



PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

FACULDADE DE MEDICINA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À UTILIZAÇÃO DE BENZEDEIRAS
ENTRE IDOSOS: UM ESTUDO DE BASE POPULACIONAL NA ÁREA RURAL
DE RIO GRANDE, RIO GRANDE DO SUL.**

STEPHANIE JESIEN

2019



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



**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À UTILIZAÇÃO DE BENZEDEIRAS ENTRE
IDOSOS: UM ESTUDO DE BASE POPULACIONAL NA ÁREA RURAL DE RIO GRANDE, RIO
GRANDE DO SUL.**

STEPHANIE JESIEN

Mestranda

RODRIGO D. MEUCCI

Orientador

LUANA P. MARMITT

Coorientadora

RIO GRANDE, RS, AGOSTO DE 2019

STEPHANIE JESIEN

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À UTILIZAÇÃO DE BENZEDEIRAS ENTRE
IDOSOS: UM ESTUDO DE BASE POPULACIONAL NA ÁREA RURAL DE RIO GRANDE, RIO
GRANDE DO SUL.**

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

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo D. Meucci

RIO GRANDE, RS, AGOSTO DE 2019

Ficha catalográfica

J581p Jesien, Stephanie.
Prevalência e fatores associados à utilização de benzedeiros entre idosos: um estudo de base populacional na área rural de Rio Grande, Rio Grande do Sul / Stephanie Jesien. – 2019.
121 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Rio Grande/RS, 2019.
Orientador: Dr. Rodrigo Dalkemeucci.
Coorientadora: Dra. Luana Patrícia Marmitt.

1. Terapias Complementares 2. Medicina Popular 3. Idosos
4. Rural I. Dalkemeucci, Rodrigo II. Marmitt, Luana Patrícia III. Título.

CDU 615.89-053.9(816.5RG)

Catálogo na Fonte: Bibliotecário José Paulo dos Santos CRB 10/2344

STEPHANIE JESIEN

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À UTILIZAÇÃO DE BENZEDEIRAS ENTRE
IDOSOS: UM ESTUDO DE BASE POPULACIONAL NA ÁREA RURAL DE RIO GRANDE, RS.**

Banca examinadora:

Prof. Dr. Rodrigo Dalke Meucci
Orientador (Presidente)

Prof. Dr. Bruno Pereira Nunes
Examinador externo – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Raúl Andrés Mendoza-Sassi
Examinador interno

Prof. Dr. Christian Loret de Mola Zannati
Examinador suplente

RIO GRANDE, RS, AGOSTO DE 2019

LISTA DE SIGLAS

BVS	Biblioteca virtual da saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
Decs	Descritores de ciência da saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FURG	Universidade Federal do Rio Grande
IBGE	Instituto brasileiro de geografia e estatística
MCA	Medicina Complementar Alternativa
Mesh	Medical Subject Heading
PIC	Práticas Integrativas de Saúde
RedCap	Research Electronic Data Capture
RP	Razão de Prevalência
RS	Rio Grande do Sul
TMC	Transtornos Mentais Comuns

Prevalência e fatores associados a utilização de benzedeiros entre idosos: um estudo de base populacional na área rural de Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil.

Objetivo: estimar a prevalência e os fatores associados à utilização do serviço de benzedeiros para tratamento de problemas de saúde.

População Alvo: idosos (60 anos ou mais), residentes na área rural do município de Rio Grande/RS.

Delineamento: estudo transversal de base populacional.

Desfecho: utilização dos serviços de benzedeiros para tratamento de problemas de saúde.

Processo amostral: foi utilizado um processo aleatório sistemático para selecionar 80% dos domicílios. Um número entre “1” e “5” foi sorteado para estabelecer o domicílio a ser pulado no processo de amostragem. Este procedimento garantiu que quatro de cada cinco domicílios fossem amostrados. Todos os indivíduos com 60 anos ou mais residentes nos domicílios selecionados eram elegíveis.

Análise: o desfecho foi categorizado em três categorias (nunca usou/usou nos últimos 12 meses/usou há mais de 12 meses). Foi utilizada regressão multinomial para análise dos fatores associados.

Resultados: a prevalência da procura por benzedeira nos últimos e há mais de 12 meses, foram de 9,5% e 15,8%, respectivamente. Na análise ajustada, as características comumente associadas à utilização em ambos os recordatórios foram idade, religião e problema de coluna e/ou artrose. Relato de doença no último ano e procura preferencial por serviços de urgência e emergência foram associadas apenas à utilização nos últimos 12 meses. Sexo feminino permaneceu associada apenas à utilização há mais de 12 meses.

Conclusão: este estudo traz uma contribuição original a um tema pouco avaliado em estudos epidemiológicos. O conhecimento da frequência e dos determinantes da busca por este tipo de terapia popular, pode ser utilizado para melhorar a qualidade e o acesso aos serviços de saúde oferecidos à população idosa de áreas rurais.

Descritores: terapias complementares; medicina popular; idosos; área rural.

Prevalence and associated factors with the use of traditional healing practices among elderly: a population based study in the rural area of Rio Grande, Rio Grande do Sul State, Brazil.

Aim: to estimate the prevalence and associated factors with the use of traditional healing practices for health problems treatment.

Target population: elderly from rural area of Rio Grande municipality, Rio Grande do Sul State, Brazil.

Design: cross-sectional population based study.

Outcome: the use of traditional healing practices for health problems treatment.

Sampling: a systematic random sampling process was used in order to elect 80% of the households. A number between "1" and "5" was drawn, whereby the drawn number corresponded to the household that was skipped. This procedure ensured that four out of five households were sampled. All residents aged ≥ 60 in the selected households were eligible.

Analysis: the outcome was analyzed in three categories (never used/used in the last 12 months/ used in the last time over twelve months ago). Multinomial Regression was used to examine associated factors.

Results: traditional healing practices use in the last 12 months and over 12 months were 9.5% and 15.8%, respectively. According to adjusted analysis, common characteristics associated with both recalls periods were age, religion and self report of back problem/arthrosis. Being ill in the last year and preferred use of emergency services were only associated with traditional healing practices use in the last 12 months. Female sex was associated only with traditional healing practices use in the last time over twelve months ago.

Conclusion: this study brings an original contribution to the knowledge of a little evaluated subject in epidemiological studies. Knowing the occurrence and associated factors with the use of traditional healing practices can be used to improve quality and access to health services for older people in rural areas.

Keywords: complementary therapies; popular medicine; elderly, rural.

CONTEÚDOS DO VOLUME

1.	Projeto	12
2.	Relatório do Trabalho de Campo	43
3.	Adaptações ao Projeto Inicial	55
4.	Normas da Revista	58
5.	Artigo	70
6.	Nota à imprensa	89
8.	Apêndices	91

SUMÁRIO

1	Introdução	12
1.1	Revisão Bibliográfica	14
1.2	Prevalência da utilização de curandeiros e benzedeiras no Brasil	15
1.3	Prevalência da utilização dos serviços de benzedeiras no mundo	16
1.4	Fatores associados ao desfecho	17
2	Justificativa	20
3	Objetivos	22
3.1	Objetivo geral	22
3.2	Objetivos específicos	22
4	Hipóteses	23
5	Metodologia	24
5.1	Local	24
5.2	População alvo, critérios de inclusão e exclusão	24
5.3	Delineamento	24
5.4	Processo de amostragem	25
5.5	Cálculo do tamanho amostral	25
5.6	Definição do desfecho	27
5.7	Definição das exposições	27
5.8	Seleção, treinamento de entrevistadoras e estudo piloto	29
5.9	Logística	29
5.10	Processamento e análise de dados	30
5.11	Controle de qualidade	31
5.12	Aspectos éticos	32
5.12.1	Análise crítica de risco e benefícios	32
5.12.2	Explicitações da responsabilidade do pesquisador e da instituição	32
5.12.3	Critérios para suspender ou encerrar a pesquisa	33

5.12.4	Infraestrutura dos locais de pesquisa	33
5.12.5	Monitoramento e segurança dos dados	33
6	Divulgação dos resultados	34
7	Orçamento	35
8	Cronograma	38
9	Referências	39
10	Relatório do trabalho de campo	43
11	Adaptações do Projeto Inicial	55
12	Normas para submissão do artigo	58
12.1	ARTIGO	70
12.2	Nota à imprensa	89
13	Apêndices	91
13.1	Apêndice 1	92
13.2	Apêndice 2	97
13.3	Apêndice 3	120

PROJETO

1 Introdução

A utilização de serviços de saúde se dá na relação entre necessidade percebida pelo indivíduo e a oferta de serviços de saúde. Entretanto, em áreas rurais, o acesso a estes serviços tende a ser menor em função das grandes distâncias de centros urbanos, menor oferta de profissionais de saúde, dificuldades financeiras e de transporte, assim como baixa adesão a planos de saúde (Travassos C, Viacava F, 2007; Arruda NM et al 2018). Além destes, as diferenças culturais, socioeconômicas e até mesmo de linguagens muitas vezes, impede ou dificulta a relação entre os profissionais da saúde e a população (Mello ML, Oliveira SS, 2013; Audete et al, 2013; Birhan W et al, 2011).

No Brasil, características como a grande extensão territorial e a mistura de culturas (ameríndios, africanos, técnicas farmacológicas portuguesas, entre outras) e etnias propiciaram o surgimento de práticas curativas realizadas por indivíduos sem formação médica. Estas, muitas vezes, eram a solução para aqueles que habitavam locais distantes dos centros urbanos ou até mesmo, aqueles que não dispunham de boas condições financeiras e buscavam a solução para seus problemas de saúde (Nery VC, 2006; Gurgel CBFM, 2009; Santos MG et al, 1995).

Uma das formas mais conhecidas deste tipo de prática é a benzeção, a qual é definida como o ato de benzer. O cuidado em saúde oferecido por esta modalidade de tratamento é atribuído a um “dom divino”, razão pela qual, tradicionalmente em nosso país, não há cobrança de valores pelos serviços prestados. O trabalho na benzeção é realizado com base em valores como doação e caridade e pressupõe que o sujeito benzedor se doe para a cura do sujeito necessitado, sem esperar nada em troca (Nery VC, 2006; Medeiros REG et al, 2013).

As mulheres que realizam essa prática são chamadas de benzedoras ou rezadeiras, enquanto que os homens, chamados de: curandeiros ou benzedores. Historicamente, benzedoras e curandeiros assumiram o papel de curadores dos problemas do corpo, em um período em que os atendimentos básicos em saúde (unidades de saúde, hospitais, entre outros) e até mesmo a disponibilidade de conhecimentos médicos eram inexistentes ou raros. Seja no meio rural ou urbano, as

benzedoras e curandeiros utilizam-se de rituais com a mistura de rezas, manipulação de plantas, prescrição de chás e massagens terapêuticas com o intuito de amenizar doenças corporais e males espirituais. Por tratarem da saúde da população há muito tempo, alguns estudos que relatam o histórico da benzeção no Brasil, descrevem também uma concorrência existente entre a medicina e esses terapeutas populares (Puttini RF, 2008; Farias RG 2012; Maciel MRA, Neto G, 2006; Neto AFP, 2000).

A benzeção traz uma visão sensível às vontades do indivíduo tratado. Sua realidade e contexto social são relevantes ao processo de cuidado, uma vez que o indivíduo participa ativamente na busca pela sua cura, junto a esses terapeutas populares avaliando os resultados de seu tratamento e considerando-se curado ou não. Essa avaliação subjetiva não necessita de conhecimentos formais básicos, de modo que o paciente pode optar livremente pela utilização de outras terapias concomitantes ao tratamento realizado na benzeção, sem sofrer recriminações pelas suas próprias opções de tratamento (Medeiros REG et al, 2013).

São comuns os relatos de que benzedoras e curandeiros orientam os indivíduos procurarem atendimento oferecido por profissionais de saúde (Sales CMP, 2007). Alguns médicos acreditam que a benzedura é uma prática cotidiana na população rural e que tais práticas não interferem em suas condutas terapêuticas (Sant'ana E, Seggiaro D, 2008).

Embora seja uma prática histórica e reconhecida em termos de tradição, a benzeção praticamente não foi estudada em relação a frequência da sua utilização na população, sendo a grande maioria dos estudos existentes qualitativos e com abordagens focadas nas benzedoras e curandeiros. Em alguns estudos quantitativos a utilização da benzedora aparece como desfecho secundário, sendo, portanto, pouco avaliado quanto desfecho principal de interesse (Neto RJF et al, 2011).

1.1 Revisão Bibliográfica

A revisão bibliográfica, realizada em 2017, teve como objetivo encontrar estudos nacionais e internacionais que trouxessem informações quantitativas sobre a prevalência e fatores associados da utilização de terapias com benzedeiros ou curandeiros no Brasil e no mundo. A busca foi realizada nas plataformas BVS e Pubmed.

Na BVS foram utilizados os descritores benzedeiros “OR” curandeiro e o filtro para idioma permitindo que somente estudos em português, inglês e espanhol fossem recuperados. Não foi utilizado o descritor booleano "AND" em associação a outros termos para não restringir o número de referências encontradas. Foram recuperadas nessa base de dados 1.962 referências.

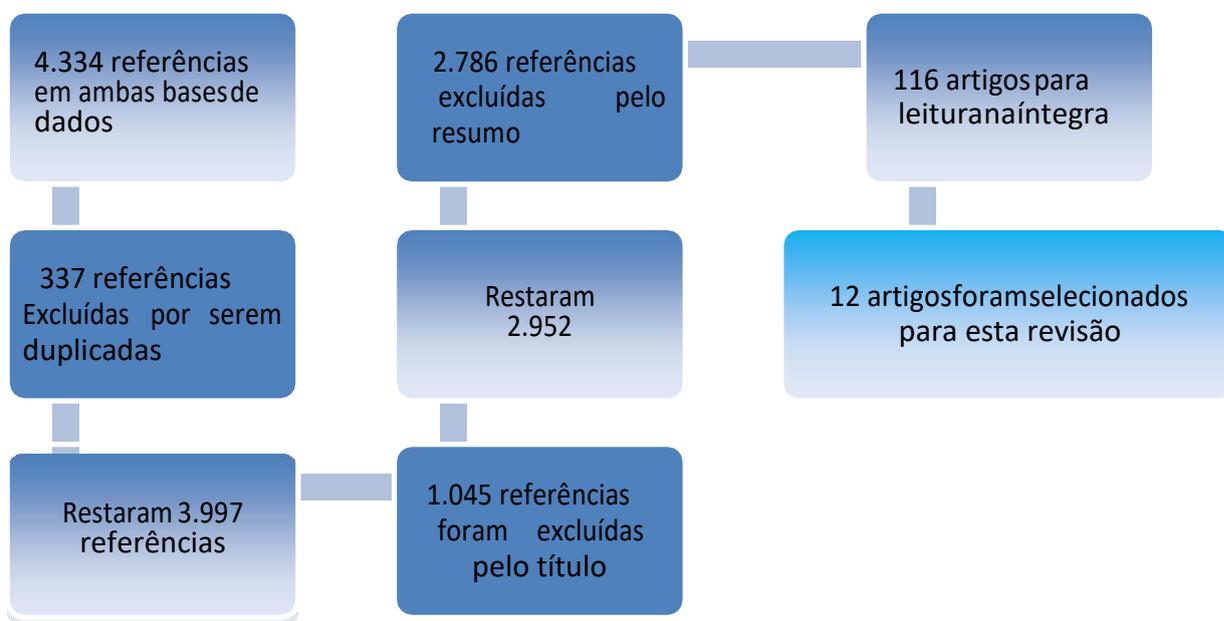
Na base de dados Pubmed, utilizando o descritor *traditional healers* “OR” *faith healers* “OR” *folk healers* associado ao filtro para estudos em inglês, português e espanhol foram recuperados 2.372 estudos.

Após a junção das referências recuperadas no programa EndNote®, foi utilizada a ferramenta *find duplicates* para encontrar estudos duplicados. Após a exclusão destes, restaram 3.997 referências. A leitura dos títulos resultou na exclusão de 1.045 estudos. Esses se tratavam de estudos de caso, pesquisas etnobotânicas, etiológicas, conteúdos oriundos de páginas da internet, prevalência do uso de determinadas plantas medicinais, controles de pestes e larvas, testes de medicações, estudos com animais e estudos in vitro e in vivo.

Dos 2.952 estudos restantes, 2.786 foram excluídos após a leitura dos resumos. Nesta etapa foram excluídos estudos qualitativos, revisões sistemáticas sobre utilização de plantas, casos clínicos, estudos de prevalência sobre utilização de plantas em psicoterapia, conhecimento de curandeiros a respeito de doenças diversas, tipos de cura realizadas por curandeiros, prevalência de utilização de plantas nativas em animais, estudos com ratos e perspectivas de profissionais da saúde e leigos sobre a prática de curandeirismo. Dos 166 artigos restantes, os quais foram lidos nas íntegra, foram excluídos 154, por tratarem-se de estudos qualitativos, estudos que abordavam o uso de plantas medicinais, relatos e histórias sobre benzedeiros e curandeiros,

restando apenas 12 estudos para este projeto. A estratégia de busca nas bases de dados encontra-se descrita no fluxograma.

Fluxograma 1: Estratégia de inclusão e exclusão de artigos.



* Em todos os estágios de seleção dos artigos, foram excluídos: os estudos de caso, pesquisas etnobotânicas, etiológicas, conteúdos oriundos de sites informais, prevalência do uso de determinadas plantas, controle de pestes, testes de medicações, estudos com animais *in vitro* e *in vivo*. Também foram excluídos estudos qualitativos e os que abordavam histórias de benzedeiros e documentários.

1.2 Prevalência da utilização de curandeiros e/ou benzedeiros no Brasil.

Em um inquérito domiciliar brasileiro realizado em uma cidade no interior do Maranhão em 1995, relatou uma prevalência de 6,7% para procura de benzedeiros entre indivíduos acometidos por alguma doença e que buscaram auxílio para o restabelecimento de sua saúde (Coimbra LC et al, 1996).

Outro estudo transversal realizado com os alunos de 4 escolas públicas de Minas Gerais (110 professores e 162 alunos) encontrou uma prevalência da utilização dos serviços de benzedeira/curandeiros de 53,1% entre os alunos (Santos MGD, Dias AGP, Martins MM, 1995).

Um estudo de base populacional realizado em Minas Gerais, mostrou que 15% dos entrevistados procuraram benzedeadas na vida (Neto RJF, Faria AAD, Figueiredo MFS,2009). Essa prevalência também foi dividida entre usuários portadores de Transtornos Mentais Comuns (TMC), que apresentaram uma procura de 19% (137) de utilização dos serviços de benzedeadas e 13,9% (329) para os que não eram portadores TMC (Neto RJF, Faria AAD, Figueiredo MFS,2008).

Entre 200 pacientes infectados pelo vírus HIV e portadores da Aids, foi encontrada uma prevalência de 14,5% (29) de utilização de benzedeadas dentre os 78,5% que relataram ter utilizado Práticas Integrativas e Complementares (PIC) e Medicina Complementar Alternativa (MCA) (Neto RJF et al, 2011). No quadro 1 (apêndice 1) encontram-se todos os estudos brasileiros que verificaram a prevalência da utilização de curandeiros e/ou benzedeadas e alguns fatores associados à essa utilização.

1.3 Prevalência da utilização de curandeiros e/ou benzedeadas no mundo.

No quadro 1, encontram-se também, os estudos transversais, internacionais recuperados. Nessa revisão foram encontrados sete estudos quantitativos internacionais, provenientes de países pertencentes à Europa, África e Ásia. Entretanto, por tratar-se de uma prática ligada a tradições culturais não necessariamente são práticas que se equiparariam totalmente as práticas utilizadas no Brasil.

A prática realizada por curandeiros e benzedeadas é abrangente, podendo englobar diferentes técnicas e rituais de cura, dependendo da região no mundo que for praticada. Em Portugal, pesquisadores compararam a prevalência dessa utilização entre moradores da zona urbana, que relataram uma prevalência de 25% e na zona rural de 75%, assim como caracterizaram, os usuários desse serviço como indivíduos mais velhos e menos instruídos. Definiram também que 80% dos que utilizavam o serviço disseram estar satisfeitos com os resultados (Nunes B, Esteves MJ, 2006). Em um país localizado na Ásia, os pais de 97 crianças diagnosticadas com câncer, foram entrevistados a respeito da utilização de tipos de Medicina Alternativa Complementar.

Dos 84,5% que afirmaram utilizar esse tipo de terapia, 22% utilizaram os serviços de curandeiros (Hamidah A, et al, 2009). No Marrocos, um estudo com 100 pacientes, também portadores de câncer, relatou uma prevalência de 46% para utilização de medicina complementar e desses, 11% utilizavam os serviços de curandeiros (Brahmi SA, et al, 2011).

Na Índia foi realizado um inquérito domiciliar em uma favela, com o objetivo de estimar a prevalência de episódios de diarreia durante as quatro semanas anteriores a pesquisa e os diferentes tipos de tratamentos buscados. Cerca de 3% dos indivíduos com diarreia procuraram ajuda de curandeiros tradicionais (Sur D et.al, 2004).

Na Malásia, 44,2% dos pacientes de uma clínica psiquiátrica, relataram o uso de curandeiros ou homeopáticos (Razali SM, Yassin AM, 2008). Em Bangladesh, 7.082 cuidadores de 8.287 crianças menores de cinco anos de idade foram entrevistados a respeito de tratamento utilizado para diarreia e Insuficiência Respiratória Aguda (IRa). Cerca de 22% dos cuidadores relataram a utilização de curandeiros para o tratamento da diarreia e 12,2% para IRa (Piechulek, H, Al-Sabir A, Mendoza- Aldana, 2003).

Na África do Sul, em um inquérito populacional, com uma população de 3.651 foi encontrada uma prevalência de 2,4% de utilização de curandeiros entre os portadores de algum tipo de transtorno mental e 3,4% de procura pela medicina oficial (Sorsdahl K et al, 2009).

1.4 Fatores Associados

Nesta seção serão demonstrados os fatores associados à utilização de curandeiros ou benzedoras de acordo com a literatura (quadro 2). A maioria dos estudos são descritivos. Destaca-se que dos 7 estudos que relataram fatores associados, apenas 2 calcularam medidas de efeito (razão de prevalência ou razão de chances) e análise ajustada para fatores de confusão. Os demais apresentaram frequência e análise bivariada para as características da população usuária de benzeduras.

1.4.1 Cor

De acordo com dois estudos, a cor de pele negra esteve associada a utilização de curandeiros quando comparados a outras cores (brancos e asiáticos (OR 9,1 e IC95% 4,4-19,3) (Sorsdahl K et al, 2009).

1.4.2 Sexo

Todos os estudos que analisaram sexo, encontraram uma frequência mais de utilização de curandeiros e benzedeadas para as mulheres. No entanto, nenhum relatou associação estatisticamente significativa para essa variável.

1.4.3 Idade

Um estudo na África do Sul, demonstrou que a idade (acima dos 50 anos) quando comparada a 18 a 29 anos, esteve associada ao uso de benzedeadas ou curandeiros (OR = 1,8, IC 95% 1,3-2,7) (Sorsdahl K et al, 2009).

1.4.4 Escolaridade

Um estudo na África do Sul, demonstrou que a idade (acima dos 50 anos) quando comparada a 18 a 29 anos, esteve associada ao uso de benzedeadas ou curandeiros (OR = 1,8, IC 95% 1,3-2,7) (Sorsdahl K et al, 2009).

1.4.5 Uso de álcool e tabagismo

Em estudo realizado por Sorsdahl e colaboradores, foi relatado o transtorno por utilização de substâncias como fator associado à utilização de curandeiros (OR = 1,69; IC 95%: 1,1-2,5) (Sorsdahl K et al, 2009).

1.4.6 Transtorno Mental Comum

A ansiedade esteve associada (OR = 1,7, IC 95%: 1,2-2,4) a procura por curandeiros no estudo realizado na África do Sul (Sorsdahl K et al, 2009). Já no estudo de Rodrigues em 2008, mostra a associação entre procura por benzedeadas e TMC (RP = 1,25; IC = 1,08-1,46) (Rodrigues NJF et al, 2008).

1.4.7 Vínculo Empregatício

No estudo realizado na África do Sul, o indivíduo estar trabalhando esteve associado significativamente a procura por curandeiros (OR = 1,4, IC 95% 1,0-1,8) (Sorsdahl K et al, 2009).

2 Justificativa

Para que a prevenção, promoção e reabilitação em saúde sejam efetivas, é necessário conhecer as crenças e expectativas da população em relação à saúde. Quantificar a frequência de práticas culturais não oficiais de tratamento, tais como a benzeção, podem ser úteis na identificação de situações em que há dificuldade de acesso e/ou falta de confiança nos profissionais e serviços oficiais de saúde (Oliveira,1995; Sales CMP, 2007).

De acordo com a literatura quantitativa e qualitativa, indivíduos do sexo feminino, de cor da pele não branca, de renda mais baixa, com idade mais avançada, menor escolaridade, moradores da zona rural, que praticam algum tipo de religião e sofrem de algum tipo de transtorno psiquiátrico ou por uso de substâncias são os que mais procuram serviços de curandeiros e benzedeiros (Neto, 2008; Rodrigues NJF, 2009; Sorsdahl K et al, 2009).

Essa terapia popular, que se utiliza, de rituais com rezas, plantas medicinais no intuito de confeccionar chás, pastas de uso tópico, assim como somente tocar o indivíduo com ramos para administrar a cura, não possui comprovação científica. A benzeção é uma prática relacionada a questões culturais e religiosas e é considerada como uma opção viável de tratamento e de melhoria da saúde por aqueles que a utilizam (Sant'ana E, Seggiaro D, 2008; Mello ML, Oliveira SS, 2013). Entretanto, existem estudos que relatam a periculosidade da utilização de plantas no uso de chás e “remédios caseiros” administrados por terapeutas populares (Apiah B, 2010; Stewart M, 2009; Lasisi, AO, Ajuwon AJ, 2002; Chakraborty R, Roy S, Mandal V, 2016).

Além disso, o indivíduo pode escolher o tratamento por benzeção em detrimento de um tratamento convencional, o que pode resultar em diversos impactos à saúde, tais como atraso no diagnóstico e a progressão da doença. Estudos qualitativos sugerem que a utilização da prática de benzeção é comum, principalmente, entre idosos residentes de área rural, já que essa prática historicamente e culturalmente, foi muito utilizada em substituição a medicina oficial pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde (Nations MK, Rebhun LA,1998).

Mesmo sendo uma prática culturalmente realizada pela população, foram

encontradas poucas referências de estudos quantitativos de base populacional no Brasil que avaliaram a prevalência da utilização de serviços de benzedeira e curandeiros. Além disso, o conhecimento da prevalência de utilização pode ser útil as equipes dos serviços de saúde em geral. Por se tratar de uma prática cultural e religiosa, o reconhecimento desse uso pode ser fator de aproximação entre os profissionais das equipes e a comunidade, visando oferecer a estes indivíduos melhores condições de saúde, minimizando seus riscos e, principalmente, identificando aqueles que utilizam essa prática em detrimento dos serviços de saúde. Nesse sentido, podem ser buscadas estratégias dirigidas a reduzir possíveis danos em indivíduos que não utilizam os serviços de saúde, não colidindo com os valores culturais da população atendida.

3 Objetivos

3.1 Objetivo Geral

Estudar a prevalência e os fatores associados à utilização na vida dos serviços de curandeiros e/ou benzedoras entre idosos residentes na zona rural de Rio Grande, RS.

3.2 Objetivos Específicos

Avaliar a prevalência da utilização da benzeção nos últimos 12 meses assim como, a associação da utilização de curandeiros e/ou benzedoras com variáveis sociodemográficas (sexo, idade, cor da pele, renda familiar, estado civil, escolaridade e religião), comportamentais (uso de tabaco, álcool, utilização de serviços de saúde e autopercepção de saúde) e morbidades (hipertensão e depressão).

Além de descrever os problemas relacionados à saúde do indivíduo que levaram a utilização de benzeduras, estudar também os motivos para a procura de curandeiro ou benzedora para solucionar problemas de saúde, assim como estimar a prevalência do uso exclusivo e concomitante dessa prática junto aos serviços da saúde.

Verificar o nível de satisfação dos idosos que já realizaram esse tipo de terapia popular, a existência de cobrança financeira por este tipo de terapia popular e descrever a utilização de outras formas de práticas populares para a busca da resolução de problemas de saúde.

4 Hipóteses

A prevalência da utilização dos serviços de curandeiros e benzedeiros será de aproximadamente 15%.

O uso das benzedeiros estará associado significativamente com: maior idade, sexo feminino, baixa renda, baixa escolaridade, cor da pele não branca, não ter companheiro, praticar alguma religião, fumar, consumir álcool, depressão, hipertensão e autopercepção de saúde regular ou ruim/muito ruim.

Os principais motivos de saúde que levaram os indivíduos a procurarem a benzedeira serão: quebranto, espinhela caída e procura para familiares ou amigos. Cerca de 80% dos indivíduos não foi cobrado financeiramente pelos serviços de curandeiro e/ou benzedeira.

Cerca de 60% dos indivíduos que procuram por curandeiros e/ou benzedeiros utilizam os serviços de curandeiro e/ou benzedeiros concomitantemente aos serviços de saúde.

Cerca de 80% dos indivíduos que procuram o curandeiro e/ou benzedeira ficam satisfeitos com os resultados obtidos.

Mais de 60% dos que não procuraram curandeiro e/ou benzedeira, não procuraram outra forma de prática popular para solucionar problemas de saúde.

5 Metodologia

5.1 Local

O presente estudo será desenvolvido na área rural do município de Rio Grande no Rio Grande do Sul. Rio Grande está localizado a 350 km da capital gaúcha, e fica situado na chamada Metade Sul. A população estimada para o ano de 2016 no município é de 210 mil habitantes, destes aproximadamente 4% residem na área rural (IBGE, 2011).

5.2 População alvo, critérios de inclusão e exclusão

A população-alvo deste projeto será composta por idosos (com 60 anos ou mais) moradores da zona rural, do município de Rio Grande.

A cidade de Rio Grande, município do extremo sul do Brasil, localizado em uma das regiões mais pobres do estado do Rio Grande do Sul, possui uma estimativa de aproximadamente 210 mil habitantes (IBGE). Deste total, cerca de 8.500 habitantes residem na área rural, a qual possui 100% de cobertura da Estratégia em Saúde da Família com 10 equipes distribuídas em 8 unidades de saúde e 2 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (IBGE, 2011).

5.3 Delineamento

O presente estudo compreenderá um recorte de um estudo transversal de base populacional, a ser conduzido por alunos e professores do programa de pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Este consórcio trata-se de uma pesquisa com a finalidade de avaliar as condições de saúde de crianças (0 a 5 anos), mulheres em idade fértil (15 a 49 anos) e idosos (com 60 anos ou mais), residentes na zona rural do município de Rio Grande, RS, no ano de 2017. Através deste estudo mais amplo, pretende-se obter informações sobre características sociodemográficas, morbidades, consumo alimentar, doenças respiratórias crônicas, acesso e utilização de serviços de saúde, qualidade de vida, consumo de alimentos, segurança alimentar, aconselhamento nutricional, prática de atividade física, saúde

bucal, depressão, transtornos mentais comuns e a utilização de serviços de curandeiros e benzedeadas.

Os estudos transversais são apropriados para realizar estudos descritivos, proporcionando o desenvolvimento de conhecimento que embasa o planejamento de políticas de saúde (Gordis, 2009, Rothman, GREENLAND, 1998). Esse delineamento demanda um curto período de tempo para coleta de dados e menor demanda de recursos.

5.4 Processo de Amostragem

A área rural de Rio Grande possui 23 setores censitários rurais, estimasse que existam 3.000 domicílios e destes 80% serão visitados.

Será realizada uma amostragem aleatória simples do seguinte modo: ao chegar em um setor censitário, a equipe sorteará um número entre 1 e 5, o número sorteado será o domicílio pulado, ou seja, que não será visitado. Por exemplo, se o número sorteado é o 3, a equipe irá visitar os domicílios 1, 2, 4 e 5, pulando o domicílio de número 3. A ordem dos domicílios será de acordo com o que é estabelecido como início do setor pelo IBGE. Esse processo seguirá até que seja percorrido todo o setor, desta forma visitando 80% dos domicílios.

5.5 Cálculo do tamanho amostral

Para o cálculo do tamanho amostral foi utilizado o site www.openepi.com e estimados parâmetros para o desfecho na vida e no último ano, apresentados na tabela 1. Dadas as poucas informações sobre a prevalência desses desfechos, realizou-se o cálculo para prevalência de 15%, nível de confiança de 95% e margem de erro de 2 pontos percentuais, o maior tamanho amostral necessário foi de 638 indivíduos. Considerando que são estimados 1100 idosos na área rural e que será realizada uma amostragem de 80% desta população, esse estudo é viável em relação ao tamanho de amostra necessário ao estudo da prevalência da utilização dos serviços de curandeiros e/ou benzedeadas.

Para estudo dos fatores associados ao desfecho, foram considerados os

seguintes parâmetros: nível de confiança de 95%, poder estatístico mínimo de 80%, razão não expostos/expostos variando entre 54:46 a 80:20 e razões de prevalência de 1,7. Ao tamanho de amostra calculado, foram adicionados mais 15% para controle de confundimento. De acordo com estes cálculos, o estudo tem poder mínimo de 80% para examinar a associação e todas as variáveis independentes serão passíveis de análise junto ao desfecho, exceto as variáveis cor da pele, classificação econômica e trabalho.

Tabela 1. Cálculo de tamanho amostral de acordo com diferentes estimativas de prevalência do desfecho.

Utilização Curandeiros benzedeiros	Razão Não Expostos/Expostos	Prevalência não expostos	Risco Relativo	N	Mais 15%
Sexo Feminino*	55:45	12%	1,7	649	746
Idade igual ou superior a 70 anos*	58:42	12%	1,7	657	756
Renda A B C D E** HELWIG	27:73	13%	1,7	843	969
Cor da pele Negra*	75:25	13%	1,7	874	1.005
Pratica algum tipo de Religião (Não/Sim)^{§§}	31:69	13%	1,7	678	780
Sem Companheiro**	53:47	12%	1,7	647	744
Baixa Escolaridade @ (nenhuma escolaridade e 1 ou mais)	63:37	12%	1,7	680	782
Utilização dos serviços de saúde &	54:46	12%	1,7	649	746

(não consultou/ consultou com médico)					
Tabagismo[#]					
(não fuma e nunca fumou/ fuma)	64:36	12%	1,7	689	792
Consumo de Álcool[#]					
(não uso/ uso de álcool nos últimos 30 dias)	68:32	12%	1,7	654	752
Hipertensão^{&}	51,9:48,1	12%	1,7	647	744
Trabalha^{**}	80:20	13%	1,7	774	890
Autopercepção^{**} de saúde ruim (Boa e/ou muito boa/ Regular/ Ruim e/ou muito ruim	54:46	12%	1,7	649	746

* Parâmetros utilizados foram retirados do censo do IBGE (2011); ^{§§} Guidolin BL et al, 2015; ^{**} Helwig N et al, 2016; [@] Gomes AP et al, 2016; [&] Wachs LS et al, 2016; [#] Silva EF et al, 2013;

5.6 Definição do Desfecho

A principal variável dependente será a utilização do serviço de curandeiro e/ou benzedeira na vida, e será caracterizada através da pergunta: “O (a) Sr.(a) já procurou por benzedeira, benzedeiro, curandeiro, rezadeira ou rezadeiro alguma vez na vida por algum problema de saúde?”

5.7 Definição das exposições

Abaixo segue um quadro com as variáveis independentes e a forma como serão

coletadas.

Quadro 3 - Descrição das variáveis independentes

	Variável	Definição	Operacionalização	Forma de Coleta
Sociodemográficas	Sexo	Observada pelo entrevistador	Masculino e Feminino	Dicotômica
	Idade	Referida	Em anos completos	Numérica Discreta
	Situação Conjugal	Referida	Solteiro (a), casado (a) /com companheiro (a), separado (a) / divorciado (a) e viúvo (a).	Catégorica Nominal
	Escolaridade	Referida	Em anos completos	Numérica Discreta
	Religião	Referida	Não pratico/ católica/ evangélico/espirita/ candomblé/ umbanda/ não possui/ outra	Catégorica Nominal
Comportamentais	Utilização de Serviços de Saúde	Referida	Sim/ Não	Dicotômica
	Tabagismo	Referida	Fumante, ex-fumante e nunca fumou	Catégorica Nominal
	Autopercepção de Saúde	Referida	Excelente, Muito Boa, Regular e Ruim	Catégorica Nominal
	Consumo de Álcool (últimos 30 dias)	Referida	Consumir nos últimos trinta dias, na mesma ocasião, ≥ 4 doses (mulheres) e ≥ 5 doses (homens) é dito como consumo de álcool	Dicotômica
Morbidades	Depressão	Referida	>9 pontos no questionário PC9/ 9 ou menos;	Dicotômica
	Hipertensão	Referida	Sim/ Não	Dicotômica

5.8 Seleção, treinamento de entrevistadoras e estudo piloto.

Haverá o recrutamento de 20 candidatas, todas do sexo feminino, com pelo menos ensino médio completo. Estas entrevistadoras serão treinadas durante um período de 40 horas durante cinco dias consecutivos. Este treinamento consistirá da leitura de cada um dos questionários e seus respectivos manuais de instrução e haverá aplicação dos questionários em duplas perante todas as treinadas. Após este treinamento ocorrerá à contratação de 6 entrevistadoras e as demais, permanecerão como suplentes caso haja a necessidade de reposição. Durante o treinamento as candidatas terão conhecimento do questionário, do manual de instruções, manejo do *tablet* e treinamento de antropometria. O objetivo do estudo piloto é testar as questões de cada aluno, familiarizar o entrevistador com o questionário e o manejo do tablet, bem como tentar reproduzir as mesmas condições da realização do trabalho de campo a fim de melhorar sua logística.

5.9 Logística

Este estudo será coordenado por professores do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), 15 mestrandos do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) e um aluno do doutorado do programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). A coleta de dados será em regime de consórcio, no qual cada um dos mestrandos e um aluno de doutorando terá seu desfecho de interesse coletado de acordo com seus objetivos gerais.

Haverá três equipes compostas cada uma por dois entrevistadores, um supervisor (podendo ser: mestrando, doutorando ou um dos coordenadores do estudo), e um motorista. Serão definidos trajetos específicos para cada equipe, considerando as localidades da área rural de Rio Grande. As entrevistas estão programadas para terem início no começo da tarde, de modo que cada entrevistador irá para um domicílio e o supervisor ficará como apoio e auxílio.

Todos os questionários serão eletrônicos, aplicados em *tablets* por meio do aplicativo RedCap® (*Research Electronic Data Capture*). Diariamente ao final da coleta

de dados, os supervisores serão encarregados de levar os *tablets* para o “QG” do consórcio de saúde rural de Rio Grande, que permanecerá na Faculdade de Medicina da FURG. Neste local, um dos mestrandos será responsável pelo envio dos dados através de conexão com a internet, para o servidor disponível na página www.redcap.furg.br. Ao terminar o envio dos dados e, após conferência de que todos os questionários tenham sido devidamente enviados e armazenados no servidor, todos os questionários serão apagados dos *tablets*, que deverão ser desligados e terão suas baterias recarregadas para a coleta de dados no dia seguinte. Diariamente serão realizadas cópias de segurança do banco de dados em planilhas do *software Microsoft Excel*[®]. Além disso, os mestrandos responsáveis pelo banco de dados enviarão semanalmente um relatório de erros, inconsistências e variáveis não respondidas a todos os mestrandos. Cada um destes será responsável por revisar e detectar problemas em suas variáveis, bem como solicitar correção dos dados inconsistentes/incorretos, podendo até mesmo realizar a entrevista novamente.

5.10 Processamento e análise de dados

Serão obtidas informações sobre as seguintes características das famílias: renda nominal e ocupação de todos os residentes no domicílio que trabalharam no mês anterior a entrevista, nível de escolaridade dos idosos, condições de habitação e saneamento, aglomeração familiar, classe econômica segundo ABEP e recebimento de benefício de programas sociais governamentais. E também serão avaliados através do questionário os desfechos de interesse para cada estudante.

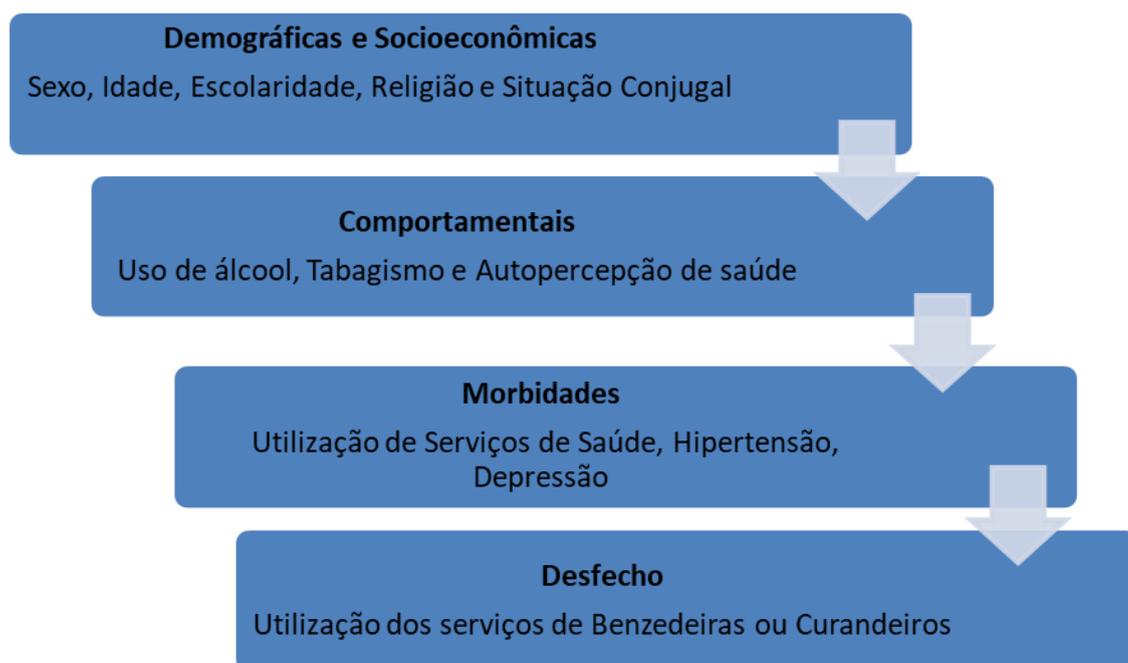
Ao final da etapa de entrevistas, um banco de dados limpo e sem informações que permitam a identificação dos indivíduos será exportado para o software estatístico *Stata14*[®] para fins de análise.

Será inicialmente realizada a análise descritiva dos dados obtidos, para descrever as características da amostra. Será calculada a prevalência do desfecho, gerando-se de uma variável categórica dicotômica, sendo calculado seu respectivo intervalo de confiança. Para avaliar a associação entre o desfecho e as variáveis independentes será utilizada a análise bivariada, utilizando o teste Qui-Quadrado de

heterogeneidade ou teste Exato de Fisher. Para análises multivariadas será utilizada a regressão de Poisson bruta e ajustada. Para exposições categóricas ordinais será utilizado o teste de Wald para tendência linear e para exposições dicotômicas e politômicas será utilizado teste de Wald de heterogeneidade. Para a análise ajustada será utilizado modelo hierárquico de análise constituído de dois níveis de acordo com a figura 1.

Para o estudo dos determinantes do alto risco da a síndrome da apneia obstrutiva do sono e controle dos fatores de confusão, o critério de seleção para as variáveis entrarem no modelo a ser utilizado é para trás (*backward*) e será considerado um valor $p < 0,2$ para manter a variável no modelo e será considerado um valor $p < 0,05$ para as variáveis serem consideradas associadas ao desfecho.

Figura 1- Modelo Hierárquico da Análise



5.11 Controle de qualidade

O controle de qualidade será realizado pelos supervisores do estudo com repetição de 5% das entrevistas. Estas serão escolhidas de forma aleatória e o grau de concordância entre a resposta obtida pelo entrevistador e pelos supervisores será avaliado utilizando-se o teste *kappa*. Além disso, todos os questionários serão atentamente revisados pelos supervisores a fim de evitar falhas.

5.12 Aspectos éticos

De acordo com a resolução 466/12, este protocolo de pesquisa, considerado de risco mínimo, será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área de Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande. Os indivíduos serão esclarecidos acerca do estudo e assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes do questionário ser aplicado, todos os dados obtidos na entrevista serão sigilosos respeitando a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, a participação é voluntária e o indivíduo poderá deixar o estudo quando desejar, sem necessidade de justificativa ou prejuízo para si.

5.12.1 Análises crítica de riscos e benefícios

A pesquisa envolve entrevistas domiciliares por meio de questionários previamente testados e padronizados, de modo que não serão realizados exames invasivos aos participantes. Antes das entrevistas, os participantes serão informados sobre os procedimentos da pesquisa, tendo livre escolha para assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de forma que a aplicação do questionário só será feita mediante a assinatura do termo de consentimento. Essa pesquisa poderá acarretar riscos mínimos para os participantes, como desconforto durante a entrevista.

Uma vez que o desconforto for detectado, o procedimento será encerrado. O estudo não apresenta benefícios diretos para os participantes, mas seus resultados podem contribuir para melhorias referentes a futuras políticas de promoção de saúde. Indivíduos que forem identificados em situações como depressão, insegurança alimentar, obesidade infantil, incontinência urinária, exposição à violência psicológica, etc., serão orientados e encaminhados aos serviços de saúde e/ou assistência social.

5.12.2 Explicitações da responsabilidade do pesquisador e da instituição

Todos os envolvidos na pesquisa se responsabilizarão a cumprir as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, dispostas na Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Para tanto, os pesquisadores envolvidos assumem o compromisso de zelar pela privacidade e pelo sigilo das

informações que serão obtidas e utilizadas para o desenvolvimento desta pesquisa. As informações serão utilizadas para atingir o objetivo previsto, respeitando a privacidade e os direitos individuais dos participantes. Não serão divulgados dados de ordem pessoal, como nome, endereço e telefone dos participantes. Tendo em vista que uma das questões do questionário de pesquisa (questão 9 do instrumento PHQ-9) avalia o risco de suicídio, torna-se necessário esclarecer que é de responsabilidade da pesquisadora encaminhar para atendimento gratuito junto às unidades de saúde mental do município de Rio Grande todos os indivíduos que pontuarem valores 1, 2 ou 3 nessa questão (ou seja, que apresentarem risco de suicídio).

5.12.3 Critérios para suspender ou encerrar a pesquisa

A pesquisa será encerrada caso não haja outros participantes selecionados além daqueles já entrevistados. Em caso de suspensão ou de encerramento, os pesquisadores são responsáveis por comunicar o CEPAS-FURG, apresentando as justificativas que levaram à suspensão e/ou encerramento das atividades.

5.12.4 Infraestrutura dos locais de pesquisa

A Universidade Federal do Rio Grande – FURG, instituição que realizará a pesquisa, dispõe da infraestrutura necessária para a realização dos procedimentos previstos, no que diz respeito à equipe técnica, laboratórios, salas de aula e demais equipamentos.

5.12.5 Monitoramento da segurança dos dados

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

6 Divulgação dos resultados

Os resultados da pesquisa serão divulgados através de um artigo, posteriormente os principais resultados serão publicados em periódico científico e na imprensa.

7 Orçamento

Este projeto de pesquisa foi orçado em R\$ 49.119,00 (quarenta e nove mil cento e dezenove reais) (tabela 2). Os tablets serão utilizados para entrada imediata de dados provenientes da aplicação dos questionários. Este equipamento permite a entrada imediata de dados e elimina a contratação de digitadores e a impressão de questionários. O restante será utilizado principalmente no pagamento de pessoal, aquisição de material de consumo e compra de combustível a ser utilizado em veículo cedido pela prefeitura municipal de Rio Grande para deslocamento até os domicílios da área rural.

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

Tabela 3- Orçamento

CAPITAL	Custo em R\$	
	Unitário	Total
<u>Material permanente:</u>	800,00	6.400,00
8tablets RAM 1.5 GB, MEMÓRIA 8GB, Processador 1.3 GHZ, tela LED 9.6'		
Subtotal (a)		6.400,00
CUSTEIO	Custo em R\$	
	Unitário	Total
<u>Material de consumo:</u>		
12 manuais de instrução	15,00	180,00
50 pacotes papel sulfite 75g 210x297	12,60	630,00
04 cartuchos de toner laserjet	221,00	884,00
15 pranchetas poliestireno com prendedor	15,00	225,00
3.000 litros de combustível	4,00	12.000,00
Subtotal (b)		13.919,00
CUSTEIO	Custo em R\$	
	Unitário/Mensal	Total

Serviços de terceiros:

06 entrevistadores (4 meses) 6 x 4 x 1.200,00 28.800,00

Subtotal (c) 28.800,00

ITEM Custo em R\$

Capital:

Material permanente (a) 6.400,00

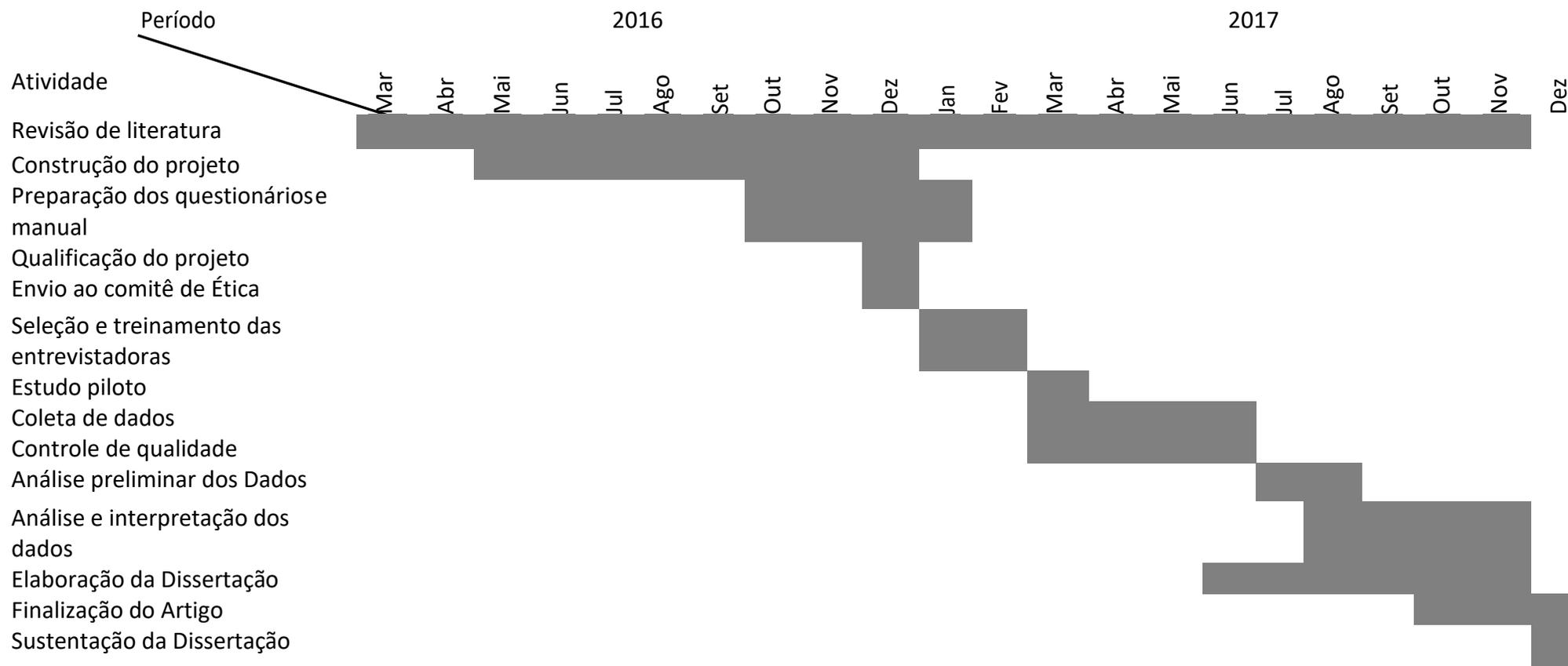
Custeio:

Material de consumo (c) 13.919,00

Serviços de terceiros (d) 28.800,00

Total geral (a + b + c) 49.119,00

8 Cronograma



9 Referências Bibliográficas

Arruda NM, Maia AG, Alves LC. 1. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. *Cad. Saúde Pública* 2018; 34: 1-14.

Audet CM, Salato J, Blevins M, Amsalem D, Vermund SH, Gaspar F. Educational intervention increased referrals to allopathic care by traditional healers in three high HIV-prevalence rural districts in Mozambique. *PLoS One* 2013; 8:70326.

Birhan W, Giday M, Teklehaymanot T. The contribution of traditional healers' clinics to public health care system in Addis Ababa, Ethiopia: a cross-sectional study. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine* 2011; 7: 1-7.

Brahmi SA, El M'rabet FZ, Benbrahim Z, Akesbi Y, Amine B, Nejjari C, El Mesbahi O. Complementary medicine use among Moroccan patients with cancer: a descriptive study. *Pan African Medical Journal* 2011; 10:36.

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

Coimbra LC, Soares MAC, Paiva MDL, Marfins MGP. Referred morbidity and health services use in the district of São Benedito do Rio Preto-Maranhão-1995. *Revista Brasileira de Enfermagem* 1996; 49: 519-530.

Farias RG. Pai Manoel, o curandeiro africano, e a medicina no Pernambuco imperial. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 2012; 19: 215-231

Gomes AP, Soares ALG, Gonçalves H. Baixa qualidade da dieta de idosos: estudo de base populacional no sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2016; 11:3417-3428.

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

Guidolin BL, Silva IGF, Nogueira EL, Ribeiro FPJ, Neto AC. Patterns of alcohol use in an elderly sample enrolled in the Family Health Strategy program in the city of Porto Alegre, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2016; 21:27-35.

Gurgel CBFM, Almeida RA, Buzo CG, Berkovitz ABN, Almeida RA; Giusti C, Bonfogo N. A doença de chagas no Brasil - uma presença antiga. *Revista da sociedade brasileira de clínica médica* 2007; 6:196-202

Hamidah A, Rustam ZA, Tamil A M, Zarina LA, Zulkifli ZS e Jamal R. Prevalence and parental perceptions of complementary and alternative medicine use by children with cancer in a multi-ethnic Southeast Asian population. *Pediatric blood & cancer* 2009; 52: 70-74.

Helwig N, Munhoz TN, Tomasi E. Sintomas depressivos em idosos: estudo transversal de base populacional. *Ciência & Saúde Coletiva* 2016; 11:3575-3584.

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

Lasisi AO, Ajuwon AJ. Beliefs and perceptions of ear, nose and throat-related conditions among residents of a traditional community in Ibadan, Nigeria. *Afr J Med Med Sci* 2002; 1: 45-48.

Maciel MRA, NETO G. Um olhar sobre as benzedeiras de Juruena (Mato Grosso, Brasil) e as plantas usadas para benzer e curar. *Ciênc. Hum* 2006; 1:61-77.

Medeiros REG, do Nascimento EGC, Dantas DGM, Alchieri JC. Na simplicidade a complexidade de um cuidar: a atuação da benzedeira na atenção à saúde da criança. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 2013; 23: 1339-1357.

Mello ML, Oliveira SS. Health, religion and culture: a dialogue based on Afro-Brazilian customs. *Saúde e Sociedade* 2013; 22:1024-1035.

Nations MK, Rebhun LA. Angels with wet wings won't fly: maternal sentiment in Brazil and the image of neglect. *Culture, Medicine and Psychiatry* 1988; 12:141-200.

Nery VC. Rezas, Crenças, Simpatias e Benzeções: costumes e tradições do ritual de cura pela fé. VI Encontro dos Núcleos de Pesquisas da Intercom 2006.

Neto AFP. Identidades profissionais médicas em disputa: Congresso Nacional dos Práticos, Brasil (1922). *Cad. Saúde Publica* 2000; 16: 399-409.

Neto JFR, Figueiredo MFS, Faria ADS, Fagundes M. Transtornos mentais comuns e o uso de práticas de medicina complementar e alternativa- estudo de base populacional. *J Bras Psiquiatr* 2008; 57: 233-9.

Neto JFR, Lima LS, Rocha LF, Lima JS, Santana KR, Silveira MF. Uso de práticas integrativas e complementares (PIC) por pacientes adultos infectados com o vírus da imunodeficiência humana (hiv), no norte de minas gerais. *Revista baiana de saúde pública* 2011; 34: 161.

Nunes B, Esteves MS. Therapeutic itineraries in rural and urban areas: a Portuguese study. *Rural & Remote Health* 2006; 6:394.

Oliveira ER. O que é benzeção 1995. 2a ed. São Paulo, Brasiliense

Piechulek H, Al-Sabibbir A, Mendoza - Aldana J. Diarrhea and ARI in rural areas of Bangladesh. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2003; 34:337-42.

Puttini RF. Faith healing and the field of healthcare in Brazil. *Interface - Comunic.Saúde, Educ* 2008; 12: 87-106.

Razali SM, Yassin AM. Complementary treatment of psychotic and epileptic patients in malaysia. *Transcult Psychiatry* 2008; 3:455-69.

Sales CMP. Rezadeiras—uma fé popular. OPSIS 2007; 7: 267-279

Sant’Ana E, Seggiaro D. Benzedadeiras e Benzeduras. Porto Alegre: Ed. Alcance 2008, 3ª edição.

Santos MGD, Dias AGP e Martins MM. Knowledge and use of alternative medicine by elementary school children and teachers. Revista de Saúde Pública 1995; 29: 221-227.

Sorsdahl K, Stein DJ, Grimsrud A, Seedat S, Flisher A J, Williams DR, Myer L. Traditional healers in the treatment of common mental disorders in South Africa. The Journal of nervous and mental disease 2009;197: 434.

Sur D, MannaB, Deb AK, DeenJL, Danovaro-Holliday M. C., Von Seidlein, L, Bhattacharya SK. Factors associated with reported diarrhoea episodes and treatment-seeking in an urban slum of Kolkata, India. Journal of Health, Population and Nutrition 2004; 1:130-138.

Silva EC, Paniz VMV, Laste G, Torres ILS. Prevalência de morbidade e sintomas em idosos: um estudo comparativo entre zonas rural e urbana. Ciência & Saúde Coletiva 2013; 4:1029-1040.

Travassos C, Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. Cad. Saúde Pública 2007; 23:2490-2502.

Wachs LS, Nunes BP, Soares MU, Facchini LA e Thumé E. Prevalência da assistência domiciliar prestada a população idosa brasileira e fatores associados. Cad. Saúde Pública 2016; 3:1-9;

10. RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

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

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

O consórcio da turma de mestrandos 2016-2017 foi denominado “Saúde da população rural Rio-Grandina”. Seu objetivo geral era conhecer indicadores básicos de saúde e o padrão de morbidade e de utilização e acesso a serviços de saúde em três grupos populacionais residentes nesta área: crianças menores de cinco anos e suas mães, mulheres em idade fértil (15 a 49 anos) e idosos (60 anos ou mais). Além deste objetivo geral, foram incorporados os objetivos específicos de cada pós-graduando(a), conforme apresentado no quadro 2.

Quadro 2. Descrição dos alunos, graduação, população de estudo e tema de pesquisa do consórcio de 2016-2017 do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública/FURG.

	Aluno(a)	Graduação	População	Tema de pesquisa
1	Adriana Camerini	Odontologia	Crianças	Saúde bucal
2	Aline Henriques Perceval	Fisioterapia	Idosos	Apneia do sono
3	Alessandra Coelho Dziekaniak	Medicina	Idosos	Incontinência urinária
4	Andrea Silveira Lourenço	Psicologia	Mulheres	Violência psicológica
5	Fabiana da Silva Fernandes	Enfermagem	Crianças	Sibilância recorrente
6	Fernanda de Castro Silveira	Nutrição	Mulheres	Consumo alimentar
7	Franciane M. Machado Schroeder	Odontologia	Idosos	Serviços odontológicos

8	Luiza Santos Ferreira	Psicologia	Idosos	Serviços de atenção primária
9	Mariana Lima Corrêa	Psicologia	Idosos	Depressão
10	Nathalia Matties Maas	Nutrição	Domicílios	Insegurança alimentar
11	Otávio Amaral de Andrade Leão	Educação Física	Idosos	Comportamento Sedentário
12	Pedro San Martin Soares	Psicologia	Mulheres	Transtornos mentais comuns
13	Sabrina Silveira Leite	Enfermagem	Crianças	Adequação do pré-natal
14	Stephanie Jesien	Fisioterapia	Idosos	Curandeiros e benzedeiras
15	Vitória dos Santos Alam	Nutrição	Idosos	Comportamento alimentar
16	Priscila Arruda da Silva	Enfermagem	-	-
17	Seiko Nomiya	Enfermagem	-	-

1. Organização do consórcio

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

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

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

- b) Elaboração do manual de instruções:** responsável pela elaboração dos manuais de instruções, contendo informações acerca de todas as perguntas e alternativas presentes nos questionários;
- c) Banco de dados e questionário eletrônico:** responsável por programar o questionário eletrônico no programa *RedCap*[®] a partir do questionário da versão em papel. Além disso, no decorrer da coleta de dados, esta comissão foi responsável pelo envio dos dados dos tablets para o servidor <http://redcap.furg.br/>, bem como pela limpeza do banco de dados e verificação/correção de inconsistências;
- d) Controle de qualidade:** responsável pela elaboração e aplicação de uma versão reduzida dos questionários para verificação da consistência das respostas através da reentrevista de 10% dos indivíduos de cada uma das populações;
- e) Mapeamento dos setores e registro de campo:** responsável por mapear os setores censitários da área rural e planejar trajetos, além de monitorar os números de domicílios, indivíduos, pendências, perdas e recusas;
- f) Organização financeira:** responsável pela gestão das finanças do consórcio, incluindo compra de materiais, aluguel de veículos, pagamento de pessoal e prestação de contas;
- g) Folder:** responsável pela elaboração e diagramação do folder de divulgação do estudo, o qual foi distribuído em todos os domicílios visitados pela equipe deste consórcio (Apêndice 5).

2. Instrumentos e manuais de instruções

Foram elaborados quatro questionários, sendo um bloco domiciliar (Apêndice 3), bloco do idoso (Apêndice 4), bloco para mulheres de 15-49 e bloco para crianças menores de 5 anos.

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

O questionário para idosos foi aplicado em indivíduos com 60 anos ou mais de

idade. Foram investigados aspectos relacionados à saúde física e mental, acesso a serviços de saúde, utilização de serviços de benzedadeiras, aspectos comportamentais (consumo de álcool, tabagismo, atividade física), comportamento sedentário, comportamento alimentar e utilização de serviços odontológicos.

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

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

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

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

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

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

Programação	10/abril	11/abril	12/abril	13/04
Apresentação geral do consórcio.				
Apresentação do bloco domiciliar.				
Simulação do bloco domiciliar.				

Apresentação do bloco para mulheres em idade fértil.				
Simulação do bloco para mulheres em idade fértil.				
Apresentação do bloco para crianças.				
Simulação do bloco para crianças.				
Treinamento de medidas antropométricas: peso e altura/comprimento de crianças.				
Apresentação do bloco para idosos.				
Simulação do bloco para idosos.				
Estudo piloto				

3.1 Treinamento de entrevistadoras para aplicação dos questionários eletrônicos

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

4. Amostragem

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

Para a seleção de idosos e mulheres de 15-49 anos, utilizou-se um processo de amostragem de modo a selecionar 80% dos domicílios da zona rural. Este processo foi realizado através do sorteio de um número entre "1" e "5", sendo que o número sorteado correspondeu ao domicílio considerado pulo. Por exemplo, no caso do número "3" ter sido sorteado, todo domicílio de número "3" de uma sequência de cinco domicílios não era amostrado, ou seja, era pulado. Este procedimento garantiu que fossem amostrados quatro em cada cinco domicílios.

Para a seleção das crianças menores de 5 anos, foi realizado um censo dos domicílios da zona rural. Deste modo, mesmo os domicílios pulados no processo de

amostragem para idosos e mulheres entre 15-49 anos foram abordados para verificar se haviam moradores menores de 5 anos de idade. Em caso afirmativo, a mãe era entrevistada através aplicação dos questionários da criança e domiciliar, além de realizadas as medidas antropométricas da criança.

5 Logística do trabalho de campo

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

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

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

A terceira escala organizou os pós-graduandos para a supervisão da coleta de dados. Foi elaborada de modo a garantir a presença de pelo menos dois supervisores em campo junto às entrevistadoras. Nessa escala, um supervisor trabalhava a semana inteira enquanto os outros se alternavam durante os dias de semana.

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

5.1 Abordagem de domicílios

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

5.2 Organização de trajetos e domicílios

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

As planilhas de controle de trabalho de campo foram elaboradas para que os supervisores anotassem os registros dos domicílios e trajetos percorridos. Primeiramente, o supervisor deveria preencher a planilha com informações do domicílio (número de identificação e endereço), as populações identificadas (crianças menores de 5 anos, mulheres de 15-49 anos e idosos) e a situação do domicílio (pulo, vazio ou inegável). Ao final da planilha, eram anotados os domicílios com alguma pendência e que, portanto, deveriam ser revisitados. No decorrer do trabalho de campo foi adicionada a coluna "status do domicílio" na qual foi convencionada a seguinte simbologia: "OK" se o domicílio estava completo com todos os questionários realizados; "P" para pendente; "V" para vazio; "INE" inegável; "?" se a população não tinha sido identificada por porteira fechada ou falta de acesso ao domicílio; "RE" recusa; e "X" para os domicílios que eram pulo.

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

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

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

5.3 Revisão/Codificação e Digitação dos Questionários em Papel

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

5.4 Banco de dados e questionário eletrônico

Após a elaboração e preparo do questionário eletrônico, a partir da quarta semana de trabalho de campo, os dados passaram a ser coletados através de *tablets* utilizando o programa *RedCap*[®]. Os dados armazenados nos *tablets* eram diariamente enviados para o servidor da FURG (redcap.furg.br) através de conexão com a *internet*. Semanalmente, no próprio servidor, era realizado um controle de qualidade dos dados (*ferramenta "data quality"*) para a identificação de variáveis sem resposta ou com algum erro. Nestes casos, os questionários retornavam às entrevistadoras para correção das informações. Após correção, os dados eram novamente enviados ao servidor. Adicionalmente, era realizado um *backup* semanal do banco de dados em planilha do *Microsoft Excel*[®] para garantir que não houvesse perda de informações.

Ao final do trabalho de campo, foram feitas correções adicionais nos bancos de

dados e todas as informações que permitiam a identificação dos indivíduos foram excluídas dos bancos enviados aos pós-graduandos para fins de análise no programa estatístico *Stata14*[®].

5.5 Controle de qualidade

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

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

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

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

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

6 Números gerais da pesquisa

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

Dos 2.669 domicílios que apresentavam moradores permanentes, foram amostrados 2218, o que corresponde a uma amostragem de 83,1% dos domicílios da área rural de Rio Grande. Deste total de domicílios amostrados, 1785 eram elegíveis, ou seja, tinham moradores de ao menos uma das três populações de interesse

(crianças menores de cinco anos, mulheres entre 15 e 49 anos ou idosos) (Quadro 3). Do total de domicílios elegíveis amostrados, o percentual de perdas e recusas foi de 8,4%.

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

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

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

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

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

7 Aspectos Éticos

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

o termo de assentimento e todos os responsáveis pelos menores de 18 anos assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

7.1 Encaminhamentos de saúde mental

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

8 Orçamento

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

9 Apoio

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

11. ADAPTAÇÕES AO PROJETO INICIAL

Após o término do trabalho de campo e início das análises exploratórias algumas alterações foram realizadas.

1 Variável dependente:

Variável utilizada categórica nominal, criada da junção de uma variável dicotômica (“Alguma vez na vida o(a) sr. (a). procurou por benzedeira, benzedeiro, curandeiro ou rezadeira para tratar de um problema de saúde?”) e outra variável aberta (“Quando foi a última vez (anos/meses) que o (a) sr(a). procurou por benzedeira ou curandeiro?”). Foi considerado positivo para o desfecho aqueles idosos que afirmaram ter procurado a benzedeira ou curandeiro por motivo de saúde alguma vez na vida.

2 Variáveis independentes:

- **Escolaridade:** Originalmente numéricas discretas, foram operacionalizadas como categóricas ordinais.

- **Religião:** foi criada a partir de duas perguntas: “O sr. (a) tem religião?”, se sim, “Qual a sua religião?” e operacionalizada de forma politômica. Uma das categorias da variável religião, denominada religiões espiritualistas, foi originada a partir da união dos que responderam: umbanda, candomblé e espiritismo a última pergunta citada;

- **Doenças Crônicas:** criada em escore a partir das respostas dos indivíduos em relação às perguntas sobre presença de pressão alta, diabetes e osteoporose.

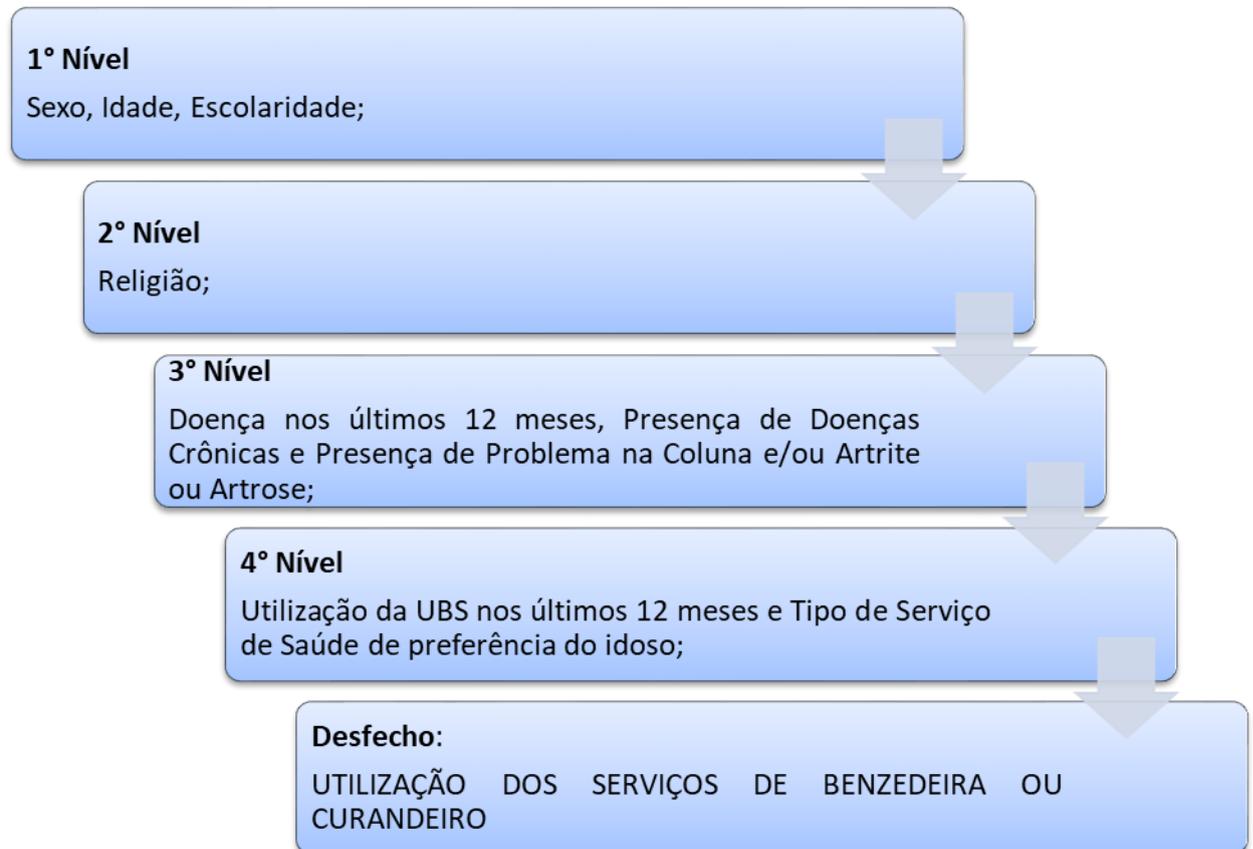
- **Problemas na coluna e/ou artrite ou artrose:** criada a partir das respostas às perguntas relacionadas à presença de doença na coluna, reumatismo, artrite ou artrose;

- **Tipo de serviço de saúde procurado:** originalmente variável politômica, posteriormente dicotomizada (serviços ambulatoriais e serviços de urgência/emergência);

- As variáveis originalmente abertas relacionadas diretamente a busca por benzedeira, **motivo de saúde que levou a buscar a benzedeira** e **motivo para escolha deste tipo de atendimento**, foram categorizadas e operacionalizadas de forma politômica.

3 Novo modelo Hierárquico de Análise:

Após a exclusão de cinco variáveis e inclusão de mais quatro, foi necessário criar um novo modelo hierárquico de análise, descrito a seguir.



12. NORMAS PARA SUBMISSÃO DO ARTIGO

REVISTA: Cadernos de Saúde Pública

- ✓ Detalhamento das Sessões do Artigo

Resumo

Um resumo deve conter fundamentalmente os objetivos do estudo, uma descrição básica dos métodos empregados, os principais resultados e uma conclusão.

A não ser quando estritamente necessário, evite usar o espaço do resumo para apresentar informações genéricas sobre o estado-da-arte do conhecimento sobre o tema de estudo, estas devem estar inseridas na seção de Introdução do artigo.

Na descrição dos métodos, apresente o desenho de estudo e priorize a descrição de aspectos relacionados à população de estudo, informações básicas sobre aferição das variáveis de interesse central (questionários e instrumentos de aferição utilizados) e técnicas de análise empregadas.

A descrição dos resultados principais deve ser priorizada na elaboração do Resumo. Inclua os principais resultados quantitativos, com intervalos de confiança, mas seja seletivo, apresente apenas aqueles resultados essenciais relacionados diretamente ao objetivo principal do estudo.

Na conclusão evite jargões do tipo “mais pesquisas são necessárias sobre o tema”, “os resultados devem ser considerados com cautela” ou “os resultados deste estudo podem ser úteis para a elaboração de estratégias de prevenção”. No final do Resumo descreva em uma frase sua conclusão sobre em que termos seus resultados ajudaram a responder aos objetivos do estudo. Procure indicar a contribuição dos resultados desse estudo para o conhecimento acerca do tema pesquisado.

Introdução

Na Introdução do artigo o autor deve, de forma clara e concisa, indicar o estado do conhecimento científico sobre o tema em estudo e quais as lacunas ainda existentes que justificam a realização desta investigação. Ou seja, descreva o que já se sabe sobre o assunto e por que essa investigação se justifica. É na Introdução que a pergunta de investigação deve ser claramente enunciada. É com base nessa pergunta que também se explicita o modelo teórico.

Para fundamentar suas afirmações é preciso escolher referências a serem citadas. Essas referências devem ser artigos originais ou revisões que investigaram

diretamente o problema em questão. Evite fundamentar suas afirmações citando artigos que não investigaram diretamente o problema, mas que fazem referência a estudos que investigaram o tema empiricamente. Nesse caso, o artigo original que investigou diretamente o problema é que deve ser citado. O artigo não ficará melhor ou mais bem fundamentado com a inclusão de um número grande de referências. O número de referências deve ser apenas o suficiente para que o leitor conclua que são sólidas as bases teóricas que justificam a realização da investigação.

Se for necessário apresentar dados sobre o problema em estudo, escolha aqueles mais atuais, de preferência obtidos diretamente de fontes oficiais. Evite utilizar dados de estudos de caráter local, principalmente quando pretende-se apresentar informações sobre a magnitude do problema. Dê preferência a indicadores relativos (por exemplo, prevalências ou taxas de incidência) em detrimento de dados absolutos.

Não é o tamanho da Introdução que garante a sua adequação. Por sinal, uma seção de Introdução muito longa provavelmente inclui informações pouco relevantes para a compreensão do estado do conhecimento específico sobre o tema. Uma Introdução não deve rever todos os aspectos referentes ao tema em estudo, mas apenas os aspectos específicos que motivaram a realização da investigação. Da mesma forma, não há necessidade de apresentar todas as lacunas do conhecimento sobre o tema, mas apenas aquelas que você pretende abordar por meio de sua investigação.

Ao final da seção de Introdução apresente de forma sucinta e direta os objetivos da investigação. Sempre que possível utilize verbos no infinitivo, por exemplo, “descrever a prevalência”, “avaliar a associação”, “determinar o impacto”.

Métodos

A seção de Métodos deve descrever o que foi planejado e o que foi realizado com detalhes suficientes para permitir que os leitores compreendam os aspectos essenciais do estudo, para julgarem se os métodos foram adequados para fornecer respostas válidas e confiáveis e para avaliarem se eventuais desvios do plano original podem ter afetado a validade do estudo.

Inicie essa seção apresentando em detalhe os principais aspectos e características do desenho de estudo empregado. Por exemplo, se é um estudo de coorte, indique como esta coorte foi concebida e recrutada, características do grupo

de pessoas que formam esta coorte, tempo de seguimento e *status* de exposição. Se o pesquisador realizar um estudo caso-controle, deve descrever a fonte de onde foram selecionados casos e controles, assim como as definições utilizadas para caracterizar indivíduos como casos ou controles. Em um estudo seccional, indique a população de onde a amostra foi obtida e o momento de realização do inquérito. Evite caracterizar o desenho de estudo utilizando apenas os termos “prospectivo” ou “retrospectivo”, pois não são suficientes para se obter uma definição acurada do desenho de estudo empregado.

No início dessa seção indique também se a investigação em questão é derivada de um estudo mais abrangente. Nesse caso, descreva sucintamente as características do estudo e, se existir, faça referência a uma publicação anterior na qual é possível encontrar maiores detalhes sobre o estudo.

Descreva o contexto, locais e datas relevantes, incluindo os períodos de recrutamento, exposição, acompanhamento e coleta de dados. Esses são dados importantes para o leitor avaliar aspectos referentes à generalização dos resultados da investigação. Sugere-se indicar todas as datas relevantes, não apenas o tempo de seguimento. Por exemplo, podem existir datas diferentes para a determinação da exposição, a ocorrência do desfecho, início e fim do recrutamento, e começo e término do seguimento.

Descreva com detalhes aspectos referentes aos participantes do estudo. Em estudos de coorte apresente os critérios de elegibilidade, fontes e métodos de seleção dos participantes. Especifique também os procedimentos utilizados para o seguimento, se foram os mesmos para todos os participantes e quão completa foi a aferição das variáveis. Se for um estudo de coorte pareado, apresente os critérios de pareamento e o número de expostos e não expostos. Em estudos caso-controle apresente os critérios de elegibilidade, as fontes e os critérios utilizados para identificar, selecionar e definir casos e controles. Indique os motivos para a seleção desses tipos de casos e controles. Se for um estudo caso-controle pareado, apresente os critérios de pareamento e o número de controles para cada caso. Em estudos seccionais, apresente os critérios de elegibilidade, as fontes e os métodos de seleção dos participantes.

Defina de forma clara e objetiva todos as variáveis avaliadas no estudo:

desfechos, exposições, potencial confundidores e modificadores de efeito. Deixe clara a relação entre modelo teórico e definição das variáveis. Sempre que necessário, apresente os critérios diagnósticos. Para cada variável, forneça a fonte dos dados e os detalhes dos métodos de aferição (mensuração) utilizados. Quando existir mais de um grupo de comparação, descreva se os métodos de aferição foram utilizados igualmente para ambos.

Especifique todas as medidas adotadas para evitar potenciais fontes de vieses. Nesse momento deve-se descrever se os autores implementaram algum tipo de controle de qualidade na coleta de dados, e se avaliaram variabilidade das mensurações obtidas por diferentes entrevistadores/aferidores.

Explique com detalhes como o tamanho amostral foi determinado. Se a investigação em questão utiliza dados de um estudo maior, concebido para investigar outras questões, é necessário avaliar a adequação do tamanho da amostra efetivo para avaliar a questão em foco mediante, por exemplo, o cálculo do seu poder estatístico.

Explique como foram tratadas as variáveis quantitativas na análise. Indique se algum tipo de transformação (por exemplo, logarítmica) foi utilizada e por quê. Quando aplicável, descreva os critérios e motivos utilizados para categorizá-las.

Descreva todos os métodos estatísticos empregados, inclusive aqueles usados para controle de confundimento. Descreva minuciosamente as estratégias utilizadas no processo de seleção de variáveis para análise multivariada. Descreva os métodos usados para análise de subgrupos e interações. Se interações foram avaliadas, optou-se por avaliá-las na escala aditiva ou multiplicativa? Por quê? Explique como foram tratados os dados faltantes (“missing data”). Em estudos de coorte indique se houve perdas de seguimento, sua magnitude e como o problema foi abordado. Algum tipo de imputação de dados foi realizado? Em estudos caso-controle pareados informe como o pareamento foi considerado nas análises. Em estudos seccionais, se indicado, descreva como a estratégia de amostragem foi considerada nas análises. Descreva se foi realizado algum tipo de análise de sensibilidade e os procedimentos utilizados.

Resultados

A seção de Resultados deve ser um relato factual do que foi encontrado, devendo estar livre de interpretações e ideias que refletem as opiniões e pontos de

vista dos autores. Nessa seção deve-se apresentar aspectos relacionados ao recrutamento dos participantes, uma descrição da população do estudo e os principais resultados das análises realizadas.

Inicie descrevendo o número de participantes em cada etapa do estudo (exemplo: número de participantes potencialmente elegíveis, incluídos no estudo, que terminaram o acompanhamento e efetivamente analisados). A seguir descreva os motivos para as perdas em cada etapa. Apresente essas informações separadamente para os diferentes grupos de comparação. Avalie a pertinência de apresentar um diagrama mostrando o fluxo dos participantes nas diferentes etapas do estudo.

Descreva as características sociodemográficas e clínicas dos participantes e informações sobre exposições e potenciais variáveis confundidoras. Nessas tabelas descritivas não é necessário apresentar resultados de testes estatísticos ou valores de p .

Indique o número de participantes com dados faltantes para cada variável de interesse. Se necessário, use uma tabela para apresentar esses dados.

Em estudos de coorte apresente os tempos total e médio (ou mediano) de seguimento. Também pode-se apresentar os tempos mínimo e máximo, ou os percentis da distribuição. Deve-se especificar o total de pessoas-anos de seguimento. Essas informações devem ser apresentadas separadamente para as diferentes categorias de exposição.

Em relação ao desfecho, apresente o número de eventos observados, assim como medidas de frequência com os respectivos intervalos de confiança (por exemplo, taxas de incidência ou incidências acumuladas em estudos de coorte ou prevalências em estudos seccionais). Em estudos caso-controle, apresente a distribuição de casos e controles em cada categoria de exposição (números absolutos e proporções).

No que tange aos resultados principais da investigação, apresente estimativas não ajustadas e, se aplicável, as estimativas ajustadas por variáveis confundidoras, com os seus respectivos intervalos de confiança. Quando estimativas ajustadas forem apresentadas, indique quais variáveis foram selecionadas para ajuste e quais critérios utilizou para selecioná-las.

Nas situações em que se procedeu a categorização de variáveis contínuas, informe os pontos de corte utilizados e os limites dos intervalos correspondentes a

cada categoria. Também pode ser útil apresentar a média ou mediana de cada categoria.

Quando possível, considere apresentar tanto estimativas de risco relativo como diferenças de risco, sempre acompanhadas de seus respectivos intervalos de confiança.

Descreva outras análises que tenham sido realizadas (por exemplo, análises de subgrupos, avaliação de interação, análise de sensibilidade).

Dê preferência a intervalos de confiança em vez de valores de p . De qualquer forma, se valores de p forem apresentados (por exemplo, para avaliar tendências), apresente os valores observados (por exemplo, $p = 0,031$ e não apenas uma indicação se o valor está acima ou abaixo do ponto crítico utilizado (exemplo, $>$ ou $<$ que $0,05$). Lembre-se que valores de p serão sempre acima de zero, portanto, por mais baixo que ele seja, não apresente-o como zero ($p = 0,000$) e sim como menos do que um certo valor ($p < 0,001$).

Evite o uso excessivo de casas decimais.

Discussão

A seção de Discussão deve abordar as questões principais referentes à validade do estudo e o significado do estudo em termos de como seus resultados contribuem para uma melhor compreensão do problema em questão.

Inicie sintetizando os principais achados relacionando-os aos objetivos do estudo. Não deve-se reproduzir os dados já apresentados na seção de Resultados, apenas ajudar o leitor a recordar os principais resultados e como eles se relacionam com os objetivos da investigação.

Discuta as limitações do estudo, particularmente as fontes potenciais de viés ou imprecisão, discutindo a direção e magnitude destes potenciais vieses. Apresente argumentos que auxiliem o leitor a julgar até que pontos esses potenciais vieses podem ou não afetar a credibilidade dos resultados do estudo.

O núcleo da seção de Discussão é a interpretação dos resultados do estudo. Interprete cautelosamente os resultados, considerando os objetivos, as limitações, a realização de análises múltiplas e de subgrupos, e as evidências científicas disponíveis. Nesse momento, deve-se confrontar os resultados do estudo com o modelo teórico descrito e com outros estudos similares, indicando como os resultados do estudo

afetam o nível de evidência disponível atualmente.

Referências

As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos. Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página

Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

✓ Envio do artigo

A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a “Central de Autor” e selecionar o link “Submeta um novo artigo”.

A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados.

Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação. Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

Ilustrações. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse o limite.

Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos

de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

Tabelas.

As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo. Cada dado na tabela deve ser inserido em uma célula separadamente, e dividida em linhas e colunas.

Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.

Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

As figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.

Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

Formato vetorial. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos,

texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a Secretaria Editorial de CSP por meio do e-mail: ensp-artigos@ensp.fiocruz.br.

- ✓ Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

- ✓ Envio de novas versões do artigo

Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* "Submeter nova versão".

- ✓ Prova de prelo

A prova de prelo será acessada pelo(a) autor(a) de correspondência via sistema [<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>]. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo *site* [<http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>].

Para acessar a prova de prelo e as declarações, o(a) autor(a) de correspondência deverá acessar o *link* do sistema:

<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>, utilizando *login* e senha já cadastrados em nosso *site*. Os arquivos estarão disponíveis na aba "Documentos". Seguindo o passo a passo:

Na aba "Documentos", baixar o arquivo PDF com o texto e as declarações (*Aprovação da Prova de Prelo, Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica) e Termos e Condições*)

Encaminhar para cada um dos autores a prova de prelo e a declaração

de *Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica)*;

Cada autor(a) deverá verificar a prova de prelo e assinar a declaração *Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica)*;

As declarações assinadas pelos autores deverão ser escaneadas e encaminhadas via sistema, na aba “Autores”, pelo autor de correspondência. O *upload* de cada documento deverá ser feito no espaço referente a cada autor(a);

Informações importantes para o envio de correções na prova:

A prova de prelo apresenta numeração de linhas para facilitar a indicação de eventuais correções;

Não serão aceitas correções feitas diretamente no arquivo PDF;

As correções deverão ser listadas na aba “Conversas”, indicando o número da linha e a correção a ser feita.

As Declarações assinadas pelos autores e as correções a serem feitas deverão ser encaminhadas via sistema [<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>] no prazo de 72 horas.

12.1 ARTIGO

A UTILIZAÇÃO DA BENZEÇÃO COMO RECURSO EM SAÚDE: UM ESTUDO ENTRE IDOSOS RESIDENTES NA ZONA RURAL DO EXTREMO SUL DO BRASIL.

Stephanie Jesien¹
Rodrigo Dalke meucci²
Luana Patrícia Marmitt³

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

Correspondência:
Stephanie Jesien- stephaniejesien@gmail.com.
Rua Duque de Caxias, 3726, Apto. 3023, Centro.
Uruguaiana – RS, Brasil – CEP: 97502-687.

Resumo

Analisou-se a prevalência e os fatores associados à procura de benzedeiras para tratamento de problemas de saúde entre idosos residentes na área rural do município do Rio Grande/RS. Estudo transversal, de base populacional com amostragem aleatória, realizado no ano de 2017 teve seu desfecho coletado a partir das seguintes perguntas: “Alguma vez na vida o(a) sr. (a). procurou por benzedeira, benzedeiro, curandeiro ou rezadeira para tratar de um problema de saúde?”, se sim, “Quando foi a última vez (anos/meses) que o (a) sr(a). procurou por benzedeira ou curandeiro?”. O desfecho foi analisado em três categorias (nunca usou/usou nos últimos 12 meses/usou há mais de 12 meses). Para análise dos fatores associados foi utilizada regressão logística multinomial. Ao final da pesquisa foram entrevistados 1.030 idosos. A prevalência da procura por benzedeira nos últimos e há mais de 12 meses, foram de 9,5% e 15,8%, respectivamente. Na análise ajustada, as características comumente associadas à utilização em ambos os recordatórios foram idade, religião e problema de coluna e artrose. Relato de doença no último ano e procura preferencial por serviços de urgência e emergência foram associadas apenas à utilização nos últimos 12 meses. A variável sexo permaneceu associada apenas à utilização há mais de 12 meses. Esse estudo traz uma contribuição original a um tema pouco avaliado em estudos epidemiológicos. O conhecimento da frequência e dos determinantes da busca por este tipo de terapia popular, pode ser utilizado para melhorar a qualidade e o acesso aos serviços de saúde oferecidos à população idosa de áreas rurais.

Palavras-Chave: Terapias Complementares, Medicina Popular, Saúde do Idoso, População Rural.

Abstract:

Objective: to estimate the prevalence and factors associated with the use of traditional healing practices for health problems treatment among elderly from rural area of Rio Grande municipality, Rio Grande do Sul State, Brazil.

Methods: population based cross sectional study with random sampling conducted in 2017. The outcome was collected according to the questions “Have you ever used traditional healing practices for health problems treatment?”; if yes, “When was the last time you searched for a healer?”. The outcome was analyzed in three categories (never used/used in the last 12 months/ used in the last time over twelve months ago). Multinomial Regression was used to examine associated factors. **Results:** 1030 individuals were interviewed. Traditional healing practices use in the last 12 months and over 12 months were 9.5% and 15.8%, respectively. According to adjusted analysis, common characteristics associated with both recalls period were age, religion and self report of back problem/arthrosis. Being ill in the last year and preferred use of emergency services were only associated with traditional healing practices use in the last 12 months. Female sex was associated only with traditional healing practices use in the last time over twelve months ago.

Discussion: this study brings an original contribution to the knowledge of a little evaluated subject in epidemiological studies. Knowing the occurrence and associated factors with the use of traditional healing practices can be used to improve quality and access to health services for older people in rural areas.

Keywords: Complementary Therapies; Popular Medicine; Elderly; Rural.

1. Introdução

A utilização de serviços de saúde se dá na relação entre necessidade percebida pelo indivíduo e a oferta de serviços de saúde. Entretanto, em áreas rurais, o acesso a estes serviços tende a ser menor em função das grandes distâncias de centros urbanos, menor oferta de profissionais de saúde, dificuldades financeiras e de transporte, assim como baixa adesão a planos de saúde ^{1,2}.

Assim, historicamente, a população que reside em áreas rurais procurou alternativas mais acessíveis para cuidar da saúde. Entre elas, existe a benzeção, que é definida como o ato de benzer. Utiliza rituais com rezas, associado ou não, ao uso de plantas medicinais, podendo fazer uso de chás, pastas de uso tópico, ou até mesmo o ato de tocar o indivíduo com ramos para administrar a cura^{3,4}. Trata-se de uma prática antiga, originada da mistura de culturas e etnias (índios, colonizadores europeus e negros) ⁵, que emergiu em meio ao catolicismo popular. Majoritariamente praticada por mulheres e transmitida de geração em geração ou, recebida como um “dom divino”, tem como característica sua gratuidade financeira^{6,7}

Considerada como um tipo de terapia complementar ou prática integrativa em saúde (PIC), a benzeção é utilizada para tratar enfermidades, problemas espirituais e emocionais^{8,9,10}. O campo da medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA), assim chamada pela Organização Mundial da Saúde (OMS)¹¹, é amplo e envolve várias modalidades (homeopatia, medicina tradicional chinesa, medicina antroposófica, plantas medicinais/fitoterapia, arteterapia, biodança, entre outras). Entretanto, mesmo sendo considerada um tipo de terapia popular em saúde, a benzeção não foi incluída pelo Ministério da Saúde (MS) na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Talvez, isso deva-se ao fato de que as benzedeadas não aceitam remuneração financeira pelo tratamento oferecido, portanto, não caracterizando trabalho remunerado propriamente dito^{12,13}.

A prática da benzeção, aplicada desde muito tempo, tem sua frequência de utilização pouco conhecida. A maioria dos estudos brasileiros, sobre o assunto, são focados na trajetória e atuação das benzedeadas^{5,6,13,14} ou, trazem a procura por este tipo de terapia como desfecho secundário em meio a utilização de PIC¹⁵. Um estudo transversal realizado em Minas Gerais, com objetivo de quantificar a Medicina Complementar Alternativa (MCA), relatou que 15% dos indivíduos com 18 anos ou mais tinham utilizado os serviços de benzedeadas alguma vez na vida¹⁰. A prevalência

foi praticamente a mesma (14,5%), entre adultos maiores de 18 anos, em um centro de referência que realiza tratamento para indivíduos portadores do vírus da imunodeficiência humana¹⁶.

Deste modo, o objetivo deste estudo é estimar a prevalência e os fatores associados à utilização de dos serviços de benzedeiros para tratamento de problemas de saúde em uma população de idosos residentes na área rural do município do Rio Grande, RS/ Brasil.

2. Metodologia

Estudo transversal de base populacional, realizado entre abril e outubro de 2017, na área rural do município do Rio Grande (estimativa de 209.375 habitantes em 2017), Rio Grande do Sul/ Brasil¹⁷. Este estudo fez parte de um estudo maior intitulado “Saúde da População Rural Rio Grandina”, que teve como objetivo conhecer os indicadores básicos de saúde, o padrão de morbidade e a utilização dos serviços de saúde em crianças menores de cinco anos e suas mães, mulheres em idade fértil (15 a 49 anos) e idosos (60 anos ou mais), sendo este último grupo o foco deste artigo.

O cálculo do tamanho amostral necessário ao estudo da prevalência da utilização do serviço de benzedeiros considerou os seguintes parâmetros: prevalência estimada de 15% (de acordo com estudo realizado em Minas Gerais/Brasil)¹⁰, nível de confiança de 95%, margem de erro de 2 pontos percentuais e acréscimo de 10% para perdas e recusas, resultando em 638 indivíduos. Para o exame dos fatores associados, considerou-se um poder estatístico mínimo de 80%, nível de confiança de 95%, razão não expostos/expostos variando entre 54:46 a 80:20, razões de prevalência de 1,7 e o acréscimo de 15% para controle de fatores de confusão. De acordo com estes parâmetros, seriam necessários 874 indivíduos.

Considerando que a área rural do município do Rio Grande é constituída por 24 setores censitários com cerca de 8.500 habitantes distribuídos em aproximadamente 2.700 domicílios permanentemente habitados¹⁷, foi utilizado um processo de amostragem aleatório sistemático de modo a selecionar 80% dos domicílios. Isso foi feito a partir do sorteio de um número entre "1" e "5". O número sorteado correspondeu ao domicílio considerado pulo. Por exemplo, no caso do número "3" ter sido sorteado, todo domicílio de número "3" de uma sequência de cinco domicílios não era amostrado, ou seja, era pulado. Este procedimento garantiu que fossem amostrados quatro em cada cinco domicílios. Os critérios de inclusão para participar do estudo foram: morar na

zona rural do município de Rio Grande e ter 60 anos ou mais. Foram excluídos todos os indivíduos institucionalizados em asilos ou hospitais, bem como aqueles com incapacidade física ou mental para responder ao questionário.

As perguntas utilizadas para caracterização do desfecho, foram testadas a partir de um estudo pré-piloto, realizado em outro município, com intuito de testar a compreensão dos idosos acerca do questionário. Após esta escuta, foram então utilizadas as seguintes perguntas: “Alguma vez na vida o(a) sr. (a). procurou por benzedeira, benzedeiro, curandeiro ou rezadeira para tratar de um problema de saúde?”, se sim, “Quando foi a última vez (anos/meses) que o (a) sr(a). procurou por benzedeira ou curandeiro?” Foi considerado positivo para o desfecho aqueles idosos que afirmaram ter procurado a benzedeira ou curandeiro por motivo de saúde alguma vez na vida.

Ademais foram investigadas características sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade, com quem reside e religião) e aspectos de saúde: tipo de serviço de saúde de preferência (unidade básica de saúde, consultório médico, pronto atendimento, outras), diagnóstico médico na vida de: hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), osteoporose, doença na coluna, artrite ou artrose. Também foi perguntado se o idoso esteve doente nos últimos 12 meses.

A coleta de dados foi realizada por entrevistadoras e supervisores de campo submetidos a um treinamento de 30 horas. Os questionários eletrônicos foram aplicados por meio de *tablets* utilizando o programa RedCap®¹⁸.

Inicialmente, para a análise dos dados, foi feita uma descrição da amostra estudada. A variável desfecho foi operacionalizada em três categorias: “nunca procurou”, “procurou nos últimos 12 meses” e “procurou há mais de 12 meses”. A seguir, apresentou-se a distribuição do desfecho conforme as categorias das variáveis independentes. Para exame dos fatores associados, e por tratar-se de um desfecho categórico nominal, as análises bruta e ajustada foram realizadas por meio de regressão logística multinomial, considerando o grupo que “nunca procurou” como a categoria de referência. Para a análise ajustada, elaborou-se um modelo conceitual para a determinação dos possíveis fatores de confusão¹⁹.

No primeiro nível (mais distal), foram incluídas as variáveis demográficas e socioeconômicas (sexo, idade e escolaridade); no segundo, as variáveis religião e com quem vive. No terceiro nível, a variável relacionada a ter ficado doente nos últimos 12 meses, presença de doenças crônicas (HAS, DM e osteoporose), doença na coluna, artrite ou artrose. E por fim, no 4º nível (proximal), o tipo de serviço de saúde de

preferência do idoso. As variáveis de cada nível ajustaram-se no mesmo nível e para o nível superior. Aquelas com um valor de $p < 0,20$ foram mantidas no modelo para controlar possíveis fatores de confusão. O nível de significância empregado foi de 5% para testes bicaudais. As análises foram feitas utilizando-se o pacote estatístico Stata, versão 14®.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande sob o parecer Nº 51/2017, processo 23116.009484/2016-26, sendo assegurado o sigilo das informações individuais dos participantes. Todos os idosos tiveram garantido o seu direito de recusa a participar da pesquisa. Os que aceitaram, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Informado e então, era aplicado o questionário.

3. Resultados

Foram amostrados 1.131 idosos tendo sido entrevistados 1.030. Isto resultou em uma taxa de 8,9% de perdas e recusas. Na amostra estudada, predominaram indivíduos do sexo masculino (55%), aproximadamente 52% dos entrevistados possuíam idade entre 60 e 69 anos, a maioria tinha até quatro anos de estudo e um pouco mais da metade declararam-se católicos. Em torno de 45% possuíam pelo menos uma doença crônica (HAS, DM ou osteoporose), praticamente metade da amostra (47%), relatou ter alguma doença na coluna e artrose, ou somente uma destas (27,9% e 19%, respectivamente). Cerca de $\frac{1}{4}$ relatou ter estado doente no último ano e menos de 10% dos idosos relataram preferência pela utilização de serviços emergenciais quando necessitavam de algum serviço de saúde (Tabela 1).

As prevalências da utilização dos serviços de benzedeira nos últimos 12 meses e há mais de 12 meses foram de 9,5% e 15,8%, respectivamente (Tabela 1). As principais características que diferiram aqueles que nunca procuraram uma benzedeira daqueles que o fizeram alguma vez (nos últimos 12 meses ou há mais de 12 meses) foram: idade; maior proporção de evangélicos; menor proporção de autorrelato de problema na coluna e/ou artrose e de doença no último ano; e, maior utilização de serviços ambulatoriais (Tabela 1).

De acordo com a análise ajustada, idosos com idade entre 70-79 anos RR1,75 (IC95% 1,11-2,76), espiritualistas RR2,47 (IC95% 1,13-5,36), que adoeceram no último ano RR 1,96 (IC95% 1,23-3,14), com algum problema na coluna e artrose RR2,71 (IC95% 1,48-4,95) e que procuram atendimento em serviços de urgência e emergência RR2,26 (IC95% 1,14-4,45) apresentaram maior probabilidade de utilizarem os serviços

de benzedeira nos últimos doze meses (Tabela 2).

Em relação à procura há mais de doze meses, sexo feminino RR 0,68 (IC95% 0,48-0,97) e evangélicos RR 0,46 (IC95% 0,22-0,96) tiveram menor probabilidade, enquanto que idade de 80 anos ou mais RR1,95 (IC95% 1,24-3,06) e aqueles com problema de coluna e artrose RR2,78 (IC95% 1,73-4,48) apresentaram maior probabilidade de ter procurado este serviço há mais de 12 meses (Tabela 2).

A tabela 3 descreve algumas características do atendimento das benzedeiros nos últimos 12 meses. Cerca de 63% dos indivíduos também procuraram um profissional de saúde, enquanto que 42,7% relataram que a benzedeira recomendou a procura por atendimento em serviços de saúde. Mais de 90% estavam satisfeitos com o resultado do atendimento recebido.

4. Discussão

Este estudo encontrou que aproximadamente 10% e 16% dos idosos utilizaram os serviços de benzedeiros nos últimos 12 e há mais de 12 meses, respectivamente. As características comumente associadas à utilização em ambos os recordatórios foram idade, religião e problema de coluna e/ou artrose. Relato de doença no último ano e procura preferencial por serviços de urgência e emergência foram associadas apenas à utilização nos últimos 12 meses e sexo permaneceu associada apenas à utilização há mais de 12 meses.

Alguns estudos de diferentes países avaliaram a prevalência da utilização da medicina alternativa. Em Portugal, foram comparadas as prevalências da utilização destes métodos entre moradores da zona urbana e rural (25% e 75%, respectivamente). Os mais utilizados foram: manipulação óssea (em ambas as áreas), seguido por feiticeiros (curandeiros) e chás nas áreas rurais, e acupuntura e chás nas áreas urbanas²⁰.

Na Ásia, foi encontrada uma prevalência de 21,7% e 12,2%, respectivamente, da utilização de curandeiros para o tratamento de diarreia e insuficiência respiratória aguda em menores de 5 anos²¹. Na África do Sul, em um inquérito populacional, foi encontrada uma prevalência de 2,4% de utilização de curandeiros entre os portadores de algum tipo de transtorno mental²².

Em um estudo piloto, realizado com adultos (18 anos ou mais), nascidos no México, que residem na Carolina do Norte, a prevalência de procura por curandeiros foi de 41% entre os trabalhadores rurais.²³ A comparabilidade entre as prevalências descritas na literatura internacional requer cautela, visto que as diversas práticas curativas existentes, estão ligadas a tradições culturais e possuem fundamentos e

particularidades diferentes dependendo da região em que são aplicadas²⁴.

Estudos realizados em Minas Gerais/BR, no município de Montes Claros, avaliaram a prevalência da utilização de PIC em diferentes populações. Entre os maiores de 18 anos, em um estudo de base populacional, 15% haviam utilizado os serviços de benzedeira alguma vez na vida¹⁰. Em outro estudo, indivíduos portadores de TMC utilizaram significativamente mais a benzedeira, quando comparados aos não portadores.¹⁵ Em uma amostra de conveniência, composta por indivíduos soropositivos, encontrou-se uma prevalência de 14,5% para utilização de benzedeiros e 78,5% para o uso de PIC¹⁶.

Em relação às PIC, várias práticas passaram a integrar o Sistema Único de Saúde (SUS) e estão presentes em portarias do Ministério da Saúde desde 2006. Atualmente, 29 modalidades de tratamento são reconhecidas dentro do SUS. Entretanto, embora existam experiências como a do município de Sobral/CE²⁵, os serviços prestados por benzedeiros não integram a política de PIC do Ministério da Saúde¹². A incorporação em Sobral, das benzedeiros às equipes de profissionais de saúde como agentes não formais de saúde, buscou facilitar o acesso dos profissionais devido à proximidade delas junto à população mais pobre. Deste modo, auxiliam na detecção de doenças e nos encaminhamentos aos serviços de saúde²⁵.

A idade determina a utilização dos serviços de benzedeiros de diferentes modos conforme o recordatório avaliado. Assim, possivelmente há um efeito de corte no qual indivíduos com 70-79 anos buscam mais a benzeção para seus problemas de saúde, tendendo a reduzir esta procura a partir dos 80 anos. Estudos mostram que além de apresentarem piores condições de saúde, idosos nesta faixa etária e residentes em áreas rurais, tendem a menor utilização de serviços de saúde, devido a maiores barreiras de acesso¹.

A menor probabilidade das mulheres procurarem a benzeção há mais de 12 meses em relação aos homens pode decorrer da maior utilização dos serviços de saúde pelas mulheres, que estão mais habituadas a consultas de rotina e têm maior vínculo aos serviços de saúde¹. Entretanto, esta associação não foi observada para a utilização dos serviços de benzedeira nos últimos 12 meses.

Dentre outros fatores determinantes para a escolha por práticas de saúde, está a religião²⁵. As de cunho espiritualista aumentam a probabilidade de um idoso utilizar os serviços de benzedeiros nos últimos 12 meses. Este achado pode ser explicado devido à origem da benzeção, que vem da mistura de crenças católicas, africanas e indígenas^{13,26}.

Deste modo, estes indivíduos não apenas tendem a acreditar mais nos serviços das benzedeadas, como tendem a ter aceitação destas práticas dentro de suas religiões. Entre os evangélicos, a menor probabilidade de buscar por uma benzedeadora na vida decorre do fato destas religiões não recomendarem esta prática⁷. A ausência de associação entre religiões evangélicas e procura por benzeção nos últimos 12 meses provavelmente é decorrente de falta de poder estatístico devido ao reduzido número de indivíduos evangélicos que procuraram por benzedeadas. Além disso, é possível que os evangélicos possam ter omitido a informação de que buscaram benzedeadas devido às recomendações de suas religiões. Deste modo, a prevalência do desfecho neste grupo pode estar subestimada. Conseqüentemente, pode haver uma superestimativa do efeito de proteção.

A associação entre o relato de ter estado doente no último ano e a procura por benzedeadas nos últimos 12 meses pode ser decorrente da percepção de barreiras em decorrência de encaminhamentos, tempo de espera para atendimentos especializados e tratamentos propostos, sejam eles medicamentosos ou não, podendo propiciar a estes idosos a busca por uma alternativa de saúde mais acessível².

Problemas na coluna e artrose, se mostraram fortemente associados ao desfecho em ambos os recordatórios devido ao fato de serem condições crônicas e/ou recorrentes que frequentemente levam à limitação ou incapacidade. Muitas vezes são condições de difícil manejo nos serviços de saúde e que levam a encaminhamentos para exames e tratamentos que têm grandes filas de espera. Além disso, localizam-se nas áreas urbanas, ou seja, distantes das residências das áreas rurais^{28,29,30}.

A preferência por serviços de urgência ou emergência também esteve associada a uma maior probabilidade de procurar pela benzedeadora no último ano. Uma pesquisa realizada em um hospital de Porto Alegre (RS/BR) sugere que muitos idosos portadores de doenças crônicas optem por serviços de emergência em detrimento de outros, manifestando necessidade de cuidados de alta complexidade no momento da agudização³¹.

O nível de satisfação dos idosos com a terapia oferecida pela benzedeadora ou curandeiro pode ser influenciada por alguns fatores como linguagem acessível, interação com a comunidade onde atuam e o cuidado em saúde ofertado, sem retribuição financeira, atribuído a um “dom divino”. Isso diferencia esta terapia das consultas convencionais de saúde,⁹ podendo muitas vezes, resultar em conforto e força para o enfrentamento da enfermidade do indivíduo³².

A maioria dos indivíduos que utilizaram serviços de benzedeiros, também procuraram por um profissional de saúde. Dentre os que utilizaram benzedeira e serviço de saúde, uma parcela teve recomendação da própria benzedeira para procurar um profissional (como relatado em outros estudos)^{5,13}. Entretanto, por se tratar de um estudo de delineamento transversal, está suscetível à causalidade reversa ³³, não permitindo afirmar se estes indivíduos procuraram a benzedeira antes ou depois da terapia ofertada por profissionais da saúde.

Todo indivíduo tem o direito a tomar suas próprias decisões em relação as suas necessidades no processo saúde-doença³². Em estudos qualitativos, profissionais da saúde afirmaram que a utilização de cuidados populares junto ao tratamento profissional de saúde, poderiam trazer efeitos benéficos à saúde do indivíduo doente e que este comportamento não causaria necessariamente a diminuição pela busca dos serviços de saúde, tornando-se uma alternativa complementar ao tratamento biomédico ^{27,34}.

Esta investigação traz uma contribuição original a um tema muito pouco avaliado em estudos de base populacional. Ainda que não haja evidências científicas da sua eficácia no tratamento de diversos desfechos em saúde, a benzeção é ainda utilizada pela população em virtude da crença ³².

Considera-se relevante a realização de mais estudos sobre o tema em diferentes populações e regiões do país, de modo a aprofundar o conhecimento sobre a frequência e os determinantes da utilização de benzeduras, bem como de outras terapias populares. O conhecimento das crenças culturais e sociais em saúde de uma população, pode ser utilizado para melhorar a qualidade e o acesso aos serviços de saúde oferecidos à população, sobretudo, no âmbito da atenção básica.

Conflito de interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Reconhecimento: O Consórcio de Pesquisa dos mestrados do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Rio Grande foi financiado pela Pastoral da Criança, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e pela Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (CAPES).

5. Referências Bibliográficas

- 1- Travassos C, Viacava F. Access to and use of health services by rural elderly, Brazil, 1998 and 2003. *Cad Saude Publica*. 2007; 23: 2490-2502.
- 2- Arruda NM, Maia AG, Alves LC. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. *Cad Saúde Pública*. 2018; 34:e00213816.
- 3- Sant’Ana E, Seggiaro D. *Benzedeiras e Benzeduras*. 3º ed:Elma Sant’Ana; 2008.
- 4- Mello MN, Oliveira SS. Health, religion and culture: a dialogue based on Afro-Brazilian customs. *Saúde Soc [internet]* 2013; 22: 1024-35.
- 5- Gurgel MR, Gurgel CNE, Dantas DG, Alchieri J. Na simplicidade a complexidade de um cuidar: a atuação da benzeadeira na atenção à saúde da criança. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*. 2013; 23:1339-1357.
- 6- Simões JP. *Benzedeiras de Maruípe: uma prática de cuidado humano em extinção*. [Dissertação]. Programa de Pós-Graduação de Saúde Coletiva: Universidade Federal do Espírito Santo; 2014.
- 7- Horochovski MTH. *Benzeduras, garrafadas e costuras: considerações sobre a prática da benzeção*. Guaju. 2015; 1:110-26.
- 8- Rocha LS. “Eu te benzo, eu te curo”: saberes e práticas de benzeadeiras de Maceió-AL.[dissertação]. Programa de Pós- Graduação de Enfermagem: Universidade Federal de Alagoas;2014.
- 9- Gentil LB, Robles ACC, Grosseman S. Uso de terapias complementares por mães em seus filhos: estudo em um hospital universitário. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15:1293-99.
- 10- Rodrigues-Neto JF, Faria AA, Figueiredo MFS. Medicina complementar e alternativa: utilização pela comunidade de Montes Claros, Minas Gerais. *Rev Assoc Med Bras*. 2009; 55:296-30.
- 11- WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Traditional Medicine Strategy 2002 - 2005*. Geneva, 2002. Disponível em: (http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2002.1.pdf). Acesso em: 16 mar. 2018.
- 12- Brasil. MS. Portaria nº 702, de 21 de março de 2018.

- 13- Marin RC, Scorsolini-Comin F. Desfazendo o “mau-olhado”: magia, saúde e desenvolvimento no ofício das benzedadeiras. *Psicologia: Ciência e Profissão* 2017; 37:446-460.
- 14- Borges SM. Incorporação do saber de parteiras e benzedadeiras às práticas de saúde. *Com Ciências Saúde* 2008; 19:323- 32.
- 15- Rodrigues-Neto JF, et al. Common mental disorders and the use of complementary and alternative medicine –population based survey. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 2008; 57: 233-239.
- 16- Rodrigues-Neto, J. F.; et al. Uso de práticas integrativas e complementares (PIC) por pacientes adultos infectados com o vírus da imunodeficiência humana (HIV), no norte de Minas Gerais. *Revista Baiana de Saúde Pública* 2010 34: 159-72.
- 17- IBGE. *Censo Demográfico 2010*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2011.
- 18- Harris PA, Taylor R, Thielke R, Payne J, Gonzalez N, Conde JG. Research electronic data capture (REDCap)—a metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *Journal of biomedical informatics* 2009; 42:377-81
- 19- Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol* 1997;26: 224–7.
- 20- Nunes B, Esteves MS. Therapeutic itineraries in rural and urban areas: a Portuguese study. *Rural & Remote Health* 2006; 6:394- 1.
- 21- Piechulek H, Al-Sabibbir A, Mendoza - Aldana J. Diarrhea and ARI in rural areas of Bangladesh. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2003; 34:337-42.
- 22- Razali SM, Yassin AM. Complementary treatment of psychotic and epileptic patients in malaysia. *Transcult Psychiatry* 2008; 3:455-69.
- 23- Arcury TA, Sandberg JC, Mora DC, Talton JW, Quandt AS. North Carolina Latino Farmworkers’ Use of Traditional Healers: A Pilot Study. *J Agromedicine*.2017; 21: 253–58.
- 24- Pesek TJ, Helton LR, Nair M: Healing across Cultures: Learning from Traditions. *EcoHealth*. 2006; 3:114- 18.
- 25- Elizabeth Parente Costa. Benzedadeiras no sistema oficial de saúde do Ceará: relações entre religiosidade e medicina popular 2009 [dissertação]. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Religião, Universidade Presbiteriana Mackenzie.

- 26- Langdon EJ, Wiik FB. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Rev Latino-am Enferm.* 2010; 18:459-66.
- 27- Santos FV. O ofício das rezadeiras: um estudo antropológico sobre as práticas terapêuticas e a comunhão de crenças em cruzeta/RN [dissertação]. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2007.
- 28- Verbeek JH, Weide WE, Dijk FJ – Early occupational health management of patients with back pain: a randomized controlled trial. *Spine (Phila Pa 1976).* 2002; 27(17):1844-1851.
- 29- Lizier DT, Perez MV, Sakata RK. Exercises for nonspecific low back pain treatment. *Rev Bras Anesthesiol.* 2012; 62(6):842-6.
- 30- Coimbra IB, Pastor EH, Greve JMD, Puccinelli MLC, Fuller R, Cavancanti FS, et al. Osteoartrite (Artrose): Tratamento. *Rev Bras Reumatol.* 2004; 44(6):450-3
- 31- Serbim Ak, Gonçalves AVF, Paskulin LMG. Caracterização sociodemográfica, de saúde e apoio social de idosos usuários de um serviço de emergência. *Ver. Gaúcha Enferm.* 2013; 34:55-63.
- 32- Rocha LS, Rozendo CA. Os sistemas popular e oficial de saúde sob a ótica de benzedeiras. *Rev enferm UFPE.* 2015; 9:336- 42.
- 33- Gordis L. *Epidemiologia.* 4^a ed: 2008.
- 34- Boehs AE, Ribeiro EM, Grisotti M, Saccol AP, Rumor PCF. A percepção dos profissionais de saúde sobre os cuidados das mães de crianças entre 0 a 6 anos usuárias da Estratégia de Saúde da Família. *Physis Revista de Saúde Coletiva.* 2011; 21: 1005-21.

Tabela 1. Descrição da amostra de idosos residentes da área rural de Rio Grande com variáveis sociodemográficas, sociais, econômicas e comportamentais e a distribuição da prevalência da procura por benzedeira entre categorias. Rio Grande/RS, 2017 (N=1030).

	Procura por Benzedeira				P
	Total da	Nunca	Últimos 12	Mais de 12	
	Amostra	procurou	meses	meses	
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	
		74,7% (756)	9,5% (96)	15,8% (160)	
Sexo					0,1
Masculino	55,1 (568)	54,0 (408)	54,2 (52)	63,1 (101)	
Feminino	44,9 (462)	46,0 (348)	45,8 (44)	36,9 (59)	
Idade (anos)					0,003
60-69	51,4 (529)	54,6 (413)	45,8 (44)	42,7 (68)	
70-79	31,8 (326)	29,8 (225)	43,8 (42)	34,0 (54)	
>=80	16,8 (173)	15,6 (118)	10,4 (10)	23,3 (37)	
Escolaridade (anos)					0,8
<1	20,3 (206)	19,8 (148)	16,0 (15)	20,6 (33)	
1-3	35,8 (364)	35,2 (263)	40,4 (38)	37,5 (60)	
4-7	33 (336)	33,2 (248)	34,0 (32)	33,8 (54)	
8 ou mais	10,9 (111)	11,8 (88)	9,6 (9)	8,1 (13)	
Vive sozinho					0,6
Não	77,4 (797)	76,6 (579)	81,3 (78)	78,7 (126)	
Sim	22,6 (233)	23,4 (177)	18,7 (18)	21,3 (34)	
Religião					<0,001
Não tem	21,4 (219)	21,8 (164)	16,7 (16)	20,8 (33)	
Católicos	55,0 (565)	52,6 (396)	61,5 (59)	62,9 (100)	
Evangélicos	15,0 (154)	17,9 (135)	6,2 (6)	7,5 (12)	
Espiritualistas	8,6 (88)	7,7 (58)	15,6 (15)	8,8 (14)	
Esteve doente no último ano					<0,001
Não	76,2 (783)	79 (595)	62,5 (60)	70 (112)	
Sim	23,8 (244)	21 (158)	37,5 (36)	30 (48)	
Doenças crônicas *					0,6
0	38,3 (393)	39,8 (300)	34,7 (33)	33,9 (54)	
1	44,9 (460)	43,9 (331)	47,4 (45)	47,8 (76)	
2 ou mais	16,7 (171)	16,2 (122)	17,9 (17)	18,2 (29)	
Problema na coluna e/ ou artrose					<0,001
Nenhum	53,1 (545)	57,6 (435)	34,7 (33)	43,0 (68)	
Coluna ou artrose	27,9 (286)	26,0 (196)	39,0 (37)	30,4 (48)	
Coluna e artrose	19,0 (195)	16,4 (124)	26,3 (25)	26,6 (42)	

Local que procura atendimento de saúde				0,03
Serviços ambulatoriais	91,5 (937)	92,8 (699)	86,3 (82)	88,6 (140)
Serviços de Urgência e Emergência	8,5 (87)	7,2 (54)	13,7 (13)	11,4 (18)

Nota: a variável com maior número de valores ignorados foi a escolaridade (N=13)

Doenças Crônicas: Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e Osteoporose

Tabela 2 - Razão de Prevalência Bruta e Ajustada para associações entre utilização da benzedeira no último ano e há mais de um ano e as variáveis independentes. Amostra de idosos residentes da área rural. Rio Grande/RS. 2017 (N=1012).

Nível	Variável	Benzedeira nos últimos 12 meses		Benzedeira há mais de 12 meses	
		Bruta RR (IC95%)	Ajustada RR (IC95%)	Bruta RR (IC95%)	Ajustada RR (IC95%)
1°	Sexo	p=0,971	p=0,890	p=0,035	p=0,035
	Masculino	1,00	1,00	1,00	1,00
	Feminino	0,99 (0,65-1,52)	1,03 (0,67-1,58)	0,68 (0,48-0,97)	0,68 (0,48-0,97)
	Idade (anos)	p=0,001	p=0,001	p=0,003*	p=0,002*
	60-69	1,00	1,00	1,00	1,00
	70-79	1,75 (1,11-2,76)	1,75 (1,11-2,76)	1,46 (0,98-2,16)	1,43 (0,97-2,12)
	>=80	0,80 (0,39-1,63)	0,79 (0,39-1,63)	1,90 (1,21-2,99)	1,95 (1,24-3,06)
	Vive sozinho	p=0,307	p=0,275	p=0,555	p=0,368
	Não	1,00	1,00	1,00	1,00
	Sim	0,75 (0,44-1,29)	0,74 (0,43-1,27)	0,88 (0,58-1,34)	0,82 (0,54-1,25)
	Escolaridade (anos)	p=0,680	p=0,767	p=0,784	p=0,810
	<1	1,00	1,00	1,00	1,00
	1-3	1,43 (0,76-2,68)	1,40 (0,74-2,64)	1,02 (0,64-1,64)	1,12 (0,69-1,80)
	4-7	1,27 (0,67-2,43)	1,28 (0,66-2,46)	0,98 (0,61-1,58)	1,07 (0,66-1,74)
	8 ou mais	1,01 (0,42-2,40)	1,06 (0,44-2,56)	0,66 (0,33-1,33)	0,72 (0,35-1,49)
	Religião	p=0,001	p=0,003	p<0,001	p=0,011
	Não tem	1,00	1,00	1,00	1,00
2°	Católicos	1,53 (0,85-2,73)	1,46 (0,81-2,63)	1,25 (0,81-1,94)	1,34 (0,87-2,09)
	Evangélicos	0,46 (0,17-1,20)	0,45 (0,17-1,19)	0,44 (0,22-0,89)	0,46 (0,22-0,96)
	Espiritualistas	2,65 (1,23-5,70)	2,47 (1,13-5,36)	1,20 (0,60-2,40)	1,31 (0,65-2,65)
3°	Esteve doente no último ano	p<0,001	p=0,005	p=0,014	p=0,064
	Não	1,00	1,00	1,00	1,00
	Sim	2,26 (1,44-3,54)	1,96 (1,23-3,14)	1,61 (1,10-2,36)	1,46 (0,98-2,18)
	Doenças crônicas	p=0,568	p=0,911	p=0,514	p=0,820
	0	1,00	1,00	1,00	1,00
	1	1,24 (0,77-1,99)	1,00 (0,61-1,65)	1,28 (0,87-1,87)	1,15 (0,77-1,72)
	2 ou mais	1,27 (0,68-2,36)	0,81 (0,42-1,58)	1,32 (0,80-2,17)	1,04 (0,60-1,79)
	Problema na coluna e/ ou artrose	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001
	Nenhum	1,00	1,00	1,00	1,00
	Coluna ou artrose	2,49 (1,51-4,10)	2,27 (1,36-3,78)	1,57 (1,04-2,35)	1,55 (1,02-2,37)
	Coluna e artrose	2,66 (1,52-4,64)	2,71 (1,48-4,95)	2,17 (1,40-3,34)	2,78 (1,73-4,48)
	Local que procura atendimento de saúde	p=0,029	p=0,019	p=0,076	p=0,106
	4°	Serviços ambulatoriais	1,00	1,00	1,00
Serviços de Urgência e Emergência		2,05 (1,07-3,92)	2,26 (1,14-4,45)	1,66 (0,95-2,93)	1,62 (0,90-2,91)

O grupo “nunca procurou por benzedeira” foi a categoria de referência do desfecho;

*Valor-p do teste de tendência linear

Tabela 3. Caracterização da utilização do serviço prestado por benzedeiros entre idosos residentes da área rural para tratar problemas de saúde no último ano. Rio Grande/RS, 2017 (N=96).

Variáveis	%(N)
Procurou por benzedeira e também por profissional de saúde	63,2 (60)
Benzedeira indicou a procura por profissional da saúde	42,7 (41)
Ficou satisfeito com o resultado da benzedeira	90,6 (87)
Pagou algum valor em dinheiro para benzedeira	6,2 (6)
Foi a benzedeira porque acredita/ tem fé	65% (61)

12.2 NOTA A IMPRENSA

PRATICAMENTE UM EM CADA DEZ IDOSOS DA ÁREA RURAL DE RIO GRANDE PROCURA POR BENZEDEIRA PARA RESOLVER PROBLEMAS DE SAÚDE.

Pesquisa realizada pela mestrandia Stephanie Jesien do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Rio Grande, sob orientação do professor Dr. Rodrigo D. Meucci, mostrou que 9,5% dos idosos da área rural de Rio Grande buscaram por benzedeira nos doze últimos meses anteriores a pesquisa para solucionar problemas de saúde. Essa busca foi mais frequente entre as mulheres, indivíduos com idade entre 70 e 79 anos, os que declararam-se de religiões espiritualistas e que possuíam escolaridade de até 4 anos.

A procura foi significativamente maior entre os que disseram ter problemas na coluna, artrite ou artrose. Também entre os que relataram alguma doença nos últimos 12 meses, que estiveram na UBS também nos últimos 12 meses, e naqueles que disseram preferir serviços de urgência e emergência quando procuravam algum serviço de saúde.

O estudo inédito quantifica a frequência de uma prática cultural de cuidado que há muito vem sendo utilizada, não só na cidade de Rio Grande/RS, como no país inteiro. O conhecimento do número de idosos que utiliza esse serviço é importante, pois assim, os gestores de saúde podem pensar no estabelecimento de algum tipo de vínculo com as benzedeiros, visando uma melhora no rastreamento dos idosos que necessitam de atendimento em saúde, assim como em diagnósticos e tratamentos especializados.

13. APÊNDICES

13.1 Apêndice 1: Quadro de revisão de literatura, prevalências.

Autor/ Ano/ Local	Delineamento/ Amostra	Objetivos	Principais Resultados	Fatores Associados
NUNES B, ESTEVES MJ/ 2006/ Portugal	Estudo descritivo transversal, com dois grupos em uma amostra de conveniência. Foram realizadas 105 entrevistas numa zona rural (Alfandega da Fe e Miranda do Douro) e 160 numa zona urbana (Centro de Saúde de S. João, no Porto;	Comparar os usos de tratamentos alternativos e tradicionais em uma área rural e uma área urbana do norte de Portugal, investigando as diferenças e semelhanças no comportamento das pessoas quando adoecem.	- Em relação ao uso destes terapeutas e tratamentos, aproximadamente 25% na área urbana e 75% na área rural relataram que usaram tais tratamentos; - Os entrevistados na zona rural eram mais velhos e menos instruídos; - As razões para o uso desses terapeutas e tratamentos foram: dor nos ossos, músculos e articulações, seguido de queixas psicológicas em áreas urbanas; - Aproximadamente 80% nos dois grupos estudados disseram-se satisfeitos totalmente ou parcialmente com os tratamentos, sendo a principal razão a eficácia do tratamento.	Não relata informações sobre fatores associados;
HAMIDAH, A., et al. /2009/ Malásia	Estudo transversal realizado em um centro de oncologia pediátrica em Kuala Lumpur. Os pais de 97 crianças com câncer foram entrevistados através de um questionário estruturado;	Determinar a prevalência de uso de medicina complementar e alternativa (CAM) por crianças com câncer e comparar as características dos usuários de CAM e não usuários;	- 84,5% dos entrevistados usaram CAM; -A visita a curandeiros tradicionais foi utilizada por 22% dos que utilizaram CAM;	- O uso da CAM foi significativamente maior entre os familiares de etnias malaias (p<0.0005);
BRAHMI SA, et al, 2011/ Marrocos	-100 Pacientes que realizavam tratamento em um serviço de oncologia	Estimar e descrever as razões do uso da medicina complementar	- Dos que utilizaram CM, 11% recorreram a curandeiros tradicionais;	Não foram encontrados fatores sociodemográficos associados ao uso

	médica do Hospital Universitário, durante um período de 6 meses.	(CM) em pacientes com câncer tratados em um departamento de oncologia marroquina.		de CM;
SUR D et.al, 2004/ Índia	Estudo transversal, realizado com 57.099 indivíduos em uma favela urbana no leste de Kolkata, na Índia.	Verificar características demográficas, domiciliares e comportamentais.	- 428 (0,7%) relataram um episódio de diarreia em algum momento durante as quatro semanas que precederam a entrevista. - Dos 428 sujeitos, 151 (35%) realizaram tratamento sozinhos ou tratamento indicado pela mãe, 150 (35%) consultaram um clínico alopático privado, 70 (16%) foram direto para farmácia, 29 (7%) visitaram um hospital, 14 (3%) um praticante homeopático e 12 (3%) outros curandeiros tradicionais.	O estudo não encontrou diferenças significativas entre as variáveis sociodemográficas e comportamentais associadas a escolha de tratamento;
RAZALI SM, YASSIN AM, 2008 /Malásia	- 120 pacientes de 15 a 65 anos. Encontrados de janeiro de 2004 a abril de 2005, divididos em dois grupos de 60 cada, das clínicas psiquiátricas (psicóticas) e neurológicas (epilépticas).	O objetivo deste artigo é descrever e comparar o uso da medicina tradicional / complementar (TMC) entre pacientes psicóticos (esquizofrenia) e pacientes malaios epiléticos na Malásia peninsular.	- 44,2% haviam consultado curandeiros tradicionais malaios e/ou homeopáticos, além do tratamento moderno.	Não foi encontrado nenhum fator significativo que influenciasse na decisão de buscar tratamento;
PIECHULEK, H, AL-SABIR A, MENDOZA-ALDANA, 2003/ Bangladesh	- 8.287 crianças menores de cinco anos de idade e 7.082 cuidadores em 120 grupos escolhidos por um método de	Avaliar se ocorreram alterações no conhecimento da população e suas práticas de observação e tratamento de	- 21,7% procuraram curandeiros para curar diarreia e 12,2% procuraram para Infecção respiratória aguda;	Não foram abordados fatores associados no estudo;

	amostragem em dois estágios;	Infecção Respiratória Aguda (Ira) e diarreia de crianças menores de cinco anos.		
SORSDAHL K et al/ 2009/ África do Sul	- 3.651 Indivíduos, sul-africanos, maiores de 18 anos (excluídos os asilados, hospitalizados e presos) de área urbana (62%) ou rural (38%).	Verificar o uso de profissionais alternativos na saúde mental entre a população sul-africana.	- 28% da amostra total relatou ter procurado tratamento nos últimos 12 meses; - O número médio de visitas para cuidados de saúde mental nos últimos 12 meses foi de 2,7% para os curandeiros tradicionais e de 3,4 % para os médicos ocidentais; - Dos indivíduos que procuraram o tratamento da medicina alternativa sem transtornos mentais, 6% procuraram o tratamento de um curandeiro tradicional, 7% da amostra procuraram o tratamento de um conselheiro espiritual ou religioso, e 2% por um outro tipo de curandeiro, 14% realizaram tratamento exclusivamente com médicos e apenas 2% procuraram tratamento exclusivo com curandeiro.	A idade > 50 anos (OR = 1,8, IC 95% 1,3-2,7); Ser negro (OR = 9,1 , IC95%(4,4-19,3); Escolaridade maior (OR = 0,7, IC 95% (0,5-1,0); Estar trabalhando (OR = 1,4, IC 95% 1,0-1,8); Com distúrbio de abuso de substâncias (OR = 1,69; IC 95%: 1,1-2,5) ou um transtorno de ansiedade (OR = 1,7, IC 95%: 1,2-2,4);
COIMBRA LC, et.al/ 1995/ Maranhão	Estudo transversal de base populacional. 370 domicílios (39% zona urbana e 61% zona rural) e um total de 1813 pessoas entrevistadas.	Levantar os principais problemas de saúde do município; buscar associação entre a morbidade e as variáveis socioeconômicas e demográficas; identificar a procura pelos	- Morbidade referida nos últimos 30 dias foi de 19,7%; - Dos indivíduos que adoeceram, 175 (49,1%) procuraram algum tipo de atendimento e 182 (50,9%) não procuraram nenhum tipo de atendimento à saúde. Destes 6,7% procuraram o balconista de farmácia e	Os fatores associados referem-se à morbidade referida e não a procura por curandeiro ou benzedeira;

		serviços de saúde; e avaliar as ações de saúde oferecidas pelo município, dando ênfase à área materno-infantil.	benzedeira.	
SANTOS MGD/1995/Minas Gerais	Estudo transversal, realizado com alunos e professores de 4 escolas públicas de Minas Gerais. Ao total 110 professores, e 162 alunos de primeira à quarta série do primeiro grau foram entrevistados.	- Investigar o conhecimento das práticas populares de saúde e como são utilizadas e, a opinião de escolares e docentes de escolas de primeiro grau de São Benedito do Rio Preto/ MA;	- Somente 64,5% (71) professores responderam à pergunta se acreditavam em “dom especial de cura”; - 32,4% acreditam que certas pessoas podem ser tratadas por pessoas com “dons especiais de cura - Dos alunos, 82,2% (69) disseram que acreditavam na cura por benzedoiras e rezas; - 53,1% dos alunos disseram utilizar benzedoiras e rezas;	Não foram verificados fatores associados;
RODRIGUES NJF, et al. 2008/ Minas Gerais	Estudo transversal de base populacional/ 3090 indivíduos acima de 18 anos residentes na área urbana na cidade de Montes Claros/MG;	Verificar a prevalência de utilização e o perfil socioeconômico do usuário de medicina complementar e alternativa pela população de Montes Claros (MG).	- Prevalência de Transtorno Mental Comum na amostra foi de 23,2%; - Dos indivíduos com TMC, 19% procuraram a benzedeira como tratamento alternativo; - Dos indivíduos que não apresentavam TMC, 13,2% afirmaram terem procurado a benzedeira;	- Mostrou-se como fator associado à Transtorno Mental comum à procura por benzedoiras (RP = 1,25; IC = 1,08-1,46);
RODRIGUES NJF, et al./ 2009/ Minas Gerais	Estudo transversal de base populacional/ 3090 indivíduos acima de 18 anos residentes na área urbana na cidade de Montes Claros/MG;	Verificar a prevalência de utilização e o perfil socioeconômico do usuário de medicina complementar alternativa (MCA) e Práticas Integrativas Complementares (PIC) pela	- A prevalência de MCA foi de 70%, (n=2163) e mais prevalente em mulheres; - Oração a Deus com intenção terapêutica foi relatada por 52% dos entrevistados; remédios populares 30,9%, exercícios físicos 25,5%, benzedoiras 15%), dietas populares 7,1%, massagem 4,9%,	Não verificou fatores associados dos indivíduos que não pagaram pelos serviços utilizados (oração a Deus e benzedeira, por exemplo);

		população de Montes Claros (MG).	relaxamento/ meditação 2,8%, homeopatia 2,5%, grupos de autoajuda 1,9%, quiropraxia 1,7%, acupuntura 1,5% e medicina ortomolecular 0,2%;	
RODRIGUES NJF, et al./ 2010/ Minas Gerais	Estudo transversal / Participaram 200 pacientes, maiores de 18 anos, infectados pelo vírus HIV e portadores da Aids, acompanhados em um centro de referência (HUCF);	Descrever a prevalência da utilização de uso PIC/MCA entre pacientes adultos infectados por HIV em serviço de referência em DST/Aids, no Norte de Minas Gerais, e identificar possível associação entre fatores socioeconômicos e culturais e a utilização de PIC/MCA.	- A prevalência do uso das práticas integrativas (PIC) foi de 78,5 %; - Desses 157 indivíduos que afirmaram utilizar PIC, 14,5% relataram procura por benzedeiras; - Oração a Deus 57,5%; remédios populares 21,5%; benzedeiras 14,5% e homeopatia 12,5% foram as práticas relatadas pelos indivíduos.	Indivíduos de raça não branca (p<0,001), menos de oito anos de estudo (p<0,001), que vivem sem companheiro (p<0,003), que praticam alguma religião (p<0,001) e com renda de R\$ 301,00 a R\$ 600,00 reais (p<0,001) mostraram-se correlacionados com uso de PIC na análise bivariada.

13.2 Apêndice 2. Bloco D: Questionário Idosos

BLOCO D: IDOSOS			
Número do setor: __			dset __
Número do domicílio: ___			dnum ___
Número do entrevistado: ___			dnume ___
Número do questionário: _____			dnuq _____
01) Data da entrevista: __/__/_____			ddat __/__/_____
02) Entrevistadora: _____			dent __
03) QUEM ESTÁ RESPONDENDO AO QUESTIONÁRIO?	(1) IDOSO(A) → 05	(2) CUIDADOR(A)	dques _
NOME DO CUIDADOR: _____			
04) SE CUIDADOR: Qual a sua relação com o(a) <IDOSO(A)>?			drela _
(1) Esposo(a) ou companheiro(a)	(2) Filho(a)	(3) Irmão(ã)	(4) Vizinho(a)
(5) Pessoa contratada	(6) Outro _____	(8) NSA	
A PARTIR DA QUESTÃO 05, TODAS AS PERGUNTAS SE REFEREM AO IDOSO (NÃO SE REFEREM AO CUIDADOR)			
05) Qual o seu nome? (<i>Nome do idoso</i>)			dnome
06) Quantos anos o(a) Sr(a). tem? ___ Anos completos (999) IGN			didade ___
07) SEXO	(1) MASCULINO	(2) FEMININO	
08) Qual a cor da sua pele?			dcorpel _
(1) Branca	(2) Preta	(3) Parda	(4) Amarela (5) Outra
09) Até que série/ano o(a) Sr(a). completou na escola? __ série do ___ grau		(99) IGN	desc __
10) O(a) Sr(a). é:			dsico _

(1) Solteiro(a)		(2) Casado(a) ou com companheiro(a)			
(3) Separado(a) ou divorciado(a)		(4) Viúvo(a)			
O(A) Sr(a). vive...					
11) Sozinho(a)?		(0) Não	(1) Sim	dviveso _	
12) Com cônjuge ou com companheiro(a)?		(0) Não	(1) Sim	dviveco _	
13) Com filho(s)?		(0) Não	(1) Sim	dvivefi _	
14) Com pai e/ou mãe?		(0) Não	(1) Sim	dvivepai _	
15) Com outra pessoa?		(0) Não	() Sim, quem? _____	dviveout _	
16) O(a) Sr(a). tem alguma religião?		(0) Não → 18	(1) Sim	(9) IGN	drelig _
17) SE SIM: Qual?	(01) Católica	(02) Evangélica	(03) Espírita	dreligqual __	
(04) Candomblé	(05) Umbanda	(06) Adventista	(07) Luterana		
(08) Testemunha de Jeová	(09) Mórmon	(88) NSA	(99) IGN		
INSTRUÇÃO 01: Agora vamos falar sobre trabalho					
18) O(A) Sr(a). está trabalhando?				dtrab _	
(0) Não		(1) Sim → 20	(9) IGN		
19) SE NÃO: Por que não está trabalhando?				dtrabnao _	
(1) Desempregado(a)	(2) Aposentado(a)	(3) Encostado(a)			
(4) Pensionista	() Outro: _____	(8) NSA	(9) IGN		
APÓS RESPONDER A QUESTÃO 19, PULE PARA A INSTRUÇÃO 03.					
20) SE ESTÁ TRABALHANDO: Qual tipo de trabalho o(a) Sr(a). faz? (Anotar onde e o que faz): _____ _____				docup _	

21) SE ESTÁ TRABALHANDO: O(a) Sr(a). trabalha com carteira assinada?	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	dcarteira _
INSTRUÇÃO 02: Agora vamos falar sobre atividades físicas apenas no seu trabalho					
No seu trabalho, desde <DIA> da semana passada para cá o(a) Sr(a)....					
22) Caminhou pelo menos meia hora por dia?					dtracam _
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN		
23) Carregou pesos leves pelo menos meia hora por dia?					dtrapele _
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN		
24) Carregou objetos pesados pelo menos meia hora por dia?					dtrapepe _
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN		
25) Trabalhou com enxada e outras ferramentas nas lidas do campo pelo menos meia hora por dia?					dtraferr _
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN		
INSTRUÇÃO 03: Agora vamos falar sobre atividades físicas para ir de um lugar a outro					
26) Desde <DIA> da semana passada para cá, o(a) Sr(a). caminhou pelo menos meia hora por dia para ir de um lugar para outro?					dluca _
(0) Não	(1) Sim	(9) IGN			
27) Desde <DIA> da semana passada para cá, o(a) Sr(a). andou de bicicleta pelo menos meia hora por dia para ir de um lugar para outro?					dlubici _
(0) Não	(1) Sim	(9) IGN			
INSTRUÇÃO 04: Agora vamos falar sobre atividades físicas no seu tempo livre					
28) Desde <DIA> da semana passada para cá, o(a) Sr(a). andou pelo menos meia hora por dia no seu tempo livre?					dlivcam _
(0) Não	(1) Sim	(9) IGN			
29) Desde <DIA> da semana passada para cá, o(a) Sr(a). andou de bicicleta, tomou banho de rio ou praticou esportes pelo menos meia hora por dia no seu tempo livre?					ddivbici _
(0) Não	(1) Sim	(9) IGN			
INSTRUÇÃO 05: Agora vou perguntar sobre as atividades que o(a) Sr(a). fez na última semana enquanto estava					

<p>sentado ou deitado, sem contar o tempo que passou na cama. Hoje é <DIA>, quero que o(a) Sr(a). pense nessas atividades considerando desde <DIA> da semana passada até ontem. Para cada uma das atividades, considere apenas aquelas que sejam as principais, ou seja, se o(a) Sr(a). estava vendo televisão e comendo, considere apenas uma das duas.</p>	
<p>30) Desde <DIA> da semana passada para cá, quanto tempo no total o(a) Sr(a). passou sentado(a) ou deitado(a) e assistiu televisão ou vídeos/DVDs? __ __ Hora(s) __ __ Minuto(s) (99) IGN</p>	<p>oltvh __ oltvm __</p>
<p>31) Desde <DIA> da semana passada para cá, quanto tempo no total o(a) Sr(a). passou sentado(a) ou deitado(a) e usou computador/internet? __ __ Hora(s) __ __ Minuto(s) (99) IGN</p>	<p>olpch __ olpcm __</p>
<p>32) Desde <DIA> da semana passada para cá, quanto tempo no total o(a) Sr(a). passou sentado(a) ou deitado(a) e leu? __ __ Hora(s) __ __ Minuto(s) (99) IGN</p>	<p>ollerh __ ollerm __</p>
<p>33) Desde <DIA> da semana passada para cá, quanto tempo no total o(a) Sr(a). passou sentado(a) ou deitado(a) e socializou com amigos ou família? __ __ Hora(s) __ __ Minuto(s) (99) IGN</p>	<p>olsoch __ olsocm __</p>
<p>34) Desde <DIA> da semana passada, quanto tempo no total o(a) Sr(a). passou sentado(a) ou deitado(a) e dirigiu ou andou de carro/moto/transporte público ou outro? __ __ Hora(s) __ __ Minuto(s) (99) IGN</p>	<p>oldesh __ oldesm __</p>
<p>35) Desde <DIA> da semana passada para cá, quanto tempo no total o(a) Sr(a). passou sentado(a) ou deitado(a) e praticou algum hobby? Ex: palavras cruzadas... __ __ Hora(s) __ __ Minuto(s) (99) IGN</p>	<p>olhobh __ olhobm __</p>
<p>36) Desde <DIA> da semana passada para cá, quanto tempo no total o(a) Sr(a). passou sentado(a) ou deitado(a) e trabalhou? __ __ Hora(s) __ __ Minuto(s) (99) IGN</p>	<p>oltrabh __ oltrabm __</p>
<p>37) Desde <DIA> da semana passada para cá, quanto tempo no total o(a) Sr(a). passou sentado(a) ou deitado(a) e fez outras atividades? __ __ Hora(s) __ __ Minuto(s) (99) IGN</p>	<p>oloutrosh __ oloutrsm __</p>
<p>INSTRUÇÃO 06: Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre o hábito de fumar. Fumante é a pessoa que fuma um ou mais cigarros por dia há mais de 1 mês. Ex-fumante é a pessoa que parou de fumar há mais de 1 mês.</p>	

38) O(a) Sr(a). fuma ou já fumou?					dfuma _
(0) Não, nunca fumou → 44	(1) Já fumou, mas parou	(2) Sim, fuma	(9) IGN		
39) No último mês o Sr(a). fumou pelo menos um cigarro por dia?	(0) Não → 42	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	dfumames _
40) SE FUMA: Há quanto tempo o(a) Sr(a). fuma? __ __ Ano(s) __ __ Mês(es) (88) NSA (99) IGN					dfumatea __ dfumatem __
41) SE FUMA: Quantos cigarros o(a) Sr(a). fuma por dia? __ __ __ cigarros (888) NSA (999) IGN					dfumaqua __ __
APÓS RESPONDER A QUESTÃO 41, PULE PARA A INSTRUÇÃO 07.					
42) SE FUMOU: Por quanto tempo o(a) Sr(a). fumou? __ __ Ano(s) __ __ Mês(es) (88) NSA (99) IGN					dfumoutea __ dfumoutem __
43) Há quanto tempo parou de fumar? __ __ Ano(s) __ __ Mês(es) (88) NSA (99) IGN					dfumoupaa __ dfumoupam __
INSTRUÇÃO 07: Agora vamos conversar sobre bebidas alcoólicas.					
44) Desde <DIA> da semana passada para cá, o(a) Sr(a). tomou cerveja, vinho, cachaça, uísque, licores, ou qualquer outra bebida com álcool?					balco _
(0) Não → INSTRUÇÃO 09	(1) Sim	(9) IGN			
45) Desde <DIA> da semana passada para cá, em quantos dias, aproximadamente, o(a) Sr(a). tomou bebidas alcoólicas?					balcdsem _
_ Dias por semana	(8) NSA	(9) IGN			
INSTRUÇÃO 08: Considere uma dose conforme esta figura (MOSTRAR FIGURA)					
46) Nos dias em que o(a) Sr(a). bebeu, quantas doses, em média, o(a) Sr(a). tomou?					balcqtd __
_ Doses por semana	(88) NSA	(99) IGN			
INSTRUÇÃO 09: Agora vamos conversar um pouco sobre sua alimentação.					
47) Quantas refeições o(a) Sr.(a) faz por dia? __ __ Refeições (99) IGN					varefdia __
48) O(A) Sr(a). consome leite, queijo, iogurte, bebida láctea ou leite fermentado pelo menos					vaconleite _

uma vez por dia?						
(0) Não		(1) Sim		(9) IGN		
49) O(A) Sr(a). come ovos, feijão, lentilhas ou soja, pelo menos uma vez por semana?						vaconfe _
(0) Não		(1) Sim		(9) IGN		
50) O(A) Sr(a). come carne, peixe, frango ou porco pelo menos três vezes por semana?						vaconcarne _
(0) Não		(1) Sim		(9) IGN		
51) O(A) Sr(a). come frutas, verduras ou legumes pelo menos duas vezes por dia?						vaconfru _
(0) Não		(1) Sim		(9) IGN		
52) Quantos copos ou xícaras de líquidos o(a) Sr(a). consome diariamente? (incluindo água, café, chá, suco e chimarrão.) ___ Copos (99) IGN						vaconagua _ _
53) Sem contar na salada, o(a) Sr(a). costuma colocar sal na comida pronta no seu prato?						vaadsal _
(0) Não		(1) Sim		(9) IGN		
54) O(A) Sr(a). costuma fazer as refeições assistindo televisão?						vareftv _
(0) Não		(1) Sim		(9) IGN		
55) O(A) Sr(a). costuma tomar café da manhã, almoçar ou jantar com as pessoas que moram com você?						varefmo _
(0) Não		(1) Sim		(9) IGN		
56) Em qual local da casa o(a) Sr(a). geralmente realiza as suas refeições? <i>(Marque apenas uma opção)</i>						vareflo _
(1) Cozinha		(2) Varanda ou Sala de Jantar		(3) Sala		
(4) Quarto		(5) Outros		(6) Não faço refeição em casa		
(9) IGN						
INSTRUÇÃO 10: Agora falaremos sobre a sua saúde						
57) Considerando outras pessoas com a mesma idade que o(a) Sr(a)., como considera sua saúde?						dsaude _
(1) Muito boa		(2) Boa		(3) Regular		
(4) Ruim		(5) Muito ruim		(9) IGN		
O(A) Sr(a). usa algum destes equipamentos ou acessórios no seu dia-a-dia?						

58) Bengala	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dbengala _
59) Andador	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dandador _
60) Cadeira de rodas	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	drodas _
61) Aparelho auditivo (no ouvido)	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dauditivo _
62) Dentadura em cima	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	ddentsup _
63) Dentadura em baixo	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	ddentinf _
64) Prótese de quadril	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dfemur _
65) Colchão de espuma com pontinhas (piramidal)	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dcolchao _
66) Almofada de ar para cadeira ou cama	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dalmofa _
67) Algum médico disse que o(a) Sr(a). tem pressão alta?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	aphas _
68) Algum médico disse que o(a) Sr(a). tem diabetes ou açúcar alto no sangue?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	ddiabe _
69) Algum médico disse que o(a) Sr(a). tem problema pulmonar (bronquite, enfisema, DPOC, asma)?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dpulmao _
70) Algum médico disse que o(a) Sr(a). tem doença na coluna?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dcoluna _
71) Algum médico disse que o(a) Sr(a). tem reumatismo, artrite ou artrose?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dartrose _
72) Algum médico disse que o(a) Sr(a). tem osteoporose (fraqueza nos ossos)?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dosteopo _
73) Algum médico disse que o(a) Sr(a). tem problema nos rins?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	drins _
74) O(A) Sr(a). está fazendo hemodiálise?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dhemodi _
75) Alguma vez algum médico lhe disse que o(a) Sr(a). estava com câncer?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dcancer _
76) Alguma vez na vida o(a) Sr(a). teve que amputar alguma parte do seu corpo?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	damputa _

77) Em algum momento de sua vida, algum médico ou psicólogo já lhe disse que o(a) Sr(a). tinha depressão?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	mcdeprevida_
78) Desde <MÊS> do ano passado para cá, algum médico ou psicólogo disse que o(a) Sr(a). tem depressão?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	mcdepreano_
79) O(A) Sr.(a) já tomou vacina contra a gripe?	(00) Não → 81	() Sim, quantas vezes? ____ vezes	(99) IGN	dgripe_
80) SE SIM: O(A) Sr(a). tomou alguma dose desta vacina desde <MÊS> do ano passado pra cá?				dvacinames_
(0) Não, não tomou	(1) Sim, tomou	(8) NSA	(9) IGN	
81) SE NÃO: Por que não tomou?				dvacinanao_
(1) Não sabia que podia/precisava tomar	(2) Não tinha vacina/estava em falta			
(3) Ficou com medo de adoecer	(8) NSA	(9) IGN		
SE O IDOSO FOR DO SEXO MASCULINO, PULE PARA A INSTRUÇÃO 11.				
82) ATENÇÃO: SE MULHER: Quantos filhos a Sra. já teve? __ Filhos	(00) Nenhum → 84	(88) NSA		adfls__
83) SE TEVE FILHO(S): Quantos filhos a Sra. teve de parto normal/vaginal? __ Filhos	(00) Nenhum	(88) NSA	(99) IGN	adflsv__
84) Algum médico disse que o(a) Sr.(a) teve derrame ou AVC?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	davc_
INSTRUÇÃO 11: Agora vamos conversar sobre seu hábito para urinar				
85) O(a) Sr(a). se urina sem querer?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	adperde_
86) O(a) Sr(a). se urina sem querer quando tosse, ri, espirra ou faz algum esforço?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	adesforc_
87) O(a) Sr(a). se urina sem querer por não conseguir chegar a tempo no banheiro?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	adurg_

96) O(a) Sr(a). acha que urinar sem querer é normal para o idoso?				adnouri _	
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN		
INSTRUÇÃO 12: Agora vamos conversar sobre seu sono					
97) O(a) Sr(a). ronca?		(0) Não → 101	(1) Sim	(9) IGN	apronca _
98) SE SIM: Desde <DIA> da semana passada para cá, com que frequência o(a) Sr(a). roncou? __ __ dia(s) (88) NSA (99) IGN				apfronco _	
99) Seu ronco é...				aptronco _	
(1) Um pouco mais alto que a sua respiração	(2) Tão alto quanto a fala	(3) Mais alto que a fala			
(4) Muito alto	(8) NSA	(9) IGN			
100) Seu ronco incomoda outras pessoas?				apincoronco _	
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN		
101) Alguém já notou que o(a) Sr(a). para de respirar durante o sono?				appararesp _	
(0) Não → 103		(1) Sim	(9) IGN		
102) SE SIM: Desde <DIA> da semana passada para cá, com que frequência o(a) Sr(a). para de respirar durante o sono? __ __ dia(s) (88) NSA (99) IGN					
103) O(a) Sr(a). acorda cansado(a)?				apacans _	
(0) Não → 105		(1) Sim	(9) IGN		
104) SE SIM: Desde <DIA> da semana passada para cá, com que frequência o(a) Sr(a). acordou cansado? __ __ dia(s) (88) NSA (99) IGN					
105) O(a) Sr(a). fica cansado(a) no seu tempo desperto(a)?				apdcans _	
(0) Não → 107		(1) Sim	(9) IGN		
106) SE SIM: Desde <DIA> da semana passada para cá, com que frequência o(a) Sr(a). ficou cansado(a) no seu tempo desperto(a)? __ __ dia(s) (88) NSA (99) IGN					
107) O(a) Sr(a). já cochilou ou dormiu enquanto dirigia?				apdirigir _	
(0) Não → INSTRUÇÃO 13	(1) Sim	(8) Não dirige → INSTRUÇÃO 13	(9) IGN		

108) SE SIM: Desde <DIA> da semana passada para cá, com que frequência isso aconteceu com o(a) Sr.(a) ? ___ dia(s) (88) NSA (99) IGN					apfqdirig_
INSTRUÇÃO 13: Agora vamos falar sobre quedas					
109) O(A) Sr(a). caiu alguma vez desde <MÊS> do ano passado para cá?					dcaiu __
(00) Não	() Sim, quantas vezes? __	(99) IGN			
110) Desde <MÊS> do ano passado para cá, o(a) Sr(a). quebrou ou fraturou algum osso?					dquebrou __
(00) Não → INSTRUÇÃO 14	() Sim, quantas vezes? __	(99) IGN			
111) O que o(a) Sr(a). quebrou? <i>(Não leia as alternativas)</i>					
Pé	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	dquepe _
Tornozelo	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	dquetor _
Perna	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	dqueper _
Joelho	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	dquejoe _
Fêmur ou quadril	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	dquefemu _
Dedos da mão	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	dquededo _
Pulso	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	dquepulso _
Antebraço	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	dqueante _
Braço	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	dquebraco _
Clavícula	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	dquecla _
Escápula	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	dquesca _
Cadeiras	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	dquecade _
Costela	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	dquecost _
Vértebra	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	dquevert _
Esta fratura ocorreu quando o(a) Sr(a). estava:					
112) Trabalhando?	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	dquetrab _
113) No seu tempo livre fora de casa?	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	dqueliv _
114) Em casa?	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	dquecasa _

115) No trânsito?	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	dquetran _
INSTRUÇÃO 14: Agora vamos conversar sobre a procura por benzedeira, benzedeiro, curandeiro ou rezadeira					
116) Aguma vez na vida o(a) Sr(a). procurou por benzedeira, benzedeiro curandeiro ou rezadeira para tratar de um problema de saúde?					sjbnzvda_
(0) Não → 125	(1) Sim	(9) IGN			
117) Quando foi a última vez que o (a) Sr(a). procurou por uma benzedeira/curandeiro? __ __ Mês(es) __ __ Ano(s) (88) NSA (99) IGN					sjbnzano__ sjbnzmes__
118) Nesta última vez que o(a) Sr(a). procurou uma benzedeira/curandeiro, quais eram os seus problemas de saúde? _____ _____ (8) NSA (9) IGN					sjmot_
119) Por que o(a) Sr(a). procurou a benzedeira ou curandeiro para resolver esse problema de saúde? _____ (8) NSA (9) IGN					sjbnzpq_
120) A benzedeira ou curandeiro falou que o(a) Sr(a). precisava procurar um médico ou algum profissional da saúde para tratar desse(s) problema(s) de saúde?					sjbnzind _
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN		
121) O(a) Sr(a). também procurou um profissional de saúde (médico, enfermeiro, dentista, outro profissional) para tratar este(s) problema(s) de saúde?					sjbnzmed _
(0) Não	(1) Sim → 123	(8) NSA	(9) IGN		
122) SE NÃO: Por que o(a) Sr(a). não procurou um profissional da saúde para resolver este(s) problema(s)? _____ _____ (8) NSA (9) IGN					sjbnznao_
123) O(a) Sr(a). ficou satisfeito com o resultado do tratamento para <PROBLEMA(S) DE					sjbnzsati_

SAÚDE> feito pela benzedeira ou curandeiro?				
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	
124) Nesta última vez, a benzedeira ou curandeiro cobrou algum valor em dinheiro pelo serviço?				sjbnzpag_
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	
125) O(a) Sr(a). já procurou a benzedeira ou curandeiro por outro motivo que não fosse problema de saúde?				sjbnzout_
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	
126) Alguma vez na vida o(a) Sr(a). procurou padre, pastor, cirurgiões espirituais, cultos de cura da igreja, centros de umbanda (bатуque) ou candomblé para tratar algum problema de saúde?				sjbnzfe_
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	
INSTRUÇÃO 15: Agora vamos conversar sobre procurar atendimento de saúde				
127) Quando o(a) Sr(a). precisa de um atendimento de saúde, qual é o primeiro serviço em que o(a) Sr(a). vai? <i>(Marque apenas uma opção)</i>				lfserref_
(1) UBSF/ Posto de saúde de referência (mais próximo do domicílio)	(2) Outra UBS/UBSF/Posto de Saúde	(3) Consultório médico (particular)		
(4) Consultório médico (convênio/plano de saúde)	(5) Unidade de atendimento 24 horas na área rural	(6) Pronto Socorro (área urbana)		
(7) Hospital	() Outro _____	(9) IGN		
128) Por que o(a) Sr(a). escolheu esse serviço? <i>(Marque mais de uma alternativa se necessário)</i>				
É o serviço mais próximo da minha casa	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	lfescmot1_
É o serviço/profissional de saúde que eu geralmente vou quando preciso	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	lfescmot2_
É mais fácil de conseguir o atendimento	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	lfescmot3_
Fica aberto no horário que posso ir	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	lfescmot4_

Gosto do atendimento		(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	lfescmot5_
Outro motivo	(0) Não	() Sim,	qual?	(9) IGN	lfescmoto_
129) Por quais motivos o (a) Sr. (a) já procurou o <NOME DO SERVIÇO>? _____					lfrefmot _
_____ (9) IGN					
130) Desde <MÊS> do ano passado para cá, o(a) Sr(a). esteve doente?					lfdoe12_
(0) Não		(1) Sim	(9) IGN		
131) Desde <MÊS> do ano passado para cá, o(a) Sr(a). buscou atendimento no Posto de Saúde mais próximo à sua residência?					lfbusubs12 _
(0) Não → 139		(1) Sim	(9) IGN		
132) SE SIM: Quantas vezes? ___ ___ ___ vezes (888) NSA (999) IGN					lfbusubs12qt __ _
133) Desde <DIA DE TRÊS MESES ATRÁS>, o(a) Sr(a). foi ao Posto de Saúde mais próximo à sua residência?					lfbusubs3_
(0) Não		(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	
134) Por quais motivos o(a) Sr(a). já procurou o Posto de Saúde mais próximo à sua residência? _____ _____					lfubsmot _
_____ (8) NSA (9) IGN					
135) Como o(a) Sr(a). classifica o atendimento nesse Posto de Saúde?					lfubssat _
(1) Muito ruim		(2) Ruim	(3) Regular		
(4) Bom		(5) Muito bom	(8) NSA	(9) IGN	
136) Da última vez que o(a) Sr(a). buscou o Posto de Saúde mais próximo à sua residência, o(a) Sr(a). conseguiu o atendimento que estava procurando?					lfubsaten _
(0) Não → 138		(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	
137) O(a) Sr(a). já encontrou alguma dificuldade para ir nesse serviço ou para conseguir o atendimento que procurava?					lfubsdif _

(0) Não → INSTRUÇÃO 16	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	
138) Quais dificuldades o(a) Sr(a). encontrou para ir nesse serviço ou para conseguir o atendimento que procurava?				lfdifate _

_____ (8) NSA (9) IGN				
APÓS RESPONDER A QUESTÃO 138, PULE PARA A INSTRUÇÃO 16.				
139) Que motivos o(a) levaram a não buscar atendimento no Posto de saúde?				lfmotate _
_____ (8)				
NSA (9) IGN				
INSTRUÇÃO 16: Agora vamos conversar sobre seus dentes				
140) Alguma vez na vida o(a) Sr(a). consultou com dentista?				fsdente _
(0) Não → 147	(1) Sim	(9) IGN		
141) SE SIM: Desde <MÊS> do ano passado para cá, o(a) Sr(a). consultou com dentista?				fsdentemes __
(00) Não	() Sim Quantas vezes? __	(77) Muitas vezes, não sabe quantas	(88) NSA	(99) Não sabe se consultou
142) SE SIM: Desde <DIA DE DOIS MESES ATRÁS> o(a) Sr(a). consultou com dentista?				fspop __
(00) Não	() Sim Quantas vezes? __	(77) Muitas vezes, não sabe quantas	(88) NSA	(99) Não sabe se consultou
143) Onde foi que o(a) Sr(a). consultou na última vez?				fstipse _
(1) Posto de saúde público		(2) Serviço Público, mas não do posto de saúde		
(3) Convênio		(4) Serviço Privado		
(8) NSA		(9) IGN		
144) O (a) Sr(a). tem algum tipo de plano de saúde que cubra consultas com um dentista?				fspladent _
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	

145) Qual foi a razão que levou o(a) Sr(a). a utilizar o dentista na última consulta?					fsrazao _
(1) Consulta de urgência		(2) Tratamento convencional			
(3) Revisão		(8) NSA		(9) IGN	
146) O(a) Sr(a). tem algum problema na boca que interfere com comer, dormir ou atividades sociais?					fsprob _
(0) Não		(1) Sim		(8) NSA	(9) IGN
147) Quantos dentes naturais o(a) Sr(a). tem na parte de cima da sua boca? Por favor, se necessário, conte com a sua língua ou dedo. Considere como dentes naturais também dentes que tenham raízes dentro do osso e que possuam pinos, obturações, coroas, “pivôs”, blocos de metal. __ dentes (99) IGN					fsdesu __
148) Quantos dentes naturais o(a) Sr(a). tem na parte de baixo da sua boca? Por favor, se necessário, conte com a sua língua ou dedo. Considere como dentes naturais também dentes que tenham raízes dentro do osso e que possuam pinos, obturações, coroas, “pivôs”, blocos de metal. __ dentes (99) IGN					fsdein __
149) O(a) Sr(a). usa algum tipo de prótese dentária? (“dentadura”, “ponte”, “pivô”, implante).					fsprot _
(0) Não		(1) Sim		(9) IGN	
150) O(a) Sr(a). acha que necessita usar algum tipo de prótese dentária?					fstipro _
(0) Não		(1) Sim		(9) IGN	
151) Como o(a) Sr(a). avalia a sua saúde bucal?					fssabu _
(1) Muito ruim	(2) Ruim	(3) Regular	(4) Boa	(5) Muito boa	(9) IGN
INSTRUÇÃO 17: Agora vamos falar sobre remédios					
152) O(a) Sr(a). precisa tomar algum remédio de uso contínuo? Considere remédio de uso contínuo aquele que o(a) Sr(a). usa regularmente sem data para parar.					dprecreme _
(0) Não		(1) Sim		(9) IGN	

153) Desde <DIA DE DUAS SEMANAS ATRÁS> o(a) Sr(a). usou algum remédio?					dremedio _	
(0) Não → INSTRUÇÃO 18		(1) Sim	(9) IGN			
154) O(A) Sr(a). poderia trazer as caixas ou receitas de todos os remédios que tomou nos últimos 14 dias, desde <DIA DE DUAS SEMANAS ATRÁS>?						
Medicamento1 _____				(8) NSA (9) IGN	dmed1_	
Medicamento 2 _____				(8) NSA (9) IGN	dmed2_	
Medicamento 3 _____				(8) NSA (9) IGN	dmed3_	
Medicamento 4 _____				(8) NSA (9) IGN	dmed4_	
Medicamento 5 _____				(8) NSA (9) IGN	dmed5_	
Medicamento 6 _____				(8) NSA (9) IGN	dmed6_	
Medicamento 7 _____				(8) NSA (9) IGN	dmed7_	
Medicamento 8 _____				(8) NSA (9) IGN	dmed8_	
Medicamento 9 _____				(8) NSA (9) IGN	dmed9_	
Medicamento 10 _____				(8) NSA (9) IGN	dmed10 _	
O(A) Sr(a). conseguiu estes remédios pelo(a)...						
155) Farmácia Popular?		(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	dfarpop _
156) Posto de Saúde/Unidade de Saúde?		(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	dpsubs _
157) Farmácia Municipal?		(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	dfarmun _
158) Comprou?		(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	dcomprou _
159) Amostra grátis?		(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	damostra _
160) Outro		(0) Não	() Qual _____	(8) NSA	(9) IGN	doutrom _
161) SE COMPROU PELO MENOS UM REMÉDIO: Quanto o(a) Sr(a). gastou com medicação desde <DIA DO MÊS PASSADO>? R\$: _____, ____ (888888) NSA (999999) IGN					dgastomed _	
162) Desde <DIA DO MÊS PASSADO PARA CÁ>, teve algum remédio que o(a) Sr(a). precisou					dprecremed _	

tomar e não conseguiu?				
(0) Não → INSTRUÇÃO 18	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	
163) SE SIM: Por qual motivo?				dremedmot _

_ (8) NSA (9) IGN				
INSTRUÇÃO 18: A seguir vou lhe fazer perguntas sobre seu dia a dia				
164) Quando o(a) Sr(a). vai tomar seu banho:				dtbanho _
(0) Recebe ajuda no banho em mais de uma parte do corpo				
(1) Recebe ajuda no banho apenas para uma parte do corpo (costas ou pernas, por exemplo)				
(2) Não recebe ajuda (entra e sai do banheiro sozinho)				
165) Quando o(a) Sr(a). vai se vestir:				dveste _
(0) Recebe ajuda para pegar as roupas ou para vestir-se (ou permanece parcial ou totalmente despido)				
(1) Pega as roupas e se veste sem ajuda (exceto para amarrar os sapatos)				
(2) Não recebe ajuda				
166) Quando o(a) Sr(a). precisa usar o banheiro para suas necessidades:				dbanhei _
(0) Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar				
(1) Recebe ajuda para ir ao banheiro				
(2) Não recebe ajuda				
167) Para passar da cama para uma cadeira, o(a) Sr(a).:				dcadei _
(0) Não sai da cama				
(1) Recebe ajuda				
(2) Não recebe ajuda				
168) O(a) Sr(a).:				dcurin _
(0) Não consegue controlar o xixi ou cocô e usa fralda ou sonda				

(1) Tem 'acidentes' ocasionais	
(2) Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar	
169) Para se alimentar (para comer):	dccome _
(0) Recebe ajuda para se alimentar ou é alimentado(a) por sonda	
(1) Alimenta-se sem ajuda, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão	
(2) Alimenta-se sem ajuda	
170) Para usar o telefone o(a) Sr(a).:	dtelefono _
(0) Não consegue usar sozinho(a)	
(1) Pode fazer com dificuldade	
(2) Não tem qualquer dificuldade	
171) Para ir a lugares distantes, usando ônibus ou táxi, o(a) Sr(a).:	dludist _
(0) Não consegue ir sozinho(a)	
(1) Recebe ajuda parcial	
(2) Não recebe ajuda	
172) Para fazer suas compras, o(a) Sr(a).:	dcompras _
(0) Não consegue fazer sozinho(a)	
(1) Recebe ajuda parcial	
(2) Não recebe ajuda	
173) Para preparar suas próprias refeições, o(a) Sr(a).:	dpreref _
(0) Não consegue preparar sozinho(a)	
(1) Recebe ajuda parcial	
(2) Não recebe ajuda	
174) Para arrumar sua casa, o(a) Sr(a).:	darcasa _
(0) Não consegue arrumar sozinho(a)	
(1) Recebe ajuda parcial	
(2) Não recebe ajuda	

175) Para lidar com objetos pequenos como, por exemplo, uma chave, ou fazer pequenos reparos ou trabalhos manuais domésticos o(a) Sr(a).:	dobpeq _
(0) Não consegue fazer sozinho(a)	
(1) Recebe ajuda parcial	
(2) Não recebe ajuda	
176) Para tomar seus remédios na dose e horários certos o(a) Sr(a).:	dremeho _
(0) Não consegue tomar sozinho(a)	
(1) Recebe ajuda parcial	
(2) Não recebe ajuda	
177) Para cuidar do seu dinheiro o(a) Sr(a).:	dcuidin _
(0) Não consegue cuidar sozinho(a)	
(1) Recebe ajuda parcial	
(2) Não recebe ajuda	
178) Para caminhar a distância de uma quadra, o(a) Sr(a).:	dcamqua _
(0) Não consegue andar sozinho(a)	
(1) Recebe ajuda parcial	
(2) Não recebe ajuda	
179) Para subir um lance de escada o(a) Sr(a).:	dsublan _
(0) Não consegue subir sozinho(a)	
(1) Recebe ajuda parcial	
(2) Não recebe ajuda	
INSTRUÇÃO 19: Agora vamos falar sobre como o senhor (a) tem se sentido nos últimos 14 dias, desde < DIA DE DUAS SEMANAS ATRÁS> até agora	
180) Desde <DIA DE DUAS SEMANAS ATRÁS> até agora, em quantos dias o(a) Sr(a). teve pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas?	mcpint_
(0) Nenhum dia	(1) Menos de uma semana

(2) Uma semana ou mais	(3) Quase todos os dias	
181) Desde <DIA DE DUAS SEMANAS ATRÁS> até agora, em quantos dias o(a) Sr(a). se sentiu para baixo, deprimido(a) ou sem perspectiva?		mcsdep_
(0) Nenhum dia	(1) Menos de uma semana	
(2) Uma semana ou mais	(3) Quase todos os dias	
182) Desde <DIA DE DUAS SEMANAS ATRÁS> até agora, em quantos dias o(a) Sr(a). teve dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo ou dormiu mais do que de costume?		mcpbsono_
(0) Nenhum dia	(1) Menos de uma semana	
(2) Uma semana ou mais	(3) Quase todos os dias	
183) Desde <DIA DE DUAS SEMANAS ATRÁS> até agora, em quantos dias o(a) Sr(a). se sentiu cansado(a) ou com pouca energia?		mcs cansa_
(0) Nenhum dia	(1) Menos de uma semana	
(2) Uma semana ou mais	(3) Quase todos os dias	
184) Desde <DIA DE DUAS SEMANAS ATRÁS> até agora, em quantos dias o(a) Sr(a). teve falta de apetite ou comeu demais?		mcpbapetit_
(0) Nenhum dia	(1) Menos de uma semana	
(2) Uma semana ou mais	(3) Quase todos os dias	
185) Desde <DIA DE DUAS SEMANAS ATRÁS> até agora, em quantos dias o(a) Sr(a). se sentiu mal consigo mesmo(a) ou achou que é um fracasso ou que decepcionou sua família ou a você mesmo(a)?		mcsfracas_
(0) Nenhum dia	(1) Menos de uma semana	
(2) Uma semana ou mais	(3) Quase todos os dias	
186) Desde <DIA DE DUAS SEMANAS ATRÁS> até agora, em quantos dias o(a) Sr(a). teve dificuldade para se concentrar nas coisas (como ler o jornal ou ver televisão)?		mcdfconc_
(0) Nenhum dia	(1) Menos de uma semana	

(2) Uma semana ou mais	(3) Quase todos os dias	
187) Desde <DIA DE DUAS SEMANAS ATRÁS> até agora, em quantos dias o(a) Sr(a). teve lentidão para se movimentar ou falar (a ponto das outras pessoas perceberem), ou ao contrário, esteve tão agitado(a) que você ficava andando de um lado para o outro mais do que de costume?		mcpbmov_
(0) Nenhum dia	(1) Menos de uma semana	
(2) Uma semana ou mais	(3) Quase todos os dias	
188) Desde <DIA DE DUAS SEMANAS ATRÁS> até agora, em quantos dias o(a) Sr(a). pensou em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a)?		mcpensuic_
(0) Nenhum dia	(1) Menos de uma semana	
(2) Uma semana ou mais	(3) Quase todos os dias	
189) Desde <DIA DE DUAS SEMANAS ATRÁS> até agora, os sintomas anteriores lhe causaram algum tipo de dificuldade para trabalhar ou estudar ou tomar conta das coisas em casa ou se relacionar com as pessoas?		mcdfrotin_
(0) Nenhuma dificuldade	(1) Pouca dificuldade	
(2) Muita dificuldade	(3) Extrema dificuldade	
INSTRUÇÃO 20: Agora vamos falar sobre lazer		
Desde <DIA DO MÊS PASSADO PARA CÁ>, o(a) Sr(a). ...		
190) Foi a missa ou culto na igreja?	(0) Não	(1) Sim (9) IGN
191) Participou de festa na comunidade?	(0) Não	(1) Sim (9) IGN
192) Participou de festa da família?	(0) Não	(1) Sim (9) IGN
193) Participou de algum baile?	(0) Não	(1) Sim (9) IGN
194) Viajou para outra cidade?	(0) Não	(1) Sim (9) IGN
195) Viajou de excursão?	(0) Não	(1) Sim (9) IGN
INSTRUÇÃO 21: Agora quero saber seu peso e altura		
196) Qual o seu peso? __ __, _ kg	(999) IGN	dpeso __ __, _

197) Qual sua altura? _ _ _ , _ cm	(999) IGN	dalt _ _ _ _
AGRADEÇA E ENCERRE O QUESTIONÁRIO		

13.3 Apêndice 3. Folder entregue aos participantes da pesquisa.

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS AD (ÁLCOOL E DROGAS)

RUA MARECHAL FLORIANO 493 – CENTRO/ (53) 3231-7375

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS CONVIVER RIO GRANDE

RUA PRESIDENTE VARGAS 688 – PARQUE/ (53) 9 8107-5867

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

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

CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO EM ASSISTÊNCIA SOCIAL (CREAS):

RUA CORONEL SAMPAIO, nº 113 – CENTRO/ (53) 3231-1940

DELEGACIA ESPECIALIZADA NO ATENDIMENTO À MULHER (DEAM)

Endereço: Marechal Floriano, nº 42. - CENTRO/ (53) 3231-4107

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS AD (ÁLCOOL E DROGAS)

RUA MARECHAL FLORIANO 493 – CENTRO / (53) 32317375

Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

Faculdade de Medicina

Programa de Pós Graduação em Saúde Pública (PPGSP)

Rua: General Osório, S/N. Fone (53) 3237
-4638/ 3237-4641

Rio Grande do Sul/ RS



Sala do Programa de Pós-
Graduação de Saúde Pública:
(53) 3237-4641



@saudedapopulacaoriograndina



ppg.saudepublica@furg.br

Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Rodrigo Dalke Meucci

E

studo Sobre a Saúde da População
Rural Rio-grandina

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

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

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

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

Desde já agradecemos sua participação!

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

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

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – TOROTAMA

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

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – QUINTINHA

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

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

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

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – BOLAXA

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

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – TAIM

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

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - POVO NOVO

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

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