidade dos serviços e servidores, uma vez que se supõe, se um indivíduo frequenta uma UBS, ela e seus familiares terão uso e acesso a terapias odontológicas. Isto parece não ser real.

Existem diferenças no grupo de pessoas elegíveis ao BF quando estratificado em recebe, nunca recebeu e já recebeu BF. A política social de TRC do PBF parece influenciar sobre comportamentos de saúde e acesso à serviço de saúde pública odontológica das pessoas beneficiadas da BF. Em longo prazo, a TRC parece produzir impacto social indireto sobre a classe econômica, saúde bucal das pessoas que já receberam BF.

O mais importante e evidente é que o PBF está focalizado na pobreza e extrema pobreza, e a gerência dos dados são eficazes porque os grupos que pertencem à classe E-D são os mais pobres e o grupo que recebe BF é o maior. Ainda, as famílias elegíveis quando estratificadas tem suas próprias características e esses achados sugerem que a redistribuição de renda através do PBF pode reduzir desigualdades sociais como em relação à escolaridade e renda *per capita* e saúde bucal nos grupos de baixa renda. O PBF alcança população de baixa renda, é focalizado na pobreza e o Cadastro Único executa de forma eficaz a seleção de famílias beneficiárias ao BF.

7 REFERÊNCIAS DA TESE

ALEXANDRE, G. C. et al. Prevalência e fatores associados à ocorrência da dor de dente que impediu a realização de tarefas habituais em uma população de funcionários públicos no Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p. 1073–1078, 2006.

ALVAREZ-GALVEZ, J.; SALVADOR-CARULLA, L. Perceived Discrimination and Self-Rated Health in Europe : Evidence from the European Social Survey. **PLOS ONE**, v. 8, n. 9, p. 1–10, 2013.

ANTUNES, J. L. F.; PERES, M. A. **Epidemiologia da saúde bucal**. 2. ed. São Paulo: Santos, 2013.

ANTUNES, J. L. F.; PERES, M. A.; CRIVELLO JUNIOR, O. **Epidemiologia da saúde bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

ARROYO, M. G. **Educação e cidadania: quem educa o cidadão?** 8. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

BARATA R.B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. 21. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

BARBATO, P. R. et al. Perdas dentárias e fatores sociais , demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros : uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003). **Cad Saude Publica**, v. 23, n. 8, p. 1803–1814, 2007.

BASTOS, J. L. et al. Explicit discrimination and health : development and psychometric properties of an assessment instrument. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 2, p. 269–78, 2012.

BASTOS, J. L. D.; NOMURA, L. H.; PERES, M. A. Dental pain, socioeconomic status, and dental caries in young male adults from southern Brazil. **Cad Saude Publica**, v. 21, n. 5, p. 1416–23, 2005.

BOCCIA, D. et al. Cash transfer and microfinance interventions for tuberculosis control: review of the impact evidence and policy implications Europe PMC Funders Group. **Int J Tuberc Lung Dis**, v. 15, n. 2, p. 37–49, 2011.

BORGES, C. M. et al. Dor nos dentes e gengivas e fatores associados em adolescentes brasileiros: análise do inquérito nacional de saúde bucal SB-

Brasil 2002-2003. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 8, p. 1825–1834, ago. 2008.

BRASIL. **Decreto nº 62.150. de janeiro de 1968. Prognulga a Convenção nº 111 da OIT sobre discriminação em matéria de emprego e profissão.** Brasília, DF: BrasilPresidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos, 1968.

BRASIL. **Decreto nº 7572. Regulamenta dispositivos da Medida Provisória no 535, de 2 de junho de 2011, que tratam do Programa de Apoio à Conservação Ambiental - Programa Bolsa Verde.** Brasília, DF: Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988.** 27. ed. São Paulo: Saraiva, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispões sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.** Brasil, 1990.

BRASIL. **Lei nº 10836 de 9 de janeiro de 2004. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências.** Brasília, DF: Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2004.

BRASIL et al. **Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011. Dispõe sobre a organização da Assistência Social.** Brasília, DF: Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2011.

BRASIL. **SB BRASIL 2010: pesquisa nacional de saúde bucal- resultados principais.** Brasília, DF: MS, 2012.

BRASIL. **Inovações recentes no Programa Bolsa Família e impactos na superação da extrema pobreza.** Painel técnico internacional de Programas de Transferência de Renda Condicionada na América Latina. **Anais...** Brasília, DF: Ministério de Desenvolvimento Social (MDS), 2013a

BRASIL. **Coletânea da Legislação Básica do Cadastro Único e do Programa Bolsa Família.** 2. ed. Brasília: MDS, 2013b.

BRASIL. **Relatório de informação: Bolsa Família e Cadastro Único** Brasília, DF, 2014a.

BRASIL. **Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores: 2013 - 2015 / Ministério da Saúde, Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores: 2013 - 2015 / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão**

Estratégica e Participativa, Departamento de Articulação. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. **Diagnóstico socioterritorial município: aspectos demográficos de São Leopoldo.** São Leopoldo: MDS, 2014c.

BRASIL. **Coletânea da Legislação Básica do Cadastro Único e do Programa Bolsa Família Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.** 2. ed. Brasília: MDS, 2015.

BRASIL. **Síntese de indicadores sociais : uma análise das condições de vida da população brasileira : 2016 / IBGE.** Rio de Janeiro: IBGE, 2016. v. 36

BRASIL. **Relatório de programas e ações do MDS para São Leopoldo.** MDS, 2018a.

BRASIL. **Relatório de Informação sobre Bolsa Família e Cadastro Único de São Leopoldo.** MDS, 2018b.

BRASIL; MINISTÉRIO DESENVOLVIMENTO SOCIAL. **Bolsa Família atende mais de 13,9 milhões de beneficiários em maio — MINISTÉRIO DO Desenvolvimento Social.** Disponível em: <<http://mds.gov.br/area-de-imprensa/noticias/2018/maio/bolsa-familia-atende-mais-de-13-9-milhoes-de-beneficiarios-em-maio>>. Acesso em: 29 dez. 2018.

BRASIL; MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. A inclusão produtiva rural no Brasil sem miséria - o desafio da superação da pobreza. In: MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME;; SECRETARIA DE AVALIAÇÃO E GESTÃO DA INFORMAÇÃO (Eds.). **Caadernos de Estudos: desenvolvimento social em debate.** Brasília, DF; MDS, 2005. p. 160.

BRASIL; ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS DO BRASIL. **Documentos temáticos: objetivos de desenvolvimento sustentável - 1 - 2 - 3 - 5 - 9 - 14.** Brasília: Organização das Nações Unidas do Brasil (ONUBR), 2017.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77–93, 2007.

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (BRASIL). **Manual do Sistema de Cadastro Único: versão 7.16** Brasília, DF, 2018.

CALDERON, P. DOS S. et al. Concordance Among Different Pain Scales in Patients with Dental Pain. **J OROFAC PAIN**, v. 26, p. 126–131, 2012.

CALVASINA, P. et al. The association of the Bolsa Familia Program with children's oral health in Brazil. **BMC Public Health**, v. 18, n. 1186, p. 1–10, 2018.

CARVALHO, R. W. F. DE et al. Prevalence and Predictive Factors of Dental Anxiety in Brazilian Adolescents. **Journal of Dentistry for Children**, v. 80, n. 1, p. 41–47, 2013.

CARVALHO, J. C.; REBELO, M. A. B.; VETTORE, M. V. Dor dental nos últimos 3 meses em adolescentes e Estratégia Saúde da Família: a comparação entre duas áreas com abordagens diferentes de atenção em saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 10, p. 4107–4114, 2011.

CECCHINI, S. **Social Transfers: Incentives and Disincentives to Labour Insertion and Income Generation** *Internacional policy*. Brasília: International Policy Centre for Inclusive Growth (IPC - IG), 2013.

CECCHINI, S.; ATUESTA, B. Programas de transferencias condicionadas en América Latina y el Caribe: tendencias de cobertura e inversion. In: **Series Políticas Sociales**. Santiago: Naciones Unidas, 2017. p. 84.

CELESTE, R. K.; NADANOVSKY, P. Income and oral health relationship in Brazil: is there a threshold? **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 37, p. 285–293, 2009.

CELESTE, R. K.; NADANOVSKY, P. How much of the income inequality effect can be explained by public policy? Evidence from oral health in Brazil. **Health Policy**, v. 97, p. 250–258, 2010.

CHOEN, S.; WILLS, T. A. Stress, social support, and the buffering hypothesis. **Psychological Bulletin**, v. 98, n. 2, p. 310–357, 1985.

COHEN, L. A. et al. Toothache pain: behavioral impact and self-care strategies. **Spec Care Dentist**, v. 29, n. 2, p. 85–95, 2009.

COLARES, V. et al. Dental anxiety and dental pain in 5- to 12-year-old children in Recife, Brazil. **European Archives of Paediatric Dentistry**, v. 14, n. 1, p. 15–19, 2013.

COMMIITTEE ON ECONOMIC SOCIAL AND CULTURAL RIGHTS

(UNITED NATIONS). **Economic and Social Council 2001/10**. Genebra: [2001].

COMMISSION ON HUMAN RIGHTS (UNITED NATIONS). **Economic and Social Council 2004/25**. [2004].

CONSTANTE, H. et al. Socio-demographic and behavioural inequalities in the impact of dental pain among adults: a population-based study Helena. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 40, n. 8, p. 498–506, 2012.

COSTA, Z. P. V. DA. **Impacto do atendimento Odontológico na Saúde Bucal de Crianças Beneficiadas pelo Programa Bolsa Família Belo Horizonte - MG**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2009.

CRUZ, M. J. V. DA; PESALLI, H. F. Dar o peixe e ensinar a pescar: racionalidade limitada e políticas de combate a pobreza. **Economia e Sociedade**, v. 20, n. 1, p. 141–166, 2011.

DINIZ, S. Critérios de justiça e programas de renda mínima. **Rev. Katál. Florianópolis**, v. 10, n. 1, p. 105–114, 2007.

EXPERT GROUP ON POVERTY STATICS - RIO GROUP (IBGE). **Compendium of best practices in poverty measurement**. WHO, 2006.

FERNALD, L.; GUNNAR, M. R. Effects of a poverty-alleviation intervention on salivary cortisol in very low-income children. **Soc Sci Med**, v. 68, n. 12, p. 2180–2189, 2009.

FERREIRA, A. A. A. et al. A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 211–218, 2006.

FILGUEIRAS, J. C.; HIPPERT, M. I. S. A polêmica em torno do conceito de estresse. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 19, n. 3, p. 40–51, 1999.

FINCH, B. K.; KOLODY, B.; VEGA, W. A. Perceived Discrimination and Depression among Mexican-Origin Adults in California. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 41, n. 3, p. 295, 2000.

FLECK, M. P. DE A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev Bras Psiquiatr**, v. 21, n. 1, p. 1999, 1999.

FRIEDLANDER, M. L. et al. Introducing a Brief Measure of Cultural and Religious Identification American Jewish Identity. **Journal of Counseling**

Psychology, v. 57, n. 3, p. 345–360, 2010.

GALEGO, J. C. B. et al. Chronic daily headache: Stress and impact on the quality of life. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 65, n. 4 B, p. 1126–1129, 2007.

GENTILINI, U.; HONORAT, M.; YEMTSOV, R. **The State of Social Safety Nets 2014**. [2014].

GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

GOES, P. S. A.; MOYSÉS, S. M. **Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 2012.

GUIOTOKU, S. K. et al. Iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 31, n. 12, p. 1–11, 2012.

HAFNER, M. B. et al. Perception of toothache in adults from state capitals and interior cities within the Brazilian geographic regions. **BMC Oral Health**, v. 13, n. 1, 2013.

HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (BRASIL). **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2017**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (BRASIL). **Panorama do Município de São Leopoldo**, [2010].

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (BRASIL). **Censo 2010/São Leopoldo** IBGE, 2018b.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. **Terminologia IASP - IASP**. Disponível em: <<http://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698&navItemNumber=576>>. Acesso em: 5 nov. 2018.

KAKOEI, S. et al. Prevalence of Toothache and Associated Factors: A Population-Based Study in Southeast Iran. **IEJ**, v. 8, n. 3, p. 123–128, 2013.

KNACKFUSS, A. P.; COSTENARO, R. G. S.; ZANATTA, F. B. Dor odontológica e indicadores de risco em jovens Dental pain and risk indicators in young. v. 59, n. 2, p. 185–191, 2011.

KREKMANOVA, L. et al. Everyday- and dental-pain experiences in healthy Swedish 8-19 year olds: An epidemiological study. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 19, n. 6, p. 438–447, 2009.

KRELING, M.; PIMENTA, C.; GARANHANI, M. Racial discrimination in pain management. **Rev Do**, v. 15, n. 3, p. 230–235, 2014.

KUHNEN, M. et al. Toothache and associated factors in Brazilian adults: a cross-sectional population-based study. **BMC Oral Health**, v. 9, n. 7, p. 1–8, 2009.

LEROY, J. L. et al. The Oportunidades Program increases the linear growth of children enrolled at young ages in urban Mexico. **J. Nutr**, v. 138, p. 793–798, 2008.

LIDDELL, A.; LOCKER, D. Gender and age differences in affitudes fo dentai pain and denfal confrol. **Communify Dentistry Oral Epidemiology**, v. 25, p. 114–8, 1997.

LIN, C. S. et al. Pain catastrophizing is associated with dental pain in a stressful context. **Journal of Dental Research**, v. 92, n. 2, p. 130–135, 2013.

LIST, T. et al. Clinical findings and psychosocial factors in patients with atypical odontalgia: a case-control study. **Journal of orofacial pain**, v. 21, n. 2, p. 89–98, 2007.

LUFT, C. D. B. et al. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido : tradução e validação para idosos. **Revista Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 606–615, 2007.

MACHADO, F. L. Os nvos nomes do racismo: especificação ou inflação conceptual? **SOCIOLOGIA, PROBLEMAS E PRÁTICAS**, v. 33, p. 9–44, 2000.

MAGNUSSON, B.; KOCH, G.; POULSEN, S. **Pedodontics: a systematic approach**. Copenhagen: Munkasgaard, 1981.

MARGIS, R. et al. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **R. Psiquiatr. RS**, v. 25, p. 65–74, 2003.

MARIANO, S. A.; CARLOTO, C. M. Gênero e combate à pobreza: Programa Bolsa Família. **Estudos Feministas**, v. 17, n. 3, p. 901–908, 2009.

MARMOT, M. G. The Influence Of Income On Health: Views Of An Epidemiologist. **Health Aff**, v. 2, n. 2, p. 1–17, 2014.

MARQUES-VIDAL, P.; MILAGRE, V. Ate oral health status and care

associated with anxiety and depression? **J Public Health Dent**, v. 66, n. 1, p. 64–66, 2006.

MARSHALL, T. H. **Citizenship and social class: and other essays**. London: Cambridge at the University Press, 1950.

MECHANIC, D. Disadvantage, Inequality, And Social Policy. **Health Affairs**, v. 21, n. 2, p. 1–12, 2002.

MEDEIROS, M.; BRITTO, T.; SOARES, F. Transferência de renda no Brasil. **Novos Estudos**, v. 79, p. 5–21, 2007.

MENDES, V. L. P. S.; BARBOSA, A. M. G.; RODRIGUES, J. M. Gestão dos serviços públicos e participação cidadã: estudo com os beneficiários do Programa Bolsa Família. v. 13, n. 7, p. 105–120, jun. 2009.

MENEZES, F.; SANTARELLI, M. **Da Estratégia “ Fome Zero ” ao “Plano Brasil Sem Miséria ”: elementos da seguridade social**. Rio de Janeiro: [2011].

MERCHAN-HAMANN, E.; TAULL, P. L.; COSTA, M. P. Terminologia das medidas e indicadores em epidemiologia: subsídios para uma possível padronização da nomenclatura. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 9, n. 4, p. 273–286, 2000.

MINAYO, M. C. DE S.; HARTZ, Z. M. DE A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde : um debate necessário Quality of life and health : a necessary debate. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7–18, 2000.

MINISTÉRIO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL (BRASIL). **Tabela de valores do aumento do Bolsa Família 2016 | Programa da Bolsa Família**. Disponível em: <<https://www.programabolsadafamilia.com.br/tabela-de-valores-do-aumento-do-bolsa-familia-2016/>>. Acesso em: 31 dez. 2018.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL (BRASIL). **Boletim: o Brasil Sem Miséria no seu município - São Leopoldo/RS**. Brasília: [2018].

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME (BRASIL). **O Brasil sem miséria**. Brasília: MDS, 2014.

MIOTTO, M. H. M. DE B.; SILOTTI, J. C. B.; BARCELLOS, L. A. Dor dentária como motivo de absenteísmo em uma população de trabalhadores. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 5, p. 1357–1363, 2012.

MONNERAT, G. L. et al. Do direito incondicional à condicionalidade do

direito: as contrapartidas do Programa Bolsa Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 6, p. 1453–1462, 2007.

MONTERO, J.; BRAVO, M.; ALBALADEJO, A. Validation of two complementary oral-health related quality of life indicators (OIDP and OSS 0-10) in two qualitatively distinct samples of the Spanish population. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 6, p. 1–14, 2008.

MOREIRA, T. P.; NATIONS, M. K.; ALVES, M. DO S. C. F. Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 6, p. 1383–1392, jun. 2007.

MOURA-LEITE, F. R. et al. Impact of dental pain on daily living of five-year-old Brazilian preschool children: prevalence and associated factors. **European Archives of Paediatric Dentistry**, v. 12, n. 6, p. 293–297, 2011.

NATIONAL PHARMACEUTICAL COUNCIL. **Section II: Assessment of PainPain: Current Understanding of Assessment, Management, and Treatments**NPC, 2001.

NOMURA, L. H.; BASTOS, J. L. D.; PERES, M. A. Dental pain prevalence and association with dental caries and socioeconomic status in schoolchildren , Southern Brazil , 2002 Prevalência de dor de dente e associação com cárie e condições socioeconômicas em escolares , sul do Brasil , 2002. **Braz Oral Res**, v. 18, n. 2, p. 134–140, 2004.

NORO, L. R. A. et al. Toothache and social and economic conditions among adolescents in Northeastern Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 1, p. 105–114, 2014.

OKUNSERI, C.; HODGES, J.; NASCIDO, D. Self-reported toothache experience in an adult population in Benin City, Edo State, Nigeria. **Oral Health Prev Dent**, v. 3, n. 2, p. 119–125, 2005.

OKUNSERI, C.; HODGES, S.; BORN, D. Self-Reported Toothache Experience in an Adult Population in Benin City , Edo State , Nigeria. **Oral Health & Preventive Dentistry**, v. 3, n. 2, p. 119–126, 2005.

OLIVEIRA, L. J. C. DE et al. Inequalities in oral health: are schoolchildren receiving the Bolsa Família more vulnerable? **Rev Saúde Pública**, v. 47, n. 6, p. 1039–47, 2013a.

OLIVEIRA, L. J. C. DE et al. Iniquidades em saúde bucal: escolares beneficiários do Bolsa Família são mais vulneráveis? **Rev Saúde Pública**, v. 47, n. 6, p. 1–9, 2013b.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Carta de Ottawa: primeira conferência internacional sobre promoção de saúde**. Papeles de población. **Anais...**Otawa: OMS, 1986

OWUSU-ADDO, E.; RENZAHO, A. M. N.; SMITH, B. J. S. Cash transfers and the social determinants of health: a conceptual framework. **Health Promot Int**, p. 1–13, 2018.

OZER, E. J. et al. Effects of a conditional cash transfer program on children's behavior problems what's known on this subject. **Pediatrics**, v. 123, p. 630–637, 2009.

PACEY, A.; NANCARROW, T.; EGELAND, G. M. Prevalence and risk factors for parental-reported oral health of Inuit preschoolers: Nunavut Inuit Child Health Survey, 2007-2008 A. **Rural and Remote Health**, v. 10, n. 1368, p. 1–12, 2010.

PAES-SOUZA, R.; SANTOS, L. M. P.; MIAZAKI, E. S. on child nutrition in Brasil. **Bull World Health Organ**, v. 89, p. 496–503, 2011.

PATTUSSI, M. P. et al. Self-rated oral health and associated factors in Brazilian elders. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 38, n. 4, p. 348–359, 2010.

PEDRAZZI, V.; DIAS, K. R. H. C.; RODE, S. DE M. Oral Health in Brazil- Part II: Dental Specialty Centers (CEOs). **Braz Oral Res**, v. 22, p. 18–23, 2008.

PEGA, F. et al. Unconditional cash transfers for reducing poverty and vulnerabilities : effect on use of health services and health outcomes in low- and middle-income countries (Review). **Cochrane Library**, n. 5, p. 1–259, 2017.

PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da Educação Profissional Saúde em**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

PERES, M. A. et al. Contextual and individual assessment of dental pain period prevalence in adolescents: A multilevel approach. **BMC Oral Health**, v. 10, n. 1, 2010.

PERES, M. A. et al. Desigualdades contextuais e individuais da prevalência de dor dentária em adultos e idosos no Brasil. **Cad Saude Publica**,

v. 28, p. 114–123, 2012.

PERES, M.; ANTUNES, J.; PERES, K. Is water fluoridation effective in reducing inequalities in dental caries distribution in developing countries? **Sozial- und Präventivmedizin**, v. 51, n. 5, p. 302–10, 2006.

PINHO, A. M. S. DE et al. Toothaches in the daily lives of brazilian adults. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 9, p. 2587–600, 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO LEOPOLDO(BRASIL), P. M. DE S. **Processo de revisão do plano diretor de São Leopoldo 2006 -2016**. São Leopoldo: [2017].

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO LEOPOLDO(BRASIL), P. M. DE S. **A - Dados Gerais**. São Leopoldo: [2017].

RASELLA, D. et al. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. **THE LANCET**, v. 382, p. 57–64, 2013.

REGO, W. Aspéctos teóricos das políticas de cidadania: uma aproximação ao Bolsa Família. **Lua Nova.**, v. 73, p. 147–185, 2008.

RIACHELIS, R. **Esfera pública e Conselhos de Assistência Social: caminhos da construção democrática**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

RISKOWSKI, J. L. Associations of socioeconomic position and pain prevalence in the united states: Findings from the national health and nutrition examination survey. **Pain Medicine (United States)**, v. 15, n. 9, p. 1508–1521, 2014.

ROCHA, S. Transferências de renda federais: focalização e impactos sobre pobreza e desigualdade. **R. Econ. Contemp**, v. 12, n. 1, p. 67–96, 2008.

ROCHA, S. O programa Bolsa Família: evolução e efeitos sobre a pobreza. **Economia e Sociedade**, v. 20, n. 1, p. 113–139, 2011.

ROXO, A. A. DE O. Tratamento da inflação na legislação do imposto de renda. **R Adm Emp**, v. 16, n. maio-jun, p. 43–46, 2000.

RUSH, A. J. et al. Comorbid psychiatric disorders in depressed outpatients: Demographic and clinical features. **Journal of Affective Disorders**, v. 87, n. 1, p. 43–55, 2005.

SANTIAGO, B. M. et al. Social capital and dental pain in Brazilian northeast: a multilevel cross-sectional study. **BMC Oral Health**, v. 13, n. 2, p.

2–9, 2013.

SANTOS JUNIOR, V. E. DOS et al. O impacto de um programa social brasileiro sobre a saúde bucal de crianças. **RFO**, v. 18, n. 1, p. 61–66, 2013.

SANTOS NETO, E. T. DOS et al. Acesso à assistência odontológica no acompanhamento pré-natal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 3057–3068, 2012.

SEIRAWAN, H.; SUNDARESAN, S.; MULLIGAN, R. Oral health-related quality of life and perceived dental needs in the United States. **Journal of Public Health Dentistry**, v. 71, n. 3, p. 194–201, 2011.

SHEPHERD, M. A.; NADANOVSKY, P.; SHEIHAM, A. The prevalence and impact of dental pain in 8-year-old school children in Harrow , England. **British Dental Journal**, v. 187, n. 1, p. 38–41, 1999.

SHIDARA, E. K.; MCGLOTHLIN, J. D.; KOBAYASHI, S. A vicious cycle in the oral health status of schoolchildren in a primary school in rural Cambodia. **International journal of dental hygiene**, v. 5, n. 3, p. 165–173, 2007.

SHMUELI, A. Population health and income inequality: new evidence from Israeli time-series analysis. **International Journal of Epidemiology**, v. 33, n. 2, p. 311–317, 2004.

SILVA, D. D. DA; RIHS, L. B.; SOUSA, M. DA L. R. DE. Fatores associados à presença de dentes em adultos de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 11, p. 2407–2418, nov. 2009.

SILVA, Í. DE C. P. DA et al. Estresse parental em famílias pobres. **Psicol. estud.**, v. 24, p. 1–17, 2019.

SUVINEN, T. I. et al. Temporomandibular Disorders. Part I: A Comparison of Symptom Profiles in Australian and Finnish Patients. **Journal of Orofacial Pain**, v. 11, p. 58–66, 1997.

TAVARES, P. A. Efeito do Programa Bolsa Família sobre a oferta de trabalho das mães. **Economia e Sociedade**, v. 19, n. 3, p. 613–635, 2010.

TÜRPEL, J. C. et al. Vorschlag einer Klassifikation der Odontalgien. **Schmerz**, v. 23, n. 5, p. 448–460, 2009.

UNITED NATIONS. The International Bill of Human Rights. 2003, p. 470.

UNITED NATIONS. **Guia prático para a sociedade civil: o campo de**

ação da sociedade civil e o sistema dos direitos humanos das Nações Unidas. Genova: Organização das Nações Unidas (ONU), 2014.

VAN WIJK, A. J.; HOOGSTRATEN, J. Experience with dental pain and fear of dental pain. **Journal of Dental Research**, v. 84, n. 10, p. 947–950, 2005.

VICTORA, C. G. et al. Explaining trends in inequities: evidence from brazilian child health studies. **Lancet**, v. 356, p. 1093–98, 2000.

WILLIAMS, D. R.; MOHAMMED, S. A. Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. **J Behav Med**, v. 32, n. 1, p. 1–38, 2009.

WIRZ, S. et al. Management of Chronic Orofacial Pain: A Survey of General Dentists in German University Hospitals. **Pain Medicine**, v. 11, p. 416–424, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Informe sobre la salud en el mundo 1998 - La vida en el siglo XXI: una perspectiva para todos.** Genebra: [1998].

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **All for equity: world conference on social determinants of health.** Rio de Janeiro: [2012].

ZAKRZEWSKA, J. M. Multi-dimensionality of chronic pain of the oral cavity and face. **Journal of Headache and Pain**, v. 14, n. 1, 2013.

ZHAO, N. N. et al. Desenvolvimento e validação de uma lista de verificação de triagem para desordens temporomandibulares . **Journal of Orofacial Pain**, v. 25, n. 3, p. 210–222, 2018.

8 APÊNDICES

8.1 Projeto Chamada Universal do CNPQ

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL

Chamada Universal MCTI/CNPq Nº 01/2016

Título do Projeto:

EFEITO DA TRANSFERÊNCIA DE RENDA NA DOR DENTÁRIA EM
FAMÍLIAS DE BAIXA RENDA NO SUL DO BRASIL

1 Qualificação do principal problema a ser abordado

Estratégias de prevenção exclusivamente baseadas em políticas universais podem não ser suficiente para atingir os grupos mais vulneráveis e a uso de estratégias focalizadoras (targeted) como complementares é necessários. Há evidência de que os mais pobres se beneficiam menos de políticas universais^{1, 2}, incluindo a fluoretação das águas³ e políticas públicas² em geral. O principal suporte empírico em favor de políticas de redistribuição de renda reside na relação curvilínea entre renda e saúde, fenômeno também observado na saúde bucal⁴. Assim, a reduzir de renda do grupo mais rico (e.g. através de impostos) não impactaria muito na saúde bucal desse grupo, ao passo que o acréscimo ao grupo mais pobre seria relevante.

Há poucos estudos avaliando os efeitos do Programa Bolsa Família (PBF)⁵⁻⁷, e apenas um estudo conhecido na saúde bucal⁸. Avaliação dos efeitos do PBF poderá beneficiar diretamente políticas públicas para melhorar a saúde geral e bucal da população de baixa renda, não somente o Brasil, mas outros países que utilizam programas de transferência de renda. Estudo longitudinais que avaliaram mobilidade social sugerem uma melhor saúde para o grupo em ascensão social do que para o grupo que permanece pobre⁹. Entretanto, a evidência existente desses estudos utiliza desfechos prevalentes^{9, 10}, dificultando a inferência causal. Outro problema existente é o confundimento residual, que acontece por que o grupo que ascende socialmente não é comparável ao grupo que permanece pobre.

A fronteira do conhecimento nessa área está na oportunidade de avaliação de um experimento natural, especialmente em relação a um desfecho de curta latência que é bastante propício para avaliação do efeito da transferência de renda em curto prazo. Conhecer os mecanismos pelos quais a transferência de renda estaria associada ao

2

melhores desfechos em saúde pode também ajudar a melhorar a eficácia do mesmo. Por exemplo, reduções na dor de dente talvez possam ser explicadas porque o aumento da renda permite aumento no acesso e uso a serviços de saúde. É desconhecido se o efeito da renda adicional é maior para as crianças do que para adultos.

1.1 Programa Bolsa Família

O Programa Bolsa Família (PBF) ocorreu pela unificação de programas sociais pré-existent no Brasil em 2003 e se caracteriza pelo cumprimento de condicionalidades relacionadas à vacinação e frequência escolar por famílias beneficiadas^{11, 12}. Em 2013, o programa beneficiava 13,8 milhões de brasileiros. A BF é uma política social/pública que faz parte do PBF que se constitui de um programa de Transferência de Renda (TR) direta aos indivíduos que vivem em situação de máxima pobreza. Os valores dos benefícios pagos as famílias variam de acordo com a constituição, considerando a renda mensal mínima por pessoa da família. Cada família recebe até no máximo cinco benefícios que variam de acordo com a Regulamentação do Programa: benefício básico (R\$ 77,00); benefício variável de 0 a 15 anos (R\$ 35,00); benefício variável vinculado ao adolescente entre 16 e 17 anos (R\$ 42,00)¹³. Exceção é feita às gestantes e nutrízes porque é um benefício variável gestante (BVG) constituído de 09 parcelas e 06 na íntegra respectivamente¹⁴⁻¹⁶.

Todos os países que erradicaram a pobreza absoluta ou minimizaram expressivamente seus níveis de desigualdade fizeram uso de políticas sociais de TR^{12, 17, 18}. A desigualdade social é um fator de exclusão social em que renda “per capita” como um indicador socioeconômico vem sendo aplicado para distinguir “países de alta renda” e “países de baixa renda”, e está diretamente associado com saúde da população, situação de pobreza e cidadania¹⁹⁻²². Quando se fala em baixa renda, se pensa em miséria e pobreza e conseqüentemente prejuízo da saúde^{23, 24}.

1.2 Transferência de renda e saúde bucal

O potencial do efeito de programas de TR tem sido variado, além da saúde, nutrição, educação e acesso a serviços, também reflete no contexto social do indivíduo beneficiado. Os programas de TR repercutem melhoras indiretas no bem estar geral do beneficiado – crescimento da criança, redução de anemia²⁵, tuberculose²⁶, agressividade em crianças e desenvolvimento físico das mesmas²⁷, desenvolvimento motor, cognitivo e linguagem²⁸, e baixa mortalidade infantil²⁹.

3

Como no Brasil, outros países têm políticas de TR direta ou indireta anteriores ao BF. Dentre os 18 países da América Latina e Caribe que se destacam por programas de TR, o Equador está seguido pelo Brasil que fica em quarto lugar quando é correlacionado com o Produto Interno Bruto (PIB)³⁰. Além do BF outros programas de TR importantes são o do México com o programa Oportunidades^{25, 31}, Equador com o “Plan Nacional Del Buen Vivir”³², Peru com o “Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres – Juntos”³³, Colombia com o programa “Más familias en Acción y Jóvenes en Acción”³⁴, e Chile com o programa “Chile Avanza con todos”³⁵.

Até 2011, havia 15 países que realizavam a TR e 11 que aplicavam condicionalidades. O impacto financeiro foi positivo associado à segurança alimentar, havendo aumento de despesas em alimentos e acesso à saúde. Os programas de TR na América Latina eram todos condicionais direcionados para a criança na escola, atenção à educação nutricional, cuidados de saúde para crianças na faixa etária abaixo de 05 anos e mulheres gestantes e lactantes. As condicionalidades para adultos eram menos frequentes, e em alguns casos eram relacionados com cuidados genéricos de saúde, acesso a medicações, testes e resultados de HIV. Até este mesmo ano os países como Honduras, Equador, Brasil e Etiópia ainda não haviam demonstrado nenhum efeito em relação a programas de TR para adultos²⁶⁻²⁸.

1.3 Renda e prevalência da dor de dente

Sabe-se que o aumento de renda está associado a menor prevalência de dor, como descrito na maioria dos estudos transversais^{36, 37}. Entretanto, não se sabe se o acréscimo de renda pode reduzir dor dentária. Dentre todas as variáveis relacionadas com “dor de dente”, a renda vem sendo apontada como um fator de importante influência no bem estar dos indivíduos, além de influenciar na extração dentária. Estudos apontam que indivíduos ou famílias com menor renda “per capita” tem maior prevalência de dor de dente³⁸⁻⁴¹. Além disso, as crianças de famílias de baixa renda podem ter 3,7 mais chances de desenvolver dor dentária⁴² e os jovens podem ter 1,8 vezes mais chances quando comparadas aos de mais alta renda⁴³.

Em população de baixa renda os homens tendem a ter prevalência maior de “dor de dente” que as mulheres - nos homens é de 37% e nas mulheres é de 23%³⁹. Quando associada a dor gengival, a prevalência pode chegar a 35,6% quando associada ao sexo feminino, não estudante, estudantes de escolas públicas ou atrasados nos estudos⁴⁴.

2 Objetivos e metas a serem alcançados

2.1 Objetivo primário

Descrever e avaliar os efeitos da transferência de renda (TR) condicional na dor de dente em um populacional de baixa renda.

2.2 Objetivos secundários

- Verificar se há modificação de efeito da TR na dor dentária considerando adultos e crianças.
- Verificar associações entre TR e com uso aos serviços odontológicos, qualidade de vida, estresse percebido, e discriminação.
- Avaliar a contribuição do uso de serviços odontológicos e comportamentos em saúde na relação entre TR e dor dentária.
- Avaliar se o estresse percebido é um mediador entre discriminação e comportamentos em saúde, como fumar e beber.

2.3 Metas

- Coleta de dados até 50% ao final do primeiro ano e 100% ao final do segundo ano
- Inclusão de um projeto de mestrado até final do primeiro ano
- Apresentação dos resultados preliminares em 1 congresso nacional e 1 local no segundo ano
- Apresentação dos resultados em 1 congresso internacional e 1 nacional ao final do terceiro ano
- Submissão de 2 manuscritos até o final do terceiro ano do projeto
- Defesa de uma tese de doutorado ao final

3 Indicadores de acompanhamento

3.1 Indicadores de impacto

- Contribuição ao final da pesquisa quanto à estimativa de que as famílias beneficiárias do BF tenham menos dor dentes que as famílias não beneficiárias do BF.
-

3.2 Indicadores de efetividade

- Estimação e associações entre TR, saúde bucal, acesso a serviços de saúde, qualidade de vida, estresse percebido e discriminação.

3.3 Indicadores de desempenho

- Alcance máximo de 5% de perdas.
- Publicação 02 (dois) artigos da pesquisa em Revistas Científicas.
- Auxílio na formação 01 (um) doutor, 01 (um) mestrandos e 04 bolsistas de Iniciação Científica de graduação.
- Apresentação de 01 (um) Relatório Final para: agente financiador, UFRGS e município de São Leopoldo.

3.4 Indicadores de operacionais

- Realização de Pré-teste: aplicação de inquérito para 30 indivíduos
- Realização de oficina para Secretarias de Saúde: no mínimo 01 (uma) oficina.
- Realização de oficinas com Líderes Comunitários junto ao Conselho de Desenvolvimento da Comunidade de São Leopoldo (CDC): quantas necessárias.
- Realização de oficinas com a equipe de entrevistadores: no mínimo 03 (três)
- Supervisão de campo: semanalmente.
- Avaliação de metas constante e na metade do período da coleta campo.
- Reuniões quinzenais durante coleta de campo.
- Participação de 02 (dois) bolsistas de Iniciação Científica (IC-UFRGS) durante a pesquisa.
- Obtenção de 16 (dezesseis) entrevistadores durante a coleta de dados.

4 Metodologia a ser empregada

4.1 Desenho do estudo – características da pesquisa

Será um estudo epidemiológico observacional seccional, pesquisa domiciliar por amostragem probabilística randomizada populacional. Para responder às questões estudadas será utilizado método quantitativo e analítico através de questionário.

O entrevistado será o sujeito inscrito no Cadastro Único. Os indivíduos entrevistados serão contatados via Líderes Comunitários com colaboração do Secretário de Orçamento Participativo/Presidente do Conselho de Desenvolvimento da Comunidade. Será aplicado um Pré-teste para adequação do questionário e ajustes do projeto de

6

pesquisa. Os entrevistadores serão identificados e contarão com a lista de endereços dos entrevistados com visita pré-agendada.

Serão realizadas até seis visitas para o contato com o responsável e familiares maiores de 18 anos pelo entrevistador. Caso haja recusa do entrevistado ou não localização do sujeito pesquisado ou da habitação, o mesmo não será substituído.

Os dados serão coletados durante visita de campo aplicado pelo entrevistador ao responsável e familiares menores e maiores de 18 anos identificados por documento de cadastramento no CRAS ou Número de Identificação social (NIS) e de documento com fotografia.

Realizados os inquéritos pelo entrevistador será feita checagem do trabalho de campo pelo supervisor e nos caso de dúvidas e/ou respostas incompletas será realizada a recuperação dos dados com o entrevistado.

Após o aceite deste projeto de pesquisa junto ao Comitê de Ética deverão ser realizadas oficinas junto ao Conselho Municipal de Saúde, de Ação Social e de Desenvolvimento da Comunidade através da Secretaria de Saúde, Assistência Social e Secretaria de Orçamento Participativo. Serão realizadas oficinas com equipe de trabalho de campo.

4.2 Participantes/Universo Populacional

A população alvo será constituída das 27715 famílias inscritas no Cadastro Único do município de São Leopoldo, correspondendo a 6474 (23,36%) famílias beneficiadas BF e 21239 (76,64%) famílias não beneficiadas BF. Segundo dados de 2014/2015, 3091 famílias são elegíveis dentre os não beneficiárias BF que compõe um total de 9533 famílias elegíveis. O número de famílias varia segundo os critérios de exclusão definidos pelo MDS por cruzamento de dados executado pela Caixa Econômica Federal, estados e municípios⁴⁵.

4.3 Critério de inclusão

Serão incluídos os beneficiários inscritos no Cadastro Único do município de São Leopoldo elegíveis que recebem e não recebem o benefício BF com renda "per capita" familiar até R\$ 77,00.

4.4 Critérios de exclusão

Serão excluídos os beneficiários com menos de 6 meses de benefício e os inscritos não beneficiários que não forem considerados elegíveis para o Programa

7

Bolsa Família. Também serão excluídos os incapazes de responder o questionário por motivo mental e/ou restrição física sem cuidador.

4.5 Variáveis de interesse

O desfecho principal considerado será dor de dente. Variáveis como socioeconômica, demográfica, uso de serviços de saúde, qualidade de vida, estresse percebido e discriminação serão consideradas no questionário de coleta de dados.

4.6 Planejamento Amostral

4.6.1 Nível inferência

Pretende-se com o presente delineamento estimar a prevalência de dor dentária auto-referida para a população de pessoas elegíveis ao Programa Bolsa Família de São Leopoldo.

4.6.2 Universo Amostral

A unidade amostral primária será a unidade familiar representada no Cadastro Único pelo responsável familiar. Em cada unidade amostral primária, todos familiares maiores de 18 anos serão entrevistados, e os menores de idade terão seus dados respondidos pelo responsável. Os indivíduos são considerados as unidades amostrais secundárias e correspondem à unidade de análise.

4.6.3 Processo amostral

Será feita uma seleção aleatória simples, portanto não há efeito do delineamento amostral nas estimativas de prevalência nem variância. Para cada grupo a seleção será feita a partir duas listas de nomes com os respectivos endereços dos responsáveis familiares.

A lista de responsáveis elegíveis recebedores será obtida da base de dados do CRAS do município de São Leopoldo fornecida pelo Coordenador Setor de Assistência Social do Município de São Leopoldo.

A lista dos responsáveis elegíveis não recebedores será solicitada ao MDS através de ofício endereçado ao responsável pela disponibilização de dados do benefício Bolsa Família.

4.6.4 Cálculo Amostral

Os dados utilizados como base para a estimação das prevalências e número de moradores por domicílio foram obtidos do inquérito epidemiológico SB Brasil 2010,

8

excluindo-se edêntulos e idosos (acima de 65 anos de idade). Análise preliminar mostrou que Porto Alegre possuía valores similares a outras capitais e municípios de maior porte. Assim, utilizou-se a amostra de todo o Brasil como parâmetro.

Grupo 1 (elegíveis e sem benefício) - Prevalência de dor dentária autorreferida forte ou muito forte no grupo elegível não beneficiário (renda menor que R\$ 78,00): 16,7% de indivíduos com dor.

Grupo 2 : (elegíveis e com benefício) – Considerando que o efeito da renda é curvilíneo, foi realizada uma estimativa do declínio na prevalência de dor associada ao acréscimo de R\$45 reais per capita na renda familiar na faixa de renda de indivíduos com rendimentos de até R\$77 per capita. Obteve-se uma redução de 5.1% (pontos percentuais), de forma que se procedeu ao cálculo amostral para um alfa de 5% com 80% de poder (beta), tendo grupos de iguais tamanhos.

O cálculo do tamanho da amostra estimada para comparação de proporções entre duas amostras utilizou-se o software Stata 13.1, alimentando com as informações do Quadro 1:

Quadro 1. Tamanho da amostra estimado para comparação de duas amostras de proporções.

Test Ho: $p_1 = p_2$, where p_1 is the proportion in population 1 and p_2 is the proportion in population 2	<ul style="list-style-type: none"> • alpha = 0.05 (two-sided) • power = 0.80 • $p_1 = 0.1150$ • $p_2 = 0.1660$ • $n_2/n_1 = 1,00$
Estimated required sample sizes:	$n_1 = 767$ $n_2 = 767$

sampsi 0.115 0.166, alpha(0.05) power(0.80) ratio(1.00)

Procedeu-se a um acréscimo no tamanho amostral considerando 10% de perdas, sendo a amostra final de 1686 indivíduos. Com base nos dados do SBBrasil 2010 observou-se que os domicílios na faixa de renda do bolsa família têm em média 5.9 pessoas no domicílio. Assim, serão sorteados 143 domicílios (cada responsável corresponde a um domicílio) - 843 indivíduos elegíveis sem benefício para o Grupo 1; e 143 domicílios - 843 indivíduos elegíveis com benefício para o Grupo 2.

4.7 Métodos estatísticos

Os dados serão coletados através de “tablets” e será utilizado “mobile app” para capturar dados móveis e substituir questionários de papel. Será distribuído um “tablet” por equipe de campo e serão tomados cuidados quanto a dupla digitação dos dados.

Os dados serão descritos em tabelas de contingência para análises uni e bivariadas, análise por regressão logística múltipla serão feitas no software R. Equações estruturais serão usadas para avaliar o efeito de potenciais mecanismos mediadores como o uso de serviços de saúde, comportamentos em saúde e estresse.

4.8 Implicações éticas

Esta pesquisa segue as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos - Resolução 466/2012, e o projeto já possui aprovação no Comitê de Ética (CEP) da UFRGS sob o Parecer Número: 1.269.053.

A contrapartida social será orientação de higiene bucal individual aos sujeitos pesquisados por meio de folheto informativo/explicativo sobre higiene bucal com orientações de acesso a serviços odontológicos municipais.

5 Principais contribuições científicas e resultados esperados

- Estima-se que as famílias beneficiárias do BF tenham menos dor dentes que as famílias não beneficiárias do BF.
 - Estima-se que haja maior acesso e uso aos serviços odontológicos nas famílias com TR.
 - Estima-se encontrar associações entre TR com saúde bucal, qualidade de vida, estresse percebido e discriminação.
 - Relatório final.
 - No mínimo duas publicações com resultados que serão comunicados às autoridades competentes, incluindo a Prefeitura de São Leopoldo, parceira no projeto. para contribuir na melhoria das condições de acesso a serviços de saúde.
-

6 Cronograma de atividades

O cronograma foi distribuído estruturalmente numa tabela em 4 anos porque a pesquisa deverá iniciar em agosto de 2016 com término em julho de 2019, o que contabiliza 3 anos de pesquisa.

Ano	Atividade	Mês 1 à 3	Mês 4 à 7	Mês 8 à 9	Mês 10 à 12
Ano 1 / 2016	Atualização da revisão de literatura			X	X
	Teste e re-teste			X	
	Oficinas nos Conselhos Locais de Saúde, Desenvolvimento Social				X
	Oficinas com líderes comunitários				X
	Seleção e treinamento de examinadores			X	X
Ano 2 / 2017	Atualização de literatura	X	X	X	X
	Sorteio da amostra e obtenção de mapas	X			
	Oficinas com líderes comunitários	X	X		
	Oficinas com equipe de entrevistadores	X	X		
	Coleta de dados - Entrevistas domiciliares		X		
	Análise de dados			X	X
	Redação do artigo 1			X	
	Apresentação em Congresso			X	
Ano 3 / 2018	Atualização da revisão de literatura	X	X	X	X
	Análise de dados	X	X	X	X
	Redação artigo 2				X
	Apresentação em congresso			X	
Ano 4 /2019	Atualização da revisão de literatura	X	X		
	Elaboração e apresentação de relatório da pesquisa	X	X		

7 Orçamento detalhado

Item	Quantia	Realização	(R\$)
Custeio			
Programa Datadroid Forms	01 programa	Aluguel 01 programa de 550MB para 10 unidades móveis para coleta de dado e geração de relatórios	3600
Serv. terceiros de pessoa física de caráter eventual	16 entrevistadores	Pessoas que realizarão as entrevistas nos domicílios	26000
Participação em congresso	02 inscrições	Apresentação de resultados parciais e finais da pesquisa	UFRGS
Participação em congresso	01 poster	Apresentação e divulgação de resultados parciais e finais da pesquisa e agente financiador	UFRGS
Congresso no país	12 diárias	06 diárias para 02 pesquisadores apresentarem a pesquisa em Congresso no Brasil	UFRGS
Congresso no exterior (IADR)	12 diárias	06 diárias para 02 pesquisadores apresentarem a pesquisa em Congresso nos Estados Unidos	UFRGS
Passagem para o exterior	04 passagens	02 passagens de ida e 02 passagens de volta via aérea entre Brasil e Estados Unidos para apresentação de pesquisa para 02 pesquisadores	UFRGS
Folhetos explicativos/informativos – Boadicas para a boca	286 folhetos	Informativo para saúde bucal, com indicação de locais de acesso à serviços mais próximos dos domicílios e divulgação do agente financiador	600
Folha de Rosto (FR)	1700 folhas	Documento com registro de indivíduo/domicílio para serem analisados, anexados e guardados.	UFRGS
Termo de consentimento (TCL)	1700 TCLE	Documento obrigatório por indivíduo/domicílio que deve ser anexados e guardados	UFRGS
Almoço diário por bolsista/cada dois turnos de trabalho	612 almoços	Almoço diário para equipe de trabalho de entrevistadores em sábados e domingos durante 3,5 meses	13000
Deslocamento	Passagens	Deslocamento através de ônibus e trem, ida e volta, com trajeto de saída de ônibus em Porto Alegre, de trem de Porto Alegre/São Leopoldo, destino em São Leopoldo. O retorno se dará da mesma forma.	11800
Repelente para mosquito	18 frascos	Uso para os 16 entrevistadores, 01 para o pesquisador e 01 para o supervisor de campo para aplicar sobre o corpo e vestes.	UFRGS
Capital			
Notebook	01 notebook	Para realizar a pesquisa: atualizações bibliográficas, contatos, coleção de dados, análise de dados, confecção de pôster e de apresentação para congresso, e elaboração de relatórios	5000
Celular	17 celulares	Contato e conexão entre as equipes	UFRGS
Francheta	17 pranchetas	Instrumento necessário para preenchimento de documentos legais de pesquisa.	UFRGS
Total			60000

8 Identificação de todos os participantes do projeto

Função	Participante	Afiliação
Coordenador	Roger Keller Celeste Doutor em Epidemiologia	UFRGS - Depto Odontologia Preventiva e Social
Pesquisador	Fernando Neves Hugo Doutor em Odontologia	UFRGS-Centro de Pesquisas em Odontologia Social
Pesquisador	Juliana Balbinot Hilgert Doutor em Epidemiologia	UFRGS - Depto Odontologia Preventiva e Social
Pesquisador	João Luiz Domelles Bastos Doutor em Epidemiologia	UFSC – Depto Saúde Pública
Supervisão de Campo	Irene Fanny Ritzel Doutoranda em Saude Bucal Coletiva	ULBRA e Pref. Municipal de São Leopoldo

9 Estimativa dos recursos financeiros de outras fontes

A pesquisa prevê até R\$ 2000,00 (dois mil reais) provindo do Fundo Emergencial de Apoio a Pesquisa e até dois bolsistas de Iniciação Científica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

10 Indicação de colaborações e parcerias já estabelecidas

O pesquisador principal possui parceria com o Center for Health Equity Studies (CHESS) desde 2008 e com o Aging Research Center (ARC) desde 2012. Ambos centros de pesquisa são juntamente subsidiados pelo Karolinska Institute e Stockholms University.

A parceria com o Prof. Johan Fritzell, importante sociólogo e pesquisador de políticas sociais de Welfare, é longa. O referido professor é chefe do setor de Gerontologia Social do ARC e trabalha na avaliação de programas de transferência de renda, o que pode ser confirmado pelas publicações do mesmo em periódicos como Lancet (2008, vol 372(9650):1633-40) e Social Science & Medicine (2014, vol 112:63-71). A parceria já resultou em 4 artigos e um pós doutorado patrocinado por um Grant Suéco (Forskningsradet for halsa, arbetsliv och valfard, FORTE).

Há o interesse de ambas as partes que a doutoranda Irene Fanny Ritzel possa passar um período do seu doutorado junto com o Prof. Johan Fritzell para análise e interpretação dos dados.

11 Disponibilidade efetiva de infraestrutura

O departamento de Odontologia Preventiva e Social, juntamente com o Centro de Pesquisas em Odontologia Social (CPOS) possuem tradição em trabalhos de pesquisa e recentemente coordenou a coleta de dados do PMAQ-AB (Região Sul) e PMAQ-Ceo. Há um legado em termos de know-how e infraestrutura para a realização de trabalhos como a atual proposta, tanto em termos de qualificação dos técnicos envolvidos como materiais.

12 Plano das atividades para bolsista

Função
<ul style="list-style-type: none">• Atualização da revisão de literatura• Organização do Teste e re-testes• Participação na oficinas nos Conselhos de Locais de Saúde• Oficinas com equipe de entrevistadores: estudo do manual com prévio treinamento• Digitação dos itens do questionário nos tablets• Supervisão de saída e entrada de materiais e equipamentos da UFRGS• Controle de manutenção dos tablets e baterias• Distribuição de passagens aos entrevistadores• Conferência de entrada de informações – fluxo contínuo• Organização de documentos por família (NIS) – identificação, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido• Mapeamento das regiões• Agendamentos das entrevistas domiciliares• Coleta de dados - Entrevistas domiciliares• Recuperação de dados que faltaram• Acompanhamento das análises de dados• Elaboração do seu projeto em acompanhamento ao projeto

13 Referências

1. Victora CG, Vaughan JP, Barros FC, Silva AC, Tomasi E. Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies. *Lancet*. 2000;356:1093-98.
 2. Celeste RK, Nadanovsky P. How much of the income inequality effect can be explained by public policy? Evidence from oral health in Brazil. *Health Policy*. 2010;97(2-3):250-8.
 3. Peres MA, Antunes JL, Peres KG. Is water fluoridation effective in reducing inequalities in dental caries distribution in developing countries? Recent findings from Brazil. *Soz Praventivmed*. 2006;51(5):302-10.
 4. Celeste RK, Nadanovsky P. Income and oral health relationship in Brazil: is there a threshold? *Community Dent Oral Epidemiol*. 2009 Aug;37(4):285-93.
 5. Nery JS, Pereira SM, Rasella D, Penna ML, Aquino R, Rodrigues LC, et al. Effect of the Brazilian conditional cash transfer and primary health care programs on the new case detection rate of leprosy. *PLoS neglected tropical diseases*. 2014 Nov;8(11):e3357.
 6. Rasella D, Aquino R, Santos CA, Paes-Sousa R, Barreto ML. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. *Lancet*. 2013 Jul 6;382(9886):57-64.
 7. Paes-Sousa R, Santos LM, Miazaki ES. Effects of a conditional cash transfer programme on child nutrition in Brazil. *Bull World Health Organ*. 2011 Jul 1;89(7):496-503.
 8. Oliveira LJ, Correa MB, Nascimento GG, Goettems ML, Tarquini SB, Torriani DD, et al. [Inequalities in oral health: are schoolchildren receiving the Bolsa Familia more vulnerable?]. *Rev Saude Publica*. 2013 Dec;47(6):1039-47.
 9. Peres MA, Peres KG, Thomson WM, Broadbent JM, Gigante DP, Horta BL. The influence of family income trajectories from birth to adulthood on adult oral health: findings from the 1982 Pelotas birth cohort. *Am J Public Health*. 2011;101:730-6.
 10. Peres KG, Peres MA, Araujo CL, Menezes AM, Hallal PC. Social and dental status along the life course and oral health impacts in adolescents: a population-based birth cohort. *Health Qual Life Outcomes*. 2009;7:95.
 11. Tavares PA. Efeito do Programa Bolsa Familia sobre a oferta de trabalho das mães. *Economia e Sociedade*, Campinas. 2010 dez. 2010;v. 19, n. 3 (40):p. 613-35.
 12. Medeiros M, Brito T, Soares F. Transferência de renda no Brasil. *Novos Estudos*. 2007 nov. 2007;v 79:p. 06-21.
-

13. Brasil. Ministério de Desenvolvimento e Ação Social. Plano Brasil Sem Miséria. In: Ministério de Desenvolvimento e Ação Social, editor.: Ministério de Desenvolvimento e Ação Social,; 2012.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores: 2013 - 2015 / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Articulação Interfederativa. In: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Articulação Interfederativa, editors. 1ª edição ed: Ministério da Saúde; 2013. p. 156.
15. Menezes F, Santarelli M. Da estratégia "Fome Zero" ao Plano "Brasil Sem Miséria": elementos da seguridade social no Brasil. IBASE; 2013. p. 72.
16. Brasil. Ministério de Desenvolvimento e Ação Social. MDS.gov.br [database on the Internet]. Brasil. Acesso a Informação. [cited 10-05-2015]. Available from: <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/beneficios>
17. Diniz S. Critérios de justiça e programas de renda mínima. Ver Katál Florianópolis. 2007 jan/jun. 2007.;v. 10, n.1:p. 105-14.
18. Monnerat GL, Senna MCM, Schottz V, Magalhães R, Burlandy L. Do direito incondicional à condicionalidade do direito: as contrapartidas do Programa Bolsa Família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007;12(6):1453-62.
19. Rego WL. Aspéctos teóricos das políticas de cidadania: uma aproximação ao Bolsa Família. *Lua Nova São Paulo*. 2008;73: 1470185.
20. Rocha S. Transferência de renda federal: focalização e impactos sobre pobreza e desigualdade. *R Econ contemp*. 2008 jan./fev. 2008;v. 12, n. 1:p. 67-96.
21. Riachelis R. Esfera pública e Conselhos de Assistência Social: caminhos da construção democrática. 2 ed ed. São Paulo: Cortez; 2000.
22. Mendes VLPS, Barbosa AMG, Rodrigues JM. Gestão dos serviços públicos e participação cidadã: estudo com os beneficiários do Programa Bolsa Família. *RAC, Curitiba*. 2009 Junho 2009.;v. 13, Edição Especial, art7:p. 105-20.
23. Magnusson BO, Koch G, Poulsen S. *Pedodontics: a systematic approach*. Copenhagen: Munkasgaard; 1981.
24. Antunes JLF, Peres MA, Crivello Junior O. *Epidemiologia da saúde bucal. Fundamentos de Odontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
25. Leroy JL, García-Guerra A, García R, Dominguez C, Rivera J, Neufeld LM. The Oportunidades program increases the linear growth of children enrolled at young ages in urban Mexico. *The Journal of Nutrition Community and International Nutrition*. 2008 June 2008:793-98.

26. Boccia D, Hargreaves J, Lönnroth K, Jaramillo E, Weiss J, Uplekar MP, J.D.H., et al. Intervenções de transferência de renda e microcrédito para o controle da tuberculose: revisão das implicações evidências de impacto e de política. *Int J Tuberc Lung Dis* 2011 2011 June ; 15(Suppl 2) 15(Suppl 2):37–49.
27. Ozer EJ, Fernald LCH, Manley JG, Gertler PJ. Effects of a conditional cash transfer program on children's behavior problems. *Pediatrics*. 2009; 123:e630.
28. Fernald L, Gunnar MR. Effects of a poverty-alleviation intervention on salivary cortisol in very low-income children. *Soc Sci Med* 2009 2009 June;68(12):2180–89.
29. Shmueli A. Population health and income inequality: new evidence from Israeli time-series analyses. *International Journal of Epidemiology* 2004;33:311–17.
30. Cecchini S. Panel internacional: Cambios, innovaciones y desafíos de los programas de transferencias condicionadas [Apresentação]. Brasília: Naciones Unidas - CEPAL; 2013.
31. Narro J. México: Rediseño del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades en el marco de la Cruzada Nacional contra el Hambre [Apresentação]. Brasília: México; 2013.
32. Apolo F. INNOVACIONES RECIENTES EN LOS PROGRAMAS DE TRANSFERENCIAS CONDICIONADAS EL CASO DE ECUADOR [Apresentação power point]. Brasília: Ministerio de Inclusión Económica y Social; Ministerio Coordinador de Desarrollo Social; 2013.
33. Peru MdDeIS. Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres – Juntos [Apresentação em power pointer]. Brasília: Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social; 2013.
34. Colombia. Más familias en Acción y Jóvenes en Acción: 2013 [Apresentação]. Brasília: Colombia; 2013.
35. Padilla LO, Hernández FS. Ingreso ético familiar [Apresentação]. Brasília: Gobierno de Chile - Ministerio de Desarrollo Social / Subsecretaría de Servicios Sociales; 2013.
36. Moreira TP, Nations MK, Alves MSCF. Inequality and damaged teeth: oral sequelae from living in poverty in the Dendê community, Fortaleza, Ceará, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2007 Jun;23(6):1383-92.
37. Shidara EK, McGlothlin JD, Kobayashi S. A vicious cycle in the oral health status of schoolchildren in a primary school in rural Cambodia. *Int J Dent Hygiene*. 2007. Accepted 1 March 2007.;5:165–73.
38. Peres MA, Peres KG, Frias AC, Antunes JL. Contextual and individual assessment of dental pain period prevalence in adolescents: a multilevel approach. *BMC Oral Health*. 2010;10:20.

39. Alexandre GC, Nadanovsky P, Lopes CS, Faerstein E. Prevalence and factors associated with dental pain that prevents the performance of routine tasks by civil servants in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2006 May;22(5):1073-8.
40. Kuhnen M, Peres MA, Masiero AV, Peres KG. Toothache and associated factors in Brazilian adults: a cross-sectional population-based study. *BMC Oral Health*. 2009;9:7:1 of 8.
41. Hafner MB, Zanatta J, Zotelli VLR, Batista MJ, Sousa MLR. Perception of toothache in adults from state capitals and interior cities within the Brazilian geographic regions. *BMC Oral Health*. 2013;13:35:1-8.
42. Nomura LH, Bastos JL, Peres MA. Dental pain prevalence and association with dental caries and socioeconomic status in schoolchildren, Southern Brazil, 2002. *Braz Oral Res*. 2004 Apr-Jun;18(2):134-40.
43. Bastos JL, Nomura LH, Peres MA. Dental pain, socioeconomic status, and dental caries in young male adults from southern Brazil. *Cad Saude Publica*. 2005 Sep-Oct;21(5):1416-23.
44. Borges CM, Cascaes AM, Fischer TK, Boing AF, Peres MA, Peres KG. Dor nos dentes e gengivas e fatores associados em adolescentes brasileiros: análise do inquérito nacional de saúde bucal SB-Brasil 2002-2003. *Cad Saúde Pública*. 2008 ago, 2008;24(8):1825-34.
45. Brasil. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Sistema Cadastro Único: Manual Operacional Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome; s/ano. p. 141.

8.2 Questionário de pesquisa



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

QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO PARA EFEITO DA BOLSA FAMILIA NA SAÚDE BUCAL
PESQUISA**

**EFEITO DA BOLSA FAMÍLIA NA SAÚDE BUCAL PARA A POPULAÇÃO DE BAIXA RENDA
DO MUNICÍPIO DE SÃO LEOPOLDO**



SUMÁRIO

ORIENTAÇÕES DA PESQUISA	3
A. FOLHA DE ROSTO.....	5
A1.CÓDIGO DA FAMÍLIA.....	5
A2.IDENTIFICAÇÃO DO DOMICÍLIO	5
A3.ENTREVISTADO	6
A4.ENTREVISTADOR	7
B. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DA FAMÍLIA	9
B1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA	9
B2.CONDICIONALIDADES	9
C. CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS DA FAMÍLIA	10
C.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA	10
C2. ESCOLARIDADE.....	11
D. AUTOPERCEPÇÃO E IMPACTOS EM SAÚDE BUCAL.....	11
D1. DOR DE DENTE.....	11
D2. SAÚDE BUCAL.....	13
E. MORBIDADE DENTÁRIA REFERIDA E USO DE SERVIÇOS.....	16
F. QUALIDADE DE VIDA	17
G. ESTRESSE PERCEBIDO	17
H. DISCRIMINAÇÃO	19
I. REDE SOCIAL	21
REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO.....	23

ORIENTAÇÕES DA PESQUISA

Este questionário foi elaborado baseado no Inquérito AIS Individual QRE/DHS (SURVEYS, 2011), Questionário PNAD de 2008 (IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2008), PCATool – Brasil (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE; SAÚDE, 2010), PCATool-SB (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2011) e Formulário Principal CADÚnico (BRASIL. MINISTÉRIO DE DESENVOLVIMENTO E AÇÃO SOCIAL, 2014).

Este instrumento é composto por 08 blocos. Cada bloco está identificado por letra alfabética em caixa alta. Alguns blocos de perguntas estão subdivididos em seções e a letra referente ao bloco está acompanhada por dígitos numéricos sequenciais, como segue abaixo:

- A. FOLHA DE ROSTO
 - A.1. CÓDIGO DA FAMÍLIA
 - A.2. IDENTIFICAÇÃO DO DOMICÍLIO
 - A.3. ENTREVISTADO – RESPONSÁVEL DA FAMÍLIA
 - A.4. ENTREVISTADOR
- B. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DA FAMÍLIA
 - B.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA
 - B.2. CONDICIONALIDADES
- C. CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS DA FAMÍLIA
 - C.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA
 - C.2. ESCOLARIDADE
- D. AUTOPERCEPÇÃO E IMPACTOS EM SAÚDE BUCAL
 - D.1. DOR DE DENTE
 - D.2. SAÚDE BUCAL
- E. MORBIDADE DENTÁRIA REFERIDA E USO DE SERVIÇOS
- F. QUALIDADE DE VIDA
- G. ESTRESSE PERCEBIDO
- H. DISCRIMINAÇÃO
- I. REDE SOCIAL

As bases para construção dos blocos de perguntas deste instrumento tiveram como referência:

A- Identificação (BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2008; MACRO, 2010; BRASIL. [ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (1990)], 2010.; (DHS), 2011; SURVEYS, 2011; BRASIL. CÓDIGO CIVIL, 2015) (MACRO, 2010)

B- Características Sociodemográficas (BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2006; BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2008; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012; BRASIL. MINISTÉRIO DE DESENVOLVIMENTO E AÇÃO SOCIAL, 2014)

C- Características Socioeconômicas (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012; ABEP. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2015)

D- Autopercepção e Impactos em Saúde Bucal (UERJ; UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2001; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)

E – Morbidade Dentária Referida e Uso de Serviços (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012; BRASIL. MINISTÉRIO DE DESENVOLVIMENTO E AÇÃO SOCIAL, 2014)

F - Qualidade de Vida (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)

G- Estresse Percebido (LUFT CDB, 2007; DIAS *et al.*, 2015)

H- Discriminação (UERJ; UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2001)

I- Rede Social (UERJ; UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 1999)

A. FOLHA DE ROSTO

FOLHA DE ROSTO Nº

Para melhor desenvolvimento da entrevista seguem sugestões:

1º momento: *Apresentação do entrevistador e dos objetivos do estudo / avaliação* (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE; SAÚDE, 2010).

- 1 *Verificar disponibilidade da pessoa que lhe atende no domicílio (RF) e seguir com a entrevista.*
- 2 *Identificar, de acordo com seus objetivos de pesquisa / avaliação, se o adulto em questão é elegível para seu estudo/avaliação (aplicação dos critérios de inclusão e exclusão do seu estudo/avaliação que é apresentação do Cartão Bolsa Família (BF) ou Número de Identificação Social (NIS) e documento com foto).*
- 3 *Aplicar o Aceite*
- 4 *Aplicar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.*
- 5 *Seguir com entrevista.*

A1.CÓDIGO DA FAMÍLIA

A1.– Código da família

A2.IDENTIFICAÇÃO DO DOMICÍLIO

Logradouro (tipo, título, nome)

A2.1 - Tipo (rua, avenida, igarapé, etc.)

A2.2 - Título (general, santa, pintor, etc.)

A2.3 – Nome

A2.4 – Número do domicílio

A2.5 - Complemento do número (s/nº, km, etc)

A2.6 - Complemento adicional (apartamento, casa, sobrado, fundos, bloco, lote, quadra, etc.)

A2.7 – CEP

A2.8 - Referência para localização

A4.ENTREVISTADOR

4.1 – Nome e Código do entrevistador

Entrevistador

Código

4.2 – Próxima visita - AGENDAMENTO

2ª visita: Data Hora : 3ª visita: Data Hora : 4ª visita: Data Hora : 5ª visita: Data Hora :

4.3 - Data da última visita – 6ª visita

 :

4.4 – Resultado final

1.25 – Total de visitas

Código dos Resultados:

- 1- completo
- 2- ninguém mora na casa/domicílio vazio
- 3- ausente por período prolongado
- 4- ninguém em casa no momento da visita
- 5- habitação sem endereço
- 6- habitação destruída
- 7- habitação não encontrada
- 8- recusado
- 9- parcialmente completado
- 10- incapacitado
- 11- adiada
- 12- descadastrado BF
- 13- outros (especificar) _____

4.5 - Nome e Código do pesquisador responsável

Código

4.6 - Nome e Código do supervisor

Código

4.7 – Código da família

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4.8 – Identificação do domicílio

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4.9 - INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

➡ Quem responderá esta entrevista é o Responsável pela Unidade Familiar/RF – aquele que possui seu nome no Cartão Bolas Família e todos familiares, sendo que um ADULTO/Responsável Legal responderá para crianças menores de 12 anos.

Quem assinará o aceite deverá ser o ADULTO/Responsável Legal para crianças/adolescentes (menores de 18 anos completos) e um ADULTO para pessoas com incapacidades provisória ou permanente.

ACEITE DO RESPONDENTE

Meu nome é _____. Este questionário que você irá responder faz parte de uma pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, que está sendo realizada em São Leopoldo para famílias cadastradas no Cadastro Único que recebem ou não o benefício de Transferência de Renda (dinheiro) do Programa Bolsa Família.

Eu estou conduzindo esta pesquisa sobre saúde. As informações que nós coletamos ajudarão nas pesquisas sobre saúde bucal e acesso a serviços de saúde. Sua família foi selecionada para a pesquisa. Nós gostaríamos de perguntar sobre você e sua família. As perguntas normalmente levam de 15 a 20 minutos. Todas as respostas que você der serão confidenciais e não serão mostradas a ninguém nem a qualquer pessoa da nossa equipe. Você não tem de responder a todas as perguntas se não quiser e eu perguntarei a próxima questão. Você pode parar a entrevista em qualquer momento.

Você tem alguma dúvida?

Você concorda em participar desta pesquisa?

ASSINATURA DO ENTREVISTADO: _____

DATA: _____

RESPONDENTE NÃO CONCORDOU EM SER ENTREVISTADO – PARE

RESPONDENTE CONCORDOU EM SER ENTREVISTADO – SIGA

- Ler o Termo de Consentimento Autorizado da Pesquisa

***O supervisor da pesquisa e o entrevistador que aplica o questionário devem assinar o Termo de Consentimento**

B. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DA FAMÍLIA

➡ **As questões deste bloco se referem ao RF, perfil da unidade familiar e Condicionais.**

[Entrevistados: **ADULTO (responde para menores de 11,99 anos) e MAIORES DE 12 ANOS.**]

Este bloco está subdividido em seções:

B1. Caracterização Sociodemográfica, e

B2. Condicionais

B1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

➡ **As perguntas que seguem, referem-se ao RF, sua família e recebimento de benefícios.**

B1.1-Data de nascimento ____/____/____

B1.2-Qual o seu sexo?
0-Masculino; 1-Feminino

B1.3-Como o sr(a)/você classificaria sua cor de pele ou grupo étnico?

➡ **Leia TODOS ITENS ANTES** do entrevistado responder.

0-Branco; 1- Preta; 2- Parda; 3 Amarela; 4 Indígena; 99-Não sabe/Não respondeu.

B1.4-Quantas pessoas moram na casa?
Marcar valor inteiro; 99-Não sabe/Não respondeu.

B1.5-O sr(a)/você tem filho(s)?
0-Não; 1-Sim; 99-Não sabe/Não respondeu.

B1.6-Quando sr(a)/você tinha 12 anos, você morava em:
 Zona rural
 Zona urbana de cidade do interior
 Zona urbana de capital (Porto Alegre ou outra capital)

➡ **Se a resposta foi SIM:** Quantos?

B2 CONDICIONALIDADES

B2.1- O sr(a)/você está inscrito no Cadastro Único?
0-Não; 1-Sim; 99-Não sabe/Não respondeu.

B3.1-Recebe benefício Bolsa Família?

Sim Por quanto tempo recebe? Anos Meses

Não

➡ **Se a resposta for SIM pule para o bloco C. [CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS DA FAMÍLIA]**

B3.2-Já recebeu?
Sim Por quanto tempo? Anos Meses

B3.21-Por que deixou de receber o BF?

Não

C. CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS DA FAMÍLIA

➡ **O bloco a seguir se refere aos bens, domicílio, renda, e escolaridade do RF e familiares.**

[Entrevistados: ADULTO (responde para menores de 11,99 anos) e MAIORES DE 12 ANOS.]

Este bloco está subdividido em seções:

C.1. Caracterização Socioeconômica, e

C.2. Escolaridade

C.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA

C1.1-Quantos cômodos estão servindo permanentemente de dormitório para os moradores deste domicílio?

Marcar número inteiro ou 99-Não sabe/Não respondeu.

C1.2- O sr(a)/você tem em sua residência?

Marcar número inteiro; 0-Nenhum ou 99-Não sabe/Não respondeu.

C1.21-Quantos banheiros

C1.22-Quantos empregados domésticos

C1.23- Quantos automóveis

C1.24- Quantos microcomputadores

C1.25- Quantas lava-louças

C1.26- Quantas geladeiras

C1.27- Quantos freezers

C1.28- Quantas lava-roupas

C1.29- Quantos DVDs

C1.210- Quantos micro-ondas

C1.2111- Quantas motocicletas

C1.212- Quantas secadoras de roupa

C1.213-Tem água encanada?

Marcar 0-Não; 1-Sim

C1.214-Tem rua pavimentada/calçamento?

Marcar 0-Não; 1-Sim

C1.3-No **MÊS PASSADO**, quanto receberam, em reais, juntas, todas as pessoas que moram na sua casa, incluindo salários, bolsa família, pensão, aluguel, aposentadoria ou outros rendimentos?

Valor R\$

9999- Não sabe/não respondeu.

C2. ESCOLARIDADE

➡ **Considere a partir e inclua o ano pré-escolar (Lei N°9.394 de 20 de dezembro de 1996, Art. 4°, Inciso I)**

C2.1-Até que série/ano o sr(a)/você estudou?

Marcar anos estudados sem reprovação. Fazer a conversão e anotar o total de anos estudados com aproveitamento (sem reprovação).

Marcar 99 para “não sabe/não respondeu”.

D. AUTOPERCEPÇÃO E IMPACTOS EM SAÚDE BUCAL

➡ **O bloco a seguir se refere a Dor de Dentes e Saúde Bucal do RF e seus familiares.**

[Entrevistados: **ADULTO (responde para menores de 11,99 anos) e MAIORES DE 12 ANOS.**]

Este bloco está subdividido em seções:

D.1. Dor de Dente, e

D.2. Saúde Bucal

D1. DOR DE DENTE

D1.1-Nas **ÚLTIMAS DUAS SEMANAS**, o sr(a)/você ficou impedido (a) de realizar alguma de suas atividades habituais (trabalho, estudo ou lazer) por algum dos tipos de dor listados abaixo?

Marcar 0-Não; 1-Sim; 99-Não sabe/Não respondeu.

D1.11-Dor de cabeça

D1.12-Dor nas juntas ou articulações

D1.13-Dor no pescoço

D1.14-Dor nas costas ou coluna

D1.15-Dor de estômago

D1.2- Já teve dor dente?

➡ [se a resposta for **NÃO/NÃO SABE/NÃO RESPONDEU** pule para a questão D2]

0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe/Não respondeu.

D1.3- **Na sua vida**, quantas vezes o sr(a) você teve dor de dente?

➡ Caso o respondente **SOUBER O NÚMERO DE VEZES**, escreva o dígito e **PULE** para D1.4.

➡ Caso o respondente **NÃO SOUBER O NÚMERO DE VEZES**, escreva o dígito **999** e **SIGA** para próximo item.

D1.32- Aponte no **CARTÃO RESPOSTA – BLOCO D1.3 DOR DE DENTE** quantas vezes o sr(a)/você pensa que teve dor de dente na sua vida:

Marcar 1-Poucas vezes; 2-Algumas vezes; 3- Muitas vezes; 9-Não sabe/Não respondeu.

D1.4- Nos **ÚLTIMOS 6 MESES** o sr(a)/você teve dor de dentes?

➡ [se a resposta for **NÃO/NÃO SABE/NÃO RESPONDEU** pule para a questão D1.5]

0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe/Não respondeu.

D1.41-Aponte no **CARTÃO RESPOSTA – BLOCO D1.41 DOR DE DENTE** o quanto foi esta dor.

[Escala de intensidade de dor de 1 a 10]

D1.5- Agora pense na **PRIMEIRA DOR DE DENTE QUE TEVE:**

D1.51-Aponte no CARTÃO RESPOSTA – **BLOCO D1.51 DOR DE DENTE** o quanto foi esta dor.
[Escala de intensidade de dor de 1 a 10]

D1.52-Quantos anos tinha?
➡ Marcar idade / idade aproximada, ou **999-Não sabe/Não respondeu**

D1.53- O que foi feito para resolver a dor entre os itens que vou ler?
Digitar o item escolhido pelo respondente ou no item 7 escrever outra possibilidade.

- 1- Tomou remédio (por conta ou que o pai, mãe, parentes, amigos recomendaram)
- 2- Colocou remédio no dente (por conta ou que o pai, mãe, parentes, amigos recomendaram)
- 3- Tratamento do dente (pelo dentista/restauração, massinha, obturação)
- 4- Tratamento de canal
- 5- Tratamento da gengiva
- 6- Tirou o dente
- 7- Outros - Qual?
- 8- Não fez nada; 9- Não sabe/não respondeu.

D1.54- Onde foi resolvida a dor entre os itens que vou ler?
Digitar o item escolhido pelo respondente ou no item 7 escrever outra possibilidade.

- 1- No serviço público odontológico (posto de saúde, postinho, UBS)
- 2- No serviço público médico (posto de saúde, postinho, UBS, UPA, hospital, plantão)
- 3- No serviço particular (consultório odontológico)
- 4- No convênio odontológico
- 5- No convênio médico (plantão, urgência, emergência, hospital)
- 6- Em casa (na casa de vizinhos, amigos ou parentes, na farmácia)
- 7- Outros - Qual?
- 8- Não se aplica; 9- Não sabe/não respondeu.

➡ Caso o respondente tenha tido apenas **UMA DOR DE DENTE**, marque **Não se aplica – 777** na próxima questão – (D1.61) e **PULE para D2.**

D1.6- Agora pense na **ÚLTIMA DOR DE DENTE QUE TEVE:**

D1.61-Aponte no CARTÃO RESPOSTA – **BLOCO D1.61 DOR DE DENTE** o quanto foi esta dor.
[Escala de intensidade de dor de 1 a 10]

D1.62- Quantos anos tinha?
Marcar idade ou idade aproximada, ou **999-Não sabe/Não respondeu**

D1.63- O que foi feito (para resolver a dor entre os itens que vou ler)?
Digitar o item escolhido pelo respondente ou no item 7 escrever outra possibilidade.

- 1- Tomou remédio (por conta ou que o pai, mãe, parentes, amigos recomendaram)
- 2- Colocou remédio no dente (por conta ou que o pai, mãe, parentes, amigos recomendaram)
- 3- Tratamento do dente (pelo dentista/restauração, massinha, obturação)
- 4- Tratamento de canal
- 5- Tratamento da gengiva

6- Tirou o dente
 7- Outros - Qual?
 8- Não fez nada; 9- Não sabe/não respondeu.

D1.64-Onde foi resolvida a dor (entre os itens que vou ler)?
 Digitar o item escolhido pelo respondente ou no item 7 escrever outra possibilidade.

1- No serviço público odontológico (posto de saúde, postinho, UBS)
 2- No serviço público médico (posto de saúde, postinho, UBS, UPA, hospital, plantão)
 3- No serviço particular (consultório odontológico)
 4- No convênio odontológico
 5- No convênio médico (plantão, urgência, emergência, hospital)
 6- Em casa (na casa de vizinhos, amigos ou parentes, na farmácia)
 7- Outros - Qual?
 8- Não se aplica; 9- Não sabe/não respondeu.

D2. SAÚDE BUCAL

D2.1-Normalmente, quantas vezes por dia o(a) sr(a)/você escova os dentes?

➡ Para as questões D2.2; D2.3 e D2.4
 Marcar 0-Não; 1-Sim; 99-Não sabe/Não respondeu.

D2.2-O(a) sr(a)/você comprou a escova de dente nos últimos seis meses?

D2.3-O(a) sr(a)/você usa pasta de dentes?

D2.4-O(a) sr(a)/você usa prótese, dente falso, dentadura, chapa?

D2.5- O(a) sr(a)/você fuma cigarros **ATUALMENTE**?
 ➡ [Leia **TODOS ITENS ANTES** do entrevistado responder.]
 Sim
 Não, nunca fumei
 Não, fumei no passado, mas parei de fumar
 ➡ [Se **NÃO**, nunca fumou ou; **NÃO**, fumou no passado e parou de fumar **PULE** para a questão D2.7]

D2.6-Em geral, quantos cigarros por dia o(a) sr(a)/você fuma?
 Número de cigarros/dia
 Menos de 1 cigarro por dia

D2.7-As próximas perguntas referem-se ao consumo de cerveja, chope, vinho, uísque, cachaça ou outros destilados, licores, batidas ou qualquer outro tipo de bebida alcoólica consumida, seja em refeições ou fora delas, seja em situações especiais ou apenas para relaxar.

D2.71-Nas **ÚLTIMAS DUAS SEMANAS**, o(a) sr(a)/você consumiu algum tipo de bebida alcoólica?
 Sim
 ➡ Não [Se **NÃO** pule para a questão D2.8]

D2.72- Nas **ÚLTIMAS DUAS SEMANAS**, quantos dias, ao todo, o(a) sr(a)/você consumiu algum tipo de bebida alcoólica?

➡ [Leia **TODOS ITENS ANTES** do entrevistado responder.]

- Todos os dias
- 1 a 13 dias
- 6 a 9 dias
- 2 a 5 dias
- 1 único dia

D2.73- Nas **ÚLTIMAS DUAS SEMANAS**, nos dias em que (a) sr(a)/você consumiu bebida alcoólica, quantas doses, em geral, você bebeu em cada um desses dias?

➡ [Leia **TODOS ITENS ANTES** do entrevistado responder.]

- 1 dose
- 2 a 4 doses
- 5 a 7 doses
- 8 a 10 doses
- Mais de 10 doses

D2.8- Na **ÚLTIMA SEMANA**, o(a) sr(a)/você comeu biscoitos ou bolachas doces e/ou guloseimas fora das refeições (ex: doces, balas, bombons, chocolates, chicletes, pirulitos, pipoca, salgadinhos)?

➡ [Leia **TODOS ITENS ANTES** do entrevistado responder.]

- Nenhum
- 1 a 2 dias
- 3 a 4 dias
- 5 a 6 dias
- Diariamente

D2.9- Com que frequência o(a) sr(a)/você come ou consome frutas frescas?

➡ [Leia **TODOS ITENS ANTES** do entrevistado responder.]

- Nunca
 - 1 a 3 vezes por mês
 - 1 a 3 vezes por semana
 - 4 a 6 vezes por semana
 - Diariamente
-

D2.10-Com que frequência o(a) sr(a)/você consome verduras?
➡ [Leia **TODOS ITENS ANTES** do entrevistado responder.]

Nunca

1 a 3 vezes por mês

1 a 3 vezes por semana

4 a 6 vezes por semana

Diariamente

D2.11-Na **ÚLTIMA SEMANA**, o(a) sr(a)/você bebeu água?
➡ [Leia **TODOS ITENS ANTES** do entrevistado responder.]

Não

1 a 2 dias

3 a 4 dias

5 a 6 dias

Diariamente

D2.12-Na **ÚLTIMA SEMANA**, o(a) sr(a)/você bebeu refrigerante e/ou suco?
➡ [Leia **TODOS ITENS ANTES** do entrevistado responder.]

Não

1 a 2 dias

3 a 4 dias

5 a 6 dias

Diariamente

D2.13-Com o tempo, muitas pessoas perdem alguns dentes ou mesmo todos os dentes.

D2.131- O(a) sr(a)/você perdeu algum dente? ➡ [Se **NÃO** perdeu dente siga para o Bloco E]
0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe/Não respondeu.

D2.132- Considerando que temos 16 dentes em cima, quantos dentes perdeu em cima?

D2.133- Considerando que temos 16 dentes em baixo, quantos dentes perdeu em baixo?

D2.134-Quando o(a) sr(a)/você perdeu seu **ÚLTIMO** dente?

D2.135- Porque o(a) sr(a)/você perdeu seu dente? ➡ [DETALHAR a(s) causas]

E. MORBIDADE DENTÁRIA REFERIDA E USO DE SERVIÇOS

➡ O bloco a seguir se refere ao Acesso a Serviços de Saúde e Tratamentos Dentários realizados do RF e seus familiares.

[Entrevistados: ADULTO (responde para menores de 11,99 anos) e MAIORES DE 12 ANOS.]

E1.1-Alguma vez na vida o(a) sr(a)/você foi ao consultório do dentista?

0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe/Não respondeu.

➡ Se a resposta for **NÃO**, responda a próxima questão (E1.11) e pule para E1.6:

➡ Se a resposta for **SIM**, pule para E1.2:

E1.11-Qual o motivo para não ir no dentista?

E1.2-Quando consultou o dentista pela última vez?

➡ [Leia **TODOS ITENS ANTES** do entrevistado responder.]

1-Menos de um ano; 2- Um a dois anos; 3- Três anos ou mais;

7- Não se aplica; 9- Não sabe/não respondeu.

E1.3-Onde foi a sua última consulta?

➡ [Leia **TODOS ITENS ANTES** do entrevistado responder.]

1- Serviço público; 2- Serviço particular; 3- Plano de Saúde ou Convênio;

4- Outros - Qual?

7- Não se aplica; 9-Não sabe/não respondeu.

E1.4-Qual o motivo da sua última visita?

➡ [Leia **TODOS ITENS ANTES** do entrevistado responder.]

1-Revisão, prevenção ou check-up; 2- Dor; 3- Extração; 4- Tratamento; 5-urgência/emergência

5- Outros - Qual?

7- Não se aplica; 9- Não sabe/não respondeu.

E1.5- O(a) sr(a)/você acha que necessita de tratamento dentário atualmente?

0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe/Não respondeu.

➡ Se a resposta for **SIM (1)**:

Qual? _____

E1.6-A família é visitada pelo dentista da EQUIPE da Saúde da Família/SUS?

0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe/Não respondeu.

E1.7-A família é visitada e/ou atendida pelo Centro de Referência da Assistência Social (CRAS/CREAS)?

0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe/Não respondeu.

F. QUALIDADE DE VIDA

➡ Neste bloco serão feitas perguntas sobre o que os entrevistados sentem quanto aos seus dentes, sua boca ou dentadura em relação à qualidade de sua vida do RF e seus familiares.

[Entrevistados: ADULTO (responde para menores de 11,99 anos) e MAIORES DE 12 ANOS.]

Por favor, marcar a resposta do(s) entrevistado(s) dentre as respostas.

Utilize o código: 0-Não; 1-Sim; 9- Não sabe / Não respondeu; 7-Não se aplica em caso de edentado total. Este código será repetido para cada item questionado.

F1-Algumas pessoas tem problemas que podem ter sido causados pelos dentes. Das situações abaixo, quais se aplicam o(a) sr(a)/você, nos **ÚLTIMOS SEIS MESES?**

Marcar 0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe/Não respondeu; 7-Não se aplica (em caso de edentado total)

F1.1-Teve dificuldade para comer por causa dos dentes ou sentiu dor nos dentes ao tomar líquidos gelados ou quentes?

F1.2-Os seus dentes o incomodam ao escovar?

F1.3-Os dentes o deixaram nervoso (a) ou irritado(a)?

F1.4-Deixou de sair, se divertir, ir as festas, passeios por causa dos seus dentes?

F1.5-Deixou de praticar esportes por causa dos seus dentes?

F1.6-Teve dificuldade para falar por causa dos seus dentes?

F1.7-Os seus dentes o fizeram sentir vergonha de sorrir?

F1.8-Os seus dentes o atrapalharam para estudar/ trabalhar/ ou fazer tarefas da escola/trabalho/ casa?

F1.9-Deixou de dormir ou dormiu mal por causa dos seus dentes?

G. ESTRESSE PERCEBIDO

➡ As questões neste bloco perguntam sobre os sentimentos e pensamentos do RF e seus familiares durante o **ÚLTIMO MÊS**.

[Entrevistados: ADULTO (responde para menores de 11,99 anos) e MAIORES DE 12 ANOS.]

Em cada caso, será pedido para o(a) sr(a)/você indicar o quão frequentemente o(a) sr(a)/você tem se sentido de uma determinada maneira. Embora algumas das perguntas sejam similares, há diferenças entre elas. O(a) sr(a)/você deve analisar cada pergunta separada.

A melhor abordagem é responder a cada pergunta razoavelmente rápido. Isto é, não tente contar o número de vezes que você se sentiu de uma maneira particular, mas indique a alternativa que lhe pareça como uma estimativa razoável.

Para cada pergunta, escolha as seguintes alternativas:

0= nunca

1= quase nunca

2= às vezes

3= quase sempre

4= sempre

➡ Aponte no CARTÃO RESPOSTA – **BLOCO G. ESTRESSE PERCEBIDO** a sua resposta.
No **MÊS PASSADO**, quantas vezes ...
[Escala de 0 a 4]

G1.1-Você se sentiu chateado(a) por causa de algo que aconteceu inesperadamente?

G1.2-Você se sentiu incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?

G1.3-Você se sentiu nervoso(a) e estressado(a)?

G1.4-Você lidou com sucesso com os problemas e aborrecimentos do dia a dia?

G1.5-Você sentiu que estava lidando de forma eficaz as mudanças importantes que estavam acontecendo na sua vida?

G1.6-Você se sentiu confiante na suas capacidades para lidar com os seus problemas pessoais?

G1.7-Você sentiu que as coisas estavam ocorrendo a sua maneira (do seu jeito)?

G1.8-Você percebeu que não poderia lidar com todas as coisas que você tem para fazer?

G1.9-Você foi capaz de controlar as irritações da sua vida?

G1.10-Você sentiu que estava no topo das coisas (no controle das coisas)?

G1.11-Você se irritou por coisas que aconteceram que estavam fora do seu controle?

G1.12-Você deu por si pensando nas coisas que tinha que fazer?

G1.13-Você foi capaz de controlar a maneira como gastar seu tempo?

G1.14-Você sentiu que as dificuldades estavam se acumulando tanto que você não poderia superá-las?

H. DISCRIMINAÇÃO

► As questões neste bloco perguntam sobre situações de discriminação do RF e seus familiares durante os **ÚLTIMOS SEIS MESES**.

[Entrevistados: **ADULTO** (responde para menores de 11,99 anos) e **MAIORES DE 12 ANOS**.]

Ao longo da vida, há pessoas que se sentem discriminadas em razão da sua cor ou raça, de ser homem ou mulher, ou por outros motivos. As próximas perguntas referem-se a situações em que você possa ter se sentido injustiçado, devido a discriminação como, por exemplo, no trabalho, local de residência ou em locais públicos.

H1.1-Alguma vez nos últimos **SEIS MESES** você se sentiu injustiçado, devido a discriminação em seu LOCAL de TRABALHO como, por exemplo, por colegas de trabalho ou mesmo seu chefe?

[0- Não; 1 - Sim; 7 - Não se aplica]

Se a resposta for SIM (1) continue

Na **ÚLTIMA VEZ** em que isto aconteceu, qual foi, na sua opinião, a **PRINCIPAL** razão da discriminação?

[Leia **TODOS ITENS ANTES** do entrevistado responder.]

- Sua cor ou raça
- Ser homem ou mulher
- Sua religião ou culto
- Doença ou deficiência física
- Sua opção ou preferência sexual
- Sua condição econômica, instrução ou função
- Sua atividade política
- Sua idade
- Sua aparência física
- Outra. Qual? _____

H1.2-Alguma vez nos últimos **SEIS MESES** você se sentiu injustiçado, devido a discriminação em assuntos referentes a MORADIA como, por exemplo, tendo dificuldades para alugar imóvel ou para conviver com a vizinhança?

[0- Não; 1 - Sim; 7 - Não se aplica]

Se a resposta for SIM (1) continue

Na **ÚLTIMA VEZ** em que isto aconteceu, qual foi, na sua opinião, a **PRINCIPAL** razão da discriminação?

[Leia **TODOS ITENS ANTES** do entrevistado responder.]

- Sua cor ou raça
- Ser homem ou mulher
- Sua religião ou culto
- Doença ou deficiência física
- Sua opção ou preferência sexual
- Sua condição econômica, instrução ou função
- Sua atividade política
- Sua idade
- Sua aparência física
- Outra. Qual? _____

H1.3-Alguma vez nos últimos **SEIS MESES** você se sentiu injustiçado, devido a discriminação pela POLÍCIA como, por exemplo, sendo acusado, revistado ou agredido de alguma forma?

[0- Não; 1 - Sim; 7 - Não se aplica]

Se a resposta for SIM (1) continue

Na **ÚLTIMA VEZ** em que isto aconteceu, qual foi, na sua opinião, a **PRINCIPAL** razão da discriminação?

[Leia **TODOS ITENS ANTES** do entrevistado responder.]

- Sua cor ou raça
- Ser homem ou mulher
- Sua religião ou culto
- Doença ou deficiência física
- Sua opção ou preferência sexual
- Sua condição econômica, instrução ou função
- Sua atividade política
- Sua idade
- Sua aparência física
- Outra. Qual? _____

H1.4-Alguma vez nos últimos **SEIS MESES** você se sentiu injustiçado, devido a discriminação no atendimento recebido em **LOCAIS PÚBLICOS**, tais como bancos, estabelecimentos comerciais, hospitais, repartições públicas, etc?

[0- Não; 1 - Sim; 7 - Não se aplica]

Se a resposta for SIM (1) continue

Na **ÚLTIMA VEZ** em que isto aconteceu, qual foi, na sua opinião, a **PRINCIPAL** razão da discriminação?

[Leia **TODOS ITENS ANTES** do entrevistado responder.]

- Sua cor ou raça
- Ser homem ou mulher
- Sua religião ou culto
- Doença ou deficiência física
- Sua opção ou preferência sexual
- Sua condição econômica, instrução ou função
- Sua atividade política
- Sua idade
- Sua aparência física
- Outra. Qual? _____

H1.5-Alguma vez nos últimos **SEIS MESES** você se sentiu injustiçado, devido a discriminação em seu **COLÉGIO OU FACULDADE** como, por exemplo sendo desestimulado a prosseguir nos estudos?

[0- Não; 1 - Sim; 7 - Não se aplica]

Se a resposta for SIM (1) continue

Na **ÚLTIMA VEZ** em que isto aconteceu, qual foi, na sua opinião, a **PRINCIPAL** razão da discriminação?

[Leia **TODOS ITENS ANTES** do entrevistado responder.]

- Sua cor ou raça
- Ser homem ou mulher
- Sua religião ou culto
- Doença ou deficiência física
- Sua opção ou preferência sexual
- Sua condição econômica, instrução ou função
- Sua atividade política
- Sua idade
- Sua aparência física
- Outra. Qual? _____

I. REDE SOCIAL

➡ As próximas perguntas são sobre aspectos da vida do RF e seus familiares com a família e amigos.
[Entrevistados: ADULTO (responde para menores de 11,99 anos) e MAIORES DE 12 ANOS.]

1.1-Com quanto PARENTES você se sente a vontade e pode falar sobre quase tudo?

(Se for o caso, inclua esposo(a), companheiro(a), ou filhos nesta resposta)

Parentes

Nenhum

1.2-Com quantos AMIGOS você se sente a vontade e pode falar sobre quase tudo?

(NÃO inclua nesta resposta esposo(a), companheiro(a) e outros parentes).

Amigos

Nenhum

APENAS PARA USO DA EQUIPE

OBSERVAÇÕES FINAIS

PARA SER RESPONDIDO APÓS TER CONCLUÍDO A ENTREVISTA

COMENTE SOBRE O ENTREVISTADO:

COMENTE QUETÕES ESPECÍFIAS:

QUALQUER OUTRA QUESTÃO:

OBSERVAÇÃO DO SUPERVISOR

NOME DO SUPERVISOR: _____

DATA: _____

REVISOR: _____

DATA: _____

DIGITADOR I: _____

DATA: _____

DIGITADOR II: _____

DATA: _____

DIGITADOR DE CORREÇÃO: _____

DATA: _____

COORDENADOR DE DIGITAÇÃO: _____

DATA: _____ (ABEP. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2015)

REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

(DHS), D. A. H. S. AIDS Indicator Survey: model individual questionnaire 2011.

ABEP. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. Critério de classificação econômica [ABEP, 2015. Diretrizes de ordem geral, a serem consideradas pelas entidades prestadoras de serviços seus clientes, a respeito da adoção do Novo Critério de Classificação Econômica Brasil. p Disponível em: www.abep.org – abep@abep.org <http://www.abep.org/criterio-brasil>]. Acessado em: 2015.

BRASIL. [ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (1990)]. Estatuto da criança e do adolescente : 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata [recurso eletrônico]. 9. ed.: Câmara dos Deputados Edições Câmara. Brasília: 207 p. 2010.

BRASIL. CÓDIGO CIVIL. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Ministério da Justiça. LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990. 2015.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Questionário da pesquisa: pesquisa amostra de domicílios -PNDA 2006. IBGE: Diretoria de Pesquisa, Coordenação de Trabalho e Rendimento Gerência de Pesquisa Anual. : 41 p. 2006.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, I. Questionário da pesquisa: pesquisa nacional por amostragem de domicílios - PNDA 2006 DIRETORIA DE PESQUISA, C. D. T. E. R., GERÊNCIA DE PESQUISA ANUAL: IBGE: 41 p. 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, C. G. D. S. B. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde 116p. p. 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Instrumento de Avaliação da Atenção Primária: PCATool- SB Brasil Versão Adulto. BUCAL, D. D. A. B.-S.: Ministério da Saúde: 15 p. 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE; SAÚDE, D. D. A. À. Manual de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil edição ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 80. SAÚDE, S. D. A. À. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. MINISTÉRIO DE DESENVOLVIMENTO E AÇÃO SOCIAL. Cadastro Único para programas sociais formulário principal de cadastramento. MDS: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome 2014.

DIAS, J. C. R., *et al.* Escala de Estresse Percebido Aplicada a Estudantes Universitárias: Estudo de Validade. Psychology, Community & Health, v.4(1), p.1-13, Received: 2014-01-04. Accepted: 2014-05-01. Published (VoR): 2015-03-31 2015.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Questionário da Pesquisa: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNDA de 2008. DIRETORIA DE PESQUISA, C. D. T. E. R., GERÊNCIA DE PESQUISA ANUAL: IBGE: 63 p. 2008.

LUFT CDB, S. S., MAZO GZ, ANDRADE A. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. Rev Saúde Pública, v.41(4), p. 606-15, 14/3/2007 2007.

MACRO, I. AIDS Indicator Survey: Interviewer's Manual. In: MACRO, I. (Ed.). U.S.A. MEASURE DHS Calverton, Maryland, 2010. Disponível em: <
http://dhsprogram.com/pubs/pdf/AISM1/AIS_Interviewer's_Manual_28Dec2010.pdf>. Acessado em: 23-01-2016.

SURVEYS, D. A. H. AIDS Indicator Survey: model individual questionnaire: DHS 2011.

UERJ; UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. I.Censo Saúde UERJ 1999. Rio de Janeiro: UERJ, 1999. 11. PRÓ-SAÚDE (Censo)

_____. II.Censo Saúde UERJ 2001. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. PRÓ-SAÚDE (Censo)

8.3 Disponibilização de dados BF

05/01/2016

Gmail - Fwd: ofício: Disponibilização de dados do benefício PBF para pesquisa - UFRGS



Irene Fanny Ritzel <irenefany@gmail.com>

Fwd: ofício: Disponibilização de dados do benefício PBF para pesquisa - UFRGS

4 mensagens

Roger Keller Celeste <roger.keller@ufrgs.br>
Para: Irene Ritzel <irenefany@gmail.com>

8 de dezembro de 2015 13:13

Fanny,

Veja e-mail abaixo sobre como pegar os dados da Cadastro.

Gostaria de propor se tu já queres fazer a defesa do Projeto, que tal? É a qualificação do doutorado, um ponto importante. ?om isso, já uma burocracia a menos e alguns créditos.

Poderíamos marcar para final de Janeiro, que tal?

abs

—

Prof. Roger Keller Celeste, CD, MSc, PhD
Chefe do Departamento de Odontologia Preventiva e Social
Faculdade de Odontologia - UFRGS
Rua Ramiro Barcelos 2492 - 3o andar
Porto Alegre - RS/Brasil

— Corruption damages Public Health —

— Mensagem encaminhada de info.decau@mds.gov.br —

Data: Tue, 8 Dec 2015 09:51:44 -0200

De: info decau <info.decau@mds.gov.br>

Assunto: ofício: Disponibilização de dados do benefício PBF para pesquisa - UFRGS

Para: "roger.keller@ufrgs.br" <roger.keller@ufrgs.br>

Prezado Professor Roger,

Seguem algumas orientações:

Os pesquisadores podem enviar projeto de pesquisa para análise e autorização da cessão de dados do Cadastro Único pelo Gabinete da SENARC . Este processo é regulado pelo art. 11 da Portaria MDS 10/2012.

De acordo com essa legislação, os dados identificados do Cadastro - nome, NIS, código familiar, documentos, endereço, número de telefone - podem ser cedidos a instituições de ensino, institutos de pesquisas e pesquisadores para a realização de estudos e pesquisas, mediante apresentação de solicitação formal, carta ou ofício, que contenha:

Projeto de pesquisa

Deve abranger a justificativa da necessidade de acesso aos dados identificados do Cadastro Único para a realização do estudo ou pesquisa; a referência temporal da base de dados; a abrangência geográfica.
A base de dados do Cadastro Único a ser encaminhada segue no formato do Dicionário de Variáveis em anexo, sua leitura é importante para compreensão das informações disponíveis e realização da solicitação.

Termo de Responsabilidade assinado pelo pesquisador e Termo de Compromisso assinado pelos pesquisadores que colaborarem na pesquisa citados na cláusula segunda do Termo de Responsabilidade, caso haja, conforme modelos constante no Anexo III e IV da Portaria MDS nº 10/2012 (anexo)

Na cláusula segunda do Termo de Responsabilidade, cada signatário de Termo de Compromisso é relacionado pelo nome e CPF.

Carta de apresentação que comprove sua vinculação à instituição de ensino ou pesquisa, assinada pelo orientador acadêmico ou responsável pela instituição.

A documentação dever ser encaminhada para o seguinte endereço, ao Departamento do Cadastro Único (Diretora Joana Mostafa):

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS
Secretaria Nacional de Renda de Cidadania - SENARC
Departamento do Cadastro Único
Edifício ÔMEGA, SEPN W3 Norte, Quadra 515, sala 463
CEP: 70770-502
Brasília - DF

Após o recebimento da documentação, este Departamento abre um processo administrativo e o encaminha para análise e manifestação quanto ao deferimento da cessão de dados pelo Gabinete/Senarc. Sendo aprovado, encaminhamos a base de dados do Cadastro Único solicitada, por ofício. A base fomecida é padrão, conforme anexo VII do documento em anexo (manual para acesso aos dados do cadastro único)

Qualquer dúvida, estamos à disposição.

Daniela Sherring Siqueira
Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome | SENARC | DECAU | CGAQC
(61) 2030-3657 | daniela.siqueira@mds.gov.br <mailto:daniela.siqueira@mds.gov.br>

— Final da mensagem encaminhada —

Irene Fanny Ritzel <irenefany@gmail.com>
Para: Roger Keller Celeste <roger.keller@ufrgs.br>, irene fany ritzel <irenefany@gmail.com>

9 de dezembro de 2015 08:42

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=c7c88098ba&view=pt&search=inbox&th=15182278a80af0ae&siml=15182278a80af0ae&siml=1518655bd827e406&siml=151878fa2689973d&siml=1518957302620975>

1/2

05/01/2016

Gmail - Fwd: ofício: Disponibilização de dados do benefício PBF para pesquisa - UFGRS

Oi Roger
 Quanto a defesa, gostaria, mas me acho verde.
 Agora em janeiro tenho as aulas para fazer e a tarefa da disciplina de Revisão de pares - penso que não vou dar conta.
 O que achas?
 Abraço
 Fanny

[Texto das mensagens anteriores oculto]

-

PS: Favor confirmar recebimento

Sincerely.

Profª. Irene Fanny
 Departamento de Odontologia
 Universidade Luterana do
 Brasil - Torres
 Rua Universitária, 1900
 Bairro do Balonismo, Torres
 Rio Grande do Sul, Brasil
 CEP95560-000
irenefany@gmail.com

Roger Keller Celeste <roger.keller@ufrgs.br>
 Para: Irene Fanny Ritzel <irenefany@gmail.com>

9 de dezembro de 2015 13:50

se não for janeiro, só quando eu voltar, em maio

-

Prof. Roger Keller Celeste, CD, MSc, PhD
 Chefe do Departamento de Odontologia Preventiva e Social
 Faculdade de Odontologia - UFGRS
 Rua Ramiro Barcelos 2492 - 3o andar
 Porto Alegre - RS/Brasil

--- Corruption damages Public Health ---

----- Mensagem de irenefany@gmail.com -----

Data: Wed, 9 Dec 2015 08:42:24 -0200

De: Irene Fanny Ritzel <irenefany@gmail.com>

Assunto: Re: ofício: Disponibilização de dados do benefício PBF para pesquisa - UFGRS

Para: Roger Keller Celeste <roger.keller@ufrgs.br>, irene fany ritzel <irenefany@gmail.com>

[Texto das mensagens anteriores oculto]

----- Final da mensagem de irenefany@gmail.com -----

Irene Fanny Ritzel <irenefany@gmail.com>
 Para: Roger Keller Celeste <roger.keller@ufrgs.br>

9 de dezembro de 2015 22:42

Terei mais tempo e as aulas já estarão se andamento. E tem a coleta de dados...

[Texto das mensagens anteriores oculto]

8.4 Pré-teste



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

PROJETO PRÉ-TESTE

EFEITO DA BOLSA FAMÍLIA NA SAÚDE BUCAL PARA A POPULAÇÃO DE
BAIXA RENDA DO MUNICÍPIO DE SÃO LEOPOLDO

Porto Alegre, 07 de março de 2014

APRESENTAÇÃO

Este é um Pré-projeto elaborado para ser aplicado com a intenção de avaliar estratégias de pesquisa para observar o efeito da transferência de renda para população beneficiária e não beneficiária do Programa Bolsa Família (PBF) inscritos no Cadastro Único. É dividido em duas partes. A primeira parte – I PARTE, descreve o desenvolvimento da aplicabilidade do pré-teste e a segunda parte – II PARTE, é um resumo do projeto a ser executado.

Sumário

I PARTE - PROJETO PRÉ-TESTE PARA PESQUISADA DE CAMPO: EFEITO DA BOLSA FAMÍLIA NA SAÚDE BUCAL PARA A POPULAÇÃO DE BAIXA RENDA DO MUNICÍPIO DE SÃO LEOPOLDO.....	4
Justificativa	4
Objetivo	4
Operacionalização	5
Período de Execução	5
Recursos Financeiros	5
Coordenação e Acompanhamento.....	5
II PARTE - ORIENTAÇÃO PARA APLICAÇÃO DE METODOLOGIA DO PRÉ-TESTE PARA PESQUISADA DE CAMPO: EFEITO DA BOLSA FAMÍLIA NA SAÚDE BUCAL PARA A POPULAÇÃO DE BAIXA RENDA DO MUNICÍPIO DE SÃO LEOPOLDO	6
Projeto de pesquisa.....	6
Orientação sobre a pesquisa de campo	7
Identificação	7
Justificativa	7
Objetivo	8
Metas.....	8
Ações	8
Metodologia ou estratégia.....	9
Resultados Esperados.....	9
Beneficiários da pesquisa	10
Cronograma ou calendário de atividades	10
Recursos necessários.....	11
Indicadores de monitoramento.....	11
Cronograma de atividades.....	11

I PARTE - PROJETO PRÉ-TESTE PARA PESQUISADA DE CAMPO: EFEITO DA BOLSA FAMÍLIA NA SAÚDE BUCAL PARA A POPULAÇÃO DE BAIXA RENDA DO MUNICÍPIO DE SÃO LEOPOLDO

Ação: Desenvolvimento e aplicação de metodologia para avaliar estratégias de pesquisa que vai observar o efeito da Transferência de Renda (TR) para população elegível beneficiária e não beneficiária do PBF inscritos no Cadastro Único.

Justificativa

Para realização da pesquisa – Efeito da Bolsa Família (BF) na saúde bucal para a população de baixa renda do município de São Leopoldo será realizado um estudo com amostragem populacional. Há necessidade de aprimoramento e de teste para verificar a sua aplicabilidade no meio real. O vivenciar da prática de campo, utilizando-se do inquérito e de um Manual de Campo elaborado levará ao ajuste da metodologia proposta.

Há inúmeras formas de ser realizada uma pesquisa de campo e utilizar os instrumentos elaborados e que dará uma noção do tempo necessário para verificar a aplicabilidade do inquérito e ajustes necessários do estudo proposto.

Com a experiência da estratégia proposta em Manual de Campo, conjuntamente com o inquérito elaborado e todos os instrumentos específicos serão coletadas informações para determinar as melhores estratégias a serem aplicadas no contexto metodológico da pesquisa, promovendo alterações e mudanças antes de iniciar propriamente a coleta e análise de dados.

Também será importante para ajustar todas rebarbas burocráticas envolvidas uma vez que serão precisos contatos específicos com associações comunitárias. Isto tudo para se chegar a um denominador comum em que ao mesmo tempo sonda-se o ambiente, os comportamentos – entrevistador, supervisor, e faz-se a escuta direta com a intenção de melhoria ou adaptações para o projeto.

Tendo em mente o que foi dito, esta ação permitirá realizar negociações antecipadas e diminuir riscos, tanto para o entrevistado, o entrevistador, o supervisor e para a coordenação geral desta pesquisa.

Um projeto com tão arrojada amplitude necessita de uma fase experimental para obter informações e respostas às dúvidas vistas e as não percebidas que cercam a fase teórica. Somente a atuação *in loco* dos envolvidos será capaz de captar esses acertos. A aplicabilidade do Pré-teste na prática de campo contemplando o uso do conjunto de métodos, estratégias, instruções, instrumentos elaborados, coleta e análise de dados do Projeto de Pesquisa proposto tem a finalidade de tomar o cuidado na fidedignidade mais próxima possível do tempo que será necessário para realização do inquérito.

Objetivo

O objetivo é aplicar um Pré-teste com as mesmas metodologias propostas para o Projeto de Pesquisa – Efeito do BF na saúde bucal para população de baixa renda do município de São Leopoldo para obter informações e realizar ajustes, diminuir riscos de insucessos e conhecer fatores que podem dificultar o desenvolvimento do estudo.

Operacionalização

O Projeto Pré-teste será desenvolvido em um bairro do município de São Leopoldo abrangido e mapeado pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) por se tratar de local com atendimento a grupo de indivíduos vulneráveis e terem registros junto a Unidade Básica de Saúde (UBS).

Inquérito – a coleta de dados será realizada juntamente com as visitas domiciliares da equipe da família da ESF ou na UBS do bairro por possuírem documentação/prontuários e não possuírem arrolamento/controle de quais famílias recebe o benefício BF.

O inquérito será aplicado através do questionário em papel para cada grupo de 30 pessoas de famílias - para os menores de 12 o questionário será respondido pelo responsável legal, para ajustar tempo e arestas do projeto de pesquisa proposto. Esta estratégia será repetida até alcançar um tempo médio de 20 minutos a 30 minutos.

Esta estratégia será determinada conjuntamente com a Secretaria de Saúde, o Setor de Saúde Bucal, a Unidade Básica de Saúde (UBS) indicada pelas autoridades responsáveis nesta atuação no município de São Leopoldo e a Coordenação geral do Projeto desta Pesquisa diretamente relacionado com o maior interesse da Secretaria de Ação Social.

Período de Execução

Ano de 2016 de acordo com a aprovação do Comitê de Ética.

Recursos Financeiros

Os recursos financeiros serão oriundos da parceria entre pesquisador da Faculdade de Odontologia Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), pesquisador do curso de Odontologia da ULBRA campus Torres e Prefeitura Municipal de São Leopoldo.

Coordenação e Acompanhamento

A coordenação e o acompanhamento do Pré-teste ficarão sob a responsabilidade dos Coordenadores Gerais - UFRGS, da Coordenadora de Campo do Projeto de Pesquisa – Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), campus Torres.

II PARTE - ORIENTAÇÃO PARA APLICAÇÃO DE METODOLOGIA DO PRÉ-TESTE PARA PESQUISADA DE CAMPO: EFEITO DA BOLSA FAMÍLIA NA SAÚDE BUCAL PARA A POPULAÇÃO DE BAIXA RENDA DO MUNICÍPIO DE SÃO LEOPOLDO

Projeto de pesquisa

Em vários países do mundo a Transferência de Renda (TR) com Condicionalidades (TRC) e sem Condicionalidades (TRSC) vem sendo aplicada para a melhora da qualidade de vida dos indivíduos para uma auto - percepção de sua cidadania de direitos e deveres. A maioria das pesquisas está voltada para medir a melhora da saúde e em geral são focais – morbi/mortalidade infantil, mortalidade materna, nutrição infantil e de adultos (sobre peso e nanismo), segurança/insegurança alimentar familiar, anemia, tuberculose, HIV de adolescentes, doenças mentais das crianças e mães. Em alguns países, a educação e a profissionalização dos adultos está correlacionada com as condicionalidades, além do fator sócio-econômico. Os resultados destas pesquisas apontam para o desfecho positivo, apesar de alguns pesquisadores se apresentarem céticos quanto aos resultados, deflagrando a soberania de “Era Econômica” como maior responsável e interessada por tal estratégia que vislumbra maiores gastos em doença – serviços de saúde e medicações, para manutenção de investimentos em tecnologias para saúde de grupos de alta renda (PEGA F, 2012).

Existe uma tendência mundial, principalmente para países de baixa renda – antigamente chamadas de países em desenvolvimento (FEJERSKOV O, 2011), em reorganizar a renda e redistribuir entre sua população, seja através de microcréditos, seguros, programas focais de benefícios financeiros como incentivo econômico, sistema único de pagamento, financiamentos, redistribuição, TR ou de pagamento com a intenção voltada para a melhora da qualidade de vida através de ações em saúde e educação. Em cima deste assunto existem muitas discussões, favoráveis ou não que demonstram a necessidade de mais estudos para auxiliar e indicar caminhos de resolução para o alcance do bem estar das populações.

O Programa Bolsa Família (PBF) é uma forma de TR que beneficia uma população considerada vivendo na pobreza ou abaixo da linha de pobreza no Brasil. Este benefício econômico foi elaborado para abraçar populações vulneráveis como famílias com crianças e somado a outros grupos que atinjam os adolescentes, gestantes e nutrizes. Para receber tais benefícios, os grupos têm responsabilidades de coparticipação social, através de condicionalidades instituídas.

A saúde bucal pode ser considerada um reflexo da saúde geral dos indivíduos, e para isso, a auto-percepção como cidadão de direitos e deveres para consigo e toda comunidade instalada geograficamente se faz necessário, não somente para o ser singular, mas para percepção da força da sua célula viva neste contingente político e social global.

Mais do nunca se faz urgente a realização de pesquisas populacionais epidemiológicas que visem avaliações do alcance e capacidade de apropriação da saúde como um bem

de direito e dever comum a todos. Através de pesquisas haverá um número maior de conhecimentos para fortalecer e direcionar as nações com informações plausíveis e evidentes para resoluções singulares, particulares com vistas ao bem estar do coletivo. Com as afirmações acima citadas, pode-se refletir e verificar se o benefício Bolsa Família (BF) através da TRC, juntamente com o Programa Brasil Sem Miséria através de todos os outros programas vinculados a ele é capaz de promover um reflexo na saúde oral para os beneficiários cadastrados e elegíveis e presume-se a partir daí que este grupo deva ter menos “dor de dente” que o grupo cadastrado e elegível no BF que não recebe a TRC.

Tem sido atribuída à renda como indicador de saúde, então se pode pensar que o BF, em atividade a mais de 10 anos, com o aumento de renda dos beneficiários elegíveis, estes devem apresentar sinais de melhora na sua saúde dos agregados familiares. Ainda o BF promove a percepção do indivíduo social e político através da identidade e autonomia dos recebedores deste benefício (REGO, 2013). O PBF deve ter continuidade de investimentos públicos, pois pode refletir indiretamente na saúde bucal. Evidências demonstram que a renda influencia a saúde dos indivíduos e este estudo pretende investigar amostra populacional com efeito natural da TR sobre a saúde bucal de grupo elegível beneficiado e ainda não beneficiado pelo BF.

Orientação sobre a pesquisa de campo

O projeto de pesquisa avaliará a variável principal “dor de dente” correlacionada com a TR, nas famílias elegíveis recebedores e não recebedores do benefício BF inscritos no Cadastro Único (CadÚnico) do município de São Leopoldo. Além desta variável, serão coletados dados de interesse para futuras pesquisas junto ao inquérito: características sociodemográficas, socioeconômicas, saúde bucal, acesso aos serviços odontológicos e qualidade de vida, estresse percebido e discriminação.

A coleta de dados se dará através de questionário/tablet aplicado aos familiares da unidade familiar e a metodologia de coleta será orientada por Manual de Campo elaborado e adaptado especialmente para a pesquisa juntamente com instrumentos de registro para veracidade dos dados. Será realizada por bolsistas supervisionados pela Coordenação de Campo/supervisor e Pesquisador Responsável.

Identificação

O Projeto de Pesquisa objetiva verificar se existe efeito na saúde bucal dos familiares elegíveis e beneficiários ou não da TR do BF através da associação da variável “dor de dente”. Além desta variável serão observadas outras variáveis para futuros estudos uma vez que um inquérito populacional desta magnitude deve ser aproveitado para expandir conhecimentos numa área ainda pouco explorada – a relação da TR e a Odontologia/Saúde Coletiva.

Justificativa

Esta pesquisa visa desenvolver conhecimento numa área em que há um lapso: efeito do PBF na saúde bucal, que poderá beneficiar e colaborar para estratégias em saúde bucal de baixa renda. Há a necessidade de produzir informações para dilatar entendimentos e melhorar a compreensão em relação ao reflexo do PBF na saúde bucal, para embasar a implantação de estratégias focais e expandir ou contribuir em conexões com outros programas já existentes e eficazes para auxiliar na melhoria da saúde geral do cidadão brasileiro.

Vários trabalhos demonstram que o PBF está cumprindo com seus propósitos e direcionado à população brasileira que vive na pobreza e extrema pobreza principalmente em relação à nutrição. Ainda mais por se tratar de uma estratégia inter-relacionada com outros programas do Ministério de Desenvolvimento e Ação Social (MDS), Ministério da Saúde (MS) – principalmente relacionado à alimentação e nutrição, Ministério e Minas e Energia e Ministério das Cidades.

É verdade que a Odontologia começa a se apropriar de conhecimentos através do MS pelo Programa Brasil Sorridente em relação ao PBF, mas de forma tímida e conseqüentemente permanece um espaço a ser explorado e proposto neste estudo.

Objetivo

Avaliar o efeito da TR sobre a variável dor de dente em famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, inscritas no Cadastro Único elegíveis receptoras e não receptoras do benefício BF do município de São Leopoldo, área metropolitana da grande Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul/Brasil, e coletar informações para futuras pesquisas de interesse da UFRGS e ULBRA para expandir o conhecimento relacionado ao tema renda e saúde bucal.

Metas

A variável principal a ser estudada é “dor de dente”. Itens correlacionados serão observadas através das dimensões ambiental, social, econômica, institucional e indicadores demográficos embasados em documentos/inquéritos: PCATool-SB, DHS6, Questionário IBGE (2006) e CADÚnico .

- Variável independente principal: estar inscrito no Cadastro Único e receber ou não o benefício do BF nos últimos seis meses.

- Variáveis independentes secundárias: variáveis socioeconômicas e sociodemográficas.

- Variável dependente de estudo: dor de dente (ANTUNES J. L. F, 2006)

- Variáveis dependentes secundárias: saúde bucal, acesso aos serviços odontológicos, qualidade de vida, estresse percebido e discriminação.

Ações

A estratégia das ações e responsabilidades propostas para a pesquisa será distribuída como segue:

Coordenadores Gerais

Elaboração do projeto e submissão ao Comitê de Ética (CEP)

Revisão bibliográfica

Elaboração de questionário

Obtenção de recursos

Coordenação de cada etapa

Análise estatística dos dados

Coordenador de Campo

Acompanhamento das etapas de campo

Controle de qualidade da coleta dos dados

Redação do relatório de campo

Interpretação dos resultados

Bolsistas Entrevistadores

Realização das entrevistas nos domicílios

- Acompanhamento das análises de dados (se houver interesse)
- Participação de reuniões do grupo de pesquisa
- Revisão dos artigos
- Redação dos artigos

Metodologia ou estratégia

Fluxograma Operacional Pesquisa



Fluxograma Operacional Trabalho de Campo



Resultados Esperados

Ao final da pesquisa será gerado um relatório final deverá constar resumo dos objetivos do levantamento, materiais e métodos, área e população abrangida pelo levantamento, natureza das informações coletadas e métodos utilizados, método de coleta da amostra, disposição humana e física, análise estatística e procedimento computadorizado, análise do custo, confiabilidade e reprodutibilidade. Além disso:

- Aumento na demanda dos beneficiários do BF aos serviços de saúde odontológica com diminuição de eventos de dor de dente;
- Conscientização dos líderes das associações comunitárias perante situações de necessidades de saúde e possibilidades de resolução dentro dos parâmetros sociais ofertados pelo Município;
- No mínimo duas publicações com resultados favoráveis ou não; serão comunicados às autoridades competentes para contribuir na melhoria das condições de acesso a serviços de saúde; não poderão ser aplicados e extrapolados a outros municípios, devido características únicas geodemográficas dos grupamentos estudados;
- Formação, aperfeiçoamento, treinamento, capacitação e reciclagem de profissionais especializados e estudantes de graduação e pós-graduação para aprender e criar projetos de pesquisa dentro de uma metodologia científica;
- Difusão e o intercâmbio dos conhecimentos e resultados dos trabalhos desenvolvidos na própria instituição de ensino e em outros eventos científicos numa possibilidade de trabalho interdisciplinar; e
- Capacitação para trabalhar em equipe.

Beneficiários da pesquisa

Benefícios diretos:

1. População respondente:

- Orientação de higiene bucal individual aos sujeitos pesquisados por meio de folheto informativo/explicativo sobre higiene bucal
- Orientação ao acesso a Serviços Odontológicos - UBS.

2. Município de São Leopoldo:

- Fornecimento de subsídios para elaboração de estratégias públicas em saúde para população leopoldense.

3. UFRGS e ULBRA- Aprimoramento profissional para os docentes pesquisadores

- Capacitação de docentes e discentes para participação em levantamento epidemiológico
- Formação de banco de dados
- Intercâmbio de conhecimentos com outras Instituições de Ensino.

Benefícios indiretos:

1. População vulnerável - CadÚnico

- Melhoria no enfrentamento referentes à saúde bucal.

População da ESF:

- Melhoria no enfrentamento referentes a saúde bucal correlacionada à saúde geral do indivíduo.

3. Brasil:

- Expansão de conhecimento referente ao PBF na área de Saúde Coletiva;
- Reflexo do PBF na Odontologia.
- Apropriação de conhecimento para melhorias de Ações, Serviços e Estratégias de Saúde para população inscrita no CadÚnico

Cronograma ou calendário de atividades

Já estão inseridos no Projeto de Pesquisa. Após a aprovação do Projeto de Pesquisa junto a Plataforma Brasil, a duração é prevista de três anos para conclusão de todas atividades e ações propostas, já citados no ítem “e”.

- Recursos humanos:

- 01 Coordenador Geral
- 03 Pesquisadores
- 01 Supervisor de Campo
- 08 Bolsistas

Recursos necessários

Descrito no Projeto de Pesquisa e sujeito a alterações após aplicação prática do Projeto Piloto.

Indicadores de monitoramento

A Pesquisa seguirá cinco passos:

- 1- iniciação/desenvolver a abertura do projeto;
- 2- planejamento em que documentos formais de autorização satisfaçam as partes interessadas e desenvolver plano de gerenciamento para documentar as ações;
- 3-execução para orientar e gerenciar o desenvolvimento das ações, seguindo o plano de gerenciamento para atingir as metas estabelecidas;
- 4-monitoramento, direcionando o trabalho com acompanhamento e revisão e controle das mudanças diante de aprovação pelo gerenciamento das ações; e
- 5-encerramento do projeto com todas as atividades atendidas com sucesso, dentre elas a análise dos dados com a divulgação dos resultados.

Será apresentado relatório parcial durante a pesquisa demonstrando fatos relevantes e resultados parciais e o relatório final será apresentado após o encerramento da pesquisa, totalizando os resultados.

Esta pesquisa seguirá os trâmites normais de Pesquisa em Seres Humanos para avaliação, validação e aceitação do projeto com:

- Submissão ao Comitê de Ética – Plataforma Brasil
- Termo de consentimento autorizado para seres humanos – em duas vias
- Cartas de apresentação da pesquisa as Secretarias de Saúde, da SASIS, Coordenações de Saúde e Ação e Desenvolvimento Social
- Anuência de autoridades do município de São Leopoldo (timbrado)
- Anuência da Instituição de Ensino UFRGS (timbrado)
- Termo de consentimento autorizado para uso de dados dos pesquisadores
- Instrução e metodologia de abordagem
- Documentos comprobatórios: lista de endereços, lista de distribuição dos bairros e nome dos presidentes das Associações de Moradores, questionário da amostra (sistema Android), relatórios de acompanhamento para gerenciamento e supervisão dos dados coletados, protocolo de entrega de materiais, documentos auxiliares e folheto informativo de dicas para manutenção de saúde bucal com endereços para acesso a serviços de saúde.
- Mapa do município – do setor em forma de representação gráfica (BRASIL - MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, 2010)
- Projeto Pré-teste
- Projeto na íntegra
- Manuais: de campo do supervisor, do entrevistador, do tablet, do inquérito (segundo o programa contratado para coleta via internet – sistema Android).

Cronograma de atividades

A pesquisa deverá ocorrer em 03 anos.

PROJETO DA PESQUISA EFEITO DA BOLSA FAMÍLIA NA SAÚDE BUCAL
PARA A POPULAÇÃO DE BAIXA RENDA DO MUNICÍPIO DE SÃO
LEOPOLDO

Setor responsável: Vinculado ao Programa de Pós-graduação em Odontologia da UFRGS – Saúde Coletiva

Coordenação geral:

- Professor Doutor Roger Keller Celeste da UFRGS – Departamento de Odontologia Preventiva e Social

Pesquisadores:

- Professor Doutor Fernando Neves Hugo da UFRGS – Departamento de Pesquisas em Odontologia Social

- Professora Doutora Juliana Balbinote Hilgert da UFRGS – Departamento de Odontologia Preventiva e Social

- João Luiz Dornelles Bastos da UFSC – Departamento de Saúde Pública

Gerência técnica e administrativa do projeto:

- Professor Doutor Roger Keller Celeste da UFRGS – Departamento de Odontologia Preventiva e Social

Supervisão de Campo

- Doutoranda em Saúde Coletiva da UFRGS Irene Fanny Ritzel do Curso de Odontologia ULBRA campus Torres – Torres/RS e município de São Leopoldo

Parceiros que participarão do processo inicial:

- ULBRA campus Torres – Curso de Odontologia – Torres/RS

- Bolsistas da Faculdade de Odontologia UFRGS – Porto Alegre/RS

- Prefeitura Municipal de São Leopoldo

Secretaria de Saúde

Setor de Saúde Bucal

Secretaria de Desenvolvimento e Ação Social

Coordenação CadÚnico/PBF

Secretaria de Orçamento Participativo

8.5 Modelo de apresentação à autoridades



Novo Hamburgo, 01 de outubro, de 2013

Exmo. Prefeito do Município de São Leopoldo,

Sra. Aníbal Moacir da Silva

Eu, Irene Fanny Ritzel, Professora Mestre do curso de Odontologia/campus Torres/RS e Professor Doutor Roger Keller Celeste do curso de Odontologia UFRGS – Porto Alegre/RS vimos solicitar autorização para aplicar o projeto de pesquisa EFEITO DA BOLSA FAMÍLIA NA SAÚDE BUCAL PARA A POPULAÇÃO DE BAIXA RENDA DO MUNICÍPIO DE SÃO LEOPOLDO.

Segue minuta do projeto proposto. Para realização de tal estudo necessitamos submeter o mesmo ao Comitê de Ética, e para tal, necessitamos de autorização para realização de pesquisa e acesso aos dados das famílias cadastradas e beneficiadas pelo Programa Bolsa Família, famílias cadastradas não beneficiadas e famílias excluídas do município de São Leopoldo.

Certos da colaboração

Desde já agradecemos a atenção.

Roger Keller Celeste
Prof. e Doutor do curso de Odontologia UFRGS/POA
Professor Pesquisador CNPQ

Irene Fanny Ritzel
Profª e Mestre do curso de Odontologia ULBRA/Torres
Professora Pesquisadora/líder CNPQ

8.6 Projeto para autoridades

EFEITO DA BOLSA FAMÍLIA NA SAÚDE BUCAL PARA A POPULAÇÃO DE BAIXA RENDA DO MUNICÍPIO DE SÃO LEOPOLDO

Professores Pesquisadores proponentes/Autores:

Prof. Roger Keller Celeste, PhD do curso de Odontologia da UFRGS/POA

Local de Origem: Faculdade de Odontologia – UFRGS

Prof^a Irene Fanny Ritzel, Mestre do curso de Odontologia ULBRA campus
Torres – Torres/RS.

Local de Origem: Curso de Odontologia – ULBRA/Torres

RESUMO

O Programa Bolsa Família (PBF) é uma forma de transferência de renda que beneficia a população considerada vivendo na pobreza ou abaixo da linha de pobreza no Brasil. Este benefício econômico foi elaborado para abraçar famílias com crianças, gestantes, nutrizes e adolescentes. Para receber tais benefícios os grupos familiares têm responsabilidades de coparticipação social, através de condicionalidades instituídas. Existe uma tendência mundial, principalmente para países de baixa renda – antigamente chamadas de países em desenvolvimento, em reorganizar a renda e distribuir entre sua população, seja através de microcréditos, programas focais de benefícios financeiros ou transferência de renda com a intenção voltada para a saúde e melhora da qualidade de vida. Em cima deste assunto existem muitas discussões, favoráveis ou não e demonstrando a necessidade de mais estudos para auxiliar e indicar caminhos de resolução para o alcance do bem estar das populações. O objetivo deste estudo é verificar o impacto na saúde bucal (dores dentárias) nas famílias beneficiárias do PBF para famílias inscritas no Cadastro Único e elegíveis beneficiárias e elegíveis não beneficiárias pelo Ministério de Desenvolvimento Social (MDS) do município de São Leopoldo através de pesquisa UFRGS/POA e ULBRA/Torres Esta pesquisa seguirá as Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional da Saúde (CNS), Resolução 196/96, os parâmetros do Manual de Levantamentos Básicos em Saúde Bucal da Organização Mundial da Saúde (OMS), Project Management Institute, Inc. e será realizado inquérito para medir a qualidade de vida dos aglomerados familiares embasado no OHIP (Oral Health Impact Profile). Após aprovação do Comitê de Ética, para realização da pesquisa, será realizada intensa pesquisa bibliográfica, acesso a dados disponíveis em bases legais e legítimas a partir dos Ministérios da Saúde (MS), Ministério de Desenvolvimento Social (MDS) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para suporte de estratégias. Será elaborado manual para coleta de dados para controle de qualidade. Será um estudo seccional com amostra aleatória simples dos aglomerados familiares cadastradas. Será conduzido um estudo piloto para testar metodologia. A saúde bucal pode ser considerada um reflexo da saúde geral dos indivíduos, e

para isso, a auto-percepção como cidadão de direitos e deveres para consigo e toda comunidade instalada geograficamente se faz necessário, não somente para o ser singular, mas para percepção da força da sua célula viva neste contingente político e social global. Este estudo poderá dar visibilidade e demonstrar áreas mais vulneráveis para proporcionar ações individualizadas e coletivas ao município de São Leopoldo.

Pesquisa: Efeito da transferência de renda na saúde oral na pobreza.

Introdução: Esta pesquisa visa criar um conhecimento numa área em que há um espaço: efeito do PBF na saúde bucal, que poderá beneficiar e colaborar para estratégias em saúde oral para a sociedade. Há a necessidade de produzir informações para desenvolver entendimentos e melhorar a compreensão em relação ao reflexo do PBF na saúde bucal, para, quem sabe, implantar, programar, expandir ou contribuir para conexões com outros programas já existentes e eficazes e auxiliar na melhoria da saúde geral do cidadão brasileiro.

Objetivo principal: Avaliar o efeito do benefício Bolsa Família (BF) que faz parte do Programa Brasil Sem Miséria, sobre prevenção e ou tratamento de doenças dentárias na pobreza para famílias inscritas no Cadastro Único e elegíveis pelo Ministério de Desenvolvimento Social (MDS) do município de São Leopoldo, área metropolitana da grande Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul/Brasil, a partir de julho de 2014 através da aplicação de questionário.

Objetivos secundários:

- Verificar se o benefício Bolsa Família (BF) através da Transferência de Renda (TR) reflete na saúde oral dos agregados familiares através dos indicadores de saúde dental – dor dentária e escovação supervisionada;
- Verificar a eficácia dos serviços de tratamento bucal;
- Verificar a extensão dos serviços odontológicos – promoção de saúde, prevenção, tratamento de doenças bucais e reabilitação oral;
- Verificar a necessidade de tratamento das doenças bucais em subgrupos da população;
- Verificar a relação de desfechos já pesquisados – educação, nutrição, tuberculose, HIV, peso e estatura, mortalidade infantil, mortalidade materna com saúde bucal;
- Verificar perfis etários das doenças orais para posterior acompanhamento
- Desenvolver base de dados para ser acessada por outros pesquisadores com interesses semelhantes e para autoridades elaborarem estratégias de saúde voltadas para saúde como um todo
- Colaborar com o município para elaborar estratégias em saúde bucal para o grupo estudado de acordo com a vulnerabilidade.

Hipótese: Em vários países do mundo a Transferência de Renda (TR) com Condicionalidades (TRC) e sem Condicionalidades (TRSC) vem sendo aplicada para a melhora da qualidade de vida dos indivíduos para uma auto - percepção de sua cidadania de direitos e deveres. A maioria das pesquisas está voltada para medir a melhora da saúde e em geral são focais –

morbi/mortalidade infantil, mortalidade materna, nutrição infantil e de adultos (sobre peso e nanismo), segurança/insegurança alimentar familiar, anemia, tuberculose, HIV de adolescentes, doenças mentais das crianças e mães. Em alguns países, a educação e a profissionalização dos adultos está correlacionada com as condicionalidades, além do fator sócio-econômico. Os resultados destas pesquisas apontam para o desfecho positivo, apesar de alguns pesquisadores se apresentarem céticos quanto aos resultados, deflagrando a soberania de “Era Econômica” como maior responsável e interessada por tal estratégia que vislumbra maiores gastos em doença – serviços de saúde e medicações, para manutenção de investimentos em tecnologias para saúde de grupos de alta renda (Pega F, Blakely T, Carter K, Sjoberg O, 2012).

Existe uma tendência mundial, principalmente para países de baixa renda – antigamente chamadas de países em desenvolvimento (Fejerskov & Kidd, 2011), em reorganizar a renda e redistribuir entre sua população, seja através de microcréditos, seguros, programas focais de benefícios financeiros como incentivo econômico, sistema único de pagamento, financiamentos, redistribuição ou transferência monetária, de dinheiro, de renda ou de pagamento com a intenção voltada para a melhora da qualidade de vida através de ações em saúde e educação. Em cima deste assunto existem muitas discussões, favoráveis ou não e demonstrando a necessidade de mais estudos para auxiliar e indicar caminhos de resolução para o alcance do bem estar das populações.

O Programa Bolsa Família (PBF) é uma forma de transferência de renda que beneficia uma população considerada vivendo na pobreza ou abaixo da linha de pobreza no Brasil. Este benefício econômico foi elaborado para abraçar populações vulneráveis como famílias com crianças e somado a outros grupos que atinjam os adolescentes e gestantes. Para receber tais benefícios, os grupos têm responsabilidades de coparticipação social, através de condicionalidades instituídas.

A saúde bucal pode ser considerada um reflexo da saúde geral dos indivíduos, e para isso, a auto-percepção como cidadão de direitos e deveres para consigo e toda comunidade instalada geograficamente se faz necessário, não somente para o ser singular, mas para percepção da força da sua célula viva neste contingente político e social global.

Com esta ideia colocada, mais do nunca se faz urgente a realização de pesquisas populacionais epidemiológicas que visem avaliações do alcance e capacidade de apropriação da saúde como um bem de direito e dever comum a todos. Através de pesquisas haverá um número maior de conhecimentos para fortalecer e direcionar as nações com informações plausíveis e evidentes para resoluções singulares, particulares com vistas ao bem estar do coletivo.

Com as afirmações acima citadas, pode-se refletir e verificar se o benefício Bolsa Família (BF) através da TRC, juntamente com o Programa Brasil Sem Miséria através de todos os outros programas vinculados a ele é capaz de promover um reflexo na saúde oral para os beneficiários cadastrados e elegíveis. Ainda, outras possibilidades são se o BF é efetivo (tem efetividade) para populações mais vulneráveis cadastradas e beneficiárias no PBF quando comparadas com famílias inscritas elegíveis e ainda não beneficiárias do BF em relação à saúde como todo e correlacionado com saúde bucal; o BF é eficaz em relação à saúde bucal e reflete na “dor de dente” e sangramento

gingival para esta mesma população; quem recebe BF escoava mais os dentes porque frequenta as Unidades de Saúde (UBS) e recebe orientações de higiene dental; se existe correlação entre o BF e a Estratégia de Saúde da Família; e se existe correlação entre o BF o Programa Saúde na Escola.

Tem sido atribuída à renda como indicador de saúde, então se pode pensar que o BF, em atividade a mais de 10 anos, com o aumento de renda dos beneficiários elegíveis, estes devem apresentar sinais de melhora na sua saúde e dos agregados familiares. Sendo assim, PBF deve ter continuidade de investimentos públicos, pois pode refletir indiretamente na saúde bucal através do Programa Brasil Sorridente.

Metodologia: O benefício desta pesquisa será analisar os dados coletados em relação ao impacto do Programa Bolsa Família na saúde bucal para o município de São Leopoldo e promover bases para elaboração de estratégias inovadoras para alcançar melhora de qualidade de vida nas famílias beneficiadas.

Sinteticamente, para iniciar os processos metodológicos, esta pesquisa seguirá cinco passos: 1- iniciação para desenvolver a abertura do projeto; 2- planejamento de documentos formais de autorização para satisfazer as partes interessadas, para desenvolver o plano de gerenciamento e para documentar as ações; 3- execução para orientar e gerenciar o desenvolvimento das ações, para seguir o plano de gerenciamento e para atingir as metas estabelecidas; 4- monitoramento para direcionar o trabalho com acompanhamento e para revisar e controlar as mudanças diante de aprovação pelo gerenciamento das ações; e 5- encerramento do projeto com todas as atividades atendidas com sucesso, dentre elas a análise dos dados com a divulgação dos resultados para as partes envolvidas (Medronho, 2011; Project Management Institute, Inc. 2008).

Bibliografia:

Alexandre GC, Nadanovsky P, Lopes CS, Faerstein E. Prevalência e fatores associados à ocorrência de dor de dente que impediu a realização de tarefas habituais em uma população de funcionários públicos no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 22(5):1073-1078, mai, 2006.

Antunes JLF, Peres MA, Crivello Junior O. *Epidemiologia da saúde bucal: fundamentos de Odontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

Barabato PR, Peres MA. Tooth loss associated factors in adolescents: a Brazilian population-based oral health survey. *Ver Saúde Pública*. 2009;43(1).

Barabato PR, Nagano HCM, Zanchet FN, Boing AF, Peres MA. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SBBrazil 2002-2003). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(8): 1803-1814, ago, 2007.

BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988, obra coletiva com a colaboração de Antonio Luiz de Toledo Pinto, Márcia Cristina Vaz dos Santos Windt e Luiz Eduardo Alves de Siquiera. 27. ed. São Paulo: Editora Saraiva., 2001.

_____, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS - Publicações Técnicas – No. 2, dezembro – 90. Constituição Federal – Seção II. Lei Orgânica da Saúde, no. 8080. SUS – Sistema Único de Saúde. Lei No. 8.142, Decreto No. 99.438.

_____, Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei no. 8.069, de 13-7-1990. Constituição e Legislação relacionada, Legislação Complementar. 7.ed. São Paulo: Editora Atlas S.A, 1997.

CANESQUI, A. M. e cols. *Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva*. São Paulo – Rio de Janeiro: Editora HUNICEC ABRASCO, 1995.

FREITAS, C. B. D; HOSSNE, W. S. O papel dos comitês de ética em pesquisa na proteção do ser humano. *SIMPÓSIO*, v. 10, n. 2, p.129-146, 2002.

MACCIO, C. As ciências humanas em movimento: a humanidade perante as mudanças, Coleção: Epistemologia e Sociedade sob a direção de Antonio Oliveira Cruz, Tradução: Ana Rabaça @ Chronique Sociale, 1993.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento*. 5.ed. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO, 1998.

RESENDE, E. *Cidadania: o remédio para as doenças culturais brasileira*. São Paulo: Summus editorial, 1992.

TRIVIÑOS, A. N. Educação e Globalização. *Educação e Cidadania:Revista do Curso de Pedagogia*, Porto Alegre, v.1, n. 1, p. 13-31, sem mês. 1999.

Baird SJ, Garfein RS, McIntosh CT, et al. Efeito de um programa de transferência de dinheiro para a educação sobre a prevalência do HIV e herpes simplex tipo 2 no Malawi: um ensaio randomizado conjunto. *Lancet*. 2012 07 de abril; 379 (9823) :1320-9. doi: 10.1016/S0140-6736 (11) 61709-1. . Epub 2012 15 fev (Original) PMID: 22341825. Coletado em EvidenceUpdates from BMJ Evidence Centre em 28-03-2013.

Boccia D, Hargreaves J, Lönnroth K, Jaramillo E, Weiss J, Uplekar M, Porter JDH and Evans CA, *Int J Tuberc Lung Dis*. 2011 June ; 15(Suppl 2): 37–49. doi:10.5588/ijtld.10.0438.

Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*. 27ª ed. São Paulo: Saraiva, 2001.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Questionário da Pesquisa. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – PNAD 2008, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Gerência de Pesquisa Anual. Acessado em 20 de setembro de 2012 em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/questpnad2008.pdf>.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Acessado em 20 de setembro de 2012 em <http://www.ibge.gov.br>.

_____. Ministério da Saúde (MS). Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária – *Primary Care Assessment Tool: PCATool Brasil*. Brasília – DF, 2010. Acessado em 14 de julho de 2013 em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf.

_____. Ministério da Saúde (MS). Fundação Oswaldo Cruz. Série B: Textos Básicos de Saúde. Série Capacitação e Atualização em Geoprocessamento em Saúde 1. Abordagens espaciais na saúde pública. Brasília, Distrito Federal, 2006. Home page: <http://www.saude.gov.br/svs>.

_____. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da criança a/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 300 p.: il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde) (http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf - acesso em 14-07-2013).

_____. Ministério de Desenvolvimento Social – 2009.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, *Censo Demográfico 2010: aglomerados subnormais- primeiros resultados*. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

_____. Ministério de Desenvolvimento Social (MDS). Acesso 04 de setembro de 2012, horário:17:46:51 em <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/Rlv3/geral/index.php>.

_____. Plano Brasil Sem Miséria. Ministério de Desenvolvimento Social (MDS). Acesso 23 de setembro de 2012, horário 16:00 em <http://www.mds.gov.br/brasilsemisericia>.

_____. Programa Bolsa Família. Ministério de Desenvolvimento Social (MDS). Acesso 23 de setembro de 2012, horário 18:28 em <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>.

_____. Ministério da Saúde – MS/DATASUS. Brasil Sorridente e Bolsa Família. Acesso em 23 de julho de 2013, horário 9:36 em http://bolsafamilia.datasus.gov.br/w3c/saudebucal/consolidados/fam%C3%ADias_atendidas_ibge.asp?uf=RS.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Serviços odontológicos: prevenção e controle de riscos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Byrne, BM. *Structural equation modeling with Mplus: basic concepts, applications, and programming*. New York London: Routledge Taylor & Francis Group, 2012.

Cohen-Carneiro F, Souza-Santos R, Rebelo MAB. Quality of life related to oral health: contribution from social factors. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(supl. 1):1007-1015, 2011.

Cruz M V, Pessali H F. Dar o peixe e ensinar a pescar: racionalidade limitada e políticas de combate a pobreza. *Economia e Sociedade*, Campinas, V. 20, n. 1(41), p. 141-166, abr. 2011.

Demographic and Health Survey – DHS. MEASURE DHS > Publications > AIS Questionnaires (French, English) 693, Dezembro, 2010. Acessado em 14 de julho de 2013 (http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/AISQ1/AIS_Household_QRE_DHS6_15_Dec2010.pdf).

Demographic and Health Survey – DHS. MEASURE DHS > Publications > AIS Questionnaires (French, English) 693, Novembro, 2011. Acessado em 14 de julho de 2013 (http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/AISQ1/AIS_Individual_QRE_DHS6_8No_v2011.pdf).

Diniz S. Critérios de justiça e programas de renda mínima. *Ver. Katál.* Florianópolis v. 10, n.1, p. 105-114, jan/jun. 2007.

Fernald L C H, Gertler P J, Neufeld L M. The importance of cash in conditional cash transfer programs of child health, growth and development: na analysis of Mexico's Oportunidades. *Lancet*. Author manuscript; available in PMC 2009 November 19.

Fernald L, Gunnar M R. Effects of a poverty-alleviation intervention on salivary cortisol in very low-income children. *Soc Sci Med*. 2009 June ; 68(12): 2180–2189. doi:10.1016/j.socscimed.2009.03.032.

Goldberg D. General Health Questionnaire: GHQ. London: GL Assessment Limited. 1992. Acesso em 27 de maio de 2012.

Helal D H, Neves J A B. Burocracia e inserção social: uma proposta para entender a gestão das organizações públicas no Brasil. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 12, n. 25, p. 312-340, set/dez. 2010.

Hoffmann R. Desigualdade da renda e das despesas *per capita* no Brasil, em 2001-2003 e 2008-2009, e avaliação do grau de progressividade ou regressividade de parcelas da renda familiar. *Economia e Sociedade*, Campinas, v. 19, n. 3 (40), p. 647-661, dez. 2010.

Julie Kosteniuk MA, Carl D'Arcy. Dental service use and its correlate in a dentate population: na analysis of the Saskatchewan population health and dynamics survey, 1999-2000. *J Can Dent Asso*, 2006; 72(8):731.

Lagarde M, Haines A, Palmer N. Condicionais de transferência de renda para melhorar a captação de intervenções de saúde em países de baixa e média renda: uma revisão sistemática. *JAMA* 2007; 298 (16) :1900-1910.

Lagarde M, Andy H, Palmer N. O impacto das transferências condicionais de dinheiro em resultados de saúde e uso de serviços de saúde em países de renda baixa e média. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. In: *The Cochrane Library*, Issue 1, art. Não. C D008137. DOI:10.1002/14651858.CD008137.pub4.2013.

Lawrence HP, Thomson WM, Broadbent JM, Poulton R. Oral health –related quality of life in a birth cohort of 32-year olds. *Community Dental Oral Epidemiol*. 2008 August ;36(4): 305-316.

Leroy JL, García-Guerra A, García R, Dominguez C, Rivera J, Neufeld LM. The Oportunidades program increases the linear growth of children enrolled at young ages in urban Mexico. *The Journal of Nutrition. Community and International Nutrition*. Downloaded from jn.nutrition.org by guest on June 6, 2012. (J. Nutr. 138: 793–798, 2008)

Magnusson B O, Koch G, Poulsen S. *Pedodontics: a systematic approach*. Copenhagen: Munksgaard, 1981.

Mariano S A, Carloto C M. Gênero e combate à pobreza: programa bolsa família. *Estudos Feministas*. Florianópolis, 17 (3): 312, setembro-dezembro/2009. **Copyright © 2009 by Revista Estudos Feministas**.

Marmot M. The influence of income on health: views of na epidemiologist. *Heath Affairs*, 21, no.2(2002):31-46.

Medeiros M, Brito T, Soares F. Transferência de renda no Brasil. *Novos Estudos*, v 79, p. 06-21, nov. 2007.

Mechanic D. Disadvantage , inequality, and social policy. *Health Affairs*. Volume 21. Number 2. ©2002 *ProjectHOPE–The People-to-People Health Foundation, Inc.* (Downloaded from content.healthaffairs.org by *Health Affairs* on June 12, 2012 by guest).

Mendes V L P S, Barbosa A M G, Rodrigues J M. Gestão dos serviços públicos e participação cidadã: estudo com os beneficiários do Programa Bolsa Família. *RAC*, Curitiba, v. 13, Edição Especial, art7, p. 105-120, Junho 2009.

Measure DHS – Demographic and Health Survey – Questionnaires. Acessado em 14 de julho de 2013 (<http://www.measuredhs.com/What-We-Do/Questionnaires.cfm>).

Mylene Lagarde, Andy Haines, Natasha Palmer. Efecto de las transferencias condicionadas de renta sobre los resultados de salud y el uso de los servicios de salud en países de ingresos bajos y medios (Revision Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus* 2009 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2009 Issue 4 Art no. CD008137. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Monnerat G L, Senna M C M, Schottz V, Magalhães R, Burlandy L. Do direito incondicional à condicionalidade do direito: as contrapartidas do Programa Bolsa Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(6): 1453-1462, 2007.

Muthén, L.K. and Muthén, B.O. . Mplus User's Guide. Sixth Edition. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén , 1998-2010.

Oliveira FCC, Cotta RMM, Sant'Ana LFR, Priore SE, Franceschini SCC. Programa Bolsa Família e estado nutricional infantil: desafios estratégicos. Tema Livre. *Ciências & Saúde Coletiva*, 16(7): 3307 – 3316, 2011.

OMS. *Levantamentos Básicos em Saúde Bucal*. 4ed. São Paulo: Santos, 1999.

Ozer EJ, Fernald LCH, Manley JG, Gertler PJ. Effects of a conditional cash transfer program on children's behavior problems. *Pediatrics* 2009; 123, e630. <http://pediatrics.aappublications.org/content/123/4/e630.full.html>.

Pega F, Blakely T, Carter K, Sjoberg O. The explanation of a paradox? A commentary on Mackenbach with perspectives from research on financial credits and risk factor trend. *Social Science & Medicine* 75 (2012) 770-773.

Pedrazzi V, Dias KRHC, Rode SM. Oral Health in Brazil – Part II: Dental Specialty Centers (CEOs). *Braz Oral Res*, 2008; 22(Specc Iss 1):18-23.

Porto Alegre. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Coordenadoria Gera de Vigilância em Saúde. *Manual de biossegurança: para estabelecimentos odontológicos*. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS. Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde, 1998.

Project Management Institute, Inc.:Global Standard. *Guia do conhecimento de projetos:guia PMBOK®*. 4 ed. Pennsylvania EUA: Project Management Institute, Inc., 2008.

Rego W L. Aspéctos teóricos das políticas de cidadania: uma aproximação ao Bolsa Família. *Lua Nova*. São Paulo, 73: 1470185, 2008.

Riachelis R. *Esfera pública e Conselhos de Assistência Social: caminhos da construção democrática*. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2000.

Rocha S. Transferência de renda federal: focalização e impactos sobre pobreza e desigualdade. *R. Econ. contemp.*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 67-96, jan./fev. 2008.

Rocha S. O programa Bolsa Família: evolução e efeitos sobre a pobreza. *Economia e Sociedade*, Campinas, v. 20, n. 1 (41), p. 113-139, abr. 2011.

Shmueli A. Population health and income inequality: new evidence from Israeli time-series analyses. *International Journal of Epidemiology* 2004;33:311–317
DOI: 10.1093/ije/dyh035.

Silva DD, Rihs LB, Sousa MLR. Fatores associados a presença de dentes em adultos de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(11): 2407-2418, Nov, 2009.

STROBE, *Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology. Previous checklist versions, "Long list of items" discussed at STROBE workshop (Bristol, Sept 2004)*. (Acesso em 23 de julho de 2013 no horário 10:56, <http://www.strobe-statement.org/index.php?id=previous-checklists>).

Suplicy E M. O direito de participar da riqueza da nação: do Programa Bolsa Família à Renda Básica de Cidadania. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12(6):1623-1628, 2007.

Tavares P A. Efeito do Programa Bolsa Família sobre a oferta de trabalho das mães. *Economia e Sociedade*, Campinas, v. 19, n. 3 (40), p. 613-635, dez. 2010.

Thomson WM, Williams JM, Poulton R, Locker C. Long-term dental visiting patterns and adult oral health. *J Dent Res*. 89(3):307-311, 2010.

8.7 Manual do supervisor



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

MANUAL DE ORIENTAÇÃO

MANUAL DE CAMPO DO SUPERVISOR:

EFEITO DA BOLSA FAMÍLIA NA SAÚDE BUCAL PARA A POPULAÇÃO DE BAIXA
RENDA DO MUNICÍPIO DE SÃO LEOPOLDO

Porto Alegre, 20 de setembro de 2014

Sumário

MANUAL DE CAMPO DO SUPERVISOR:	1
EFEITO DA BOLSA FAMÍLIA NA SAÚDE BUCAL PARA A POPULAÇÃO DE BAIXA RENDA DO MUNICÍPIO DE SÃO LEOPOLDO	1
I. INTRODUÇÃO	4
Objetivo da pesquisa:	4
Organização da pesquisa	4
Fluxograma operacional da pesquisa	5
Treinamento	6
Responsabilidades de Supervisor de Campo	6
Preparo do trabalho de campo	6
Responsabilidades dos dados coletados	6
II. PREPARANDO O TRABALHO DE CAMPO	7
Coletando materiais para trabalho de campo	7
Documentos de trabalho de campo	7
Materiais complementários	7
Despesas do trabalho de campo	8
Providenciar transporte	8
Contatando as autoridades locais	8
Contatando o Pesquisador Responsável	8
Localizando as famílias – mapas e GPS	8
Encontrando famílias selecionadas	8
III. ORGANIZANDO E SUPERVISIONANDO O TRABALHO DE CAMPO	9
Atribuição de trabalho para os entrevistadores	9
Reduzindo não-respostas	10
Manutenção e entrevistas pendentes	12
Manutenção da motivação e moralidade	12
IV. FOLHAS DE CONTROLE PARA MANUTENÇÃO DO TRABALHO DE CAMPO	13
Folha de atribuição do supervisor - FAS	13

Folha de atribuição do entrevistador - FAE	14
Folha de progresso do entrevistador - FP	14
Atribuindo uma FP para cada entrevistador	14
V. MONITORANDO O DESEMPENHO DO ENTREVISTADOR	14
Observando os entrevistadores	15
Avaliando o desempenho do entrevistador	15
Re-entrevistando	15
VI. EDITANDO OS QUESTIONÁRIOS/tablets	16
Instruções gerais.....	16
Editando o questionário	16
Folha de Rosto/FR	16
Tablet.....	17
Organizando os questionários: FR e tablets	17
Encaminhando as FR e dados para banco de dados.....	18

MANUAL DE CAMPO DO SUPERVISOR: EFEITO DA BOLSA FAMÍLIA NA SAÚDE
BUCAL PARA A POPULAÇÃO DE BAIXA RENDA DO MUNICÍPIO DE SÃO
LEOPOLDO

Bem vindo a esta pesquisa.

Este manual foi adaptado do Manual do supervisor da Demographic and Health Surveys (DHS)
(INTERNATIONAL., 2007; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

I.INTRODUÇÃO

Este manual foi preparado para fornecer informações necessárias para o supervisores de campo. Será aplicado um questionário aos Responsáveis da Família (RF) elegíveis ao Programa Bolsa Família (PBF) que contém perguntas referentes à caracterização sociodemográfica, socioeconômica, autopercepção e impactos em saúde bucal, morbidade dentária referida e uso de serviços e qualidade de vida.

Objetivo da pesquisa:

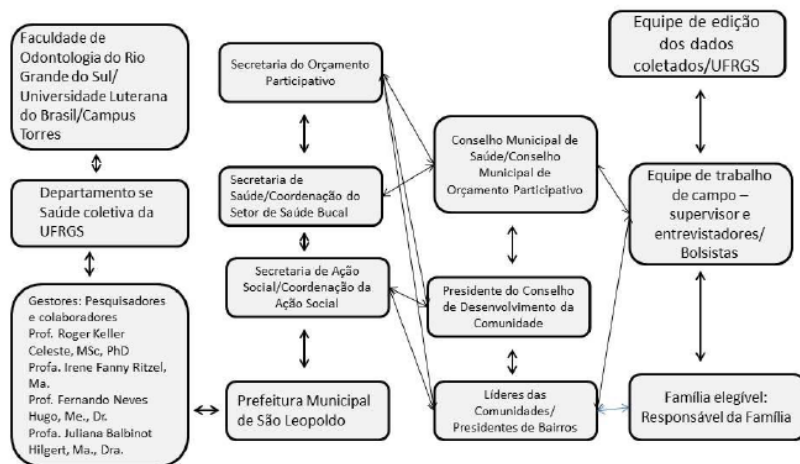
- Coletar informações sobre o efeito do recebimento do benefício Bolsa Família (BF) sobre o indicador de saúde “dor de dente” para população que recebe até R\$ 77,00 *per capita*.
- Comparar resultados com outras pesquisas já realizadas.
- Fornecer dados que possam ser utilizados por pesquisadores que investiguem tópicos relacionadas ao BF e saúde bucal.

Organização da pesquisa

As equipes serão coordenadas por um supervisor. Cada equipe será constituída de dois entrevistadores, um homem e uma mulher entrevistadores. O respondente do sexo masculino será entrevistado pelo entrevistador homem e a respondente do sexo feminino será entrevistada pela entrevistadora mulher. Como a carga de trabalho do supervisor de campo é extensa, espera-se colaboração entre todos como uma verdadeira equipe de trabalho, todos ajudando uns aos outros, priorizando o entrevistado da pesquisa.

Fluxograma operacional da pesquisa

Fluxograma Operacional



Treinamento

O treinamento do supervisor de campo será através da participação de Pré-teste para entendimento do papel dos entrevistadores e de problemas que a equipe pode encontrar durante o trabalho a pesquisa de campo.

Responsabilidades de Supervisor de Campo

O supervisor de campo é a pessoa responsável pela equipe. É responsável também pelo bem-estar e segurança dos membros da equipe, bem como da conclusão da carga horária atribuída e qualidade dos dados. O supervisor organiza, direciona o trabalho de campo e realiza “check-in” local e re-entrevistas periódicas, quando necessário.

Preparo do trabalho de campo

1. Obter a lista da amostra das famílias/ mapas de cada área para as equipes.
2. Preparar o tablets com dados das famílias e distribuir para as equipes.
3. Realizar oficina de treinamento com equipe – 1ª Oficina de treinamento para os entrevistadores.
4. Contatar Prefeitura Municipal e Secretarias de Saúde, Ação Social e Orçamento Participativo sobre o início da pesquisa.
5. Realizar oficina de apresentação da pesquisa junto às autoridades: Prefeito Municipal, Secretários de Saúde, de Ação Social, de Orçamento Participativo, Coordenadores de Saúde e Ação Social e Presidente do Conselho de Desenvolvimento da Comunidade.
6. Realizar oficina de apresentação da pesquisa junto aos Presidentes de Bairro e/ou líderes comunitários.
7. Fazer agendamento das famílias junto aos Presidentes de Bairro e/ou líderes comunitários para as entrevistas.
8. Fazer cronograma para os entrevistados em parceria com Secretaria de Ação Social e Presidentes de Associações de Bairros.

Responsabilidades dos dados coletados

A monitoração da entrevista requer:

1. Observar pelo menos uma entrevista ao dia.
 2. Supervisionar para que seja editado e enviado o questionário completo, de preferência enquanto o entrevistador está na área da amostra.
 3. Fazer sessões de revisão com cada entrevistador quando necessário e corrigir problemas de seus questionários.
 4. Organizar todos os documentos de todas unidades amostrais.
-

II. PREPARANDO O TRABALHO DE CAMPO

Coletando materiais para trabalho de campo

Antes de sair a campo, o supervisor é responsável pela adequada separação e todos suprimentos e materiais que a equipe vai precisar para o trabalho em campo. Estes materiais são listados abaixo:

Documentos de trabalho de campo

- Manual do Supervisor
- Manual do entrevistador
- Mapa do município
- Lista das famílias com endereço e área
- Tablet previamente testado/cabo de bateria
- Folheto explicativo e informativo – “Boadica para a Boca – Dicas de Saúde Bucal”
- Folha de Atribuição do Supervisor (FAS)
- Folha de Progresso do Entrevistador (FP)
- Protocolo de Entrega e Recebimento (PER)
- Distribuir “kit” de documentos para equipe contendo – saco de vinil com identificação:
 - Folha de matérias (FM) para conferência imediata de todos os materiais antes de ir a campo
 - Folha de Identificação do Responsável da Família (IRF) – com agendamento de 1ª visita
 - Folha de Atribuição do Entrevistador (FAE) para cada entrevistador
 - Folha de Rosto (FR) referente a cada família entrevistada
 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido referente a cada RF (TCL)
 - Folha de Trabalho (FT) para anotações importantes
 - Tabela de Retorno (TR) referente ao trabalho do dia/semana

Materiais complementários

- Canetas azuis para os entrevistadores
 - Canetas vermelhas para o supervisor de campo
 - Pranchetas
 - Pastas ou mochilas
 - Coletes
 - Crachás
 - Clipes
 - Grampeador e grampos
 - Sacos plásticos
 - Etiquetas com identificação
 - Envelopes pardos para armazenar documentos finais
-

Despesas do trabalho de campo

- Verba suficiente para cobrir despesas de deslocamento para três visitas por família.
- Bolsistas para realizar as entrevistas
- Verba para locação de programa de questionário Datadroid Forms

Providenciar transporte

A responsabilidade do transporte da equipe é do supervisor de campo. Deverá organizar, distribuir e administrar os boletos de passagem ida e volta com saída da sede – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e destino de acordo com a distribuição da unidade amostral selecionada, sendo garantido até três visitas por família para complementar o questionário.

Contatando as autoridades locais

É de responsabilidade do supervisor de campo realizar os contatos iniciais antes de iniciar o trabalho de campo e realizar oficinas específicas.

2ª Oficina - para autoridades do município de São Leopoldo: Prefeito Municipal e Secretarias de Saúde, Ação Social e Orçamento Participativo.

Contatando o Pesquisador Responsável

O supervisor de campo deverá manter contato regular com o Pesquisador Responsável antes e durante os trabalhos de campo. Contatos regulares serão mantidos pelo supervisor quanto ao desempenho da equipe, questionários completados e processamento de dados.

Localizando as famílias - mapas e GPS

O supervisor fornecerá mapas para equipe que suplementará o uso do GPS constante no tablet. Para facilitar a localização das famílias será feito contato com os líderes comunitários em parceria com o Presidente do Conselho de Desenvolvimento da Comunidade de São Leopoldo.

Em caso não haver colaboração do líder comunitário na área em que a unidade familiar amostral foi selecionada, será levado ao Pesquisado Responsável a decisão final.

Antes de sair a campo, as unidades amostrais familiares selecionadas deverão ser checadas/visualizadas via internet, podendo ser marcadas no mapa.

Encontrando famílias selecionadas

Em muitos casos as famílias selecionadas podem ser localizadas pelo endereço da lista. Devido a constate mudança de endereço, poderá ter dificuldade de localização de habitações selecionadas.

- Somente poderá ser entrevista a responsável da família (RF) selecionada. Neste caso deverá ser feito contato com líder comunitário para localizar a família.
 - Se o número da habitação não confere, será perguntado procurado o RF ou então será contatado com o líder da comunidade.
 - Anotar as dificuldades e tentar resolve-las com o líder ou presidente do bairro.
-

- Os itens que seguem serão minimizados devido a 3ª Oficina que será realizada com os Presidentes e líderes de Bairro, devem ser comunicadas ao pesquisador responsável para realizar a substituição das famílias por sorteio:
 - O RF se mudou ou faleceu e está listado. Deverá ser considerado como dado perdido.
 - A casa está totalmente fechada e os vizinhos disseram que as pessoas estão visitando parentes (estão fora por um período) e voltarão em vários dias ou semanas. Marque o código (3) – ausentes por um longo período. A casa deve ser visitada novamente por pelo menos duas vezes mais para ter certeza que a família não tenha retornado e comunique o supervisor.
 - O domicílio que é supostamente uma casa para viver, quando visitada é encontrada um comércio e não há pessoas vivendo lá. Verifique com cuidado para ver se alguém vive neste local. Se ninguém morar, marque o código (2) – ninguém mora na casa/domicílio vazio e comunique o supervisor.
 - Uma habitação selecionada não é encontrada no grupamento e residentes dizem para você que foi destruído por um incêndio recente. Marque o código (6) – habitação destruída.

III. ORGANIZANDO E SUPERVISIONANDO O TRABALHO DE CAMPO

Atribuição de trabalho para os entrevistadores

Dicas que podem ajudar o supervisor na atribuição de trabalho:

- Faça diariamente trabalho de atribuição. Fique certo que cada entrevistador tenha suficiente trabalho para fazer durante o dia, tendo em conta a duração de uma entrevista e condições de trabalho da área. Supervisor devem aconselhar os entrevistadores de como realizar a entrevista e completar no mesmo dia.
 - Atribua mais que uma entrevista que um entrevistador pode realizar num dia. Isso será necessário porque algumas habitações ou RF podem não estar disponíveis para serem entrevistados no momento da visita. Algumas vezes acontece mais de quatro a cinco casos no mesmo dia. Atribua menos família no início do estudo para dar tempo de realizar discussões e solucionar problemas.
 - Distribua o trabalho de campo entre os entrevistadores. O trabalho deve ser atribuído de acordo com as capacidade e pontos fortes de cada entrevistador mas nunca ser atribuídas cargas mais difíceis para certos entrevistadores. O sorteio das tarefas é um bom sistema para garantir a distribuição aleatória. Maus sentimentos entre os entrevistadores devem ser evitados usando sistema de sorteio. Se um entrevistador for azarado e for sorteado para tarefas difíceis, o supervisor pode propositadamente alterar algumas tarefas para mais fáceis.
 - Tenha certeza que cada entrevistador tenha todas informações e materiais necessários para seu trabalho atribuído.
-

- Mantenha registros completos de trabalho de cada entrevistador cada dia usando as Folhas de Progresso do entrevistador (FP). Todas atribuições e trabalhos completados realizados por cada entrevistador devem ser cuidadosamente monitorados para ter precisão e abrangência.
- Tenha certeza que todos RF elegíveis para amostra (com ou sem BF) sejam entrevistados antes de deixar a área de trabalho de campo.
- Finalmente, é de responsabilidade do supervisor e pesquisador responsável ter certeza que os entrevistadores entenderam as instruções e orientações e que os mesmos cumpram os horários de trabalho. O horário de trabalho será preparado baseado em agendamento com os líderes comunitários com a orientação do Presidente do Conselho de Desenvolvimento da Comunidade. A adesão ao horário é fundamental para evitar desperdícios físicos e humanos. O supervisor também deverá monitorar o trabalho de cada entrevista para determinar se está de acordo com a realização dos padrões pré-estabelecidos para esta pesquisa - por exemplo, através do GPS.

Reduzindo não-respostas

Um dos mais sérios problemas em uma pesquisa por amostragem é a não resposta que é uma falha de obter informação do RF elegível. Um sério viés poderia resultar se o nível de não respostas fosse alto. Um dos mais importantes deveres do supervisor e do pesquisador responsável é tentar minimizar este problema e obter a mais completa informação possível. Em muitos casos, os entrevistadores precisarão retornar à famílias em outros horários, dias ou semanas para reduzir a taxa de não resposta. Esta é uma tarefa que consome tempo e requer acompanhamento rigoroso por meio de controle usando as FP.

- As não respostas podem ser classificadas em três tipos básicos:

Tipo 1: o entrevistador não é capaz de localizar a família selecionada

Tipo 2: o entrevistador não é capaz de localizar o RF elegível para a entrevista

Tipo 3: o respondente recusa ser entrevistado.

A seguir são dadas sugestões para auxiliar na resolução dos casos de “não resposta”:

Tipo 1: o entrevistador não é capaz de localizar a família selecionada

- a) *Habitação inacessível.* Pode haver algumas estruturas nas quais o entrevistador não pode chegar porque é impossível rodar, ou passar, etc. O entrevistador deverá ser instruído a guardar o questionário até mais tarde. Ele ou ela deverão fazer mais uma tentativa de chegar a habitação em uma data posterior quando a situação pode ter mudado. O supervisor deverá informar imediatamente ao pesquisador responsável de qualquer dificuldade de acesso a qualquer família.

- b) *Habitação não encontrada.* O supervisor deverá ter certeza que o entrevistador tentou várias vezes localizar a habitação usando a colaboração do líder da comunidade, listagem, mapa, GPS, etc. Se assim mesmo não tiver sucesso, o pesquisador responsável deverá se comunicar.
- c) *Habitação vazia, não residencial ou demolida.*

Se o entrevistador indicar que a habitação não é uma residência, foi demolida ou está vazia, o supervisor deverá verificar o caso com o líder da comunidade.

Tipo 2: o entrevistador não é capaz de localizar o RF elegível para a entrevista

- a) *Ninguém em casa no momento.* O entrevistador deverá conversar com os vizinhos para tentar encontrar o RF. Pelo menos três visitas deverão ser realizadas por família/unidade amostral. Algumas vezes é necessário marcar ou agendar horário pela manhã, tarde ou no final de semana. Entretanto o entrevistador não deverá marcar as entrevistas apenas para preencher a cota das três visitas. Sob nenhuma circunstância é aceitável fazer três visitas num mesmo dia.
- b) *O respondente está temporariamente ausente.* O RF não está em casa ou não pode responder a entrevista no primeiro momento. O entrevistador deverá conversar com alguém – de preferência o líder da comunidade, para realizar contato e agendar a entrevista. Se RF ainda não estiver em casa na segunda visita – deverá entrar novamente em contato com o líder da comunidade e agendar novo horário. Pelo menos três tentativas deverão ser feitas para localizar o RF. Se o entrevistador não conseguir completar a entrevista durante a visita inicial, ele deverá agendar outra visita para finalizar.

Tipo 3: o respondente recusa ser entrevistado.

O número de recusas relatadas por cada entrevistador deverá ser monitorada cuidadosamente. Se um entrevistador relatar um número muito grande de recusas, isto pode indicar que ele ou ela estão esclarecendo sobre a pesquisa de forma inadequada. Se isto acontece, o supervisor ou o pesquisador responsável deverão observar e orientar o entrevistador prontamente.

Seguem sugestões para lidar com possíveis recusas:

- a) *Abordagem do entrevistador.* Recusas podem decorrer de equívocos sobre a pesquisa ou outros preconceitos. O entrevistador deverá considerar o ponto de vista do RF, adaptar e refazer. Se houver barreira linguística entre o RF e o entrevistador, o supervisor deverá enviar outro entrevistador para completar o questionário.
-

- b) *Adiamento da entrevista para outro dia.* Se o entrevistador sentir algum inconveniente ou ser aquele um momento difícil, deverá tentar interromper a entrevista antes que o RF diga para parar. O entrevistador marcará a entrevista para outro dia e completará o questionário.
- c) *Cuidados durante a entrevista de campo.* O conhecimento, habilidade e maturidade do supervisor e do pesquisador responsável podem ser necessários para completar uma entrevista difícil quando o entrevistador não for capaz de executar.

Manutenção e entrevistas pendentes

Quando a informação não é bem coletada do RF e com as visitas de retorno o questionário não é completado, a entrevista é considerada “pendente”. Todos materiais pertencentes ao entrevistado/RF devem permanecer com o entrevistador até completar a entrevista pendente. O supervisor e pesquisador responsável devem manter o controle de todas atribuições dadas aos entrevistadores através da FAS.

Para completar as entrevistas pendentes deverá ser realizado um planejamento cuidadoso. Se houverem entrevistas pendentes numa área num momento/dia, elas podem ser atribuídas a outros entrevistadores para completar as entrevistas que restam. Desse modo, a equipe não ficará esperando os outros entrevistadores. Instruções claras deverão ser dadas para os entrevistadores a respeito de onde e quando se reunir com a equipe e que meio de transporte deverão utilizar.

Manutenção da motivação e moralidade

O supervisor e o pesquisador responsável tem um papel importante e na criação e manutenção da motivação e moralidade entre os entrevistadores – dois elementos que são essenciais para uma boa qualidade de trabalho. Para que isto seja alcançado é necessário certificar-se que os entrevistadores:

- Entendam o que é esperado deles
- Sejam devidamente orientados e supervisionados em seu trabalho
- Recebam reconhecimento pelo bom trabalho
- Sejam estimulados a melhorar o seu trabalho
- Tenham trabalho em condições tranquilas e seguras.

No trabalho com entrevistadores pode ser útil seguir os princípios:

1. Ao invés de dar ordens diretas, tentar ganhar o cumprimento voluntário antes de exigir isso.
 2. Sem perder a autoridade, tentar envolver os entrevistadores na tomada de decisão e ao mesmo tempo, fazer com que a decisão permaneça a mesma.
 3. Ao apontar um erro, fazer com tato, de forma amigável e em particular. Ouça o entrevistador, suas explicações e mostre que está tentando ajudar para resolver o problema juntos.
 4. Quando os entrevistadores se queixarem, ouvir com paciência e tentar resolver.
 5. Tente promover o espírito de equipe e trabalho em grupo.
-

6. Em nenhuma circunstância mostrar preferência por um ou outro dos entrevistadores.
7. Tente desenvolver uma atmosfera amigável e informal.

Por fim, lembre-se que palavras encorajadoras, instruções e críticas construtivas não valem nada a menos que o supervisor e pesquisador de responsável deem bons exemplos. É importante demonstrar pontualidade, entusiasmo e dedicação, a fim de exigir o mesmo de outros membros da equipe. Nunca dê a impressão de que você está trabalhando menos do que outros membros da equipe, ou que você está ganhando especiais privilégios; isso pode produzir uma falta de fé no projeto e causar descontentamento geral. Um supervisor ou pesquisador mal preparado não será capaz de exigir trabalho de alta qualidade a partir de entrevistadores e vai perder credibilidade e autoridade. Moral e motivação para o entrevistador dependem da moral e motivação do supervisor e pesquisador responsável.

IV. FOLHAS DE CONTROLE PARA MANUTENÇÃO DO TRABALHO DE CAMPO

O controle do trabalho de campo com amostras realizado através do uso de folhas de desenvolvimento para as atribuições dos entrevistadores. Três formas são usadas para manter o controle dos questionários e medidas de progresso:

1. Folha de atribuição do supervisor - FAS
2. Folha de atribuição do entrevistador - FAE
3. Folha de progresso do entrevistador - FP

Folha de atribuição do supervisor - FAS

Uma FAS deve ser preenchida pelo supervisor para observar o desenvolvimento da pesquisa.

O primeiro passo é completar a FAS com a identificação do CRAS do RF. O próximo passo é registrar a identificação do RF – nº do domicílio (coluna 1), endereço (coluna 2) e nome do RF (coluna 3). Após registrar o nome do entrevistador e tarefas a ele atribuídas (coluna 4), os resultados das entrevistas (coluna 5), se os dados foram completados (coluna 6), datas de retorno quando precisar voltar (coluna 7) e observações caso existam (coluna 8).

Várias páginas serão necessárias para listar todos os domicílios/RF entrevistados de acordo com a distribuição dos CRAS do município (por exemplo: são cinco CRAS – identificar o CRAS, página 1 de 5. P. 2 de 5 etc). Todos os dados deverão ser preenchidos nas linhas correspondentes a orientação do topo da coluna.

O supervisor preencherá a FAS de acordo com as responsabilidades atribuídas aos entrevistadores. É De responsabilidade do entrevistador: realizar a entrevista segundo o Manual do Entrevistador e retornar o questionário completo para pesquisador responsável ou supervisor. Seguem orientações para o supervisor.

Primeiro revise o material:

- FR/TCL e tablet
 - Questionário completado
-

- Se a entrevista não foi completada

Segundo, copiar as informações do questionário quanto aos resultados da entrevista.

Terceiro, registrar se o RF foi reagendado junto ao Líder Comunitário ou se o supervisor deverá marcar nova visita com o Líder Comunitário.

Sempre iniciar uma FAS separada de acordo com a região do CRAS.

Folha de atribuição do entrevistador - FAE

A FAE é similar a FAS. Orientação de preenchimento da FAE está descrito no Manual do Entrevistador.

Folha de progresso do entrevistador - FP

O supervisor manterá uma FP para cada entrevistador. Ao final de cada trabalho de campo o supervisor atualizará a FP e manterá até o final da pesquisa para serem incluídas nos documentos da pesquisa.

A FP serve para orientar e mensurar o supervisor quanto ao desenvolvimento do entrevistador. Podem ocorrer discórdias na equipe quando um entrevistador trabalha muito menos. Nestes casos a FP auxilia a identificar e avaliar o desenvolvimento do entrevistador e suas razões. Da mesma forma, a FP identifica se um entrevistador tem mais “não-respondentes” ou recusas que outra equipe. Em tais casos, deve-se apurar cuidadosamente – verificar se é por negligência do entrevistador e conversar com ele ou o problema é outro. Caso o entrevistador seja a causa das faltas de respostas, o supervisor terá uma conversa séria, sugerindo formas para melhorar e orientando a ter melhor desempenho. Se o entrevistador não cooperar, o caso deve ser repassado ao pesquisador responsável.

Atribuindo uma FP para cada entrevistador

O supervisor preencherá:

Coluna 1: o número do código da família/RF

Coluna 2: número/soma cumulativo de entrevistas COMPLETADAS

Coluna 3: número/soma cumulativo de entrevistas INCOMPLETAS

Ao final da FP, com todas as Colunas 1 preenchidas, colocar o resultado cumulativo no total da folha – completo e incompleto.

Os valores acumulados tornam possível verificar a qualquer momento o número de entrevistas atribuído a um entrevistador e os resultados de seu trabalho. O pesquisador responsável e supervisor de campo também podem verificar para ver se a carga de trabalho e as taxas de conclusão são aproximadamente as mesmas entre todos os entrevistadores.

V. MONITORANDO O DESEMPENHO DO ENTREVISTADOR

Controlar a qualidade dos dados é função importante do pesquisador principal e supervisor. Ao longo do trabalho de campo será responsável por observar as entrevistas e realização das edições de campo. Ao verificar se os entrevistadores estão trabalhando regularmente, o supervisor pode garantir a qualidade dos dados durante a coleta. No início os entrevistadores podem cometer erros devido a falta de

experiência ou falta de familiaridade com o questionário que podem ser corrigidas. Ao final, a pesquisa pode se tornar aborrecida e levar a antecipação do trabalho de campo. A falta de atenção aos detalhes pode resultar em menor qualidade de dados. O supervisor deve verificar constantemente o desempenho dos entrevistadores.

Observando os entrevistadores

A finalidade da observação é avaliar, melhorar o desempenho e procurar erros equívocos dos entrevistadores que possam ser detectados e corrigidos durante a edição e execução das entrevistas. O supervisor deve observar o entrevistador varias vezes durante o desenvolvimento das entrevistas. Isto pode ser realizado utilizando um GPS. Sempre que possível o supervisor deve observar o entrevistador nos primeiros dias de campo para capturar erros imediatamente e solucionar. O supervisor deve tentar observar uma entrevista por dia.

Durante a entrevista, o supervisor deve sentar-se o mais próximo possível do entrevistador para observar sua escrita, verificar sua interpretação e escrever notas para serem discutidas mais adiante. O supervisor não deve intervir durante a entrevista, somente em casos graves.

Após cada observação o supervisor deve discutir com o entrevistador quanto ao seu desempenho comentando sobre erros e acertos.

Avaliando o desempenho do entrevistador

O supervisor deve semanalmente discutir com os entrevistadores quanto ao desempenho e qualidade de trabalho de campo. Na maioria dos casos os erros podem ser corrigidos através de discussões em equipe nas reuniões. Os erros devem ser reais e discutidos em grupo tendo cuidado para não constranger o entrevistador. Relendo o Manual do Entrevistador pode ajudar a solucionar problemas. Os entrevistadores podem ser motivados a falar sobre situações especiais ou dificuldades encontradas durante o trabalho de campo que foram não contempladas no Manual do Entrevistador. O grupo pode discutir a solução encontrada, se foi adequada ou não, e como farão no futuro. As equipes podem aprender muito nessas reuniões e devem se sentir livre para comentar seus próprios erros. O supervisor deve estar preparado para disponibilizar tempo para as reuniões. Enquanto a qualidade de trabalho não for alcançada, as entrevistas devem ser estagnadas. Em alguns casos o entrevistador deve ser substituído – se aplica em coleta desonesta de dados.

Re-entrevistando

A função mais importante do supervisor é verificar se a informação está correta. Uma ferramenta poderosa na verificação da qualidade de dados é identificar/verificar sistematicamente. Isto pode ser feito conduzindo uma pequena re-entrevista nos casos de questionários incompletos e verificando os resultados com os coletados pelo entrevistador. Re-entrevistar ajuda a reduzir problemas que afetam a acurácia dos dados da pesquisa.

Uma ferramenta poderosa no controle da qualidade dos dados para o supervisor é verificação sistemática da informação pontual. Isto pode ser feito com uma re-entrevista ao RF quando implicar na precisão dos dados coletados.

- O entrevistador pode entrevistar outra pessoa e não o RF
- O entrevistador localizou uma família errada
- O entrevistador próprio preencheu as informações

Estes erros podem ser resolvidos com re-entrevistas e verificando-se como o líder do bairro.

VI. EDITANDO OS QUESTIONÁRIOS/tablets

Uma vez que os erros tornam a análise dos dados muito mais difícil, a equipe de processamento de dados tem um programa de computador que irá verificar cada questionário e imprimir uma lista de todos os erros. Se os erros forem grandes, um questionário inteiro pode ser omitido da análise. Como você está editando questionários em campo, ele pode ajudar a tentar imaginar como o questionário ficaria com um funcionário no escritório. Será que ele ou ela será capaz de ler as respostas? As respostas estão consistentes?

Instruções gerais

- Na FR, marcar uma caneta VERMELHA quando a informação estiver incorreta ou duvidosa e escreva anotações. Dessa forma o problema pode ser facilmente encontrado e resolvido. Quando tiverem sido concluídas as edições, discuta com o entrevistador individualmente. Qualquer erro encontrado com frequência deve ser discutido com a equipe.
- Se os problemas forem maiores, será necessário voltar ao entrevistado. Se não for possível, tentar solucionar com o entrevistador, às vezes este pode nos ajudar.
NOTA: SOB NENHUMA CIRCUNSTÂNCIA MARQUE UMA RESPOSTA
- Se não for possível retornar ao RF para resolver inconsistências ou falta de informação em seguida, deixe os itens como eles estão. Não tente preencher todas as perguntas para tornar o questionário do tablet consistente.
- Todos os questionários para um determinado grupo que for editado e corrigido devem ser organizados em ordem numérica de acordo com o código da família ou o número de habitação.

Editando o questionário

Verifique para ver se as instruções foram seguidas, que as respostas são de fácil leitura, e que as respostas a perguntas relacionadas são consistentes. Na edição da Folha de Rosto (FR) e do questionário/tablet ao RF, é importante seguir as orientações.

Folha de Rosto/FR

- a) Verifique se as informações da FR foram concluídas corretamente:
 - a. Identificação do domicílio
-

-
- b. Identificação da família
 - c. Entrevistado
 - d. Entrevistador
- b) Código da informação na página de rosto: verifique se o entrevistador não o fez. Se o código de resultado final não é "1" (completado), verifique se as páginas restantes estão em branco. Se o código de resultado final é "1", continue a verificar o restante da FR.
 - c) Verifique se o ACEITE DO RESPONDENTE da FR foi assinado pelo entrevistador.
 - d) Verifique se as informações do TCL foram corretamente preenchidas.
 - e) Verifique se o TCL foi assinado pelo entrevistador e pesquisador responsável.

Tablet

- a) Verifique se as informações de Identificação foram completadas
 - a. Identificação da família
 - b. Identificação da equipe da pesquisa
- b) Verifique se as informações na sessão "B" – Características Sociodemográfica da Família estão completas
 - a. Caracterização sociodemográfica
 - b. Condicionais
- c) Verifique se as informações na sessão "C" – Características Socioeconômicas da Família estão completas
 - a. Caracterização socioeconômica
 - b. Escolarização
- d) Verifique se as informações da sessão "D" - Autopercepção e Impactos em Saúde Bucal estão completas
 - a. Dor de dente
 - b. Saúde Bucal
- e) Verifique se as informações da sessão "E" – Morbidade Dentária Referida e Uso de Serviços estão completas
- f) Verifique se as informações da sessão "F" – Qualidade de Vida estão completas

Organizando os questionários: FR e tablets

- Recolha todos os tablets e equipamentos, FR, documentos e materiais entregues aos entrevistadores.
 - Certifique-se que o entrevistador assinou o protocolo de devolução.
 - Coloque todas as FR individuais dentro de seus respectivos envelopes identificados. Organize em ordem crescente de acordo com o código da família.
 - Verifique as folhas de atribuição do entrevistador e compare com a do supervisor:
 - Número correto de FR devolvidas e entrevistas realizadas pelo tablet
 - Os códigos dos resultados finais das famílias estão corretos
-

Lembre-se que deve haver um questionário individual atribuído a cada entrevistado elegível/RF, mesmo se a entrevista não foi realizada. Estes questionários ficarão em branco com exceção das informações referentes à identificação e os códigos de resultado.

Encaminhando as FR e dados para banco de dados

Depois do controle acima descrito ter sido concluído, o supervisor de campo deve colocar todas as FR, documentos, tablets, mapas fornecidos aos entrevistadores em envelopes em locais de acondicionamentos indicados. Na parte externa do envelope deve colocar uma etiqueta com o nome da pesquisa, do pesquisador responsável, do supervisor, dos colaboradores, do município, o número de Folhas de Rosto referentes aos RF da pesquisa e ano. Se os questionários não couberem em um envelope, deve-se usar dois ou mais e escrever ENVELOPE 1 DE 3, envelope 2 de 3, etc. na parte externa de cada envelope. Este procedimento é importante para proteger e manter os documentos íntegros, pois deverão ficar arquivados por 5 anos no Departamento de Saúde coletiva da UFRGS.

REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, S. D. V. À. S., SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Manual do Coordenador Municipal. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, C. N. D. S. B.: Brasília-DF, Ministério da Saúde: 21 p. 2009.

INTERNATIONAL., M. AIDS Indicator Survey: Supervisor's and Editor's Manual MEASURE DHS Calverton. USA, Maryland: Macro International Inc., 2007

8.8 Manual do entrevistador

EFEITO DA BOLSA FAMÍLIA NA SAÚDE BUCAL PARA A POPULAÇÃO DE BAIXA RENDA DO MUNICÍPIO DE SÃO LEOPOLDO

MANUAL INSTRUTIVO DO ENTREVISTADOR SOBRE AS BOAS PRÁTICAS EM CAMPO

Território/localidade: Domicílios situados nas comunidades do Município de São Leopoldo-RS.

RESUMO: Para conduzir uma pesquisa em domicílios, entende-se como necessário que o(a) pesquisador(a) adote uma série de boas práticas que devem estar de acordo com aspectos éticos com os entrevistados, para não fugir do profissionalismo e tampouco, apresentar uma conduta dita como "não apropriada" para com os sujeitos sorteados na pesquisa em questão. A elaboração desse manual foi feita visando o bem estar e segurança dos entrevistados e entrevistadores, com orientações ao entrevistador(a) a cerca de dúvidas sobre o processo de entrevista.

Palavras chaves: Saúde Pública; Saúde Bucal; Manual Instrutivo.

INTRODUÇÃO:

O presente manual visa apontar a importância de certos comportamentos sociais e técnicas, metodológicas, para a realização de uma boa entrevista social nas diversas fases da pesquisa. Sendo assim, procuramos orientar quanto aos procedimentos de boas práticas.

Lembre-se: o mote desta pesquisa visa verificar o efeito da política do Governo Federal Brasileiro de transferência direta de renda para famílias em situação de pobreza e extrema pobreza. Outros países no mundo também possuem políticas similares e tais resultados podem ser úteis fora do Brasil.

1- APRESENTAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DA POPULAÇÃO:

O entrevistador deve conhecer territorial geograficamente além de características sociodemográficas e alguns breves indicadores de saúde da população. Tal conhecimento servirá para evitar comportamentos de surpresa frente ao desconhecido, mas não deve servir para normalizar (banalizar) problemas cotidianos da população. O entrevistador deve se solidarizar com a população.

2- CARACTERÍSTICAS DA OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO SUS EM SAÚDE BUCAL DO MUNICÍPIO

(descrever os serviços de saúde bucal de São Leopoldo, para fins de esclarecimento, pois lembre-se

AS BOAS PRÁTICAS NOS DOMICÍLIOS

3- A ENTREVISTA:

Possivelmente surgirão dúvidas oriundas dos entrevistados sobre a oferta de serviços de Saúde Bucal do SUS, o projeto piloto nos revelou esta questão. Uma gama de dúvidas sobre assistência social também pode surgir durante a entrevista.

Esteja munido deste documento para fornecer orientação para os entrevistados como uma forma de cortesia, e ainda auxiliando no empoderamento da população a cerca de cuidados básicos em saúde bem como fomentando o autocuidado. Há um folder feito sobre isso que deve ser entregue às famílias.

3.1- Antes da Entrevista:

- Vista-se adequadamente. Evite roupas muito curta ou chamativas. Não é necessário se vestir como as pessoas locais, mas não use brincos, colares, relógios vistosos. Evite shorts e roupas que mostram tatuagens. É possível usar roupas leves para o calor, neste caso, bermudas e saias longas.
- certifique-se de usar colete e crachá de identificação
- certifique-se de levar o tablet carregado e as cartelas/planilhas de respostas
- seja pontual com os colegas. Se não puder chegar no horário, combine que antecedência.
- verifique a previsão do tempo. Se houver risco de chuva, leve guarda-chuva. Se houver previsão de sol, leve o boné e protetor solar. Previsão de chuva não impede coleta, é sensato avaliar a situação in loco.
- leve telefone de contato para caso de emergência. Evite levar seu smartphone, se possível. Não use o smartphone dando "bandeira", o risco de roubo existe em qualquer lugar.
- não faça coleta de dados sozinho(a), as duplas/trios devem se separar para as entrevistas dentro das casas e não separar a equipe na rua.

3.2- Durante a Entrevista:

- Para iniciar a entrevista, seja simpática(o), crie empatia com o entrevistado falando do tempo em geral (não do calor/frio da casa). Você pode elogiar alguma planta ou árvore ou jardim. Procure temas neutros em que haverá concordância.
 - Evite questões e assuntos que podem ser polêmicos: religião, crenças ou motivações pessoais. Se o entrevistado(a) fizer alguma referência respeite a opinião, pode concordar com o mesmo, mas deixe claro que a sua opinião não é importante e não é necessária. Procure manter imparcialidade e prossiga a entrevista dizendo "-sim, aha, mas voltando a pergunta";
 - Não faça perguntas de cunho pessoal e ou íntimo, isso é invasivo;
 - Não fazer citações sobre assuntos de ordem política;
 - Procure orientar o entrevistado/respondente se por ventura ele solicitar alguma orientação referente aos serviços de saúde oferecidos pelo Sistema Único de Saúde em Saúde Bucal do seu município;
 - Não faça comentários sobre assuntos culturais (música, dança, piadas, etc);
 - Evite ao máximo fazer qualquer juízo de valor a cerca de qualquer assunto;
 - Se o respondente estiver em pé, fique de pé, se estiver sentado, fique sentado.
 - Ressaltar que a entrevista é de caráter voluntário
 - Procure uma postura motivada, sorria, mostre que você gosta do trabalho que está fazendo e que o mesmo é importante.
 - Evite interromper seu colega se ocorrerem entrevistas concomitantes nos domicílios. Nunca corrija o companheiro(a) na frente do respondente. Faça o comentário diretamente após e consulte o coordenador geral.
 - Nunca levante o volume da sua voz.
 - Estando em duplas ou trios, o ideal cada um conduzir uma entrevista concomitante com algum integrante da família.
 - Selecione um local calmo e privado. EVITE fazer a entrevista de um membro da família na frente dos demais. Explique a o questionário é individual e as informações são sigilosas, para que cada pessoa tenha liberdade de responder o que quiser.
 -
-

EXEMPLO DE UM BOM INÍCIO DE DIÁLOGO JÁ NA PORTA DO DOMICÍLIO PARA BUSCAR O CONVENCIMENTO:

(Toque na campainha, bata na porta, ou bata palmas no portão)
-Bom dia; boa tarde, Sr. e ou Sra., aqui é a residência

-Nós somos pesquisadores da Universidade Federal do Rio Grande de Sul UFRGS, de Porto Alegre, tudo bem?

-Estamos realizando uma pesquisa sobre saúde bucal de famílias inscritas no Cadastro Único. A sua família foi selecionada, e sua participação é importante para nós. Estamos procurando pelo "Nome do RF sorteado" Podemos conversar?

(se a pessoa não aceitar, tente dar mais informações)

Tentativa 2:

- A informação da sua família é muito importante e, de acordo com o protocolo da pesquisa, não posso substituir o(a) senhor(a).

Tentativa 3:

- olha só, a entrevista dura mais ou menos uns 20 a 30 minutos, e anotamos as respostas nesse Tablet.

Tentativa 4:

- seria possível alguma outra pessoa da família responder? Se o senhor não puder, podemos agendar outra hora em outro dia, não queremos lhe incomodar.

3.3- Após a Entrevista:

Ao final do turno, anote todos acontecimentos inesperados e situações que necessitam ser discutidas.

(preencher com mais coisas a fazer)

BIBLIOGRAFIAS:

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade. 6a Edição. Petrópolis: Editora Vozes, 1996.

FARIA, Rivaldo. ESPAÇO, TERRITÓRIO E SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES DE MILTON SANTOS PARA O TEMA DA GEOGRAFIA DA SAÚDE NO BRASIL. Curitiba, n. 17, p. 31-41, 2009. Editora UFPR

MONKEN, Mauricio. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2008.

BONI, Valdete. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. Santa Catarina. Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC Vol. 2 nº 1 p. 68-80, 2005.

MACRO, I. AIDS Indicator Survey: Interviewer's Manual. In: MACRO, I. (Ed.). U.S.A. MEASURE DHS Calverton, Maryland, 2010.

CARDOZO, D. D. MANUAL DE CAMPO -PRESENÇA E EXTENSÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS PÚBLICOS DE PORTO ALEGRE E SUA RELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL DOS USUÁRIOS: Universidade Federal do Rio Grande do Sul -Faculdade de Medicina: 22 p. 2011

8.9 Manual do supervisor



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

MANUAL DE CAMPO

**EFEITO DA BOLSA FAMÍLIA NA SAÚDE BUCAL PARA A POPULAÇÃO DE BAIXA
RENDA DO MUNICÍPIO DE SÃO LEOPOLDO**

MANUAL DO ENTREVISTADOR

Porto Alegre, 20 de setembro de 2014

SUMÁRIO

EFEITO DA BOLSA FAMÍLIA NA SAÚDE BUCAL PARA A POPULAÇÃO DE BAIXA RENDA DO MUNICÍPIO DE SÃO LEOPOLDO	1
I – INTRODUÇÃO	3
Objetivos	4
Números da amostra	4
Medidas e Instrumentos	4
Equipe Do Projeto	5
O entrevistador	5
Treinamento dos entrevistadores	5
Lista de itens	5
Supervisão das entrevistas	6
Organização das saídas de campo	7
Regulamentos da pesquisa	8
Assédio sexual	8
II – CONDUZINDO UMA ENTREVISTA	9
Construindo harmonia com o respondente	9
Sugestões para conduzir a entrevista	10
Linguagem do entrevistador	12
III – PRODECIMENTOS DE CAMPO	12
Atividades preparatórias e atribuição de papéis	12
Contatando os domicílios	14
Verificando questionário completo	18
Retornando aos trabalhos atribuídos	18
Qualidade dos dados	18
IV PROCEDIMENTOS GERAIS PARA COMPLETAR O QUESTIONÁRIO	18
Perguntando questões	19
Registrando respostas	19
Corrigindo erros	19
Seguindo instruções	20
V. SÍNTESE	20
Folha de Rosto	20
Completando o questionário	20
Dicas de abordagem às famílias	20
Aceite da Pesquisa	21
Consentimento informado (TCLE)	21
Instrução de preenchimento	22
Dicas para aplicação do questionário	22
Dicas para preenchimento do questionário	23
VI. INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS PARA CADA SESSÃO DE PERGUNTAS DO QUESTIONÁRIO	24
Bibliografia	24

Esta pesquisa conta com um questionário que será aplicado em domicílios previamente mapeados. O respondente será o gestor do benefício ou Responsável pela Família (RF) do Programa Bolsa Família (PBF) que normalmente é a mulher, isto é, aquela pessoa que tem seu nome no cartão do PBF ou ainda a pessoa da lista da amostra/unidade amostral que será aquela cadastrada elegível ao Bolsa Família (BF), mas que não recebe o benefício – esta deverá ter um documento com fotografia comprovando identificação, preferencialmente a Carteira de identidade.

Serão formadas equipes com dois (02) entrevistadores e um supervisor e realizadas oficinas com as equipes para esclarecer dúvidas com o supervisor/coordenador de campo.

Os dados coletados serão as respostas marcadas no questionário/tablet e após tabuladas formarão um banco de dados que poderá ser utilizado por outros pesquisadores. Para tanto, é muito importante que todas as questões sejam preenchidas. Em caso do entrevistado não compreender a pergunta, é muito importante repetir a questão de forma simplificada e então completar a informação. Os dados devem ser verdadeiros para refletir a realidade da pesquisa.

Objetivos

O objetivo principal desta pesquisa de campo é coletar informações referentes à saúde bucal/dor de dente do RF da família cadastrada, elegível e beneficiada do PBF, como também do RF cadastrado, elegível e não beneficiado com o PBF para gerar banco de dados para estudos.

Além disso, outros dados serão coletados indiretamente relacionados com saúde da pessoa de referência:

- Informações dos componentes das famílias
- Características
 - socioeconômica
 - sociodemográfica
 - qualidade de vida
- Utilização
 - de sistema de saúde
 - do benefício de Transferência de Renda (TR)

Números da amostra

- ⇒ Pessoas elegíveis que recebem o BF – 2027 RF
- ⇒ Pessoas elegíveis que não recebem o BF – 716 RF

Medidas e Instrumentos

Questionário geral estruturado

-
- Variável principal de estudo: dor de dente (ANTUNES J. L. F, 2006).
 - Variáveis secundárias: socioeconômica, sociodemográfica, saúde bucal, acesso aos serviços odontológicos e qualidade de vida.

Equipe Do Projeto

O projeto tem como coordenador geral o Prof. Roger Keller Celeste, MSc., PhD. do Departamento Odontologia Preventiva e Social e do Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. A supervisão de campo está a cargo da doutoranda do mesmo programa Profa. Irene Fanny Ritzel, Ma. Os professores colaboradores serão Prof. Fernando Neves Hugo, Me., Dr. e Profa. Juliana Balbinot Hilgert, Ma., Dra.

Além destes, atuam no projeto 14 entrevistadores, estudantes de graduação da Faculdade de Odontologia, bolsistas.

O entrevistador

Você é um importante membro deste trabalho. O sucesso dependerá da qualidade das informações constatadas nos questionários.

A sua responsabilidade e da sua equipe será:

- Localizar os domicílios e aplicar o questionário
- Identificar o gestor do benefício/RF da Bolsa Família (BF)
- Identificar e pessoa RF cadastrada, elegível beneficiada ou não beneficiada do PBF
- Verificar se todas as informações estão corretas
- Verificar se a FR está legível e correta
- Verificar se o questionário foi completado, e
- Retornar a visitar o domicílio no caso de não encontrar o RF presente no dia da entrevista.

Repetir três (03) vezes este procedimento. Se a meta não for atingida, informar imediatamente seu supervisor – é muito importante o contato com o gestor do cartão BF ou e pessoa RF cadastrada elegível beneficiada ou não beneficiada do PBF.

Caso não haja o domicílio, consultar o supervisor da equipe.

Treinamento dos entrevistadores

Serão realizadas oficinas para treinamento em entrevista. Alguns terão mais facilidade de entrevistar, outros aprendem com a experiência, por isso, será importante ler este manual antes dos treinamentos para relembrar estratégias de ação propostas por esta pesquisa de campo. Isto vai lhe trazer segurança no momento da localização dos domicílios e execução do questionário, facilitando seu trabalho.

Você receberá uma pasta contendo materiais e instrumentos. Sempre faça uma conferência antes de sair para fazer a Pesquisa de Campo que deve ser devidamente protocolada em PROTOCOLO DE ENTREGA E RECEBIMENTO – PER do supervisor, de materiais e instrumentos da pesquisa.

Lista de itens

- Folha de Rosto (FR) por RF
-

- 01 tablet/pad
- 01 carregador de bateria
- Lista de grafia e padrão das unidades amostradas
- Manual do entrevistador
- Folha de Atribuição do Entrevistador (FAE)
- Folha de Trabalho (FT)
- Folha de Retorno (FR)
- Folha de materiais (FM)
- Folha de Progresso do Entrevistador (FP)
- Termo de consentimento por RF
- Mapa de localização
- Crachá
- Saco plástico de polipropileno – PP, cristal transparente, 210 x 297 mm.
- Passagem para locomoção
- Colete de identificação da UFRGS
- Folheto explicativo saúde bucal: noções de saúde bucal e informações de locais de serviços de saúde.
- Envelope pardo grande
- Etiquetas de identificação: domicílio/RF e equipe de campo

Além destes materiais leve também:

- Prancheta
- Caneta Azul
- Celular
- Garrafa de água
- Boné e protetor solar
- Algum dinheiro para situações de emergência (R\$ 10,00).

O treinamento é um processo contínuo. Antes dos treinamentos ou da pesquisa de campo, certifique-se que você esteja com todos os materiais imprescindíveis para o seu bom desempenho no trabalho.

As oficinas serão realizadas para o treinamento de aplicação do questionário/tablet para seu colega e vice – versa, até se tornar confortável em falar. Isto esclarecerá dúvidas próprias e/ou de todos participantes.

Também será realizada uma pesquisa primária em que você terá a oportunidade de treinar o questionário na realidade e solucionar mais dúvidas com as equipes durante as próximas oficinas.

Supervisão das entrevistas

Observação e supervisão fazem parte do processo de coleta de dados. Haverá um supervisor que tem um importante papel na continuidade de seu treinamento e assegura a qualidade dos dados. Ele(a) irá:

- Verificar o local de alguns endereços selecionados para entrevistas para assegurar que o RF do domicílio correto foi entrevistado.
 - Revisar cada FR para ter certeza que foram completados de modo consistente.
-

- Observar algumas das suas entrevistas para assegurar que você está questionando de maneira certa e registrando as respostas corretamente.
- Agendar encontros com você em dia de comum acordo para discutir a atuação e orientar trabalhos práticos futuros.
- Ajudar você a resolver qualquer problema que possa ter na obtenção das respostas durante o trabalho nos domicílios, na compreensão do questionário ou nas dificuldades dos respondentes.

Organização das saídas de campo

As saídas ao campo serão subdivididas tanto em grupo como individual:

Saídas em Grupo

- A cada mês, via e-mail, será informada a data/sábado de saída em grupo.
- No momento da saída, os materiais serão distribuídos para o grupo.
- Um dos entrevistadores deve ficar responsável por anotar na “Folha de Materiais” - FM a saída e o retorno de cada material utilizado, com a gerência do supervisor de campo.
- Na maioria das vezes, o local de saída será na sede da pesquisa, localizada no prédio da Faculdade de Odontologia (FO) da UFRGS - Ramiro Barcellos, 2492.
- Seja pontual na chegada ao local combinado, pois sairemos todos de acordo com o transporte disponibilizados especificamente para o deslocamento das equipes.
- Horários a serem cumpridos serão definidos de acordo com a situação da comunidade, climática, geográfica, estratégia de equipe e deslocamento da equipe de campo.
- Durante o trajeto até a comunidade, RELAXE! Curta o passeio e aproveite para conhecer a cidade, pois ao chegar ao local de trabalho a concentração deverá ser total!

Saídas Individuais

- Os grupos de entrevistadores que realizarem saídas individuais deverão buscar o seu material na sede da pesquisa antes de cada saída (sede da pesquisa, localizada no prédio da Faculdade de Odontologia (FO) da UFRGS - Ramiro Barcellos, 2492.
 - O transporte, no caso de saídas de grupos individuais, fica a critério da equipe. A pesquisa fornece passagens para locomoção para cobrir todo trajeto realizado durante cada saída. As passagens devem ser fornecidas pelo responsável na logística da pesquisa, para que seja registrada sua saída.
 - Quanto a dúvidas sobre a localização da área a ser estudada, o entrevistador pode contar sempre com a ajuda dos demais da equipe de pesquisa, podendo entrar em contato com a sede da pesquisa ou com um dos supervisores por telefone se achar necessário.
 - Periodicamente, o grupo de entrevistadores que realizar saídas individuais deverá dirigir-se à sede da pesquisa para entregar as Folhas preenchidas a um dos supervisores de campo. O supervisor revisará e registrará em planilha as Folhas, caso estejam faltando dados não justificados, o entrevistador poderá ter de retornar e finalizar a entrevista.
-

Regulamentos da pesquisa

O pesquisador responsável da pesquisa pode suspender o serviço de qualquer entrevistador que não esteja atuando na qualidade necessária para produzir dados requeridos para alcançar sucesso deste inquérito.

Para a carga de trabalho ser igualmente dividida e ter apoio igualmente compartilhado, seguem regulamentos de pesquisa estabelecidos que serão rigorosamente aplicados:

1. Exceto por doença, qualquer pessoa que se ausentar do dever em qualquer parte do treinamento ou de do trabalho de campo (em um dia todo ou parte do dia) sem aprovação do supervisor ou equipe de pesquisadores poderá ser convidado a se retirar da pesquisa.
2. A seleção da equipe é competitiva e está baseada na atuação, habilidade e resultado de testes que ocorrerão durante o treinamento. Portanto, qualquer pessoa que ajudar ou receber ajuda de outra pessoa durante os testes, será excluída da pesquisa.
3. Durante o período de treinamento e de trabalho de campo, você estará representando a Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Sua conduta deve ser profissional e seu comportamento deve ser amigável com a população. Devemos sempre estar cientes do fato que somente seremos capazes de realizar um bom trabalho com a cooperação das pessoas entrevistadas. Portanto, qualquer membro da equipe que seja agressivo, bruto ou desrespeitoso para com as pessoas no campo de pesquisa poderá ser convidado a se retirar.
4. Para o sucesso da pesquisa, cada equipe deve trabalhar compartilhando nas dificuldades e cooperar. Ajudando um ao outro manteremos as tarefas da equipe de maneira a aumentar a cooperação e boa vontade de todos. Entretanto, qualquer membro da equipe que criar influencia perturbadora na equipe, poderá ser convidado a participar de outra equipe ou poderá ser excluído da pesquisa a critério do pesquisador responsável.
5. É crítico que os dados coletados durante a pesquisa de campo sejam acurados e validados. Para controle da falta de acurácia ou invalidade dos dados, será realizada “fiscalização surpresa”. Entrevistadores poderão ser convidados a se retirarem e demitidos se sua atuação não for considerada adequada para a alta qualidade que esta pesquisa demanda.
6. Passagens de ônibus ou trem serão fornecidas e deverão ser utilizadas exclusivamente para o trabalho de campo. Entretanto, se o membro de alguma equipe for convidado a se retirar, deverá devolver os “tickets” restantes para o diretor da pesquisa.
7. Os dados desta pesquisa são confidenciais. As informações do questionário não podem ser discutidas com qualquer outro membro de sua equipe. Sob nenhuma circunstância a informação confidencial poderá ser passada para terceiros. Nesta política de trabalho, é também importante que você nunca entreviste alguém que possa conhecer e estar participando do inquérito. Pessoas que não respeitarem o sigilo de pesquisa e não mantiverem os dados confidenciais entre a equipe, serão demitidos.

Assédio sexual

Não será tolerado assédio sexual durante o processo da condução dos questionários. É considerado assédio sexual quando há alcance sexual indesejado, requerido por favores sexuais, e outros comentários na ordem sexual ou ações que possam ter a sensação de ofender ou intimidar. O assédio sexual pode prejudicar o desempenho do trabalho. O assédio sexual pode ocorrer entre um homem e uma mulher, entre uma mulher e um homem ou entre dois indivíduos do mesmo sexo.

Para evitar qualquer aspecto de assédio sexual, os indivíduos devem ser cuidadosos para evitar contato físico desnecessário e linguagem sugestiva, mantendo um clima de trabalho profissional durante todo o tempo e deverá imediatamente informar o incidente para seu supervisor ou para o pesquisador responsável.

II – CONDUZINDO UMA ENTREVISTA

Entrevistar com sucesso é uma arte quando não tratada como um processo mecânico. Cada entrevistado é uma fonte de informação, então cada entrevista deve ser interessante e prazerosa. Entrevistar com arte se desenvolve com a prática, para tanto existem princípios básicos a serem seguidos para o sucesso de cada entrevistador. Nesta sessão você irá encontrar linhas gerais que sugerem como conduzir um respondente com harmonia e sucesso durante a entrevista. O questionário traz a maioria das informações necessárias para sua aplicação. Quanto mais familiarizado com ele você estiver, mais fluente será a aplicação!

Construindo harmonia com o respondente

O supervisor atribuirá a um entrevistador para fazer o primeiro contato com cada domicílio selecionado para a pesquisa e identificará o RF/gestor do benefício TR da família cadastrada beneficiada ou não pelo PBF. Se o RF for identificado, o entrevistador realizará o questionário.

Antes de você iniciar o trabalho numa área, o supervisor indicará os *Líderes Comunitários* locais. Para sua identificação e segurança, você também mostrará a carta de apresentação da Pesquisa e o crachá de identificação de entrevistador para este Líder Comunitário. Este líder levará aos domicílios selecionados para a aplicação da entrevista.

O entrevistador deverá ser do mesmo sexo do respondente, caso contrário, o entrevistador passará para outro colega.

Lembre-se que a primeira responsabilidade do entrevistador é estabelecer uma boa harmonia com o respondente. No início da entrevista, você e o respondente são estranhos. A primeira impressão do respondente em relação a você influenciará a vontade dele em cooperar com a pesquisa. Esteja certo que sua maneira de se apresentar refletirá na coleta dos dados – seja amigável.

1- Demonstre uma boa primeira impressão

Quando você chegar ao domicílio, dê o melhor de si para fazer o respondente se sentir a vontade. Inicie a entrevista com um sorriso e cumprimento com um “bom dia” ou “boa tarde”. Com poucas palavras e bem escolhidas, você pode tranquilizar o respondente mostrando o “Folhas de Rosto” referente a esta unidade familiar/RF, o tablet/pad, então inicie a Introdução e termo de consentimento livre e esclarecido.

2- Obtendo o consentimento do respondente para ser entrevistado

Primeiro: Explique a proposta da pesquisa e assegure ao respondente que sua participação é completamente voluntária e que pode recusar responder qualquer questão ou parar a entrevista em qualquer ponto.

Segundo: Você deve obter o Aceite do Respondente (incluso na FR) na participação da pesquisa antes de ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TLCE).

Terceiro: Caso ao respondente concorde em participar, TLCE exatamente como está escrito antes de iniciar a entrevista.

3- Sempre tenha uma abordagem de caráter prático

Nunca adote uma postura de desculpas e não use palavras como “você está muito ocupado?” Tais perguntas podem incitar a recusa do respondente antes de você iniciar. Em vez disso, diga ao respondente “Eu preciso fazer algumas perguntas a você sobre alguns assuntos” ou “Eu preciso falar com você por alguns minutos”.

4- Assegure confidencialidade das respostas

Quando o respondente se mostrar hesitante em relação ao responder para o entrevistador ou perguntar para qual finalidade os dados serão usados, explique que a informação que você coletará permanecerá confidencial. Explique que toda e qualquer informação coletada ficará em segredo – tão pouco os nomes serão usados para qualquer propósito porque todas as informações serão agrupadas para escrever um relatório quantitativo/de números. Atente para que entrevistas e ou resultado de questionários completos nunca sejam mencionados por você para o supervisor ou qualquer outra pessoa em frente a um respondente.

5- Qualquer questão do respondente deve ser respondida francamente

- Antes de concordar de ser entrevistado, o respondente pode perguntar algumas questões sobre a pesquisa ou como ele ou ela foram selecionados para a entrevista. Seja direto e agradável na sua resposta.
- O respondente pode também ficar preocupado com a extensão da entrevista. Se ele perguntar, diga que a entrevista normalmente leva em média 20 minutos. Demonstre sua boa vontade para retornar em outro momento para o respondente responder todas as questões e agende com o líder comunitário. Registre na FR, FAE e TR.
- Respondentes podem perguntar questões ou querer desenvolver tópicos que você levantou durante a entrevista. É importante não interromper o seguimento da entrevista, diga a ele que você ficará feliz em tirar suas dúvidas após a entrevista.
- Se outra pessoa estiver presente, explique para o respondente que algumas questões são privadas e pergunte ao entrevistado quanto ao melhor lugar para falarem sozinhos. Algumas vezes, falar sobre a privacidade deixará os outros mais curiosos, “eles vão querer escutar” - use sua criatividade. Ao estabelecer a privacidade desde o início o respondente ficará mais atento a suas perguntas.
- Se for impossível conseguir privacidade, você deve executar a entrevista com outras pessoas presentes. Entretanto, em tais circunstâncias, é importante lembrar que:
 - Se houver mais que um respondente elegível no domicílio/RF, você NÃO deve entrevistar um na presença do outro.
 - Em todos os casos em que outros indivíduos estejam presentes, tente separar você e o respondente dos outros o quanto for possível.

Sugestões para conduzir a entrevista

1- Seja neutro durante a entrevista

É muito importante que você permaneça absolutamente neutro sobre as questões perguntadas. Muitas pessoas são polidas e tenderão a responder o que eles pensam que você quer ouvir. Nunca, mesmo pela expressão de sua face ou pelo tom de sua voz, permita ao respondente pensar que ele ou ela tenha dado uma resposta “certa” ou “errada”. Nunca demonstre aprovar ou desaprovar qualquer resposta do entrevistado.

As questões foram escritas para serem neutras. Elas não sugerem que uma pergunta é mais importante que outra. Se você falhar ao ler a questão completa, você pode destruir a neutralidade. Sempre leia a questão inteira como está escrita.

Se o entrevistado der uma resposta confusa, tente seguir por outro caminho neutro, perguntando questões como as que seguem:

“Você pode explicar um pouco melhor?”

“Eu não escutei você o bastante, poderia, por favor, repetir?”

“Não há pressa. Pense um pouco mais sobre isso.”

2- Nunca sugira respostas ao entrevistado

Se uma resposta do entrevistado não for relevante para a questão, não o incite ou a ela a dizer alguma coisa.

3- Não mude a redação ou sequencia das questões

A redação das questões e sua sequencia devem ser mantidas. Se o respondente não entender a questão, você repete a questão bem devagar e claramente. Se o problema persistir, você pode reler a questão, tendo o cuidado de não alterar o significado do texto original. Forneça somente o mínimo de informação requerida para conseguir a resposta apropriada.

4- Lidar com respondentes hesitantes delicadamente

- Haverá situações em que o respondente dirá simplesmente “eu não sei”, dará uma resposta irrelevante, ficará entediado, ou poderá contradizer algumas coisas que ele já disse. Nestes casos, você deverá tentar interessá-lo novamente na conversação. Fale sobre coisas não relacionadas à entrevista (ex: sobre atividades diárias, sobre a cidade, etc.).
- Se o entrevistado estiver dando respostas irrelevantes ou elaboradas, não pare abruptamente ou de forma rude, mas escute o que ele tem a dizer. Então tente orientar o retorno a questão original gentilmente. Uma boa atmosfera deve ser mantida durante a entrevista. O melhor ambiente para uma entrevista é aquele no qual o respondente vê o entrevistador como amigo e simpatia, uma pessoa responsável a quem ele pode dizer qualquer coisa sem se sentir intimidado ou envergonhado. Como já indicado anteriormente, o maior problema pode ser a privacidade. Este problema pode ser prevenido se você for capaz de obter uma área privada para conduzir a entrevista.
- Se o respondente estiver relutante ou sem vontade de responder a questão, explique uma vez mais que a mesma questão está sendo aplicada para homens e mulheres de todo o município e que as respostas serão todas unidas. Se o entrevistado ainda refugar, simplesmente marque NÃO SABE/NÃO RESPONDEU e proceda como se nada tivesse acontecido. Lembre-se, o entrevistado não pode ser forçado a dar uma resposta.

5- Não forme expectativas

Você não deve formar expectativas de habilidade e conhecimento do entrevistado. Por exemplo: não defina que homens e mulheres das áreas rurais são menos educados ou iletrados.

6- Não apresse a entrevista

Fale vagarosamente para se assegurar que o entrevistado entendeu o que está sendo perguntado. Após fazer a pergunta, pare e dê ao entrevistado tempo para pensar. Se o entrevistado sentir a pressa ou não for permitido formular sua própria opinião, ele pode

responder com “eu não sei” ou fornecer uma resposta inexata. Se você sentir que o entrevistado está respondendo sem pensar, apenas para acelerar a entrevista, diga ao entrevistado, “Não há pressa. Sua opinião é muito importante, considere suas respostas cuidadosamente”. **Não induza as respostas. Tranquilidade é a chave do sucesso!**

Linguagem do entrevistador

O questionário foi realizado com cuidado, revisado por pesquisadores experientes. Uma das primeiras coisas que você fará quando abordar um domicílio para fazer uma entrevista é observar a forma de comunicação, linguagem e o que é falado por eles. Nós orientaremos como falar para conduzir a entrevista.

Uma dica MUITO IMPORTANTE: para que a entrevista flua com mais rapidez e precisão, é necessário **deixar bem claro o modo de utilização dos tablets**. Explique para o entrevistado que ele deve sempre tentar responder o que lhe vêm primeiro à cabeça quando as respostas são dadas em escala. Comente que o questionário foi feito para avaliar a saúde bucal e diversos tipos de serviço de saúde, sendo possível que algumas perguntas não tenham uma relação com o tipo de serviço utilizado por ele. Deixe claro que ele deve responder às perguntas da melhor maneira, conforme seu entendimento.

III – PRODECIMENTOS DE CAMPO

O trabalho de campo ocorrerá de acordo com a capacidade da equipe e a pesquisa só atingirá sucesso se cada membro de entrevistadores entenderem e seguirem corretamente os procedimentos de campo. Esta sessão revisa estes procedimentos e descreve procedimentos próprios para receber os trabalhos atribuídos e na manutenção dos registros dos domicílios selecionados.

Atividades preparatórias e atribuição de papéis

Folha de Atribuição do Entrevistador

A cada encontro agendado na sede da pesquisa (FO/UFRGS), o supervisor fará um sumário do seu dia/semana de trabalho e explicará como localizar os domicílios atribuídos a você. Quando o supervisor atribuir os domicílios, você deverá escrever a informação de identificação na **Folha de Atribuição do Entrevistador (FAE/FR)**. A informação de identificação tal como o número de domicílio, número da estrutura ou endereço, nome de cada pessoa de referência/respondente/RF e data da tarefa serão escritas através de **Colunas**.

Preencher as colunas (1), (2) e (3) da FAE utilizando os dados de identificação da FR para cada entrevistado elegível receptor e não receptor BF (RF).

Colunas das FAE servem como um resumo dos resultados de seu trabalho no campo para cada domicílio. No final do dia você será responsável pelos registros dos resultados nestas Colunas para todos os domicílios visitados e entrevistas que você conduziu.

Quando você receber seu trabalho atribuído, revise e pergunte qualquer dúvida que você possa ter. Relembre que seu supervisor nem sempre estará disponível para solucionar dúvidas quando o trabalho começar. Você deve se certificar que:

- As Colunas de sua FAE estejam preenchidas corretamente com todas as informações que você necessitará para identificar os domicílios selecionados
 - Você tem uma FR e Questionário do tablet para cada domicílio a você atribuído
 - Você preencheu a informação de identificação na capa de cada FR
 - Você entendeu qualquer instrução especial que o supervisor forneceu sobre contatos com os domicílios a você atribuídos
 - Você tem várias FR com espaços em branco.
-

Após completar uma entrevista no domicílio, você registrará a seguinte informação em relação a FR do Questionário nas colunas apropriadas no FAE:

- Coluna (4): data da(s) visita(s)
- Coluna (5): resultado final de cada entrevista (código abaixo do quadro)
- Coluna (6): nome do entrevistador e seu número correspondente (deve corresponder com a FR e a Linha final fora do quadro da FAE)
- Coluna (7): registro de observações relevantes que podem ser discutidas com o supervisor

Linhas sob o Quadro: Preencher o Nome do entrevistador com o número correspondente da FR, número de homens e mulheres beneficiados pelo BF e número de homens e mulheres entrevistados no fechamento da FAE.

Durante o trabalho de campo num aglomerado, é importante que cada FR e TCLE sejam mantidos junto com outros também preenchidos – armazenados em Saco plástico de polipropileno – PP por RF identificado.

Marcando retorno

Devido cada domicílio ter sido cuidadosamente selecionado, você deve fazer muito esforço para conduzir as entrevistas com os indivíduos elegíveis/RFs. No caso do RF não estar disponível no momento da primeira visita, você precisa retornar em mais dois momentos separados no mesmo dia ou em dias diferentes sempre em acordo com o Líder comunitário. Por exemplo, se você realizou a visita pela manhã e não obteve êxito, procure o Líder da Comunidade e verifique a possibilidade de visitar este mesmo entrevistado no turno da tarde ou final de tarde. Tabela de Retorno (TR) em diferentes momentos é importante na redução da taxa de não resposta – somente preencha caso houver necessidade como uma agenda.

O supervisor fará todo esforço para você realizar a entrevista com dia e hora marcada com o RF através de contato prévio com os Líderes das Comunidades. Serão realizadas no máximo três visitas por família/RF no intuito de alcançar o sucesso da pesquisa.

No início de cada dia, você deverá examinar a FR e a FAE de seus questionários para ver se você fez algum apontamento/lembrete para visitar com algum RF elegível. Se nenhum lembrete foi feito, continue as entrevistas agendadas – verifique a TR.

Você retornará o questionário para o supervisor de equipe tão logo você tenha completado o trabalho em um domicílio. Antes de retornar os questionários/tablete/pad, tenha certeza das informações registradas no resultado do processo da entrevista do RF na FAE, na FR e na FT. Certifique-se que estejam preenchidas com:

- Os resultados finais de cada entrevista
- Qualquer observação sobre o esforço para a entrevista que possa ajudar ao seu supervisor de equipe.

Cada TR e FP deve ser entregue após completada a FOLHA dos RF que tiveram que ser reagendados.

Há várias caixas na FAE para registros. É importante que você preencha durante a visita a FAE corretamente desde que forneça um resumo de todos entrevistados elegíveis da amostra. Estes documentos serão revisados pelo supervisor após realização das entrevistas para verificar se a pesquisa atingiu a meta.

Mantendo questionários confidenciais

Você é responsável para que os questionários sejam mantidos confidenciais. Não compartilhe os resultados com outros entrevistadores. Você não deve entrevistar um RF no qual você conheça. Se você for atribuído para um domicílio no qual você conhece alguém, mesmo que a

peessoa não seja elegível para a entrevista, você deve notificar o supervisor e então ele poderá lhe transferir para outro domicílio. Você não deve tentar ver o questionário respondido para este domicílio, nem discutir o resultado da entrevista com seus colegas.

Preenchimentos e documentos necessários para trabalho de campo

Antes de iniciar o trabalho de campo em cada manhã, verifique que você tenha todas as coisas necessárias para o dia de trabalho. Alguns materiais incluem:

- FR
- FAE
- TR
- FT
- FP
- Tabet/pad
- Carregador de bateria
- Manual do entrevistador
- Folhetos explicativos
- Sua identificação pessoal/crachá/carta de apresentação ao Líder da Comunidade
- Alguma coisa dura para escrever em cima/prancheta
- Canetas azuis
- Uma sacola para transportar o tablete/pad, carregador de bateria, instrumentos e materiais de trabalho e identificação e materiais já citados na lista descrita anteriormente.

Contatando os domicílios

Faz parte da estratégia reuniões prévias com o Presidente do Conselho de Desenvolvimento da Comunidade e Líderes Comunitários dos bairros de São Leopoldo para explicar a importância da pesquisa.

Localizando a amostra de domicílios

Catalogados os domicílios, as equipes visitam cada grupamento da amostra selecionada para:

- Fazer primeiro contato com o Líder da Comunidade
- Organizar estratégia com Líder da Comunidade para:
 - Preparar mapas para indicar a localização das locações
 - Registrar informações do endereço de cada locação ou descrever sua localização (para as áreas que faltarem o nome das ruas ou números nas locações)
 - Escrever números nas locações, e
 - Fazer uma lista dos nomes dos RF/respondentes dos domicílios em todas as locações.
- Agendar as entrevistas com auxílio dos Líderes Comunitários

O domicílio é uma construção independente construída, residencial ou comercial. Pode ter uma ou mais salas na qual as pessoas vivem: pode ser um apartamento construído, uma casa, ou uma cabana, conjugada ou não.

Num domicílio pode haver uma ou mais unidades de habitações domiciliares. Uma unidade de habitação domiciliar é uma sala ou grupo de salas ocupadas por uma ou mais famílias. Pode ser distinguido de outra unidade de habitação domiciliar por uma entrada separada. Por exemplo, seria uma unidade de habitação domiciliar uma cabana, mas seriam 50 unidades de habitação domiciliar em uma construção de apartamentos ou cinco unidades de habitação domiciliar em um complexo habitacional.

Numa unidade de habitação domiciliar, pode haver uma ou mais famílias. Por exemplo, um complexo habitacional pode ter cinco famílias vivendo e cada família pode viver na sua própria unidade de habitação domiciliar. Por definição, uma família consiste de uma pessoa ou um grupo de pessoas, relacionadas ou não, que vivem juntas na mesma unidade de habitação domiciliar, que compreende um homem ou mulher adultos como chefe da família – o RF - pessoa de referência, que compartilham as mesmas condições de vida e são consideradas como uma unidade familiar.

Famílias específicas foram selecionadas para serem entrevistadas e você não deve ter nenhum problema na localização dos domicílios atribuídos – para se guiar busque o número e o nome do chefe da família/RF. O número do domicílio está normalmente escrito sobre a porta da casa, mas às vezes, pode estar na parede ou na murada da casa.

Você contará com a ajuda do Líder da Comunidade ou do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) da Região. São Leopoldo é dividido em cinco regiões, a saber:

- CRAS Centro
- CRAS Leste
- CRAS Nordeste
- CRAS Norte
- CRAS Oeste

É importante que você também saiba como localizar os domicílios da amostra usando o esboço do mapa, pois nem sempre o supervisor da equipe estará com você no campo. Use o GPS e se necessário o auxílio do mapa.

Problemas no contato com famílias

Caso você tenha problemas de localizar as famílias que foram selecionadas porque as pessoas podem ter se mudado ou o registro de localização contenha erro, seguem exemplos de como resolvê-los:

- A família se mudou e outra família está vivendo na mesma habitação. Neste caso, contate com o supervisor para tentar localizar a nova moradia, pois a nova família pode não ter uma pessoa de referência listada na amostra e lembre-se, teremos o apoio dos Líderes Comunitários.
 - O número do domicílio não corresponde com o que você encontrou no campo, mas se o RF corresponder ao nome da lista você deve considerar como respondente.
 - A família selecionada não vive no domicílio que foi listada. Se há uma discrepância entre o número do domicílio e o nome do RF que está na lista da amostragem realize a entrevista e corrija o endereço.
 - A lista mostra somente uma família no domicílio, mas duas ou mais famílias estão morando na mesmo local. Entreviste somente a RF selecionada/listada e ignore as outras famílias.
 - O RF se mudou ou morreu. Se a família estiver recebendo o benefício BF através de outro “novo” RF, realize a entrevista, faça anotação e comunique o supervisor.
-

- Se, ao contrário, a família não é beneficiária do BF e o RF se mudou ou morreu, não realize a entrevista com outra pessoa, anote o ocorrido na FAE, FR e na FT e entre em contato com o supervisor.
- A casa está totalmente fechada e os vizinhos disseram que as pessoas estão visitando parentes (estão fora por um período) e voltarão em vários dias ou semanas. Marque o código (3) – ausentes por um longo período. A casa deve ser visitada novamente por pelo menos duas vezes mais para ter certeza que a família não tenha retornado e comunique o supervisor e este entrar com o líder comunitário.
- O domicílio que é supostamente uma casa para viver. Quando visitada é encontrado um comércio e não há pessoas vivendo lá. Verifique com cuidado para ver se alguém vive neste local. Se ninguém morar, marque o código (2) – ninguém mora na casa/domicílio vazio e comunique o supervisor.
- Um domicílio selecionado não é encontrado no grupamento e residentes dizem para você que foi destruído por um incêndio recente. Marque o código (6) – habitação destruída. Tente obter informações sobre o novo domicílio da família e comunique o supervisor.
- Ninguém está em casa e o vizinho diz a você que a família foi ao mercado. Marque o código (4) – ninguém em casa no momento da visita, e retorne ao domicílio quando a família voltar.

Discuta com seu supervisor algum problema que você tenha na localização das famílias a você atribuídas. Relembre sobre a utilidade e importância desta amostra de inquérito de pesquisa para a Universidade - UFRGS.

Identificando entrevistados elegíveis

- Para ser elegível significa “qualificar” alguma coisa. Um entrevistado elegível é alguém que está qualificado para ser incluído na nossa pesquisa. Você usará o Questionário para o gestor do BF de famílias elegíveis cadastradas no CRAS e no Ministério de Desenvolvimento Social (MDS). O RF elegível desta pesquisa será o gestor de família que recebe até R\$ 77,00 *per capita*, beneficiado ou não pelo BF previamente selecionadas, listados e sorteados aleatoriamente. Pode ser homem ou mulher.
É muito importante confirmar que o nome que consta no cartão BF ou Número de Identificação Social (NIS) seja a pessoa elegível para a entrevista juntamente com um documento com fotografia. Exemplo: Em nome de quem está o cartão de benefício BF. O dono deste cartão é o entrevistado elegível recebedor ou não do benefício de renda – solicitar documento com fotografia, normalmente Carteira de Identidade (CI).
 - Para se cadastrarem no CADÚNICO e receberem o benefício BF, o RF tem obrigação de possuir documento de identidade – CI e Cadastro de Pessoa Física (CPF). Ter documento é uma das regras/normas de inclusão ou exclusão em relação ao recebimento da Transferência de Renda (TR) do BF, então são se constanja ao solicitar documento com fotografia.
 - Os RFs também tem um cartão digital com o NIS. A apresentação somente do NIS não é o suficiente, é preciso confirmar com CI ou Carteira Nacional de Habilitação (CNH).
-

- Lembre-se, você deve completar a FR para o RF da família antes de iniciar a entrevista. Se você não finalizar a entrevista por qualquer razão, anote a justificativa na primeira folha e/ou FT. Tenha cuidado para anotar qualquer informação que possa ser útil quando você fizer contato com a pessoa mais tarde.
- Em algumas famílias pode haver respondentes elegíveis ao BF que deixaram de receber seus benefícios por não se enquadrar mais ao perfil Programa Bolsa Família (PBF), e isto quem determina é o MDS através de informações enviadas pela Caixa Econômica Federal e o município de onde estão cadastradas. Esta fiscalização ocorre a cada dois anos. Portanto, em alguns casos, a lista fornecida a você poderá estar desatualizada. Converse com o supervisor e ele lhe ajudará.

Problemas em obter entrevistas

Você pode experimentar os seguintes tipos de problemas na obtenção de uma entrevista com respondente elegível para pesquisa:

- Respondente elegível não disponível. Se o respondente não está em casa quando você realiza a visita, marque o código (4) (ninguém em casa no momento da visita) como resultado para esta visita na FAE e pergunte ao vizinho ou outros membros da família quando o respondente voltará. Você deve fazer contato com a família pelo menos três vezes, tentando marcar cada visita em turnos diferentes. Sob nenhuma circunstância é aceitável conduzir todas as três visitas no mesmo dia sem agendamento com o Líder Comunitário e não tentar outro contato com o respondente. Para sua organização, use SEMPRE a “Tabela de Retorno - TR” para agendar nova visita. Lembre-se que contaremos com auxílio dos Líderes Comunitários, eles podem ajudar em relação ao agendamento das entrevistas.
 - Respondente se recusa a ser entrevistado. A disponibilidade e boa vontade para ser entrevistado do respondente dependerão em grande parte da impressão inicial que você der quando encontrar com ele. Apresente-se e explique a proposta da visita. Leia a introdução escrita no Questionário. Você pode enfatizar a confidencialidade da informação fornecida pelo respondente, e ou o tempo curto da entrevista. Se o respondente for relutante para ser entrevistado, pode ser que o momento seja inconveniente. Então pergunte se em outro momento seria mais conveniente e marque outra visita. Comunique o supervisor/coordenador de campo e o líder comunitário quanto a nova data de visita. Se o indivíduo ainda relutar para ser entrevistado, marque o código (8) (recusado) como resultado para a visita na FR e FAE e informe seu supervisor.
 - Entrevista não completada. Um respondente pode ser chamado durante a entrevista ou ele pode não querer responder todas as questões no momento da visita. Se uma entrevista está incompleta por alguma razão, você deve marcar uma nova visita para ver o respondente tão logo que possível para obter as informações que faltam – use a “Tabela de Retorno” – TR, para agendar nova visita. Esteja certo que você registrou na FR e FAE que a entrevista está incompleta colocando o código (9) – parcialmente completado, e indique para quando você combinou a próxima visita ao Líder da Comunidade. Você também deve comunicar o problema ao supervisor.
-

- Respondente incapacitado. Pode haver casos no quais você não pode entrevistar a pessoa porque ela está doente, por se incapaz de compreender suas questões ou por ser surdo, etc. nestes casos marque o código (10) – incapacitado, na FR e na FAE e informe seu supervisor.

Verificando questionário completo

É responsabilidade do entrevistador, revisar cada FR, questionário/tablet/pad quando finalizar a entrevista. A revisão deve ser feita antes de você deixar o domicílio para ter certeza que todas as questões foram apropriadamente respondidas, que todas as questões da FR e FAE estão preenchidas com letra legível – preencha preferencialmente em CAIXA ALTA/LETRAS MAIÚSCULAS. Também verifique que você seguiu as instruções corretamente. Você pode ser capaz de fazer pequenas correções, em alguns casos você necessitará falar com o respondente. Simplesmente explique ao respondente que você cometeu um erro e pergunte a questão novamente.

Não duplique a FR. Certifique-se que as respostas estejam claras e legíveis, não é necessário que a escrita esteja esmerada. Use “Folhas de Trabalho” – FT para coletar informações. Registre todas as informações na FR fornecida. Qualquer cálculo que você fizer deve ser escrito na FT.

Qualquer coisa fora do comum deve ser explicada na FT quanto à questão relevante ou em um comentário. Estes comentários são de muita ajuda ao supervisor e pesquisador responsável na verificação dos dados. Comentários também são lidos nas reuniões e usados para resolver problemas encontrados durante entrada de dados.

Retornando aos trabalhos atribuídos

No final de cada dia de trabalho de campo, verifique que você tenha preenchido a FR de cada RF atribuído a você, mesmo que você não tenha conseguido completar uma entrevista no tablet/pad. Para todas as entrevistas que você tenha completado escreva o resultado final na FAE e marque na coluna (5) o código (1) que pode ser de ajuda para o supervisor tal como qualquer problema que você experimentou na localização de um domicílio ou na complementação do questionário ou na condução de uma entrevista com respondente elegível. Para casos difíceis, pelo menos três visitas serão feitas para uma família durante este inquérito num esforço para obter uma entrevista completa.

Qualidade dos dados

É responsabilidade do supervisor, revisar a Folha de Rosto, a FAE, a TR, a FT e o questionário/tablet/pad oriundo do aglomerado familiar enquanto que a equipe de entrevistadores está ainda no trabalho de campo. A edição de regras é explicada em detalhes no Manual do Supervisor. É especialmente importante que os instrumentos estejam editados e os questionários estejam programados completamente nos estágios iniciais do trabalho de campo. O supervisor então discutirá com cada entrevistador os erros encontrados na coleta de dados. Às vezes pode ser necessário enviar um entrevistador de volta para um respondente para correção de erros.

IV PROCEDIMENTOS GERAIS PARA COMPLETAR O QUESTIONÁRIO

Para coletar a informação necessária, você deve compreender como perguntará cada questão, que informação a questão está tentando coletar, e como lidar com problemas que podem surgir durante a entrevista. Você deve também conhecer como registrar corretamente as respostas do RF e como seguir instruções especiais nos questionário. Esta parte de treinamento é designada para familiarizar você com o Questionário/tablete/pad.

Perguntando questões

É muito importante que você pergunte cada questão exatamente como está escrita no questionário.

- Quando você está perguntando a questão, fale vagarosamente e claramente e então o respondente não terá dificuldade de escutar entender a questão. Às vezes você pode precisar repetir a questão para estar certo que o respondente entendeu. Nestes casos, não altere a palavra da questão, mas repita exatamente como está escrita.
- Se após repetir a questão, o respondente ainda não entender, você pode ter que voltar a expor a mesma questão. Deve ser muito cuidadoso quando você mudar a palavra, entretanto, não altere o significado da questão original.
- Em alguns casos, você pode ter de falar questões adicionais para obter uma resposta do respondente (nós chamaremos isto de sondagem). Se você optar por isto, você deve ser cuidadoso para que sua sondagem seja neutra e que não sugira uma resposta para o entrevistado. Sondagem requer tato e habilidade, e será uma dos mais desafiadores aspectos do seu trabalho neste inquérito.

Perguntando questões para homens e mulheres respondentes

- Às vezes as palavras das questões diferem para respondentes homens e mulheres.
- Você deve ser cuidadoso ao ler corretamente a questão em cada caso.
- Se a palavra da questão é diferente para homem ou mulher, então a questão será especificada.
- Esteja certo em marcar a célula/caixa correta antes de você ler a questão.

Registrando respostas

Neste inquérito, todos os entrevistadores usarão canetas com tinta azul para completar todos os questionários. Supervisor fará todo seu trabalho usando canetas com tinta vermelha. Nunca use um lápis para completar o questionário.

Há dois tipos de questões neste inquérito/FR/tablete:

- 1) Questões que tem respostas pré-codificadas, e
- 2) Questões que não tem respostas pré-codificadas – questões abertas.

1- Questões com respostas pré-codificadas

Para algumas questões, nós podemos prever os tipos de respostas que o entrevistado dará. As respostas para estas questões são listada no questionário.

2- Registrando respostas que não são pré-codificadas

As respostas para algumas questões que não são pré-codificadas, mas requerem que você escreva a resposta do entrevistado no espaço fornecido.

- Registrando números ou dados nas células/caixas: em algumas questões, você registrará o número ou dados nas células/caixas fornecida.
- Registrando a resposta exatamente como dada.

Corrigindo erros

É muito importante que você registre todas as respostas ordenadamente. Para respostas pré-codificadas, esteja certo que você marcou o código para a resposta correta cuidadosamente. Para respostas abertas, a resposta deve estar legível para que possa ser lida facilmente. Para Folha de Rosto e FAE e no tablet/pad colocar dígitos e letras cuidadosamente.

Para a Folha de Rosto e FAE: se você cometeu um erro na resposta do entrevistado, ou ele muda sua resposta, esteja certo que você anulou a resposta incorreta e introduza a resposta certa. Não apague uma resposta. Basta colocar duas linhas através da resposta incorreta. Lembre-se que se você não cruzar cuidadosamente o erro de forma ordenada, pode não ser possível determinar a resposta correta quando os dados derem entrada mais tarde no computador.

Seguindo instruções

Na Folha de Rosto as instruções para o entrevistador estão escritas em **negrito**, enquanto questões para ser respondidas pelo entrevistado estão escritas com letras sem realce. Você deve prestar particular atenção para as instruções que aparecerão no decorrer dos instrumentos.

V. SÍNTESE

Folha de Rosto

Antes de você ir a um domicílio selecionado, preencha as informações da Folha de Rosto. A informação de identificação é obtida da lista de amostra de domicílios e será dada a você pelo seu supervisor.

Segue os pontos-chaves para completar a sessão de identificação:

- Quadro 1: preencha com atenção a Identificação do domicílio.
- Quadro 2: registre com atenção o quadro de Identificação da família.
- Quadro 3: escreva o nome corretamente do Responsável da Família/RF - o Entrevistado.
- Quadro 4: informe os dados dos entrevistadores, números de visitas e se o IR concordou em participar da pesquisa.

Completando o questionário

- Para completar o Questionário, você precisará encontrar o respondente.
- Não entreviste outra pessoa que não seja o RF que é o indivíduo que possui o cartão de beneficiário do BF da Caixa Econômica Federal/NIS ou a pessoa da listagem de amostra que deve ter um documento de identificação com fotografia. Estas pessoas foram incluídas para responder o questionário porque fazem parte de uma amostra de pessoas de referência cadastradas no Cadastro Único – CadÚnico, do Governo Federal, beneficiárias que recebem ou não do Programa Bolsa Família – Brasil Sem Miséria do município de São Leopoldo.

Dicas de abordagem às famílias

- Não vá entrando no terreno/casa do entrevistado, caso não tenha sido convidado.
 - Use a campainha ou bata palmas.
 - Caso você seja convidado a entrar na casa para realizar a entrevista, aceite desde que não perceba uma situação de risco (morador embriagado, etc.).
 - Tenha sempre o telefone do supervisor de campo responsável gravado no seu celular, para o caso de ter que acessá-lo com rapidez.
 - Informe à família abordada que você é membro de uma equipe de pesquisa da Faculdade de Odontologia da UFRGS e diga o MOTIVO da visita: REALIZAR UMA PESQUISA SOBRE A SAÚDE BUCAL DA PESSOA DE REFERÊNCIA CADASTRADA NO CADÚNICO BENEFICIADA OU NÃO PELO BOLSA FAMÍLIA. Lembre-se: o RF tem que possuir um documento com fotografia, além do cartão do BF ou NIS – teremos o apoio de líderes comunitários e eles conhecem as famílias dos seus bairros, e você terá SEMPRE de estar identificado com colete e crachá.
-

-
- Reforce que você **NÃO** pertence ao posto de saúde da comunidade. Diga ao entrevistado que ele tem toda a liberdade para manifestar suas opiniões, tanto as negativas, como as positivas.
 - No primeiro contato deixe claro logo de saída que você faz parte de um projeto de pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e que quer apenas conversar (aplicar um questionário, que nem o censo). Ressalte que você não quer vender nada.
 - Mostre seu crachá.
 - Logo de início, é importante estabelecer um clima de diálogo cordial com o entrevistado, tratando-o com respeito e atenção. **Nunca** demonstre pressa ou impaciência diante de suas hesitações ou demora ao responder uma pergunta.
 - Caso a pessoa esteja trabalhando em casa (ex: lavando roupa), ofereça-se para fazer as perguntas enquanto ela trabalha.
 - Se lhe oferecerem qualquer alimento líquido ou sólido (café, chá, chimarrão, bolo, biscoitos), agradeça e mostre que está bebendo água e está satisfeito com um sorriso, mostre sua garrafa de água, e continue a entrevista – **NUNCA ACEITE NADA!**
 - Seja simpático e seu preenchimento dependerá de sua empatia com o entrevistado.
 - Saliente que esta pesquisa será importante para melhorar os serviços de saúde da comunidade.
 - Use sempre a expressão “Senhor” ou “Senhora”
 - Se inicialmente a pessoa recusar, insista com educação. Saliente a importância da pesquisa para as pessoas da comunidade.
 - Se houver recusa inicial, **combine um horário mais adequado para o entrevistado**. Agende na “Tabela de Retorno” o domicílio, o endereço, o nome do gestor do cartão BF da família ou RF e o horário da nova visita e depois repasse ao supervisor de campo e líder da comunidade.
 - Qualquer PROBLEMA entre em contato com o supervisor de campo.

Aceite da Pesquisa

- Após se apresentar você deve buscar o consentimento do respondente para participar desta pesquisa.
- Leia o Aceite do Respondente exatamente como está escrito. Este documento explica a proposta da pesquisa.
- Assegure ao respondente que a sua participação na pesquisa é completamente voluntária e que pode recusar responder qualquer pergunta ou parar a entrevista em qualquer ponto.
- Após ler o aceite, VOCÊ (não o respondente) deve colocar no espaço fornecido para afirmação que você leu o documento para o respondente.
- Se o respondente não concordar em ser entrevistado, escreva a recusa. Agradeça ao respondente e finalize a entrevista. Então escreva o código (8) – recusado, como resultado na folha de rosto.
- Agora leia o TCLE, coloque a data e solicite assinatura do RF.

Consentimento informado (TCLE)

- Havendo a disposição da pessoa em participar, a etapa seguinte é muito importante.
 - O entrevistador deve explicar que:
 - Esta pesquisa irá perguntar sobre a saúde bucal do RF e algumas informações dos familiares dependentes.
 - A sua família foi sorteada dentre todas que recebem ou não o BF cadastradas no CADÚNICO.
-

-
- A sua participação neste estudo consiste em responder a um questionário.
 - Os seus supervisores da pesquisa são dentistas.
 - Todas as informações fornecidas são **estritamente sigilosas – ficarão em segredo**.
 - As respostas (análise dos dados) não terão os nomes, sendo cada pessoa identificada apenas por um número.
 - A divulgação dos resultados da pesquisa será feita com base no conjunto e não com informações individuais.
 - Nenhuma informação individual será repassada para o posto ou para a Secretaria de Saúde.
 - A participação é **voluntária**, e todos têm o direito de não participar do estudo ou interromper sua participação caso ache necessário. A escolha sobre a participação no estudo não implicará em nenhuma mudança no atendimento fornecido pelo posto.
 - Não há qualquer responsabilidade por parte de quem responde, nem qualquer custo.
 - Após estas explicações, colocar-se à disposição para responder qualquer outra pergunta do entrevistado.
 - Só então pedir que ele assine o termo (lembre-se que são duas vias) e assine também o seu nome nas duas vias.
 - Agora entregue uma via para o entrevistado e guarde a outra.

A passagem a seguir é uma sugestão de abordagem para assinatura do TCLE:

“Oi! (Bom Dia, Boa Tarde)! Meu nome é _____. Sou da Equipe de pesquisa da Faculdade de Odontologia da UFRGS e estamos entrevistando os Responsáveis das Famílias cadastradas do Bolsa Família de São Leopoldo. O objetivo é avaliar a saúde bucal e dor de dente das famílias cadastradas no CRAS _____ que recebem ou não BF. Também queremos avaliara se melhou o acesso aos serviços de saúde bucal e qualidade/melhoria de vida dos. Para isso é necessário responder a um questionário que leva em torno de 20 a 30 minutos. Para fins de pesquisa nós garantimos que seu nome não será revelado e que nenhum dado sobre sua pessoa ou família será divulgado.

Isto que lhe falei é o resumo do que está escrito nesse termo que o Sr(a) precisa assinar no final da folha, após a leitura. Obrigado(a).”

Instrução de preenchimento

- Após você ter aplicado seu questionário e agradecido ao respondente, anote comentários na FR ou FT.
- Você pode comentar sobre a pessoa que você entrevistou, sobre aspectos específicos do questionário ou sobre outros aspectos da entrevista. Ex: se alguma coisa sobre a entrevista foi incomum ou se deveria ser comentada com o supervisor, anote. Mesmo se a entrevista for inerte, um pequeno comentário em cada entrevista será de ajuda na edição e processamento do questionário. Todos os comentários serão de ajuda para o supervisor e pessoal do processamento de dados para interpretar a informação no questionário.

Dicas para aplicação do questionário

- Uma dica **MUITO IMPORTANTE**: para que a entrevista flua com mais rapidez e precisão, é necessário **deixar bem claro o modo de utilização do tablet/Android**. Você deve sempre tentar encaixar a resposta a uma das respostas indicadas no visor de respostas. É possível que algumas perguntas não tenham uma relação com o tipo de
-

serviço de saúde que o RF utiliza; saliente, porém, que ele deve responder às perguntas conforme seu entendimento, da maneira que melhor se encaixe no seu caso.

- Em algumas partes do questionário, um só enunciado serve de guia para uma série de pequenas perguntas. Lembre-se de repeti-lo a cada três ou quatro perguntas, principalmente se a pessoa estiver com dificuldades para entendê-las.
- Se houver dúvida entre marcar “sim” (sempre) ou “não” (nunca), marque “não” (nunca). Mas, antes, repita a pergunta.
- Se o entrevistado não entender o “provavelmente”, leia as respostas como “Acho que sim”, “Acho que não”.
- **Mantenha sempre à mão o seu Manual de Campo** e não tenha vergonha de consultá-lo, se necessário, durante a entrevista.

Explique o que é **SERVIÇO DE SAÚDE BUCAL**: “serviço de saúde bucal é o local aonde você vai quando está com algum problema na boca ou nos dentes e gengivas, por exemplo: um posto de saúde, um consultório odontológico, uma emergência entre outros”.

NÃO ESQUEÇA OS “TABLES” NA CASA DOS ENTREVISTADOS!

Dicas para preenchimento do questionário







- Cuide bem de seus formulários e de seu tablet. Eles devem ser mantidos sempre na pasta, dentro do saco plástico, para que não amassem ou molhem. Use sempre a prancheta na hora de preencher as respostas.
- Todas as Folhas devem ser preenchidas com caneta AZUL e com muita atenção!
- **As letras e números devem ser escritos de maneira absolutamente legível, sem deixar margem para dúvidas. Use letra de forma, caixa alta e sem acentos.**
- **Números:** Em especial, o 1 não tem aba, nem pé, ou seja, é um “risco”. Quanto mais a gente capricha no um, mais parecido ele fica com o dois... O sete pode ser cortado ou não. Faça um cinco bem diferente do nove! O quatro deve ser aberto na parte superior, como uma “cadeira de ponta cabeça”.
- Muito cuidado também no preenchimento das letras - tente escrever da forma mais clara o possível. O ideal é que a letra não encoste nem avance sobre os limites dos quadradinhos. Os “is” não devem ter pingos, pois eles acabam sendo lidos como acentos.
- **ACENTOS – não use!**
- **JOTAS e DÊS:** Capriche no “J” e nos “D”, pois 90% deles têm sido lidos como “T” e “O”.
- Não use hífen.
- Em caso de erro, **rasurar o número ou a letra errada** e anotar a forma correta ao lado do campo de preenchimento.







S	E	B	A	S	T	I	1	O	
---	---	---	---	---	---	---	--------------	---	--


A
CORRETA!


- Em caso de dúvida, fazer observações na “Folha de Trabalho”.




8.11 Cartões-resposta




 UFRGS - FACULDADE DE ODONTOLOGIA – PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA CARTÃO RESPOSTA – BLOCO G. ESTRESSE PERCEBIDO				
NUNCA	RARAMENTE	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE
0	1	2	3	4
				

 UFRGS - FACULDADE DE ODONTOLOGIA – PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA CARTÃO RESPOSTA – BLOCO G. ESTRESSE PERCEBIDO				
NUNCA	RARAMENTE	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE
0	1	2	3	4
				

 UFRGS - FACULDADE DE ODONTOLOGIA – PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA CARTÃO RESPOSTA – BLOCO D. DOR DE DENTE – QUESTÃO D1.41									
POUCA DOR									MUITA DOR
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 UFRGS - FACULDADE DE ODONTOLOGIA – PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA CARTÃO RESPOSTA – BLOCO D. DOR DE DENTE – QUESTÃO D1.41									
POUCA DOR									MUITA DOR
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

UFRGS - FACULDADE DE ODONTOLOGIA – PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOIGA CARTÃO RESPOSTA – BLOCO D. DOR DE DENTE – QUESTÃO D1.3		
POUCAS VEZES	ALGUMAS VEZES	MUITAS VEZES
		

UFRGS - FACULDADE DE ODONTOLOGIA – PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOIGA CARTÃO RESPOSTA – BLOCO D. DOR DE DENTE – QUESTÃO D1.3		
POUCAS VEZES	ALGUMAS VEZES	MUITAS VEZES
		

8.12 Manual de *tablet*



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

MANUAL DE USO DE TABLET
(Sony Tablet Guia de ajuda Série SGPT11)

ADAPTADO PARA PESQUISA DE CAMPO

EFEITO DA BOLSA FAMÍLIA NA SAÚDE BUCAL PARA A POPULAÇÃO DE
BAIXA RENDA DO MUNICÍPIO DE SÃO LEOPOLDO

Porto Alegre, abril de 2014

Sumário

INTRODUÇÃO	3
Carregar a bateria	3
Indicador de carga.....	3
Utilização da bateria.....	3
Descarga da bateria.....	4
Vida útil da bateria	4
Deterioração da bateria	4
Ligar o tablet	4
Se o cabo do adaptador de corrente ficar danificado ou partir, não o utilize.	4
Ligando o tablet à Internet através de Wi-Fi.....	4
Para parar as comunicações Wi-Fi	5
Função GPS.....	5
Ativar as informações de localização	6
Desligar o tablet	6
Ligar/desligar tela.....	6
Bloquear a tela	6
Para configurar a função de bloqueio.....	6
Cuidados com o tablet	7
Como segurar o tablet.....	7
O tablet não liga	7
O tablet inicia-se lentamente	7
A bateria não carrega	7
O indicador de carga não acende.....	8
O consumo da bateria aumenta.....	8
A tela está escura	8
O tablet está lento.....	8
O tablet não funciona.....	8

MANUAL DE USO DE TABLET

(Sony Tablet Guia de ajuda Série SGPT11)

INTRODUÇÃO

Este guia de ajuda explica como utilizar o seu tablet e as respectivas aplicações. Antes de começar a utilizar o seu tablet, leia as Informações Importantes fornecidas e foi embasado no guia de ajuda do Tabet da Sony (Sony Tablet Guia de ajuda Série SGPT11).

Este manual vai lhe ajudar a ligar, desligar e resolver alguns problemas que podem surgir durante o uso. Caso não consiga resolver ou tenha dúvidas, entre em contato com o Pesquisador Responsável Roger Keller Celeste ou Coordenador de Campo de Pesquisa – Irene Fanny Ritzel pelo número (51) 99782534 e se não conseguir contato imediato envie uma mensagem para irenefany@gmail.com ou via WhatsApp. Serão utilizadas várias marcas de tablets, os cuidados básicos são iguais com algumas diferenças que serão **destacadas em negrito** neste manual.

Carregar a bateria

Carregue a bateria antes de começar a utilizar o seu tablet:

- A bateria é carregada quando o tablet é ligado à corrente eléctrica.
- O tempo de carregamento depende da respectiva utilização (**verificar qual a forma de carga para o tablet**):

1. Ligue o cabo de alimentação ao adaptador de corrente.
2. Ligue o cabo de alimentação do adaptador a uma tomada de eletricidade.
3. Vire o tablet ao contrário e ligue o adaptador de corrente no conector de carga do tablet na direção indicada a seguir.
 - O indicador de carga acende de acordo com o estado de carga da bateria do seu tablet.

Indicador de carga

O indicador de carga acende-se, dependendo do nível de bateria restante.

Nota: o indicador de carga avisa quando a bateria está para ficar sem carga durante a respectiva utilização.

Utilização da bateria

Para sua segurança:

- Utilize apenas o cabo de alimentação fornecido para carregar a bateria.
- Dependendo da temperatura ambiente ou da forma como é utilizado o tablet, a bateria poderá não carregar ou poderá demorar muito tempo a carregar.
- Não carregue a bateria próximo de fogo ou sob luz direta do sol.
- O tablet não é fornecido totalmente carregado.
- Acumula-se calor na bateria durante a utilização do tablet ou quando este está carregando. Isto é normal e não constitui motivo de preocupação.

- Se o tablet ou adaptador de corrente ficarem excessivamente quentes desligue o tablet e desligue o cabo de alimentação do adaptador de corrente.

Descarga da bateria

Depois de carregar, a bateria vai gradualmente perdendo a carga, mesmo que não seja utilizada. Caso não seja utilizada durante um longo período de tempo, a carga da bateria poderá esgotar-se. Recomenda-se o carregamento da bateria antes de utilizar o tablet.

Vida útil da bateria

A vida útil da bateria depende da utilização, definições e temperaturas.

Deterioração da bateria

A capacidade da bateria vai-se perdendo gradualmente após repetidos ciclos de carga e descarga. Em consequência, a vida útil da bateria reduz ou a bateria poderá não apresentar um desempenho ideal mesmo depois de totalmente carregada.

Ligar o tablet

Antes de ligar o tablet, verifique:

- O adaptador de corrente fornecido com o seu tablete, ou utilize um adaptador de corrente genuíno.
- Não utilize qualquer outro adaptador de corrente, pois pode provocar avarias.
- Não ligue o adaptador de corrente a um dispositivo de conversão de corrente, como um conversor de corrente de viagem. Isso poderá dar origem a sobreaquecimento ou avaria.

Se o cabo do adaptador de corrente ficar danificado ou partir, não o utilize.

- Utilize o adaptador de corrente fornecido com o seu tablet quando utilizar uma base específica para este tablet (**caso for fornecido junto com o seu tablet**).

1. Ligue o tablet a uma tomada de eletricidade.

2. Mantenha comprimido o botão de ligação durante três segundos.

O seu tablet irá ligar, sendo subseqüentemente iniciado o sistema operativo.

Ligando o tablet à Internet através de Wi-Fi

Em primeiro lugar, tem de estabelecer as comunicações Wi-Fi entre o tablet e um ponto de acesso. Certifique-se de que existe um ponto de acesso configurado. Consulte as instruções de utilização fornecidas com o ponto de acesso para obter mais informações.

Depois de configurar as comunicações Wi-Fi, siga os passos seguintes para ativar a opção Wi-Fi no tablet:

1. Toque em [Aplicações] - [Definições] - [Redes sem fios e outras] - [Wi-Fi]
2. Para poupar no consumo da bateria, desative a opção Wi-Fi sempre que não estiver sendo usada.
3. Não cubra a antena.

Para parar as comunicações Wi-Fi

1. Execute novamente o passo 1 acima para desativar a opção Wi-Fi no seu tablet.

- **Para localizar redes ao alcance do seu dispositivo**

1. Toque em [Aplicações] - [Definições] - [Redes sem fios e outras] - [Definições de Wi-Fi].

2. Toque em [Wi-Fi] para ativar e detectar redes. Caso [Wi-Fi] já esteja ativado, toque em [Procurar]. É apresentada uma lista das redes detectadas.

4. Toque na rede pretendida.

5. Quando necessário, introduza uma palavra-passe ou proceda a configurações.

Nota: se ambas as funções Bluetooth e Wi-Fi do tablet estiverem ativadas, poderá ocorrer transferência e resultar em velocidades de transferência de dados mais lentas ou outros problemas.

A velocidade de transferência de dados e alcance das comunicações poderão variar de acordo com as seguintes condições:

- Distância entre dispositivos
- Presença de obstáculos entre os dispositivos
- Configuração dos dispositivos
- Condições do sinal
- Ambiente circundante (material da parede, etc.)
- Software em utilização
- As comunicações poderão ser interrompidas, dependendo das condições do sinal.
- A velocidade de transferência dos dados indicados na especificação consiste no máximo teórico e poderá não refletir na velocidade de transferência de dados real.
- A velocidade de transferência de dados real poderá não ser tão rápida quanto a velocidade apresentada no tablet.
- As comunicações não se encontram disponíveis entre bandas de frequência Wi-Fi.

Função GPS

A função GPS (Global Positioning System) fornece informações de localização. Ao receber sinais a partir de satélites GPS, pode visualizar o local onde se encontra, para onde se dirige ou orientações para um destino no Google Maps com o seu tablet, utilizando a função GPS.

Nota: quando outros dispositivos eletrônicos se encontram próximos do seu tablet, ondas eletromagnéticas ou interferência eletromagnética emitida pelos mesmos podem impedir o seu tablet de fornecer informações de localização precisas. Mantenha os dispositivos eletrônicos afastados do tablet. Quando o seu tablet estiver numa área com fraca recepção de sinais GPS, poderá detectar problemas de posicionamento.

Para receber informações mais precisas, evite utilizar o tablet nos seguintes locais:

- No interior de edifícios ou veículos
- Em túneis

- Entre edifícios altos
- Entre árvores densas
- Em vales

Não cubra a antena com as suas mãos ou outro objeto quando estiver utilizando a função GPS, a precisão do posicionamento poderá ser perdida.

Ativar as informações de localização

Pode definir se pretende receber ou não informações de localização através dos satélites GPS ou redes sem fios.

1. Toque em [Aplicações] - [Definições] - [Localização e segurança].
2. Para ativar a recepção de informações de localização através de redes sem fios, toque em [Utilizar redes sem fios].
3. Para ativar a recepção de informações de localização através de satélites GPS, toque em [Utilizar satélites GPS].

É colocada uma marca de verificação na caixa para essa opção.

Nota: desloque o seu tablet o mínimo possível numa área com vista desimpedida, até a presente localização ser apresentada pela função GPS. A presente localização pode ser apresentada mais rapidamente quando o tablet estiver imóvel ao contrário do que quando se encontra em movimento. Se a presente localização não for apresentada ou se for apresentada uma localização errada, desloque-se para uma área com uma vista desimpedida.

Desligar o tablet

- Mantenha comprimido o botão de ligação até aparecer uma lista.
- Toque em [OK].

O tablet irá desligar-se automaticamente após alguns segundos.

Nota: Para evitar a perda de dados não guardados ou danos no tablet, certifique-se de que desliga corretamente o mesmo, como descrito acima. Se não for possível desligar o tablet segundo as instruções acima, mantenha comprimido o botão de ligação durante 10 segundos para forçar o encerramento.

Ligar/desligar tela

Pode desligar a tela sempre que não estiver utilizando o tablet.

1. Comprima o botão de ligação. A tela é desligada. Para ligar a tela, comprima novamente o botão de ligação.
2. Pode também definir o bloqueio da tela quando este estiver ligado.

Bloquear a tela

Pode bloquear a tela do seu tablet para evitar que o toque acidental na tela ative operações. Caso ative a função de bloqueio, a tela será bloqueada quando for desligada. Pode também selecionar como desativar o bloqueio.

Para configurar a função de bloqueio

1. Toque em [Aplicações] - [Definições] - [Localização e segurança] - [Configuração da tela de bloqueio] nessa ordem.
2. Toque na opção pretendida.
3. Siga as instruções apresentadas na tela.

Cuidados com o tablet

Tablet

Certifique-se de que fecha todas as tampas dos conectores e que as mantém seguras. Limpe a caixa com um pano macio, seco ou ligeiramente umedecido com um detergente suave. Não utilize um detergente para limpar a tela. Não utilize um esfregão abrasivo, pó para arear ou solvente, como álcool ou benzina, pois pode danificar o revestimento do tablet.

Se o seu tablet for exposto a humidade como chuva ou umidade extrema, limpe-o com um pano macio, mas não seque no forno ou com um secador

Como segurar o tablet

Na orientação horizontal, segure o tablet de modo a que a lente dianteira da câmara fique na posição superior.

Na orientação vertical, segure o tablet de modo a que a lente dianteira da câmara fique na posição esquerda. Tome cuidado para não tocar no sensor de luz ambiente.

Tenha cuidado para não segurar ou cobrir a antena durante a utilização das funções Wi-Fi ou GPS.

O tablet não liga

- O nível de carga da bateria poderá estar extremamente reduzido ao ligar.
- Ligue o tablet a uma tomada de eletricidade e carregue a bateria.
- O tablet poderá estar completamente desligado.
- Mantenha comprimido o botão de ligar durante três segundos para ligar o tablet.
- Quando o tablet estiver utilizando corrente fornecida pela tomada de eletricidade, certifique-se de que ligou devidamente o tablet e o adaptador de corrente, o adaptador de corrente e o cabo de alimentação e o cabo de alimentação a uma tomada de eletricidade.
- Caso não tenha desligado corretamente o tablet, o controlador que controla a fonte de alimentação pode parar devido a uma falha do programa. Mantenha comprimido o botão de ligar durante 10 segundos ou comprima o botão de reposição para forçar o encerramento do tablet e volte a ligá-lo.

O tablet inicia-se lentamente

Quando liga o tablet depois de ter estado desligado, poderá demorar algum tempo para iniciar o sistema operativo.

A bateria não carrega

- Certifique-se de que ligou devidamente o tablet e o adaptador de corrente, o adaptador de corrente e o cabo de alimentação e o cabo de alimentação a uma tomada de eletricidade.
- Se a temperatura do tablet aumentar durante a utilização das aplicações a bateria poderá não carregar. Neste caso, feche todas as aplicações em execução. A bateria começará a carregar quando o tablet voltar a atingir uma temperatura normal.
- O carregamento da bateria através de uma porta USB não é suportado quando o tablet está ligado a um computador ou a um carregador.

O indicador de carga não acende

Certifique-se de que ligou devidamente o tablet e o adaptador de corrente, o adaptador de corrente e o cabo de alimentação e o cabo de alimentação a uma tomada de eletricidade.

O consumo da bateria aumenta

- A bateria poderá estar a se deteriorar.
- Contate o coordenador de campo de pesquisa/supervisor ou pesquisador responsável.

A tela está escura

- Certifique-se de que o brilho da tela do tablet não está definido para o nível mais baixo.
- Certifique-se de que o nível de carga restante da bateria é suficiente.
- Tome cuidado para não tapar o sensor de luz ambiente.
- No exterior num dia claro, poderá achar que a tela está escura.

O tablet está lento

- O tablet poderá tornar-se lento quando o utiliza num ambiente quente ou frio. Utilize o tablet num local com uma temperatura a mais adequada possível.
- O tablet poderá apresentar um melhor desempenho se o desligar e voltar a ligar quando estiver lento ou o desempenho não for o esperado.
- Se o desempenho do tablet não for o esperado, a área de armazenamento dos dados do tablet poderá estar cheia.
- Contate com o coordenador de campo de pesquisa/supervisor ou pesquisador responsável.

O tablet não funciona

- Mantenha comprimido o botão de ligar durante 10 segundos para forçar o encerramento e volte a ligá-lo.
- Contate coordenador de campo de pesquisa/supervisor ou pesquisador responsável.

BOA PESQUISA E BOA SORTE!

8.13 Questionário de controle de qualidade

QUESTIONÁRIO PARA CONTROLE DE QUALIDADE

Este questionário consta de 15 questões retiradas da pesquisa “EFEITO DA BOLSA FAMÍLIA NA SAÚDE BUCAL PARA A POPULAÇÃO DE BAIXA RENDA DO MUNICÍPIO DE SÃO LEOPOLDO”, para avaliar o processo de qualidade. É para ser respondido utilizando-se o número do telefone fixo ou móvel, email ou rede social informado pelo entrevistado desta pesquisa.

O controle de qualidade serve para corrigir deficiências e melhorar os cuidados na coleta de dados e aceitação por parte dos entrevistados e é recomendado que seja feito durante toda as etapas da pesquisa. É realizado pela equipe interna (administrativa) e/ou externa (entrevistadores) com o olhar dos supervisores.

Um questionário de pesquisa com uma lista de perguntas pode ser usada para a verificação do controle da qualidade para demonstrar a eficiência do gerenciamento e confiabilidade do processo da pesquisa. Para isso, utilizam-se medições para avaliar as ações da equipe entrevistadora (equipe externa) e promover mudanças quando necessário. Uma forma de medir a qualidade de uma pesquisa pode ser realizada através de métricas como taxa de falha, controle de orçamento, desempenho dentro de um prazo e confiabilidade.

Este breve questionário é apresentado em um quadro com itens relacionados a identificação do entrevistador, entrevistado e questões para o controle de qualidade:

Nome do entrevistador
Entrevistador
<input type="text"/>
A1.- Código da família
<input type="text"/>
A2. Número de moradores :
<input type="text"/>
A3. – Nome do Responsável pela Unidade Familiar – RF
<input type="text"/>
A4. Data de nascimento ____/____/____
A5. Qual o seu sexo? <input type="checkbox"/>
0-Masculino; 1-Feminino
A6. Quantas pessoas moram na casa? <input type="text"/>
Marcar valor inteiro; 99-Não sabe/Não respondeu.
A7. Quando sr(a)/você tinha 12 anos, você morava em:
<input type="checkbox"/> Zona rural
<input type="checkbox"/> Zona urbana de cidade do interior
<input type="checkbox"/> Zona urbana de capital (Porto Alegre ou outra capital)

A8. Recebe benefício Bolsa Família?
 Não

Sim Por quanto tempo recebe? Anos Meses

A9. Até que série/ano o sr(a)/você estudou?
 Marcar anos estudados sem reprovação. Fazer a conversão e anotar o total de anos estudados com aproveitamento (sem reprovação).
 Marcar 99 para "não sabe/não respondeu".

A10. Quantos cômodos estão servindo permanentemente de dormitório para os moradores deste domicílio?
 Dormitório vazio também conta. Marcar número inteiro ou 99-Não sabe/Não respondeu

A11. A sua rua é pavimentada/calçamento?
 Marcar 0-Não; 1-Sim

A12. Onde foi resolvida a dor sua ÚLTIMA DOR DE DENTE (entre os itens que vou ler)?
 Digitar o item escolhido pelo respondente ou no item 7 escrever outra possibilidade.

- 1- No serviço público odontológico (posto de saúde, postinho, UBS)
- 2- No serviço público médico (posto de saúde, postinho, UBS, UPA, hospital, plantão)
- 3- No serviço particular (consultório odontológico)
- 4- No convênio odontológico
- 5- No convênio médico (plantão, urgência, emergência, hospital)
- 6- Em casa (na casa de vizinhos, amigos ou parentes, na farmácia)
- 7- Outros - Qual?
- 8- Não se aplica; 9-Não sabe/não respondeu.

A13. O(a) sr(a)/você usa prótese, dente falso, dentadura, chapa?
 Marcar 0-Não; 1-Sim; 99-Não sabe/Não respondeu.

A14. O(a) sr(a)/você fuma cigarros **ATUALMENTE**?
 Sim
 Não, nunca fumei
 Não, fumei no passado, mas parei de fumar.

A15. Com quanto PARENTES você se sente a vontade e pode falar sobre quase tudo?
 (Se for o caso, inclua esposo(a), companheiro(a), ou filhos nesta resposta)
 Parentes
 Nenhum

8.14 Anuência UFRGS

PAPEL TIMBRADO FACULDADE ODONTOLOGIA

Porto Alegre, __ de dezembro de 2014

A Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
A/c Prof. Dra. Sandra Liana Henz
Substituta do Departamento de Odontologia Preventiva e Social

Autorização para realização de pesquisa

Eu, Sandra Liana Henz, Chefe Substituta do Departamento de Odontologia Preventiva e Social (DEOPS) da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, venho por meio desta informar ao Comitê de Ética, que autorizo o pesquisador Roger Keller Celeste, professor do Programa de em Odontologia da Faculdade de Odontologia da UFRGS – Porto Alegre, a realizar e desenvolver a pesquisa intitulada “ Efeito da Bolsa Família na Saúde Bucal para População de Baixa Renda do Município de São Leopoldo”, juntamente com a pesquisadora Irene Fanny Ritzel.

Declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Sandra Liana Henz
Substituta do Departamento de Odontologia Preventiva e Social/UFRGS

8.15 Anuência São Leopoldo

PAPEL TIMBRADO DA PREFEITURA

Porto Alegre, 01 de março de 2014

Ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFRGS/POA

Prezados Senhores

Declaro que tenho conhecimento e autorizo a realização do projeto de pesquisa intitulado EFEITO DA BOLSA FAMÍLIA NA SAÚDE BUCAL PARA POPULAÇÃO DE BAIXA RENDA DO MUNICÍPIO DE SÃO LEOPOLDO, proposto pelos pesquisadores Roger Keller Celeste e Irene Fanny Ritzel.

O referido projeto será realizado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul de Porto Alegre, e só poderá ocorrer a partir da apresentação do Parecer do Colegiado de aprovação do Comitê de Ética em Seres Humanos da UFRGS/POA.

Atenciosamente

Julio Galperin
Secretário de Saúde do Município de São Leopoldo - RS

8.16 TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA					
Título do Projeto: EFEITO DA BOLSA FAMÍLIA NA SAÚDE BUCAL PARA A POPULAÇÃO DE BAIXA RENDA DO MUNICÍPIO DE SÃO LEOPOLDO					
Área do Conhecimento: Saúde		Número de participantes		No centro:	Total:
Faculdade: Odontologia		Unidade: UFRGS-POA			
Projeto Multicêntrico	<input type="checkbox"/>	Sim	<input checked="" type="checkbox"/>	Não	Nacional
	<input type="checkbox"/>				Internacional
	<input type="checkbox"/>				Cooperação Estrangeira
	<input type="checkbox"/>				Sim
	<input checked="" type="checkbox"/>				Não
Patrocinador da pesquisa:					
Instituição onde será realizado: Universidade Federal do Rio Grande do Sul de Porto Alegre					
Nome dos pesquisadores e colaboradores: Prof. Roger Keller Celeste, Ms., Dr.; Profª. Irene Fanny Ritzel, Ms.; Prof. Fernando Neves Hugo, Ms., Dr.; e Profª. Juliana Balbinote Hilgert, Ms., Drª.					

2. IDENTIFICAÇÃO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL		
Nome: PROF. ROGER KELLER CELESTE, MS., DR.		Telefone: (51) 3316 5015
Profissão: Professor Doutor	Registro no Conselho Nº: 10070	E-mail: roger.keller@ufrgs.br
Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2492, sala 301. Porto Alegre/RS-Brasil CEP: 90035-003		

3. IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA	
Nome:	
Endereço:	

Por haver poucos estudos relacionados entre saúde bucal e o Programa Bolsa Família precisa-se conhecer melhor a relação entre saúde bucal da família brasileira elegível que recebe e não recebe o benefício Bolsa Família (BF). Por isso queremos fazer um questionário sobre saúde bucal para os Responsáveis das Famílias (RF) elegíveis ao benefício Bolsa Família do município de São Leopoldo.

Estamos convidando você para responder um questionário com um tablet (um celular de maior tamanho) que dura de 15 a 20 minutos. As perguntas serão em relação ao sexo, idade, renda, benefícios, domicílio, dor de dente, acesso aos serviços de saúde, saúde da boca qualidade de vida e anotadas suas respostas. A pesquisa poderá ajudar nas decisões públicas da sua comunidade junto aos Conselhos de Saúde, de Assistência Social e Orçamento Participativo e promover melhorias nos serviços para as famílias elegíveis. O questionário não lhe causará desconforto ou risco.

A senhora/senhor poderá parar a qualquer momento, desistir ou interromper a entrevista desta pesquisa sem a necessidade de qualquer explicação, isto não lhe causará nenhum dano e não virá a interferir no projeto de pesquisa. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone do pesquisador responsável, e se necessário através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa. Será respeitada a privacidade e confidencialidade dos dados coletados para pesquisa – somente os pesquisadores saberão as respostas. As respostas serão utilizadas apenas para fins científicos e você receberá uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, e serão divulgados em publicações científicas, e seus dados pessoais não serão mencionados. Os resultados serão avaliados e analisados para pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRS), guardados junto ao Departamento de Saúde Bucal Coletiva para o tempo de estudo ou cinco anos.

A senhora/senhor não terá despesa alguma e sua participação será voluntária. A senhora/senhor tem a garantia de, a qualquer tempo, de pedir informações sobre a pesquisa bem como dos resultados finais. Para tanto, poderá consultar o **pesquisador responsável Professor Roger Keller Celeste e Professora Irene Fanny Ritzel**. Em caso de dúvidas não esclarecidas pelo(s) pesquisador(es), ou de irregularidades de natureza ética poderá contatar o **Comitê de Ética em Pesquisa (Fone: 51-3308 3738)**.

Declaro que obtive todas as informações necessárias e esclarecimento quanto às dúvidas por mim apresentadas e, por estar de acordo, assino o presente documento em duas vias de igual conteúdo e forma, ficando uma em minha posse.

_____, ____ de _____ de _____.

Pesquisador Responsável pelo Projeto

Sujeito da pesquisa e/ou responsável

8.17 Folheto explicativo de saúde bucal

Cuidados da higiene dental para a melhor idade:

Como posso manter uma boa saúde bucal?

- Dentes cuidados desde cedo podem durar uma vida inteira.

- Escove seus dentes pelo menos 3 vezes ao dia com creme dental com flúor. Use fio dental pelo menos uma vez ao dia e vá regularmente ao dentista.

Se houver uso de próteses:

- Escove separadamente sempre após comer.

- Tire a prótese algumas horas durante o dia ou noite.

- Sempre guarde sua prótese limpa/escovada e dentro de um pote coberto com água para não ressecar.

Aqui alguns telefones que lhe possam ser úteis:

São Leopoldo - RS

Bombeiros: 3579-0450 / 3579-0476

SAMU: 192

Polícia Civil: 197

Brigada Militar: 190

Polícia Municipal: 153

Hospital Geral: 35901111

UPA III: Leopoldo Abino Schaver - Schaveria.

UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

UBS SAUM - Telefone: 3588 8215

UBS CAMPESTRE - Telefone: 3588 0006

UBS JARDIM AMÉRICA - Telefone: 3586.1992

UBS MATERNO INFANTIL - Telefone: 3592.5048

UBS PADRE ORISTES - Telefone: 3586.5409

UBS PINHEIRO - Telefone: 3591.3980

UBS RIO BRANCO - Telefone: 3586.1974

UBS SÃO CRISTÓVÃO - Telefone: 3588 3722

UBS SHARLAU - Telefone: 3566 2828

UBS VICENTINA - Telefone: 3590 1903 / 3590 1833/ 35902135

UBS BRAS ESP - Telefone: 3572.4614

UBS COHAS FEITORIA ESP - Telefone: 3591.9177

UBS COHAS DUQUE ESP - Telefone: 3588.4932

UBS PARQUE MALA ESP - Telefone: 3572.8601

UBS PADM/PÁULO COITO ESP - Telefone: 3586.7779

UBS RIO DOS SINOS ESP - Telefone: 3592.1296

UBS SANTO ANDRÉ ESP - Telefone: 3588.6668

UBS SANTOS DUMONT ESP - Telefone: 3590.2883

UBS TRENDURD ESP - Telefone: 051-3592.8199

UBS PAUM - Telefone: 051-3566.7779

CENTRO DE SAÚDE CAMPINA - Telefone: 051-3588.6367

UBS Aposentados - Telefone: 051-3591.9088

UBS IMIGRANTE - Telefone: 051-3554.1789

Farmácia Popular

Endereço: rua Saldanha da Gama, 517, Centro.
Horário de atendimento: das 8h às 18h, de segunda a sexta-feira, e das 8h às 12h, aos sábados.
Telefone: 3592 5333

Dicas para a Saúde da Boca da Família



UFRGS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL



Apoio:



Prefeitura Municipal de São Leopoldo

Imagem retirada do site: www.vsbolavida.com.br

Bebês

Veja alguns cuidados importantes:

- O cuidado com a boca e os dentes começa cedo. No nascimento do bebê, a boca é limpa com uma gaze úmida e os dentes com escova dental pequena e macia.

- Após comer, limpe os dentes. Assim o bebê logo se acostumará com este novo hábito de escovar os dentes.

- Evite dar chupeta ao bebê e mamadeira só para se alimentar, porque pode entortar os dentes e levar a problemas de respiração.

- Dê ao seu filho alimentos saudáveis e naturais.

Crianças

Exemplo é educar! Pai, Mãe, ensine seu filho a escovar os dentes e usar fio dental.

Até seu filho ficar craque, ajude ele!

Escove seus dentes junto com seus filhos!

Aos 6 anos nascem os dentes lá do fundo, Os primeiros molares permanentes.

Eles precisam de muito cuidado porque vão ficar para sempre na boca de seu filho.

Comer frutas faz bem para o corpo e para os dentes, deixe os doces para comer juntos com as refeições principais.



Fonte: <http://centrodeatualizacãoemodonto.com.br/>

E lembre-se: uma sorriso bem cuidado abre muitas portas! Cuide dos seus dentes. Eles são um dos seus maiores bens!

A figura abaixo mostra quantos dentes de leite geralmente as crianças tem em suas bocas: 10 em cima e 10 em baixo.

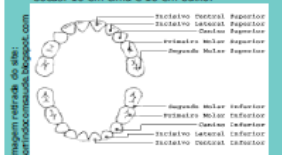


Imagem retirada do site: sorrisoemcuidado.blogspot.com

Adolescentes

Escove os dentes três vezes ao dia. Use o fio dental diariamente e escove sempre junto da gengiva.

Seja esperto. A escovação antes de dormir é a mais importante.

Beliscar alimentos fora de hora pode dar cárie e doença gengival.

A partir dos doze anos, você tem todos os dentes permanentes na boca.

Evite comer doces a toda hora, fumar, ingerir bebidas alcoólicas. Não vai fazer bem a sua saúde.

Se você tem mau hálito, procure seu dentista: **Isto tem solução!**

Cuide da sua vida e da sua saúde desde agora!

Adultos

A saúde começa pela sua boca!

- Nesta idade aparecem as doenças nas gengivas e a periodontite - piorréia.

- Escove seus dentes 3 vezes ao dia. Preferencialmente com escovas de cerdas macias, junto da gengiva. Lembre de limpar a lingual!

- Prefira comer os alimentos doces junto das refeições principais.

- Evite fumar, ingerir bebidas alcoólicas e drogas em geral.

- Quando a sua gengiva sangrar ao escovar os dentes, procure um dentista e não pare de escovar!

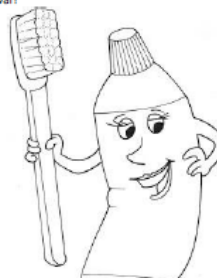


Imagem retirada do site: www.espaçoduar-color.com.br

9 ANEXOS

9.1 Manual do aplicativo ODK

Manual do Aplicativo

Instalação do Aplicativo em um dispositivo sem conta Google associada


boldo

1. Acesse o menu *Aplicativos* (localizado no canto superior direito).
2. Selecione o aplicativo *Configurações*.
3. No menu à esquerda, selecione *Aplicativos*.
4. Marque a opção *Fontes desconhecidas* (caso já não esteja marcada).
5. Abra o aplicativo *Internet* e acesse o endereço <https://opendatakit.org/downloads/download-info/odk-collect-apk>
6. Clique no botão *Download*.
7. Quando o download for finalizado, abra o arquivo e clique em *Instalar*.
8. O aplicativo estará instalado com o nome *ODK Collect*.

Instalação do Aplicativo em um dispositivo com conta Google associada

1. Acesse a *Play Store*.
2. Baixe o aplicativo *ODK Collect*.

Download dos Formulários no Aplicativo

1. Abra o aplicativo ODK Collect.
2. Clique em  ⇒ *Alterar Configuração* ⇒ *Configurações do Agregador ODK*.
3. Insira os seguintes dados:
 Servidor: <https://bfsb.florescer.xyz>
 Usuário: bfsb_coletor
 Senha: 0d932Kx
4. Volte à tela inicial do aplicativo.
5. Clique no botão *Carregar formulário em branco*.
6. Selecione então os formulários.
7. Clique no botão *Pegar Selecionados*.
8. Agora o dispositivo está pronto para a coleta!

Atualização de Formulários no Aplicativo

1. Abra o aplicativo ODK Collect.
2. Clique no botão *Apagar Formulário Salvo*
3. Se houver itens na aba *Formulários Salvos* (a primeira da esquerda para a direita) do respectivo formulário a ser atualizado:
 - a. Selecione todos esses itens.
 - b. Clique no botão *Apagar Selecionados*.
4. Clique na aba *Formulários Vazios*.
5. Selecione o respectivo formulário a ser atualizado.
6. Clique no botão *Apagar Selecionados*.
7. Volte para a tela inicial.
8. Clique no botão *Carregar Formulário em Branco*.
9. Logue-se, caso seja necessário.

10. Selecione o título do formulário a ser atualizado.
11. Clique no botão *Pegar Seleccionados*.
12. Surgirá uma tela com o resultado. Clique em *Ok*.
13. Pronto, o formulário está atualizado.

Utilização em Entrevistas

1. Abra o aplicativo ODK Collect.
2. Clique no botão *Formulário em Branco*.
3. Escolha o formulário que deseja preencher.
4. Prossiga com a entrevista como desejar.

Envio para o Servidor das Entrevistas Finalizadas

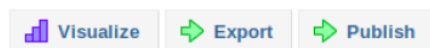
1. Abra o aplicativo ODK Collect.
 2. Clique no botão *Enviar formulário finalizado*.
 3. Selecione as entrevistas que deseja enviar (clique no botão *Alternar Todos* para selecionar todas)
 4. Clique no botão *Enviar selecionado*.
 5. Pronto, o formulário ou os formulários foram enviados.
-

Manual de Exportação dos Dados

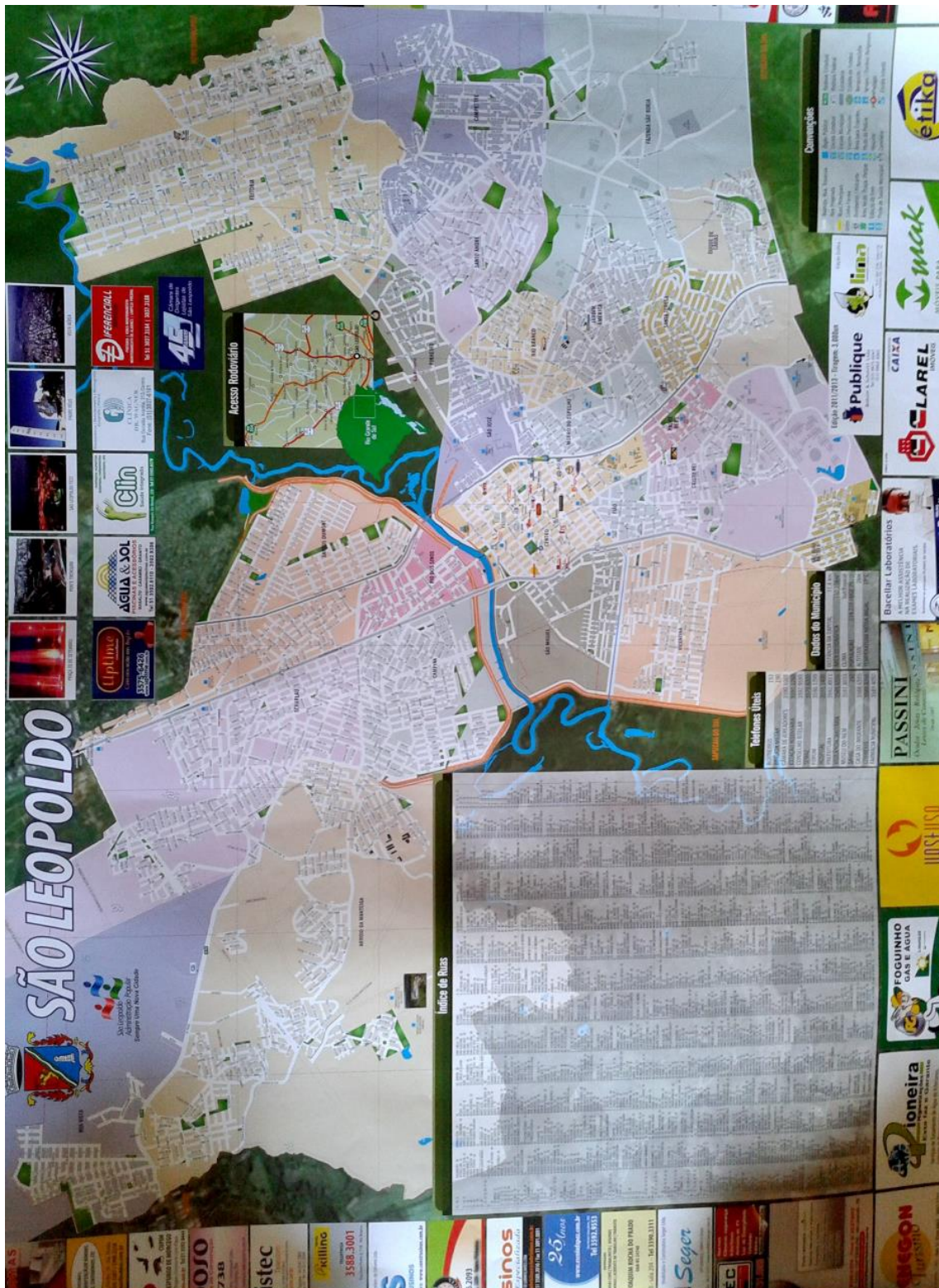
1. Acesse <https://bfsb.florescer.xyz> e insira os seguintes dados:
Usuário: bfsb_admin
Senha: 09ZMFN2Kx
2. Na tela seguinte, certifique-se que o formulário certo está selecionado.

Form Acesso na perspectiva do usuário da APS ▼ |

3. Para baixar os dados coletados, clique no botão *Export*

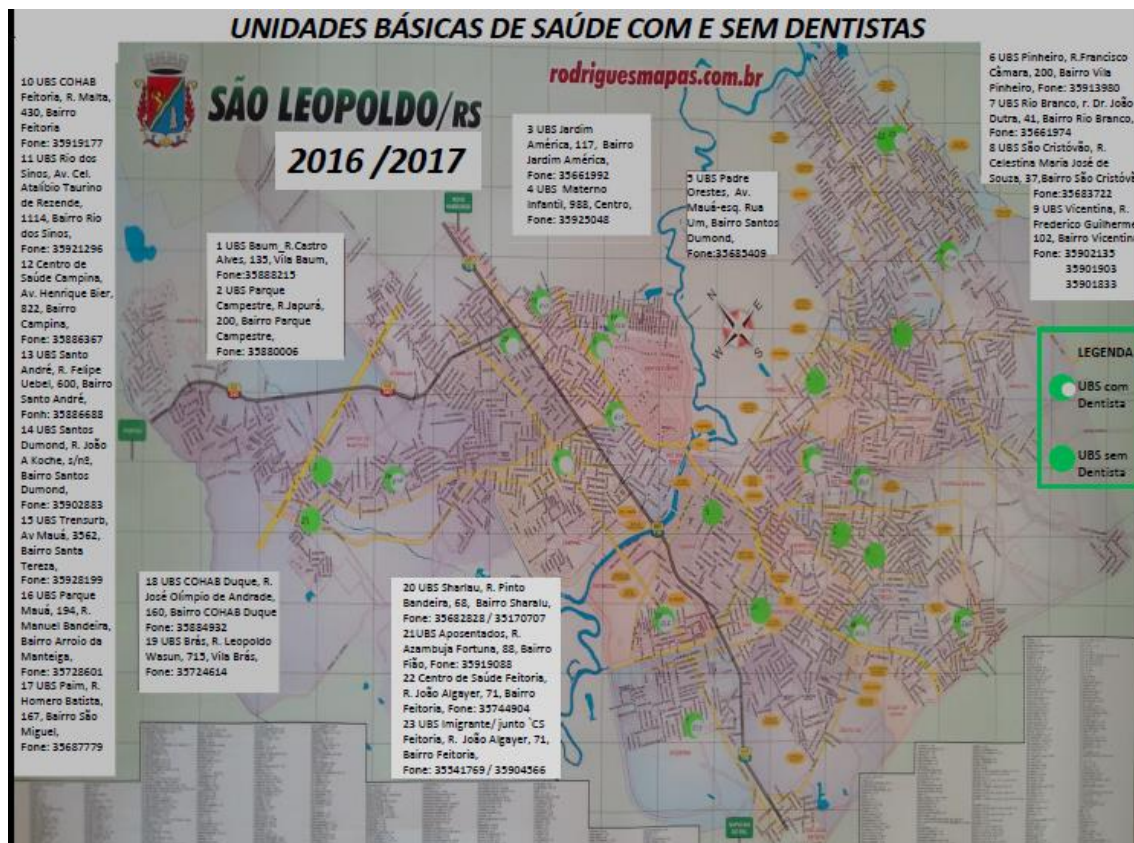


9.2 Mapa São Leopoldo



Fonte: Prefeitura Municipal de São Leopoldo

9.2 Mapa São Leopoldo X UBS



Fonte: Mapa alterado do município de São Leopoldo