UNICESUMAR – CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PROMOÇÃO DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO

ROSILENE APARECIDA DE OLIVEIRA

ALFABETIZAÇÃO EM SAÚDE DE MÃES DE CRIANÇAS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR ATENDIDAS PELA PASTORAL DA CRIANÇA: CONTRIBUIÇÃO PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE INFANTIL

MARINGÁ
2018

ROSILENE APARECIDA DE OLIVEIRA

ALFABETIZAÇÃO EM SAÚDE DE MÃES DE CRIANÇAS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR ATENDIDAS PELA PASTORAL DA CRIANÇA: CONTRIBUIÇÃO PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE INFANTIL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde no Centro Universitário de Maringá (UNICESUMAR), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde.

Linha de pesquisa: Educação e Tecnologia e Saúde na Promoção da Saúde

Orientador: Marcelo Picinin Bernuci
Coorientador: Tiago Franklin Rodrigues Lucena

MARINGÁ
2018

O48a Oliveira, Rosilene Aparecida de.
Alfabetização em saúde de mães de criança em idade pré-escolar atendidas pela Pastoral da Criança: contribuição para a promoção da saúde infantil / Rosilene Aparecida de Oliveira. Maringá-PR: UNICESUMAR, 2018.
120 f.; 30 cm.

Orientador: Marcelo Picinin Bernuci.
Coorientador: Tiago Franklin Rodrigues Lucena.
Dissertação (mestrado) – UNICESUMAR - Centro Universitário de Maringá, Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, 2018.

1. Promoção da saúde. 2. Empoderamento. 3. Saúde bucal infantil. 4. Serviços de saúde bucal. 5. Ensino em saúde. I. Título.

CDD - 614.1

Leila Nascimento – Bibliotecária – CRB 9/1722 Biblioteca Central UniCesumar

Ficha catalográfica elaborada de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

ROSILENE APARECIDA DE OLIVEIRA

ALFABETIZAÇÃO EM SAÚDE DE MÃES DE CRIANÇAS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR ATENDIDAS PELA PASTORAL DA CRIANÇA: CONTRIBUIÇÃO PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE INFANTIL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde no Centro Universitário de Maringá (UNICESUMAR), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde. Aprovado em: 16/08/2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Marcelo Picinin Bernuci
Centro Universitário de Maringá – UNICESUMAR
Presidente

Profª Drª Andrea Grano Marques
Centro Universitário de Maringá – UNICESUMAR
Membro Interno

Profª Drª Mitsue Fujimaki
Universidade Estadual de Maringá – UEM
Membro Titular Externo

MARINGÁ
2018

AGRADECIMENTOS

Primeiramente sou grata a Deus pela oportunidade de subir mais um degrau na minha vida acadêmica, pela fé inabalável de crer que tudo iria dar certo, mesmo nos momentos difíceis dessa jornada. Aos meus pais *In memoria,* por morrerem acreditando que eu seria capaz de realizar meus sonhos, pelos 23 anos de convivência, por seus ensinamentos árduo, com muita disciplina, mas que serviu para que eu pudesse ficar firme e forte sem suas presença física, e ao mesmo tempo tão presentes em minha vida em especial nesse momento. A família UniCesumar, especificamente a família Matos, na figura do Reitor Professor Wilson de Matos Silva, minha eterna gratidão pela oportunidade de ser uma Mestre hoje, gratidão esta que tenho comigo anteriormente ao presente momento, por sempre me apoiarem, terem acreditado em mim, agradeço ainda por terem me acolhido sendo então minha segunda família a qual entrei ainda adolescente, e pude escrever uma nova história de vida com a confiança em mim depositada, e desde então, tenho só a agradecer por todas as bênçãos que Deus tem concedido a mim.

Em especial grata ao meu orientador Dr. Marcelo Picinin Bernuci, por ter aceito esse desafio de entrar no meu mundo profissional tão especifico que é a odontologia, pela paciência, por ter estudado muitas e muitas vezes para saber coisas muito especificas desse universo, pelos seus ensinamentos e confiança em mim depositada durante esses 17 meses, e a todos os docentes do programa. Ao meu coorientador, Tiago Franklin Rodrigues Lucena, por todo apoio, confiança e seus ensinamentos. A mina banca de qualificação e defesa, a qual fizemos questão de permanecer os mesmos membros, muito obrigada professoras Andrea Grano e Mitsue Fujimaki, vossas contribuições foram de extrema importância nessa etapa, permanece-las nas duas bancas para mim foi questão de honra. A Arquidiocese de Maringá-Pr em específico a Pastoral da Criança da Paróquia Nossa Senhora das Graças de Sarandi, as lideres e as famílias dos bairros ao qual trabalhamos. Ao meu amigo pós doutorando do programa Lucas França Garcia, pela parceria e toda ajuda nesse caminho. A Instituição de Ensino Superior UniCesumar, minha casa, pelo apoio oferecido, a Secretaria do mestrado em Promoção da Saúde, em especial a Sueli, Rufine, Marcia Sbrana e Marcia Cristina. Aos colegas do Mestrado que tive a honra de conviver em especial Débora Valladares, Vera Kerber, Adriana Mendes, Henrique Nogaroto, Flavia Boregas, e Mateus Antunes levarei vocês no coração. As minhas amigas de profissão Danúbia Calgaro e Leandra Melo, da graduação para vida, em especial estiveram também nessa jornada. Meu muito obrigada!

Conheço as tuas obras; eis que diante de ti pus uma porta aberta, e ninguém a pode fechar; tendo pouca força, guardaste a minha palavra, e não negaste o meu nome. (Apocalipse 3:8)

RESUMO

Diante da relevância das ações intersetoriais dedicadas à atenção da saúde infantil e do significado do grau de letramento em saúde para análise dos comportamentos de cuidado com a saúde, objetivamos no presente estudo analisar a contribuição dos programas Rede Mãe Paranaense, PET-Odonto e Pastoral da Criança no grau de alfabetização em saúde e alfabetização em saúde bucal de mães de crianças com idade entre 0 a 6 anos. Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal realizado com 77 mães atendidas pela Pastoral da Criança da Arquidiocese de Maringá-PR, pertencentes a Paróquia Nossa Senhora das Graças do Município de Sarandi-PR. Os dados referentes a determinação do grau de alfabetização em saúde e saúde bucal foram obtidos por meio da aplicação dos instrumentos HLQ e BREALD-30, respectivamente. As mulheres que participaram do estudo possuem idade média de 29 anos; casadas (57,14%); trabalham (48,05%); com renda familiar entre 1 a 2 salários mínimos (64,94%) e não finalizaram o ensino médio (58,45%). 54% delas participaram do Programa Rede Mãe Paranaense e 43% do Programa PET-ODONTO. A média do grau de alfabetização em saúde foi de 23,88 pontos, correspondendo a uma ł alfabetização em saúde baixa. A média do grau de alfabetização em saúde bucal foi de 19,84 pontos, correspondendo a uma alfabetização em saúde oral alta. 47,06% e 60% das mães atendidas exclusivamente pelo Programa PET-ODONTO obtiveram graus de alfabetização em saúde e alfabetização em saúde bucal do tipo alto, respectivamente. 87% das participantes indicaram ausência de cartazes sobre saúde bucal nas unidades básicas de saúde que pertencem; 88,31% delas indicaram que as unidades básicas de saúde não realizam palestras sobre saúde bucal; 67,53% delas indicaram nunca ter recebido panfletos sobre prevenção de cárie na primeira infância. Quando indagadas quais seriam os meios de preferência para receberam informações sobre saúde bucal 32,47% optaram pelo profissional de saúde; 32,47% pelas redes sociais e 25,97% por palestras nas unidades básicas de saúde. Conclui-se que as ações de empoderamento sobre saúde bucal para mães de crianças em idade pré-escolar tem sido realizada fora das unidades básicas de saúde em especial por ações intersetoriais. O delineamento futuro de ações de promoção da saúde baseadas no empoderamento devem considerar tanto os profissionais de saúde quanto as redes sociais na veiculação de informações.

Palavras-Chave: Promoção da Saúde; Empoderamento; Saúde Bucal Infantil; Serviços de Saúde Bucal; Ensino em Saúde.

ABSTRACT

In view of the relevance of intersectoral actions dedicated to children's health care and the meaning of health literacy for health care behaviors, we aim in this study to analyze the contribution of the *Rede Mãe Paranaense*, *PET*-Odonto e *Pastoral da Criança* programs in the degree of health literacy and literacy in oral health of mothers of children aged 0 to 6 years. This is a cross-sectional descriptive study carried out with 77 mothers assisted by the *Pastoral da Criança* of the Archdiocese of Maringá-PR, belonging to the parish of Nossa Senhora das Graças in the municipality of Sarandi-PR. Data regarding the determination of literacy in health and oral health were obtained through the application of the HLQ and BREALD-30 instruments, respectively. The women who participated in the study had a mean age of 29 years; married (57.14%); they work (48.05%); with a family income between 1 and 2 minimum wages (64.94%) and did not finish the hich school (58.45%). 54% of them participated in the *Rede Mãe Paranaense* Program and 43% of the *PET-Saúde* Program. The average level of health literacy was 23.88 points, corresponding to low health literacy. The average literacy level in oral health was 19.84 points, corresponding to high oral health literacy. 47.06% and 60% of the mothers attended exclusively by the *PET-Saúde* Program obtained degrees of literacy in health and literacy in oral health of the high type, respectively. 87% of the participants indicated the absence of posters on oral health in the basic health units they belong to; 88.31% of them indicated that the basic health units do not hold lectures on oral health; 67.53% of them indicated they had never received pamphlets on caries prevention in early childhood. When asked which were the means of preference to receive information on oral health 32.47% opted for the health professional; 32.47% for social networks and 25.97% for lectures at basic health units. It is concluded that the actions of empowerment on oral health for mothers of pre-school children have been carried out outside the basic health units, especially by intersectoral actions. The future design of health promotion actions based on empowerment should consider both health professionals and social networks in the delivery of information.

Keywords: Health Promotion; Empowerment; Oral Health Care; Health Services; Health Education .

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Modelo teórico conceitual de Letramento em Saúde de Sorensen et al., 2012 (adaptado por Martins et al., 2015). 27
Quadro 2: Evolução cronológica dos marcos conceituais da Promoção da Saúde no Mundo (adaptado de Buss, 2000). 31
Quadro 3: Evolução cronológica dos marcos conceituais da Promoção da Saúde no Brasil (adaptado de Buss, 2000). 33

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Proporção de Urgências em relação ao Número de Pacientes Atendidos..... 45
Figura 2: Diagramas de dispersão entre as pontuações atribuídas pela pesquisadora e pelos outros dois avaliadores para o instrumento BREALD-30. 54
Figura 3: Distribuição de frequências das pontuações obtidas no instrumento de medida do grau de alfabetização em saúde (HLQ) pelas mães de crianças de 0 a 6 anos de idade atendidas pelo Programa Pastoral da Criança da Paróquia Nossa Senhora das Graças do Município de Sarandi-PR 60
Figura 4: Distribuição de frequências das pontuações obtidas no instrumento de medida do grau de alfabetização em saúde oral (BREALD-30) pelas mães de crianças de 0 a 6 anos de idade atendidas pelo Programa Pastoral da Criança da Paróquia Nossa Senhora das Graças do Município de Sarandi-PR 63
Figura 5: Correlação entre o grau de alfabetização em saúde (HLQ) e o grau de alfabetização em saúde oral (BREALD-30) das mães de crianças de 0 a 6 anos de idade atendidas pelo Programa Pastoral da Criança da Paróquia Nossa Senhora das Graças do Município de Sarandi-PR 65
Figura 6: Distribuição de frequências das pontuações obtidas no instrumento de medida do grau de alfabetização em saúde (HLQ) pelas mães assistidas pelo Programa PET-Saúde com ou sem assistência do Programa Mãe Paranaense 66
Figura 7: Distribuição de frequências das pontuações obtidas no instrumento de medida do grau de alfabetização em saúde bucal (BREALD-30) pelas mães assistidas pelo Programa PET-Saúde com ou sem assistência da Rede Mãe Paranaense 67
Figura 8: Distribuição de frequências das respostas sobre as vias pelas quais as mães gostariam de acessar informações sobre saúde bucal 69

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Relatório resumido trimestral serviços bucal na rede atenção básica – jul – ago/18 44
Tabela 2: Relatório por ubs resumido trimestral DE ATENDIMENTO EM NA REDE ATENÇÃO BÁSICA – JUL – AGO/18 45
Tabela 3: Relatório resumido trimestral atendimentos na rede atenção básica saúde bucal – jul – ago/18 46
Tabela 4: Relatório Agosto – 2018 Média de pacientes atendidos por turno e equipes de saúde bucal nas UBS – Resolução CFO-118/2012 – CEO ART.5º PARAG 1o E INC. VII - LEI 3999/61 – EM SEU ART. 8o, PARÁGRAFO 1o 46
Tabela 5: Relatório junho a agosto - 2018 –indicadores de saúde bucal por turno e equipe de saúde bucal – cd, tsb e asb nas ubs 47
Tabela 6: Relatório parcial quadrimestral agregado saúde bucal descentralizado 48
Tabela 7: Relatório por ubs daresolubilidade comparativo por profissional 48
Tabela 8: Mapa de consumo por grupos junho – agosto 2018 nas ubs descentralizadas 49
Tabela 9: Distribuição amostral das mães para cada comunidade e erro amostral 51
Tabela 10: Distribuição de frequências das características sociodemográficas das mães de crianças de 0 a 6 anos de idade atendidas pelo Programa Pastoral da Criança da Paróquia Nossa Senhora das Graças do Município de Sarandi-PR 58
Tabela 11: Distribuição de frequências das pontuações obtidas nas respostas aos itens do instrumento de medida do grau de alfabetização em saúde (HLQ) pelas mães de crianças de 0 a 6 anos de idade atendidas pelo Programa Pastoral da Criança da Paróquia Nossa Senhora das Graças do Município de Sarandi-PR 61
Tabela 12: Distribuição de frequências dos significados das pontuações obtidas nas respostas aos itens do instrumento de medida do grau de alfabetização em saúde (HLQ) pelas mães de crianças de 0 a 6 anos de idade atendidas pelo Programa Pastoral da Criança da Paróquia Nossa Senhora das Graças do Município de Sarandi-PR 62
Tabela 13: Distribuição de frequências dos acertos das pronuncias de cada uma das 30 palavras que compõe o instrumento BREALD-30 de mães de crianças de 0 a 6 anos de idade atendidas pelo Programa Pastoral da Criança da Paróquia Nossa Senhora das Graças do Município de Sarandi-PR 64
Tabela 14: Distribuição de frequências das respostas das vias pelas quais as mães acessam informações sobre saúde oral 68

LISTA DE ABREVIATURAS

BREALD-30	Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CHCS	Center for Health Care Strategies, literacia
CNBB	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
ESF	Estratégia Saúde da Família
FDI	Federação Dentária Internacional
HLQ	Health Literacy Quemelo
IADR	Associação Internacional para Pesquisa Odontológica
IES	Instituições de Educação Superior
LRPD	Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PBF	Programas como Bolsa Família
PC	Pastoral da Criança
PET	Programa de Educação Tutorial
PET-SAÚDE	Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde
PET-ODONTO/UEM	Programa de Educação Tutorial Universidade Estadual de Maringá
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
RMP	Rede Mãe Paranaense
RS	Regional de Saúde
SESA	Secretaria de Estado de Saúde do Paraná
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 14

2. OBJETIVO GERAL 17

2.1. Objetivos Especificos 17

3. REVISÃO DA LITERATURA 18

3.1. O Programa PET-Odontologia e PET-Saúde 18

3.3. O Programa Pastoral da Criança 21

3.4. O Programa Rede Mãe Paranaense 24

3.5. Educação em Saúde 25

3.6. Alfabetização em Saúde 26

3.7. Promoção da Saúde Bucal 29

3.8. Políticas Públicas de Saúde Bucal 35

3.9. Epidemiologia das doenças da cavidade bucal 36

3.10. Local do Estudo 38

3.11. Saúde bucal de Sarandi 39

3.12. Unidades de saúde descentralizadas Sarandi 40

3.13. Relatórios consolidados de indicadores de saúde bucal na rede descentralizada por ubs – junho - agosto/2018 43

4. METODOLOGIA 50

4.1. Delineamento experimental 50

4.2. Análise amostral 50

4.3. Aquisição e análise dos dados 52

4.3.1. Determinação das condições sociodemográficas 52

4.3.2. Determinação do grau de alfabetização em saúde 52

4.3.3. Determinação do grau de alfabetização em saúde bucal 53

4.3.4. Associação do grau de alfabetização em saúde com o de alfabetização em saúde bucal 55

4.3.6. Determinação das vias pelas quais as mães acessam informações sobre saúde bucal 56

4.3.7. Determinação das vias pelas quais as mães gostariam de acessar informações sobre saúde bucal. 56

5. RESULTADOS 57

5.1. Determinação das condições sociodemográficas 57

5.2. Determinação do grau de alfabetização em saúde 59

5.3. Determinação do grau de alfabetização em saúde bucal 62

5.4. Correlação entre o grau de alfabetização em saúde e o grau de alfabetização em saúde bucal 65

5.5. Contribuição dos Programas PET-ODONTO e Rede Mãe Paranaense no grau de literacia em saúde e alfabetização em saúde bucal 66

5.6. Determinação das vias pelas quais as mães acessam informações sobre saúde bucal 67

5.7. Determinação das vias pelas quais as mães gostariam de acessar informações sobre saúde bucal 69

6. DISCUSSÃO 70

7. CONCLUSÃO 74

REFERÊNCIAS 75

ANEXOS 86

APÊNDICES 98

1. INTRODUÇÃO

A pobreza é um dos principais determinantes sociais da saúde infantil e fortemente associada com a mortalidade de crianças com idade inferior a cinco anos (UNICEF, 2017). As ações globais envolvidas na redução da pobreza, como a implementação de programas sociais, têm contribuído para melhora das condições de saúde de crianças em vários países (PEGA et al., 2017), inclusive no Brasil (CRUZ et al., 2017). Programas como Bolsa Família (PBF) (BRASIL, 2004), Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde) (BRASIL, 2010), Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2011) e Rede Cegonha (BRASIL, 2011), PET-Saúde/Odonto/UEM instituídos pelo governo brasileiro, ou em parcerias com entidades associativas e representativas da sociedade, como a Pastoral da Criança (PC) (ARNS, 2000), têm auxiliado substancialmente na redução da desigualdade social e melhora da oferta de cuidados em saúde para esta população (MARQUES et al., 2012; FERREIRA et al., 2015; HONE et al., 2017; SILVA et al., 2018; LEAL et al., 2018). A notoriedade destas ações se registra especialmente pela contribuição na conquista, em 2013, de um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, referente a redução de dois terços na taxa de mortalidade de menores de 5 anos de idade (RASELLA et al., 2013).

Hodiernamente, a implementação de medidas de austeridade fiscal no Brasil em reposta à crise econômica atual, pode pôr em risco a continuidade dos programas sociais (OREIRO, 2017), dificultando a contemplação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) propostos pela Organização das Nações Unidas, em especial, do primeiro, que se refere a erradicação da pobreza (ONU, 2015). De fato, as consequências previstas para a consumação desta possibilidade apontam para morbidade e mortalidade infantil substancialmente maiores do que o esperado sob a manutenção da proteção social (RASELLA et al., 2018). Além disso, neste mesmo estudo, foi também previsto que essas reduções são capazes de afetar substancialmente o progresso do Brasil em direção ao terceiro e décimo ODS (melhorando a saúde e reduzindo as desigualdades, respectivamente). Este novo cenário, encoraja e desafia autoridades e órgãos públicos, bem como a comunidade científica, ao delineamento de estratégias direcionadas ao enfrentamento destas adversidades.

A mais de trinta anos atrás, a Carta de Ottawa definiu a promoção da saúde e delineou os princípios-chave para a ação global em saúde, incluindo a importância de defender, capacitar e mediar a igualdade na saúde (OMS, 1986). A defesa ressalta o direito humano à saúde e sugere ação política para apoiar sua realização (DIAS e GAMA, 2014). A capacitação fala sobre o foco da promoção da saúde no empoderamento de pessoas e comunidades para assumir o controle sobre sua saúde e aspirações (CHIAPPERINO e TENGLAND, 2015). A mediação chama a atenção para as parcerias intersetoriais críticas necessárias para abordar as desigualdades sociais e de saúde (MAGALHÃES, 2016). Subjacente a essa abordagem, as intervenções de promoção da saúde podem, portanto, assumir papel de destaque no enfrentamento dos problemas atuais, como a capacitação ou empoderando de pessoas e comunidades para atuarem na redução das desigualdades.

De fato, desde que a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou a Declaração Alma Ata (OMS, 1978), o conceito de empoderamento tornou-se um elemento central na teoria e na prática da promoção da saúde. Ser, portanto, "empoderado" significa ser detentor de uma maior capacidade de encontrar, compreender e usar informações de saúde para promover e manter uma boa saúde (TENGLAND, 2008; CHIAPPERINO e TENGLAND, 2015; TENGLAND, 2016). Esta notoriedade continua exaltada nas cartas recentes para Promoção da Saúde, Xangai e Curitiba, que se contextualiza na medida que o empoderamento propicia o desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas que direcionam ao fortalecimento da democracia, equidade e justiça.

À medida que o conceito de empoderamento se tornou mais proeminente nos programas de promoção da saúde, o interesse dos pesquisadores sobre como avaliar a eficiência das intervenções baseadas em empoderamento exigiu o desenvolvimento de instrumentos capazes de determinar o grau de empoderamento. Neste sentido, surge a literacia em saúde, que determina o quão habilitado está o sujeito a desempenhar ações de autogerenciamento consciente de sua saúde bem como quão capaz está de se envolver em ações coletivas de promoção da saúde (NUTBEAM, 2000; BAKER, 2006; SMITH ety al., 2013; AABAY et al., 2017). A potencialidade da utilização de instrumentos na medida de literacia em saúde, tanto geral quanto específica para diferentes áreas da saúde, já tem sido revisado em alguns estudos (CYRIL et al., 2015; LINDACHER et al., 2017). Recentemente, um instrumento de medida de literacia em saúde específico para pesquisas

em promoção da saúde foi traduzido e validado no Brasil (QUEMELO et al., 2017), sugerindo a preocupação atual dos pesquisadores brasileiros com a avaliação das intervenções de promoção da saúde baseadas no empoderamento.

As repercussões da literacia em saúde, são também evidentes na prática odontológica a partir da constatação do desenvolvimento de instrumentos de medida de literacia específico para a odontologia (DICKSON-SWIFT et al., 2014; NAGHIBI et al., 2014; VILLANUEVA et al., 2015; VILELLA et al., 2016) inclusive para população brasileira (JUNKES et al., 2015; BATISTA et al., 2017; CRUVINEL et al., 2017). Além disso, reconhece-se que o grau de literacia em saúde dos pais influencia o gerenciamento da saúde bucal dos filhos, com implicações futuras na qualidade de vida dos mesmos (KHODADADI et al., 2016; KHANI-VARZEGANI et al., 2017). Neste tocante, a mãe assume um papel de destaque, haja visto que seu comportamento de cuidado com a saúde bucal influencia diretamente os hábitos de cuidado de seus filhos (KAGHDOOST et al., 2017; PHILLIPS et al., 2017; MANCHANDA et al., 2014; MAKVANDI et al., 2015; WILSON et al., 2017; HEATON et al., 2017). Ciente da relevância da literacia em saúde no gerenciamento do cuidado com a saúde bucal, a OMS realizou em 2016 em Bangkok, na Tailândia, uma conferência para discutir medidas de controle das doenças da cavidade bucal, colocando em pauta a importância das ações de empoderamento materno para o controle da saúde bucal infantil (OMS, 2016).

Assumindo, portanto, o contexto no qual as ações governamentais e intersetoriais são relevantes para o empoderamento em saúde; a importância da figura materna no processo de empoderamento familiar; e a relevância da literacia em saúde bucal para manutenção da qualidade de vida da criança; propomos na presente dissertação de Mestrado determinar o grau de literacia em saúde de mães de crianças de idade pré-escolar atendidas pelo Programa da Pastoral da Criança. Analisamos também a contribuição dos Programas PET- Odonto/UEM e Rede Mãe Paranaense (RMP) no grau de alfabetização em saúde dessas mães bem como a percepção das mesmas sobre a forma pela qual as ações de empoderamento poderiam ser realizadas.

2. OBJETIVO GERAL

- Avaliar o grau de alfabetização em promoção da saúde e saúde bucal de mães de crianças em idade pré-escolar atendidas pela Pastoral da Criança, PET- Odonto/UEM e Rede Mãe Paranaense.

2.1. Objetivos Especificos

- Determinar as condições sociodemográficas das mães;
- Determinar o grau de alfabetização em saúde das mães;
- Determinar o grau de alfabetização em saúde bucal das mães;
- Associar o grau de alfabetização em saúde com o de literacia em saúde bucal;
- Analisar a contribuição dos programas PET- Odonto/UEM e Rede Mãe Paranaense no grau de alfabetização em saúde e literacia em saúde bucal;
- Determinar as vias pelas quais as mães acessam informações sobre saúde bucal;
- Determinar as vias pelas quais as mães gostariam de acessar informações sobre saúde bucal.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1. O Programa PET-Odontologia e PET-Saúde

O Programa de Educação Tutorial (PET) destina-se à formação dos alunos nos diversos cursos de graduação das Instituições de Ensino Superior em todo país, por meio da promoção de atividades relacionadas ao ensino, pesquisa e extensão. O PET incentiva o aluno a realizar pesquisas científicas, atividades de extensão em comunidades e o incentivo a seguir a carreira acadêmica, além da aquisição de conhecimentos diversificados. Além disso, o programa estimula o crescimento acadêmico, com o desenvolvimento de pesquisas, publicação de artigos e intercambio entre os grupos PET no âmbito local, regional e nacional (SILVA; CRUZ; CAMARGO, 2009).

Nesse contexto, em 03 de março de 2010, pela Portaria Interministerial MS/MEC nº 421 foi instituído o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), sendo direcionado a fomentar grupos de aprendizagem tutorial em áreas do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2010). O programa constitui-se em ações intersetoriais direcionadas para o fortalecimento da atenção básica e da vigilância em saúde, de acordo com os princípios e necessidades do SUS, é um trabalhado baseado na integração ensino-serviço-comunidade (BRASIL, 2009). Por certo, o PET-Saúde visa aproximar as práticas da Educação em Saúde com a realidade social, enquanto estratégia governamental de integração entre as Instituições de Educação Superior (IES), os serviços públicos de saúde e a comunidade (BRASIL, 2007; HADDADA et al., 2005).

O PET-Saúde visa desenvolver primordialmente, habilidades necessárias para uma atuação em equipes multiprofissionais, utilizando o modelo observacional, vivência e de pesquisa para construção do conhecimento. De modo geral, o programa permite perceber que as ações focadas para as crianças têm um impacto positivo e a longo prazo na melhoria da qualidade de vida, além de possibilitar aos integrantes através das ações que são desenvolvidas uma formação generalista e humanizada. Enquanto profissionais da saúde, capacita seu agir dentro das diversas nuances e desafios do serviço público, o trabalho interdisciplinar, elevando o PET a um estado de excelência, oportunizando aos que participam do programa a construção do conhecimento sob diversas visões (SOUZA et al., 2014).

Em resumo, o grau de integração, colaboração e participação dos sujeitos envolvidos no projeto, permite a qualificação da atenção à saúde, bem como incentiva a participação da comunidade no processo do cuidado. Vale reforçar a importância de implementação de novos programas que inter-relacionem ações de promoção, prevenção e assistência à saúde (FERREIRA et al., 2012). Assim, o PET-Saúde tem promovido de maneira substancial a articulação da academia, serviço e comunidade, desenvolvendo de maneira muito efetiva ações de promoção da saúde capazes de subsidiar a melhoria da qualidade de vida da comunidade assistida, e em especial, da população infantil atendida.

3.2. Histórico do PET-Odonto/UEM e suas Inserções de ações em saúde bucal junto à Pastoral da Criança em Sarandi – PR

A primeira proposta para implantação do PET/Odontologia foi enviada para a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal e Ensino Superior (CAPES) no ano de 1992. A partir de 01 de agosto do mesmo ano, o PET-Odonto ficou abrigado na CAPES e na Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação da UEM. O primeiro processo de seleção contou com a participação do tutor Carlos Luiz Fernandes Salles, do co-tutor Carlos Alberto Conrado e ainda de dois professores do curso que eram ex-bolsistas do PET/FOB/USP, tutor do PET/Agronomia/UEM e uma psicóloga da UEM. Em 1995 houve um novo processo seletivo. O grupo trabalhou para a definição do perfil petiano e para a expansão das atividades promovidas, como seminários, participação de congressos com apresentação de trabalhos. Em agosto do mesmo ano, o grupo participou do I Encontro dos Grupos PET/CAPES da UEM, que proporcionou maior integração com os demais grupos, além de possibilitar o conhecimento de diversas atividades envolvidas. Essa prática continua atualmente, com expressiva participação do PET/Odonto nos encontros regionais e nacionais, envolvendo-se também na organização de eventos, como o I ENPO (Encontro Nacional dos PET/Odontologia em Canela, no RS. O ano de 1999 ficou marcado como ano político para os grupos, uma vez que inúmeras foram as lutas para a manutenção do Programa, o que se estendeu até 2002.

O PET/Odonto esteve presente em todas as manifestações local e nacional, ajudando a organizar o movimento em defesa da manutenção do Programa. Os petianos estavam sempre dispostos, mesmo com a descontinuidade das bolsas, nessa época. Mesmo com toda a incerteza e ameaça quanto a continuidade do Programa, em 2000, os

petianos da Odontologia organizaram o seu 1° Ciclo de Conferências. Nesse mesmo ano, o PET passou a ser vinculado à Secretaria de Educação Superior (SESu) do Ministério da Educação (MEC) e à Pró-reitoria de Ensino (PEN) da UEM. Esse foi um ano de muito estudo sobre os movimentos sociais.

Dessa forma, o MEC, com sua insistência em extinguir o Programa, contribuiu para o crescimento e amadurecimento dos petianos como cidadãos, que mostraram como se podia lutar contra as pressões governamentais e a favor dos direitos de cada um. Em junho de 2002, a tutoria passou a ser exercida por Mirian Marubayashi Hidalgo, continuando com a co-tutoria do professor Carlos Alberto Conrado. Nesse ano foi elaborada uma nova versão do Manual de Orientações Básicas. Com aprendizado mútuo, tutora e petianos retomaram as atividades do grupo com disposição e ânimo, o que reflete na consolidação do PET/Odontologia nos dias atuais. Em 25 de outubro de 2007, o falecimento do professor emérito da UEM, Carlos Alberto Conrado, marcou indelevelmente o PET-Odontologia, mas seus ideais e entusiasmo continuarão permanentemente norteando as atividades do grupo. (PET-ODONTO/UEM, 2017)

Suas atividades desenvolvidas a oito anos dentro da Pastoral da Criança, busca através de palestras ao grupo repassar informações essenciais para a população, de acordo com o público alvo. Para as líderes, facilitadoras e multiplicadoras da promoção da saúde bucal, o conteúdo contemplado nas palestras envolve informações relevantes e adequadas às necessidades das comunidades acompanhadas e aborda dúvidas e mitos sobre saúde bucal. Para as gestantes são conferidas palestras com esclarecimento de dúvidas sobre alimentação, uso de medicamentos, procedimentos odontológicos e higiene bucal, entre outros.

Para os pais, mães e responsáveis os assuntos são direcionados as fases do desenvolvimento dentário infantil, importância da higiene bucal, alimentação, comportamento, distúrbios, hábitos deletérios e outros. Também são realizadas atividades com as crianças que envolveram recursos audiovisuais, dramaturgia e dinâmicas em grupo. Ademais é reforçado a orientação sobre escovação dental e importância dos dentes, de forma compatível com a idade, assim como o que é a doença cárie, e como evita-la. Como todo ano, o levantamento epidemiológico e os procedimentos de ART (tratamento restaurador atraumático) são realizados na pastoral, aliando, assim, a educação em saúde bucal e a redução de probabilidade de progressão da doença cárie. Um total de 36 crianças foram avaliadas em Sarandi. Onze crianças receberam tratamento do ART entre o período

de 01/04/2016 a 31/03/2017, na Pastoral da Criança de Sarandi. A organização e tabulação dos dados, foram feitas pelo bolsista do projeto, de forma comparativa com os anos anteriores, possibilitando a confecção de gráficos e tabelas, utilizados para a criação de artigos, trabalhos e apresentações que foram levados a três eventos de extensão, na forma de apresentação oral ou banner. (RELATÓRIO PROJETO/PET-ODONTO/UEM, 2017).

A rede conta na UBS Vale Azul zona rural, com atendimentos odontológicos dos alunos de estágio do curso de odontologia do UniCesumar que atendem a população de crianças e adultos, conta também com saúde bucal na escola rural pertencente ao Vale Azul. Os atendimentos em parceria da a Universidade-UniCesumar concentram-se em palestras para as crianças com escovação monitorada, entrega de kits de higiene pessoal e bucal, orientações sobre escovação e importância dos dentes, de forma compatível com cada idade, assim como o que é a doença cárie, e como evita-la. Atendimentos curativos e preventivos como procedimentos de ART (tratamento restaurador atraumático), e procedimentos clínico geral básico. Atualmente o munícipio, também não possui fluoretação nas águas de abastecimentos. (ESTÁGIO EXTRA-MURO DO CURSO DE ODONTOLOGIA DA IES - UNICESUMAR, 2017).

3.3. O Programa Pastoral da Criança

A PC é um Organismo da Ação Social da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), que busca promover a vida das crianças e de seus familiares e surgiu em 1982 em uma reunião sobre a paz mundial da ONU. O então convencido Dom Paulo Evaristo Arns, de que a igreja poderia ajudar a salvar vida de muitas crianças que morriam de doenças facilmente preveníeis iniciou o processo da criação da PC. Assim, embora sua origem tenha sido fora do Brasil, o crescimento da PC se deu pelas mãos da médica sanitarista Dra. Zilda Arns Neumann, tendo como apoio a Igreja Católica e das instâncias governamentais, e voluntários (DIESEL, 2013 *apud* BENEDET, 2003; NEUMANN, 2003). O início de suas atividades ocorreu no ano de 1983, em Florestópolis, na região Norte do Paraná, mediante um cenário de elevado índice de mortalidade infantil, sendo este um dos mais elevados do Paraná, cerca de 12,7%. A partir dai a PC teve sua expansão em todo território nacional bem como foi exportada para outros países (DIESEL, 2013).

A PC, está presente em milhares de comunidades espalhadas no Brasil, tem como compromisso combater a mortalidade infantil e estimular ações para que as crianças possam se desenvolver integralmente, bem como fortalecer o compromisso com a construção da cidadania, principalmente no campo da saúde e da educação, promovendo programas flexível ajustados às necessidades de cada comunidade (CUNICO, 2017). Além disso a meta central para garantir o desenvolvimento integral das crianças desde a gestação, segue três Ações Básicas: Visita Domiciliar; Celebração da Vida; e Reuniões de Reflexões e Avaliação. Além disso, há também algumas ações complementares como: o incentivo a práticas lúdicas; articulação junto aos conselhos de saúde; práticas saudáveis; alimentação saudável; construção de hortas; e orientações sobre medicamentos/dose.

Há também as ações conhecidas como "os mil dias da criança", que incentiva o desenvolvimento de ações de saúde, educação, cidadania e nutrição, estimulando as famílias a buscarem seu empoderamento por meio de orientações de seus voluntários (PASTORAL, 2017). A Pastoral da Criança possui também uma página na internet onde são debatidos temas sobre medicação, formas de medicar, dicas e cuidados com a saúde da criança, bem como temas que abordam vacinas, procedimentos básicos de atendimento médico para realizar em casa tanto com o bebê quanto com a mãe, aleitamento materno, nutrição da criança, higiene da criança, e outros (CORSO et al., 2016).

Ainda na categoria Saúde, especifico na área da odontologia, a PC atenta-se aos cuidados com a saúde bucal da gestante e da criança, abordando quais os problemas dentais ocorrem durante a gestação, consultas odontológicas durante o período gestacional, quais os cuidados durante este período, desmistificação dos mitos sobre o tratamento odontológico durante a gestação, locais onde devem procuram por atendimentos odontológicos, bem como a importância do cuidado com a saúde bucal da criança (PASTORAL, 2017).

> "A Pastoral da Criança tem uma ação voltada à divulgação e orientação das famílias acompanhadas sobre a importância de saúde bucal. A orientação dos voluntários vai desde a preocupação com a alimentação da gestante e o cuidado com sua dentição, para prevenir problemas para ela e para o bebê, até a orientação sobre como limpar a boca do bebê mesmo antes do aparecimento dos primeiros dentinhos" (PASTORAL, 2017).

Ações de Saúde Bucal: Líder de cada comunidade, orientação a gestante e aos pais a limpar os dentes da seguinte maneira:

- Usar primeiro fio dental, mesmo que a gengiva sangre;
- Escovando (varrendo) de cima para baixo os dentes superiores e escovando de baixo para cima os inferiores;
- Escovar os dentes tanto do lado da gengiva quanto do lado da bochecha;
- Fazer movimento de "vai e vem" na parte plana dos dentes do fundo;
- Escovar a língua (Guia do Líder, p. 38, 2018).

> Dra. Zilda "A Pastoral da Criança ensina como cuidar dos dentinhos, mas eu diria também que todos nós temos direito ao dentista. Eu sei que em muitos municípios não tem dentista, muito menos dentistas de crianças. Mas nós devemos fazer um esforço, pois são políticas públicas, que se o povo não insistir ou não pressionar, o governo não vai gastar com isso, que é uma coisa tão importante. O Conselho de Saúde tem que pressionar para que realmente cada município dê assistência a saúde bucal e a criança, mesmo pequenininha, já deve ir ao dentista para passar flúor e outras coisas mais." (PASTORAL, 2017).

Em resumo, a Pastoral da Criança, desde a sua fundação em 1983 tem ações voltadas para o incentivo do cuidado com a criança desde o ventre materno, participação familiar deste cuidado, envolvendo a comunidade de forma coletiva, através da partilha do saber e do envolvimento da comunidade fazendo com que as crianças tenham seus direitos garantidos. Em seu aspecto filosófico, a Pastoral da Criança entende que para uma comunidade ser transformada, ela precisa ser organizada, para que os sujeitos estejam cientes de seus direitos e deveres no meio em que vivem, garantindo assim o acesso com equidade a todos seus direitos (CUNICO, 2017). Neste tocante, a Pastoral da Criança tem desenvolvido inúmeras ações de promoção da saúde, muitas das quais são direcionadas a garantia da melhora da qualidade de vida das crianças.

3.4. O Programa Rede Mãe Paranaense

A Rede Mãe Paranaense (RMP) foi implementada em 2012 pela Secretaria de Estado de Saúde do Paraná (SESA), surgindo com o intuito de diminuir os indicadores de mortalidade materna e infantil com ações de atenção direta no pré-natal e à criança. É um programa definido como prioritário e único do estado, abrangendo 339 municípios do Estado do Paraná (PARANÁ, 2014).

De acordo com a RMP, os municípios da 10ª Regional de Saúde (RS) do Estado do Paraná obtiveram seus resultados insatisfatórios no que diz respeito ao início do pré-natal no primeiro trimestre de gestação e realização de testes rápidos de HIV e sífilis, visto que em sua totalidade foram inferiores a 70%. No contexto aos registros e informações referentes à realização do pré-natal, ficou identificado a ausência de informações sobre a quantidade de gestantes imunizadas e que realizaram consultas odontológicas. As ações e estratégias em saúde de atenção pré-natal propostas pela RMP, necessitam de ampliação a fim de alcançar índices de adesão às estratégias próximas aos 100%, garantindo melhor qualidade na assistência materna e infantil (BAGGIO et al., 2016).

Ainda nesse contexto, deve ressaltar que a RMP ainda é incipiente e há muito a melhorar quanto à forma em que se encontra estruturada e como tem sido implementado, principalmente no que diz respeito à qualificação dos profissionais que permeiam esse processo, para que seja possível promover a atenção à saúde das mulheres e crianças de forma eficiente e resolutiva, permitindo, assim, a redução da mortalidade materna e infantil no Paraná (FRANK et al., 2016).

> As melhorias da Atenção Primária são pressupostos para a organização da Rede Mãe Paranaense, considerando que a captação precoce da gestante e o seu acompanhamento e o da criança são elementos fundamentais para uma atenção de qualidade, assim como a Estratificação de Risco da gestante e da criança, vinculando-os aos serviços especializados, que devem ser resolutivos e acessíveis em tempo adequado (PARANÁ, 2012).

Além da atenção a saúde geral da gestante e da criança a RMP, estimula o aleitamento materno conforme preconizado pela OMS, e no setor da odontologia, há um dentista na equipe multiprofissional, e os cuidados com a saúde bucal materno infantil

iniciam desde a gestação, ampliando as ações de cuidados com a saúde bucal da gestante afim de evitar que doenças infecciosas de origem bucal possam interferir de sobremaneira na gestação. Neste contexto, há agendamentos de consultas de avaliação da gestante com a Equipe de Saúde Bucal, além de acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança, programando as consultas odontológicas para o bebê, agendando na carteirinha da criança todo seu acompanhamento relacionado ao desenvolvimento, intercorrências e procedimentos realizados até os cinco anos de idade (PARANÁ, 2014).

De forma geral, desde sua criação, crescimento e readequações, a RMP, inspira ações de cuidado da saúde materno-infantil e permeou o desenvolvimento da Rede Cegonha, que articula as ações do SUS para saúde materno-infantil em todo o país. As equipes interdisciplinares envolvidas neste processo, não somente fomentam as ações de cuidado e prevenção de doenças, como também desempenham ações de promoção da saúde. Assim, em conjunto, todos estes esforços são direcionados no sentido de garantir melhor qualidade de vida tanto para a mãe, para o pai e principalmente a criança.

3.5. Educação em Saúde

A educação em saúde tem sido considerada uma estratégia para promover saúde por meio de transmissão de informações focada na manutenção da saúde e na prevenção de doenças por meio de empoderamento pessoal ou coletivo (PNPS, 2015). Educação em saúde dentro da promoção de saúde, é uma necessidade de atividade, uma vez que o paciente deixa de ser passivo (paciente) e passa a um trabalho conjunto com o profissional, sua participação é crescente e cada vez maior na medida em que a educação vai se aprimorando. Desta forma, as bases da educação em saúde passam pelo conhecimento das responsabilidades sobre saúde até a educação específica em saúde bucal, partindo-se do princípio da meta de indivíduos saudáveis com bocas saudáveis (BELLINI, 1994).

Dentro da educação em saúde, no campo da odontologia o desconhecimento sobre cuidados necessários de higiene bucal representa um fator a ser considerado, uma vez que a informação, embora disponível nas grandes mídias, não chega a todas as camadas populares da mesma forma e, dificilmente, é apreendida de modo a produzir conhecimento e autonomia em relação aos cuidados com a saúde. Dessa forma, há necessidade de programas odontológicos educativos, que levantem e interpretem as reais

necessidades das populações de menor acesso aos serviços de saúde odontológicos precisa ser valorizada (PAULETO et al., 2004).

Ademais, a educação em saúde bucal, deve enfatizar a importância de ações educativas, fornecendo instrumentos para fortalecer a autonomia no controle do processo saúde-doença e na condução de seus hábitos, resultando assim no empoderamento dos indivíduos, tornando-os capazes de autogerirem seus processos de saúde-doença, contribuindo para qualidade de vida (BRASIL, 2008). De fato, a educação em saúde bucal se torna essencial para a promoção da qualidade de vida do indivíduo, visto que a alfabetização em saúde bucal se mostrou imprescindível para dar as pessoas empoderamento e aprimoramento, para que possam acessar, processar, avaliar e aplicar as informações sobre a saúde bucal (MARTINS, 2015).

Contudo é necessário estimular os pais a adotarem comportamentos saudáveis além de transmitir informações sobre como cuidar da saúde bucal dos bebês. Para isso, é preciso fazer ações educativas de promoção de saúde oral e implementar sistema de vigilância dirigido a cáries de dentição primária em crianças pré-escolares dos 0-5 anos de idade (FAUSTINO, 2008).

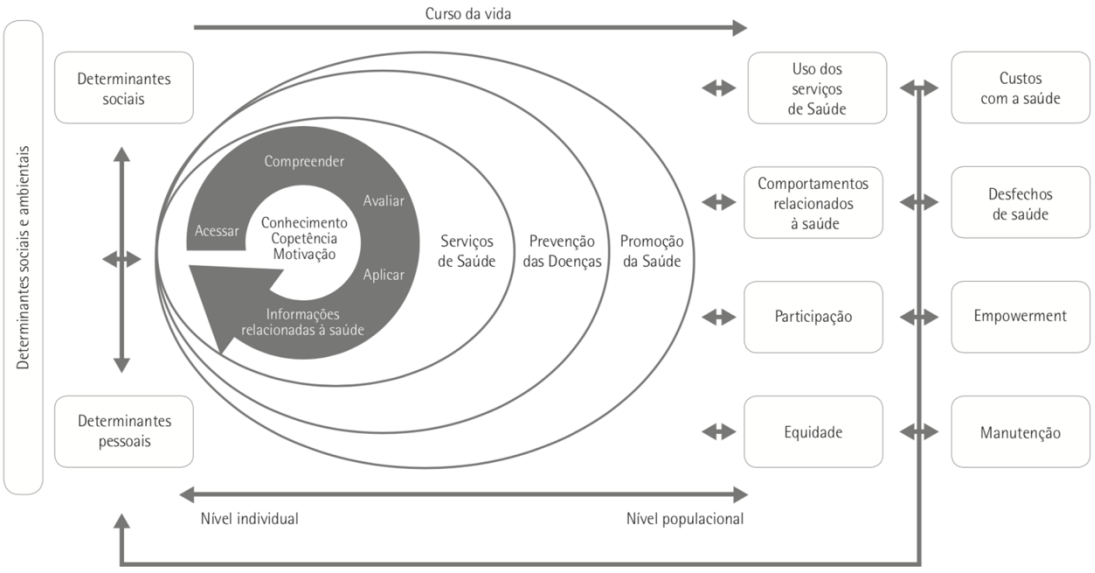
Em síntese o acesso à educação aliado ao *empowerment* (empoderamento), pode ser considerado como um importante preditor para estimativa de melhoria das condições e dos comportamentos em saúde bucal (LEMKUHL 2015; SORENSEN et al., 2012). Assim, tomando o empoderamento como um dos pilares da Promoção da Saúde, tornar as mães empoderadas sobre o cuidado da saúde bucal de seus filhos, pode, portanto, garantir que estes estejam no futuro mais autônomos no cuidado de sua saúde, e se tornem agentes propagadores de hábitos mais eficientes de cuidado.

3.6. Alfabetização em Saúde

A Alfabetização em saúde é o acesso e compreensão das informações necessárias para processar e compreender as informações em saúde e serviços básicos no intuito de tomar decisões apropriadas para a gestão do autocuidado em saúde (WEISS, 2005). Além disso, diz respeito também a tomada de decisões conscientes em relação à própria saúde e/ou à saúde do grupo social ou comunidade ao qual se pertence, ou seja, um modelo conceitual

integrado da alfabetização em saúde, visando a melhoria da qualidade de vida durante o curso da vida (BERKMAN, et al., 2011).

A relevância da alfabetização em saúde no contexto do enfrentamento dos problemas de saúde global se destaca visto que é parte integrante do relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS), e mostra como a influência do conhecimento prévio, motivação do indivíduo pode estar ligada de sobremaneira em seu processo de acesso, competências, compreensão e aplicação das informações direcionadas à saúde (Quadro 1) (SORENSEN et al., 2012; WHO, 2013; MARTINS, et al., 2015).



Quadro 1: Modelo teórico conceitual de Letramento em Saúde de Sorensen et al., 2012 (adaptado por Martins et al., 2015).

Para o Center for Health Care Strategies, literacia (CHCS) a alfabetização em saúde refere-se às habilidades necessárias para um indivíduo participar do sistema de saúde e manter uma boa saúde (CHCS, 2013). Ademais, segundo ainda o CHCS, as habilidades incluem a leitura, a escrita, o cálculo de números, a comunicação com os profissionais de saúde, e a utilização de tecnologias em saúde. A baixa alfabetização leva a população aos seguintes riscos: baixa taxa de adesão aos tratamentos; maior tempo de internação e aumento de reinternações hospitalares; incapacidade de resposta às emergências de saúde pública e por fim, a mais grave das consequências, maiores taxas de mortalidade (JUNIOR, RIGOLIN 2014).

A alfabetização em saúde tem sido amplamente estudada no contexto da promoção da saúde, porém, ainda há limitações quanto à sua utilização na odontologia. Ainda que não possamos modificar totalmente as condições socioeconômicas que afetam a saúde e a saúde bucal da população, por outro lado a melhora na alfabetização em saúde oral pode contribuir para qualidade de vida da população (BATISTA, LAWRENCE, DE SOUSA 2017). Um estudo recente adaptou e validou para a língua portuguesa do Brasil o instrumento Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry derivando o BREALD-30. O estudo foi baseado no REALD-30, teve intuito de avaliar o nível de alfabetismo em saúde bucal da população através da identificação de palavras. Portanto o BREALD-30 mostrou ser um instrumento com propriedades psicométricas adequadas, considerando-o válido e confiável para mensurar níveis de alfabetismo em saúde bucal na língua portuguesa brasileira (JUNKES et al., 2015).

Lee et al. (2012) em seu estudo realizado nos Estados Unidos da América com 1280 pacientes do sexo feminino utilizou a versão original do instrumento o REALD-30, e verificou a associação entre o alfabetismo em saúde bucal, o autocuidado em saúde bucal, o estado de saúde bucal e as negligências dentárias. Foi mostrado que os menores índices de autocuidado em saúde bucal foram encontrados em pacientes que apresentaram maiores negligências dentárias. Ademais, no mesmo estudo, foram observados que os baixos índices de alfabetização em saúde oral estavam associados à falta de acesso a serviços odontológicos, sugerindo, portanto, a relevância da literacia em saúde oral na autonomia do paciente em buscar os serviços adequados para sua saúde bucal.

Segundo Haridas et al. (2014) tal instrumento associado a outros determinantes socioeconômicos pode ser uma ferramenta de rastreamento para detecção de índices de condições de saúde dos indivíduos, sendo estes importantes para melhorar o nível de comunicação entre o profissional e paciente. Por outro lado, acrescentam os autores, que bons índices de alfabetismo em saúde contribuem positivamente para o fortalecimento e habilidades em promoção de saúde dos indivíduos e da sociedade, reduzindo comportamentos de risco, e propiciando às práticas saudáveis em saúde. Em suma nota-se a importância de realizar estudos na odontologia que avaliem o alfabetismo em saúde bucal, para que sejam desenvolvidas estratégias de ações em promoção de saúde específicas para determinadas populações.

3.7. Promoção da Saúde Bucal

O conceito de Promoção da Saúde emerge em 1974 no relatório Lalonde. Nessa época a medicina tradicional, aprisionada nos consultórios e hospitais, dava sinais de que não era capaz de promover saúde para a população. Passa-se a entender que para que as pessoas vivessem com saúde seria preciso modificar o ambiente em que viviam e os seus modos de vida (RABELLO, 2010). Na Conferência de Alma Ata (1978) a participação da população no planejamento e na aplicação das ações de saúde é considerada fundamental, porém na década de 1980 a educação em saúde ainda não conseguia atingir seus objetivos plenos, resultando na Conferência de Ottawa em 1986 (WATT, 2005).

A primeira tarefa, da promoção da saúde, definida na Carta de Ottawa referia-se ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo. Neste tocante, as ações da Promoção da Saúde segundo a Declaração de Ottawa, 1986, deveriam estar focadas em:

- ✓ Construir políticas públicas saudáveis;
- ✓ Criar ambientes favoráveis à saúde;
- ✓ Fortalecer ação comunitária;
- ✓ Desenvolver habilidades pessoais;
- ✓ Reorientar serviços de saúde.

No quadro abaixo pode ser entendido em ordem cronológica os eventos sobre a promoção da saúde no mundo, tais eventos deram origem a todas as cartas de promoção da saúde, sendo estas marco para uma mudança no paradigma da saúde.

ANO	MARCO CONCEITUAL DA PROMOÇÃO DA SAÚDE
1974	Informe Lalonde: Uma Nova Perspectiva sobre a Saúde dos Canadenses/ A New Perspective on the Health of Canadians
1976	Prevenção e Saúde: Interesse para Todos, DHSS (Grã-Bretanha)
1977	Saúde para Todos no Ano 2000 – 30ª Assembléia Mundial de Saúde
1978	Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde – Declaração de Alma-Ata
1979	População Saudável/Healthy People: The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention, US-DHEW (EUA)
1980	Relatório Black sobre as Desigualdades em Saúde/Black Report on Inequities in Health, DHSS (Grã-Bretanha)
1984	Toronto Saudável 2000 – Campanha lançada no Canadá
1985	Escritório Europeu da Organização Mundial da Saúde: 38 Metas para a Saúde na Região Européia
1986	Alcançando Saúde para Todos: Um Marco de Referência para a Promoção da Saúde/ Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion – Informe do Ministério da Saúde do Canadá, Min. Jack Epp Carta de Ottawa sobre Promoção da Saúde – I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Canadá)
1987	Lançamento pela OMS do Projeto Cidades Saudáveis
1988	Declaração de Adelaide sobre Políticas Públicas Saudáveis – II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Austrália) De Alma-Ata ao ano 2000: Reflexões no Meio do Caminho – Reunião Internacional promovida pela OMS em Riga (URSS)
1989	Uma Chamada para a Ação/A Call for Action – Documento da OMS sobre promoção da saúde em países em desenvolvimento
1990	Cúpula Mundial das Nações Unidas sobre a Criança (Nova York)
1991	Declaração de Sundsvall sobre Ambientes Favoráveis à Saúde – III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Suécia)
1992	Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (Rio 92) Declaração de Santa Fé de Bogotá – Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde na Região das Américas (Colômbia)
1993	Carta do Caribe para a Promoção da Saúde – I Conferência de Promoção da Saúde do Caribe (Trinidad e Tobago) Conferência das Nações Unidas sobre os Direitos Humanos (Viena)
1994	Conferência das Nações Unidas sobre População e Desenvolvimento (Cairo)
1995	Conferência das Nações Unidas sobre a Mulher (Pequim) Conferência das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Social (Copenhague)
1996	Conferência das Nações Unidas sobre Assentamentos Humanos (Habitat II) (Istambul) Cúpula Mundial das Nações Unidas sobre Alimentação (Roma)
1997	Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI em diante – IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Indonésia)
1998	Rede de Megapaíses para Promoção da Saúde (Suíça)
2000	V Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (México)
2002	III Conferência Latino Americana de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde "Visão Crítica da Promoção da Saúde e Educação para Saúde: Situação Atual e Perspectivas" (Brasil)
2005	VI Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Tailândia)

2007	Conferência Internacional de Saúde para o Desenvolvimento "De Alma-Ata à Declaração do Milênio; Conferência Internacional de Saúde para o Desenvolvimento: Direitos, Fatos e Realidades" (Argentina)
2009	Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Quênia)
2011	Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais de Saúde (Brasil) Declaração Política do Rio sobre os Determinantes Sociais da Saúde
2012	Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável
2013	Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Finlândia)
2016	22º Conferência Mundial de Promoção da Saúde da UIPES (Brasil)
2016	9th Global Conference on Health Promotion, Promoting health, promoting sustainable development: Health for all, and all for health (Shanghai)
2017	VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde: Os desafios para o Desenvolvimento Sustentável (Brasil)
2017	II Simpósio Internacional de Promoção da Saúde: Diálogo com os Determinantes Sociais em Diversos Cenários
2018	Conferência Regional Latinoamericana de Promoção da Saúde e educação para Saúde da UIPES/ORLA Objetivos do desenvolvimento sustentável e promoção da saúde no século XXI: ampliando conexões (Brasil)

Quadro 2: Evolução cronológica dos marcos conceituais da Promoção da Saúde no Mundo (adaptado de Buss, 2000).

No Brasil, tiveram marcos positivos resultante de várias Conferências Nacionais de Saúde, tais conferências podem ser vistas no quadro abaixo.

ANO	MARCO CONCEITUAL DA PROMOÇÃO DA SAÚDE
Década de 1970	➢ Críticas ao modelo assistencial vigente, centrado na assistência médico-hospitalar. Medicina social. Ciências sociais em saúde; ➢ Tese O Dilema Preventivista, de Sérgio Arouca; ➢ Surgimento dos primeiros projetos de atenção primária/medicina comunitária (Montes Claros/MG, Papucaia/RJ e Niterói/RJ); ➢ Surgimento do "movimento sanitário;" ➢ Conferência Internacional sobre Atenção Primária e Declaração de Alma-Ata.
Década de 1990	➢ Lei Orgânica da Saúde, reafirmando os princípios promocionais da Constituição (1990); ➢ Organização dos Conselhos de Saúde em todo os níveis: participação social, composição paritária, representação intersetorial (1991); ➢ RIO 92, Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (1992); ➢ Plano Nacional de Saúde e Ambiente: elaborado, não sai do papel (1995); ➢ (a partir de 1995) PACS e PSF; NOB 96 (Piso Assistencial Básico); Pesquisa Nacional de Opinião sobre Saúde; Debates sobre Municípios Saudáveis; ➢ Surgimento da revista Promoção da Saúde (Ministério da Saúde) e anúncio do I Fórum Nacional sobre Promoção da Saúde (1999).
Década de 2000	➢ III Conferência Latino Americana de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde (2000).

Quadro 3: Evolução cronológica dos marcos conceituais da Promoção da Saúde no Brasil (adaptado de Buss, 2000).

Contudo, na perspectiva ampliada de saúde, como definida no âmbito do movimento da Reforma Sanitária brasileira do SUS e das cartas de Promoção da Saúde, os modos de viver não se referem apenas ao exercício da vontade e/ou liberdade individual comunitária, ao contrário os modos como sujeitos e coletividades elegem determinadas opções de viver. Diante disto, a Política Nacional de Promoção da Saúde preconiza que as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objetivo os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, de modo a incidir sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde vivem e trabalham (PNPS BRASIL, 2011). Ademais, após Lalonde (1974), Declaração de Alma Ata (1978) e Carta de Ottawa (1986), pode se observar que houve o reconhecimento de que a promoção da saúde se dá por meio de atividades intersetoriais influenciando positivamente as ações de Promoção de Saúde Bucal.

Dentro das diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) as ações de saúde bucal devem ser inseridas na estratégia planejada pela equipe de saúde numa inter-relação permanente com as demais ações da Unidade de Saúde (PNSB, BRASIL 2016). Ações de promoção e proteção visando à redução de fatores de risco, que constituem ameaça à saúde das pessoas são também reforçadas nesta política. Isso porque se considera que a promoção de saúde bucal está inserida num conceito amplo de saúde que transcende a dimensão meramente técnica do setor odontológico, integrando a saúde bucal às demais práticas de saúde coletiva.

Dessa forma, justifica-se a construção de políticas públicas saudáveis, que fortaleçam o desenvolvimento de estratégias direcionadas a todas as pessoas da comunidade, como gerando oportunidades de acesso à água tratada, fluoretação das águas, o uso de dentifrício fluoretado e, assegurem a disponibilidade de cuidados odontológicos básicos apropriados. Sabe-se que a fluoretação das águas de abastecimento público pode diminuir o índice de cárie dentária da população em até 50%, sendo que este método é recomendado pela OMS. No Brasil, a fluoretação da água é obrigatória, de acordo com a Lei Federal nº 6.050, de 24 de maio de 1974. Ao longo desses anos, o Brasil Sorridente implantou 603 novos sistemas de fluoretação,

abrangendo 458 municípios em 11 estados, beneficiando 5,2 milhões de pessoas (BRASIL, 2017).

As ações de promoção da saúde bucal incluem também trabalhar com abordagens sobre os fatores de risco ou de proteção simultâneos tanto para doenças da cavidade bucal quanto para outros agravos, incluindo políticas de alimentação saudável para reduzir o consumo de açúcares, abordagem comunitária para aumentar o autocuidado com a higiene corporal e bucal. Ademais a busca da autonomia dos cidadãos também é outro requisito das ações de promoção de saúde que podem ser desenvolvidas no nível individual e /ou coletivo (PINTO, 2017).

A promoção de saúde bucal é uma interface entre saúde e sociedade, uma vez que para melhorar condições de saúde bucal implica, necessariamente, o envolvimento ativo do profissional e do governo em estratégias de promoção de saúde bucal e prevenção das doenças, através do desenvolvimento de ações destinadas às necessidades da população (PINTO, 2000). De fato, segundo a OMS, promover saúde implica, proporcionar às pessoas as condições necessárias para melhorar e exercer controle sobre sua vida, envolvendo a educação, moradia, alimentação, renda, um ecossistema saudável, justiça social e equidade (WHO 1987).

YAMAGUCHI et al (2016) estudaram as produções cientificas sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde, num período compreendido entre 2006 a 2015, mostrando que nos anos 2012 e 2013 o enfoque maior de publicação foram artigos identificando a Política nacional de Alimentação e Nutrição e a temática Saúde Bucal. Ademais, estes autores também mostraram que dentro da subclassificação das publicações, a saúde bucal enquadrou-se como as três temáticas de maior interesse para os pesquisadores, destaque esse compreendido devido aos fatos históricos na mudança do quadro epidemiológico da saúde bucal mundial pós projeto Brasil Sorridente. Sendo assim, fica evidente que as ações governamentais do Brasil voltadas para a saúde bucal já estão sendo discutidas pela comunidade científica, o que reforça o reconhecimento de que as estratégias de promoção da saúde bucal já fazem parte do contexto de saúde do país.

De forma geral, no que tange o desenvolvimento contínuo das ações de promoção da saúde no âmbito da odontologia, tem-se que considerar a realização de estratégias de promoção da saúde bucal integradas com outras práticas de saúde realizadas em parcerias com outras equipes, com o intuito de assegurar integralidade da atenção à saúde à população, implicando assim o uso de metodologias que possam avaliar não somente

resultados epidemiológicos (quantitativos), mas também a percepção da população e o processo político e social para alcançar os objetivos de forma sustentável (BRASIL 2004; BRASIL 2006; FILHO et al., 2016). Assim, a integração de aspectos clássicos da promoção da saúde, como educação em saúde; empoderamento e literacia são fundamentais para garantia do delineamento de novas estratégias promotoras da saúde bucal, com foco não apenas no indivíduo, mas também na comunidade em que vive.

3.8. Políticas Públicas de Saúde Bucal

Durante anos, a Odontologia esteve à margem das políticas públicas de saúde, o acesso que os brasileiros tinham aos serviços odontológicos era difícil e limitado, desta forma, a população acostumou a procurar por atendimento somente em casos de urgências (dor). Sendo assim, a demora na procura por atendimento, aliada aos poucos serviços odontológicos oferecidos fazia com que o principal tratamento oferecido pela rede pública fosse à extração dentária, em detrimento de tratamentos mais conservadores perpetuando a visão da "Odontologia mutiladora", causando traumas, dor e mágoas perpetuando assim até os dias de hoje a relação dentista com dor (ROBLES, GROSSEMAM, BOSCO, 2010).

Para mudar esse cenário, em 2003 o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente. O programa constitui-se de uma série de medidas com o propósito de garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, entendendo que esta é fundamental para a saúde geral e para a qualidade de vida da população" (BRASIL, 2013). A principal meta do Brasil Sorridente era a reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos, reunindo ações em Saúde Bucal voltada para os cidadãos de todas as idades, por meio do SUS.

As linhas de ação do Brasil Sorridente consistiram na reorganização da Atenção Básica em Saúde Bucal principalmente com a implantação das equipes de Saúde Bucal, na Estratégia Saúde da Família, a ampliação e qualificação da atenção especializada especialmente com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas – CEO, e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias – LRPD e a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público (BRASIL; PNSB, 2013).

Ademais, dentro das políticas públicas em saúde, o governo do estado do Paraná em 2012, implantou a RMP**,** com o propósito de atenção materno-infantil, direcionando

suas ações durante o pré-natal, puerpério e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, em especial no seu primeiro ano de vida. O governo do estado quer até 2020, um estado de referência com uma Rede de Atenção Materno-infantil apresentando padrões de qualidade, organizada em todas as regiões com equidade e com a mínima ocorrência de óbitos maternos e infantis (PARANÁ, 2012).

Na odontologia são relevantes os agravos bucais, e suas consequências são de grande prevalência no Brasil, constituindo-se em problemas de saúde pública, diante disto, estudos que investigam indicadores de saúde bucal e fatores determinantes tem grande relevância para a formulação de políticas públicas de saúde direcionada a desigualdades em saúde (FERNANDES et al., 2005). Nota-se desde 2010 um investimento crescente em saúde bucal no SUS, em 2017 a saúde bucal passa a ser prioridade para o governo federal, com um bilhão e meio de investimento para o fortalecimento e ampliação do atendimento odontológico em todo País (BRASIL, 2017). Assim, neste cenário atual, as implementações de promoção da saúde bucal devem persistir e os programas atuais devem ser fortalecidos e defendidos a fim de garantir, mesmo em condições de austeridade fiscal, a manutenção da qualidade e continuidade das ações.

3.9. Epidemiologia das doenças da cavidade bucal

No Brasil, no âmbito da saúde bucal, as primeiras experiências com estudos epidemiológicos foram encontradas no início dos anos 1950, embora ainda de abrangência muito restrita. A partir de então se dá a prática, dos inquéritos nacionais na segunda metade dos anos 1980, com a concretização do primeiro levantamento epidemiológico em saúde bucal de 1986 e, posteriormente, 10 anos a segunda experiência, com o levantamento de 1996 (RONCALLI; CORTES; PERES 2012, 2006; NARVAI 2006).

O próximo marco histórico de epidemiologia bucal, surge com Projeto SBBrasil, porém agora centrado na ideia de construir um levantamento epidemiológico em saúde bucal com abrangência nacional, utilizando a referência da metodologia sugerida pela OMS no final dos anos 1990 (WHO, 1997). O objetivo era realizá-lo no ano 2000 pelo fato de ser um ano-índice, além de compor o limite para o estabelecimento das metas recomendadas no programa Saúde Para Todos no Ano 2000 da própria OMS. Os

levantamentos foram realizados entre 2002 e 2003. O Projeto SBBRASIL, portanto, se coloca como principal estratégia de vigilância em saúde bucal no eixo da produção de dados primários sobre o tema, contribuindo para a construção de uma Política Nacional de Saúde Bucal pautada em modelos assistenciais de base epidemiológica (RONCALLI, 2012).

Em seu estudo, Roncalli (2012) compara os quatro levantamentos epidemiológicos de abrangência nacional no Brasil (1986, 1996, 2003 e 2010) enfatizando as principais características de cada um, mostrando a diferença na evolução entre um e outro contribuindo para evolução da odontologia Brasileira. Ademais, afirma que os inquéritos de saúde bucal no Brasil servem como uma importante ferramenta tanto do ponto de vista acadêmico quanto do uso em serviços de saúde, sendo fundamental para que o Projeto SBBrasil se consolide enquanto estratégia de produção de dados primários inserida no eixo da Vigilância em Saúde da Política Nacional de Saúde Bucal.

No atual cenário nacional, o último levantamento epidemiológico de saúde bucal, Projeto SB Brasil 2010, mostrou que a meta global estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), para o ano de 2010 relativa à 90% de crianças com idade de zero a cinco anos estivessem livres de cárie não havia sido atingida (FDI, 1982). Ademais, apenas 46,6% das crianças brasileiras aos 5 anos de idade encontravam-se livres de cárie na dentição decídua com o índice ceo-d médio 2.4, predominando 80% do componente cariado (BRASIL, 2010).

Embora os estudos demostram uma redução nos índices epidemiológicos da doença cárie dentária em crianças em idade escolar, as taxas ainda permanecem elevadas nas crianças com idade pré-escolar (COSTA et al., 2012). Outro fator importante da doença cárie, em especial, é sua polarização, concentrando a carga da doença numa parcela menor e vulnerável da população, expondo dessa forma a importância dos Determinantes Sociais da Saúde (PEREIRA; VIEIRA; FRIAS, 2015).

Neste sentido, objetivos e metas globais para 2020 já foram estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde, Federação Dentária Internacional e Associação Internacional para Pesquisa Odontológica (OMS, FDI, IADR), visando diminuir o impacto das doenças de origem bucal, dando ênfase à promoção da saúde reduzindo a morbidade dessas doenças e melhorar a qualidade de vida das populações sujeitas aos maiores riscos. Por fim, há incentivo a desenvolver programas de saúde bucal que dêem mais poder às pessoas para que as mesmas tenham capacidade para controlar os

determinantes de seus problemas, tendo como estratégia Brasileira a ampliação do acesso com orientações especiais aos grupos de crianças pré-escolares (PINTO, 2017).

De forma geral, nota-se que os inquéritos foram importantes para o conhecimento do perfil epidemiológico e da evolução histórica dos principais problemas em saúde bucal no Brasil, mudando a visão que se tinha de uma odontologia mutiladora passando para uma odontologia preocupada não somente com a saúde bucal, mais com a saúde geral, os determinantes sociais e qualidade de vida da população (PEREIRA; VIEIRA; FRIAS, 2015). No momento atual, os esforços de ações intersetoriais devem ser reconhecidos e fortalecidos a fim de se dar sequência a evolução do processo de empoderamento das comunidades para melhor gerenciamento de sua saúde, em especial, a saúde bucal das crianças para que estas tenham condições de viverem com melhor qualidade de vida.

3.10. Local do Estudo

O estudo foi realizado em Sarandi-PR. Sarandi é um município localizado na Mesorregião Norte Central Paranaense, na microrregião de Maringá, estando a 8,1km de distância. Segundo o Censo de 2010, Sarandi em 2018 completará 37 anos de Emancipação política administrativa abrigando uma população, conforme estimativas 82.847 habitantes, sendo deste, 42.017 mulheres e 40.830 homens (PNUD, Ipea e FJP). Estas são distribuídas numa pequena área territorial 103,4 Km^2 com Densidade Demográfica de 924,21 Hab/Km^2 compondo 146 Bairros em 2017. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) - Sarandi é 0,695, em 2010, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM entre 0,600 e 0,699). Sarandi ocupa a 2059ª posição entre os 5.565 municípios brasileiros segundo o IDHM.

Na educação, a proporções de crianças e jovens frequentando ou tendo completado determinados ciclos indica a situação da educação entre a população em idade escolar do estado e compõe o IDHM Educação. No município, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola é de 90,33%, em 2010. Na população adulta também compõe o IDHM Educação um indicador de escolaridade da população adulta, o percentual da população de 18 anos ou mais com o ensino fundamental completo. Esse indicador carrega uma grande inércia, em função do peso das gerações mais antigas, de menor escolaridade. Entre 2000 e 2010, esse percentual passou de 31,15% para 42,66%, no

município, e de 39,76% para 54,92%, na UF. Em 1991, os percentuais eram de 17,10%, no município, e 30,09%, na UF. Em 2010, considerando-se a população municipal de 25 anos ou mais de idade, 9,03% eram analfabetos, 37,15% tinham o ensino fundamental completo, 18,94% possuíam o ensino médio completo e 2,65%, o superior completo. No Brasil, esses percentuais são, respectivamente, 11,82%, 50,75%, 35,83% e 11,27%.

A economia do município, a renda per capita média cresceu 99,30% nas últimas duas décadas, passando de R$ 278,21, em 1991, para R$ 377,73, em 2000, e para R$ 554,48, em 2010. Isso equivale a uma taxa média anual de crescimento nesse período de 3,70%. A taxa média anual de crescimento foi de 3,46%, entre 1991 e 2000, e 3,91%, entre 2000 e 2010. A proporção de pessoas pobres, ou seja, com renda domiciliar per capita inferior a R$ 140,00 (a preços de agosto de 2010), passou de 26,13%, em 1991, para 13,70%, em 2000, e para 5,22%, em 2010. A evolução da desigualdade de renda nesses dois períodos pode ser descrita através do Índice de Gini, que passou de 0,40, em 1991, para 0,41, em 2000, e para 0,35, em 2010.

A saúde do município, sendo a mortalidade infantil (mortalidade de crianças com menos de um ano de idade) passou de 20,9 óbitos por mil nascidos vivos, em 2000, para 12,2 óbitos por mil nascidos vivos, em 2010. A rede pública de saúde em Sarandi é composta por 21 Unidades de Saúde, sendo 4 Unidades de Saúde da Família (USF) e 09 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 01Centro de Especialidades Médicas, 01 Unidade de Pronto Atendimento Médico (UPA) e 01 hospitais de referência.

3.11. Saúde bucal de Sarandi

Os serviços odontológicos no município estão descentralizados em 04 Unidades Básicas de Saúde contando com auxiliar e técnico em saúde bucal num total de 11 CDs 9 ASB e 7 TSB, além do Departamento de Odontologia (ROJAS, 2014). A "**equipe de Saúde Bucal**" destas UBS está conformada por 1 dentista e 1 ASB e 1 TSB. O período de atendimento é de 40 horas semanais. Na Unidade Saúde todos os CDs têm vínculo direto do tipo estatutário com a Prefeitura Municipal, sendo que para cada unidade existem atendimentos nos períodos distintos (matutino e vespertino), cumprindo 40 horas semanais. A organização do processo de trabalho é estruturada na estratificação de risco e vulnerabilidade priorizando assistência individual infanto-juvenil – 0 a 15 anos, atendimento de urgência, tratamento curativo e preventivo e reunião de equipe mensal,

da qual sempre o CD participa. O acesso dos usuários para o atendimento odontológico curativo nas unidades de saúde corre através de demanda espontânea. A grande maioria dos pacientes é agendada por livre demanda durante o horário de acolhimento da unidade de saúde.

Neste cenário de Assistência Descentralizada Odontológica após longos 18 anos sem a compra de nenhum Consultório Odontológico e "desinvestimento" na Saúde Bucal na gestão vigente Valter Volpato, Secretária Marlene Pereira e o Diretor do Departamento de Odontologia, Dr Allan Marcio, foi colocado concomitantemente em ação o modelo criado pela gestão a Atenção em Saúde Bucal em "**Governança Multinivel**" através da Secretaria de Saúde via Departamento de Odontologia como um conjunto de ações e processos para direcionar, avaliar e monitorar a oferta dos serviços bucais. (DESCENTRALIZAÇÃO DA ODONTOLOGIA - CASUÍSTICA DA GOVERNANÇA E GESTÃO NA ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SARANDI – PARANÁ - Secretaria de Saúde Departamento de Odontologia – Ago/2018).

Contudo, na perspectiva de melhoria da saúde bucal da população, e de mudar o cenário de anos de descaso com a mesma, abaixo pode ser entendido nos resultados atual feito por mapeamento das condições da saúde bucal pública de Sarandi-PR, derivado do relatório de descentralização da odontologia citado acima.

3.12. Unidades de saúde descentralizadas Sarandi

Unidade de Saúde Jardim Aurora

✓ População: A população coberta pela USF Jardim Aurora é constituída, de acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), de 4000 pessoas que constituem 1071 famílias, distribuídas em 7 microáreas;

✓ Conformação da equipe de saúde bucal: 2 dentistas, 2 ASB e 2 TSB;
✓ Número de períodos de atendimentos odontológico: 8 períodos por semana.

Fluxo de Organização da demanda:

A organização está baseada na estratificação de risco e vulnerabilidade das famílias avaliadas pela escala de Coelho e também aos grupos de gestantes, diabéticos, hipertensos, e também nas escolas. As pessoas de maior risco odontológico são programadas para atendimento, e participam junto às pessoas de menor risco nas ações educativas e preventivas. Se houver necessidade de atendimento secundário, os pacientes são encaminhados ao CISAMUSEP. No caso da demanda espontânea, se for aguda é atendida dentro do horário programado para urgências, fora do qual é encaminhado à UPA. A demanda não aguda é acolhida e programada para atendimento, segundo risco.

Unidade de Saúde Jardim Ouro Verde

- ✓ População: A população coberta pela UBS Ouro Verde é constituída, de acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), de 4050 pessoas que constituem 980 famílias, distribuídas em 05 micro áreas;
- ✓ Conformação da equipe: 02 Dentistas e 02 ASB e 02 TSB;
- ✓ Número de períodos de atendimentos odontológico: 08 períodos por semana.

Fluxo de Organização da demanda:

A demanda está organizada baseada na acolhida odontológica para famílias de alto risco social, segundo a escala de Coelho priorizando crianças e adolescentes de 0 – 15 anos e Urgências. Também passam pela Acolhida os pacientes a se apresentarem na demanda espontânea, e crianças abordadas nas escolas durante procedimentos coletivos. Assim, são agendados os de maior necessidade em saúde bucal. No caso de precisar atendimento secundário, os pacientes são encaminhados ao CISAMUSEP.

Unidade de Saúde Jardim das Flores

- ✓ População: A população coberta pela UBS Jardim das Flores é constituída, de acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), de 4850 pessoas que constituem 1256 famílias, distribuídas em 06 micro áreas;
- ✓ Conformação da equipe: 02 Dentistas e 02 ASB e 02 TSB;
- ✓ Número de períodos de atendimentos odontológico: 08 períodos por semana.

Fluxo de Organização da demanda:

A demanda está organizada baseada na acolhida odontológica para famílias de alto risco social, segundo a escala de Coelho priorizando crianças e adolescentes de 0 – 15 anos e Urgências. Também passam pela Acolhida os pacientes a se apresentarem na demanda espontânea, e crianças abordadas nas escolas durante procedimentos coletivos. Assim são agendados os de maior necessidade em saúde bucal. No casode precisar atendimento secundário, os pacientes são encaminhados ao CISAMUSEP.

Unidade de Saúde Jardim Bela Vista

- ✓ População: A população coberta pela UBS Bela Vista é constituída, de acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), de 6080 pessoas que constituem 980 famílias, distribuídas em 08 micro áreas;
- ✓ Conformação da equipe: 02 Dentistas e 02 ASB e 02 TSB,
- ✓ Número de períodos de atendimentos odontológico: 08 períodos por semana.

Fluxo de Organização da demanda:

A demanda está organizada baseada na acolhida odontológica para famílias de alto risco social, segundo a escala de Coelho priorizando crianças e adolescentes de 0 – 15 anos e Urgências. Também passam pela Acolhida os pacientes a se apresentarem na demanda espontânea, e crianças abordadas nas escolas durante procedimentos coletivos. Assim são agendados os de maior necessidade em saúde bucal. No caso de precisar atendimento secundário, os pacientes são encaminhados ao CISAMUSEP.

A incorporação oficial do Cirurgião-Dentista na Estratégia de Saúde da Família (1996) aconteceu somente em 2000 dentro de um contexto político, econômico e social favorável bem distinto da realidade atual. O Ministério da Saúde estabeleceu por meio da Portaria no. 1.444/GM/2000, o incentivo financeiro à inclusão das equipes de saúde bucal no ESF resultando em um grande impulso de sua expansão pelo Brasil no qual não foi encampada e desenvolvida nos processos políticos de Sarandi – Pr naquele época até 2016. Assim, dec orridos 17 anos da Promulgada Portaria acima, bem como das outras treze (14) Portarias Editadas neste período, conforme abaixo, ainda, infelizmente, gestões

anteriores não conseguiram dar *materialidade* na execução do ESF Saúde Bucal municipal, bem como desde 2012 se inicia um desaparelhamento e sucateamento sistemático do Departamento de Odontologia desconsiderando completamente as nominadas Portarias do Ministério da Saúde abaixo:

- Port. No 267/GM/2001- Art 1o
- Port. No 673/GM/2003; Art 2o, Art 3o (§ 1o e 2o)
- Port. No 74/GM/2004 - Art. 2o Inc I e II; Port. No 1572/GM/2004 – Art 3o; Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal/2004

  – Item 4 e 5;

- Port. No 283/GM/2005 – Art 2o Inc I a V;
- Port. No 599/GM/2006; Port. No 600/GM/2006 – Art 5o e 6o; Port. No 648/GM/2006; Port. No 650/GM/2006 – Art. 3o Inc I a III ;
- Port. No 489/GM/2008 – Art. 1o e 2o; Port. No 90/GM/2008; Port. No 3.066/GM/2008 – Art 1o.

Diante do "Ordenamento Jurídico" acima e reiteradas intervenções da 15º Regional de Saúde de Maringá, somente em 2017, tal processo do "Projeto de Descentralização/Implementação do ESF Saúde Bucal" em Sarandi ganhou nova dimensão ou priorização na Gestão Walter Volpato 2017-2020.

3.13. Relatórios consolidados de indicadores de saúde bucal na rede descentralizada por ubs – junho - agosto/2018

O atendimento "Descentralizado" promovido pelo Departamento de Odontologia da Secretaria de Saúde inaugurou recentemente, 05/06/2018 primeiramente em quatro (04) Unidades Básicas de Saúde (Bela Vista, Aurora, Ouro Verde e Flores) interatuando no fortalecimento da Atenção Básica através das SUBDIMENSÕES da atuação Intersetorial, Participação Popular, Recursos Humanos e Infraestrutura, bem como nosso plano de trabalho ser focado em três dimensões: gerencial, organizativa e técnico-assistencial ou operativa.

A Descentralização do Serviço e Reorganização do Trabalho sob a égide da "Governança" prima pela qualificação do Monitoramento e Avaliação visando aprimorar a gestão considerando a clínica centrada nas pessoas; efetiva, estruturada com base em evidências científicas; segura, que não cause danos às pessoas e aos profissionais de saúde; eficiente, oportuna, prestada no tempo certo; equitativa, de forma a reduzir as desigualdades e que a oferta do atendimento se dê de forma humanizada. Neste cenário, o Departamento de Odontologia, neste incipiente processo *descentralizador*, desenvolveu por métodos próprios uma estrutura de "Indicadores" e "Mapas ou Perfis de Produtividade" objetivando a tomada de decisão no gerenciamento da informação dos dados tabulados pelos Instrumentos de Gestão dos E-SUS e SIA-SUS com base nos Prontuários da Ficha de 1o Consulta Odontológica e Manutenção e Mapas de Idades 0 a 100 anos. Assim, a partir dos Dados Tabulados por Mês, UBS e Profissionais pudemos quantificar, comparativamente os "Indicadores de Saúde Bucal" como MAPAS DE EVOLUÇÃO JUNHO - JULHO - AGOSTO 2018, contidas nas Tabelas abaixo.

Tabela 1: Relatório resumido trimestral serviços bucal na rede atenção básica – jul – ago/18

Serviços bucais na rede por blocos	Junho	Var%	Julho	Var%	Agosto
Ações de promoção e prevenção em saúde	530	172,08%	1.442	22,63%	1994
Procedimentos clínicos	895	-24,25%	678	64,16%	1314
Procedimentos cirúrgicos	56	16,07%	65	-1,54%	61
Total	1.481	47,54%	2.185	35,14%	3.369
Média diária	64,4	47,54%	95,0	35,14%	146,47

Os "Serviços Bucais – Procedimentos por Blocos" Tabela 01 no Total ampliou-se em 127,29%, onde as "AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE" saltou de Junho – 530 para Agosto – 1994 elevando 325,25% demonstrando o foco das ações de saúde bucal estar direcionada à "coletividade". A "Proporção de Urgências" atendidas pelos ESB Descentralizadas em relação ao Volume Total de Procedimentos em (1.481) Junho/18 (144) foi de 9,72%, (2.185) Julho/18 (223) subiu para 10,21% e em (3.332) Agosto/2018 (187) desceu para 5,66% devido à elevação de número de procedimentos executados demonstrando certa estabilização ou busca de uma "proporção de urgências em equilíbrio".

Noutra ponta a "Proporção de Urgências" em relação ao "Número de Pacientes Atendidos" – Tabela 3 – em Junho foi de 45,71%, Julho, 63,90% e Agosto/18 43,9% ou

seja,a cada 10 Cidadãos em busca de tratamento odontológico nas UBS, 50% é motivado por “Urgência”.

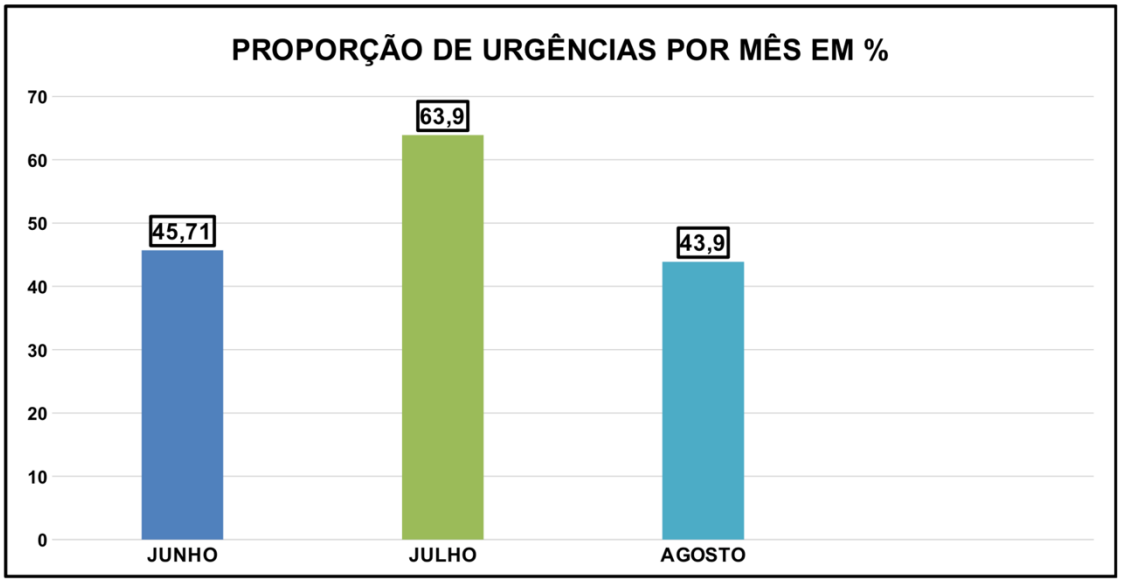


Figura 1: Proporção de Urgências em relação ao Número de Pacientes Atendidos

Tabela 2: Relatório por ubs resumido trimestral DE ATENDIMENTO EM NA REDE ATENÇÃO BÁSICA – JUL – AGO/18

Atendimentos bucal por postos de saúde	Junho	Var%	Julho	Var%	Agosto
Ouro verde	391	-9,21%	355	102,54%	719
Aurora	409	-60,15%	163	-84,66%	25
Flores	508	216,54%	1608	11,98%	1799
Bela vista	172	65,25%	59	505,08%	357
Total	1480	43,65%	2126	36,85%	3367
Média diária	56,9	62,54%	92,4	37,10%	146,91
FONTE: MAPA DIÁRIO E RELATÓRIO MENSAL DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS - 1o CONSULTA PROGRAMÁTICA - SIA/SUS					

Os “ATENDIMENTOS BUCAL POR POSTOS DE SAÚDE” – Tabela 2 - na maioria conquistaram crescimentos expressivos entre Junho - 1480 e Agosto/2018 – 3367 - na ordem de 127,18%, onde o única UBS a sofrer reduções devidos a problemas hidráulicos e pneumáticos devido a infraestrutura interna defeituosa a ser corrigida foi o “Aurora”, todavia mesmo assim, promovem ações em serviços de promoção e prevenção nas Escolas, Creches e Associações de Bairros no Território Adstrito daquela unidade de saúde.

O Volume de “Pacientes Atendidos” de 0 a 100 anos nas quatros unidades odontológicas descentralizadas saíram de 309 em Junho/18 para 434 em Agosto/18, aumentando 41,48%, mesmo com a “Capacidade Instalada” trabalhando a 50,21% calibrando demanda com capacidade de produção, podendo chegar a uma média de equilíbrio de Pacientes por mês na ordem de 700 ou 6 pacientes atendidos por Turno (Manhã/Tarde) pelas nossas Equipes de Saúde Bucal – CD, TSB e ASB.

Tabela 3: Relatório resumido trimestral atendimentos na rede atenção básica saúde bucal – jul – ago/18

Postos de saúde - pacientes atendidos	Junho	Var%	Julho	Var%	Agosto
Ouro verde	90	-57,78%	38	155,26%	97
Aurora	100	-59,00%	41	-9,76%	37
Flores	54	348,15%	212	-20,28%	169
Bela vista	65	-56,92%	28	367,86%	131
Total	309	12,94%	349	24,35%	434
Média diária	13,4		15,2		18,6
FONTE: MAPA DIÁRIO E RELATÓRIO MENSAL DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS - 1o CONSULTA PROGRAMÁTICA - SIA/SUS					

Tabela 4: Relatório Agosto – 2018 Média de pacientes atendidos por turno e equipes de saúde bucal nas UBS – Resolução CFO-118/2012 – CEO ART.5º PARAG 1o E INC. VII - LEI 3999/61 – EM SEU ART. 8o, PARÁGRAFO 1o

Ubs	Ubs jd ouro verde 9024956		Ubs jardim aurora 2735679		Ubs jd b vista 2735512		Ubs jd flores 2735695		Média total/dia
Turno	Manhã	Tarde	Manhã	Tarde	Manhã	Tarde	Manhã	Tarde	
Junho/18 média paciente dia	1,87	2,04	3,43	0,91	2,83	Licença	1,57	0,78	13,70
Julho/18 média paciente dia	1,48	0,17	1,43	0,35	1,22	Licença	5,48	5,04	15,17
AGOSTO/18 MÉDIA PACIENTE DIA	3,25	0,86	0,27	1,41	5,95	LICENÇA	4,82	2,86	18,08

Tabela 5: Relatório junho a agosto - 2018 –indicadores de saúde bucal por turno e equipe de saúde bucal – cd, tsb e asb nas ubs

		JUNHO		JULHO		AGOSTO	
	INDICADORES	QUANT/MANHÃ	QUANT/TARDE	QUANT/MANHÃ	QUANT/TARDE	QUANT/MANHÃ	QUANT/TARDE
OURO VERDE UNIDADE 9024956 MÉDIA GERAL 1,18	Cobertura de 1º Consulta Odontológica Programática ACESSIBILIDADE	0,86	0,94	0,68	0,08	1,56	0,38
	Cobertura da Ação Coletiva Escovação Dental Supervisionada	0,78	2,02	6,06	0,00	12,06	8,54
	Média de procedimentos odontológicos básicos individuais	0,02	0,06	0,07	0,00	0,14	0,09
	Proporção de Exodontias em relação às Ações Odontológicas Básicas Individuais	0,00	0,01	0,00	0	0,00	0,00
	Razão entre Tratamentos Concluídos x Primeiras Consultas Odontológicas Programáticas - RESOLUBILIDADE	0,23	0,08	0,60	0	0,543	0,143
	INDICADORES	QUANT/MANHÃ	QUANT/TARDE	QUANT/MANHÃ	QUANT/TARDE	QUANT/MANHÃ	QUANT/TARDE
UBS JARDIM AURORA 2735679	Cobertura de 1º Consulta Odontológica Programática	1,58	0,42	0,66	0,16	0,12	0,62
MÉDIA GERAL 0,32	ACESSIBILIDADE						
	Cobertura da Ação Coletiva Escovação Dental Supervisionada	3,14	0,76	0,00	0,76	0,00	0,24
	Média de procedimentos odontológicos básicos individuais	0,05	0,02	0,01	0,02	0,00	0,00
	Proporção de Exodontias em relação às Ações Odontológicas Básicas Individuais	0,01	0,00	0,00	0,00	0	0,00
	Razão entre Tratamentos Concluídos x Primeiras Consultas Odontológicas Programáticas - RESOLUBILIDADE	0,27	0,50	0,00	0,27	0	0
	INDICADORES	QUANT/MANHÃ	QUANT/TARDE	QUANT/MANHÃ	QUANT/TARDE	QUANT/MANHÃ	QUANT/TARDE
UBS JD B VISTA 2735512 MÉDIA GERAL 0,49	Cobertura de 1º Consulta Odontológica Programática ACESSIBILIDADE	1,30	LICENÇA MAT	0,56	LICENÇA MAT	2,62	0,00
	Cobertura da Ação Coletiva Escovação Dental Supervisionada	0,48	LICENÇA MAT	0,00	LICENÇA MAT	2,26	0,00
	Média de procedimentos odontológicos básicos individuais	0,03	LICENÇA MAT	0,01	LICENÇA MAT	0,06	0,00
	Proporção de Exodontias em relação às Ações Odontológicas Básicas Individuais	0,08	LICENÇA MAT	0,07	LICENÇA MAT	0,05	0
	Razão entre Tratamentos Concluídos x Primeiras Consultas Odontológicas Programáticas - RESOLUBILIDADE	0,38	LICENÇA MAT	FERIAS	LICENÇA MAT	#DIV/0!	0

Tabela 6: Relatório parcial quadrimestral agregado saúde bucal descentralizado

PROCEDIMENTOS - BLOCO DE PROMOÇÃO	JUNHO	JULHO	AGOSTO
Escovação	109	281	234
Bochecho	55	FÉRIAS ESCOLAR	737
Palestra	68	216	125
TOTAL - BLOCOS DE AÇÕES E SERVIÇOS BUCAIS	232	497	1.096
Procedimentos Clínicos	895	678	1.314
Procedimentos Cirúrgicos	56	65	61
Primeira Consulta Odontológica	112	85	128
Consultas de retorno (Manutenção)	8	8	3
Consulta Odontológica Programática < 01 ano	6	20	22
Consulta Odontológica Programática 01 a 34 anos	218	222	305
Consulta Odontológica Programática 35 a 69 anos	78	101	100
Consulta Odontológica Programática 70 a 100 anos	13	6	7
TOTAL	1.386	1.185	1.940
TOTAL ACUMULADO	1.618	1.682	3.036

Na Tabela 6 nos "Procedimentos – Bloco de Promoção" houve um considerável movimento dos efeitos da "Descentralização" da Odontologia nas UBS com a Intersetorialidade com as Escolas, Associações e Ongs nos Bairros e Território/População Adstrita à UBS quando no todo saímos de Junho/18, 232 para 1.096 em Agosto/18, elevando cinco vezes no trimestre avaliado.

Tabela 7: Relatório por ubs daresolubilidade comparativo por profissional

		JUNHO		JULHO		AGOSTO	
OURO VERDE UNIDADE 9024956	TURNO	MANHÃ	TARDE	MANHÃ	TARDE	MANHÃ	TARDE
	CDS	DRA BADRIE / MARIE	DRA ALESSANDRA	DRA BADRIE / MARIE	DRA ALESSANDRA	DRA BADRIE / MARIE	DRA ALESSANDRA
	Nº DE PACIENTES	43	47	34	4	78	19
	Nº DE GESTANTES**	0	0	0	0	0	4
	PROCEDIMENTOS COLETIVOS	23	59	81	0	440	415
	Nº DE ATIV COLETIVAS ALUNOS	0	0	0	0	0	0
	URGÊNCIAS	0	4	14	0	19	5
UBS JARDIM AURORA 2735679	TURNO	MANHÃ	TARDE	MANHÃ	TARDE	MANHÃ	TARDE
	CDS	DRA ADRIANE	DRA NAIADE	DRA ADRIANE	DRA NAIADE	DRA ADRIANE	DRA NAIADE
	Nº DE PACIENTES	79	21	33	8	6	31
	Nº DE GESTANTES	0	0	0	0		
	PROCEDIMENTOS COLETIVOS	68	8	0	8	0	0
	Nº DE ATIV COLETIVAS ALUNOS	0	0	0	0		
	URGÊNCIAS	40	7	38	7	0	12
UBS JD B VISTA 2735512	TURNO	MANHÃ	TARDE	MANHÃ	TARDE	MANHÃ	TARDE
	CDS	DRA AMÉLIA	DRA ANGELICA	DRA AMÉLIA	DRA ANGELICA	DRA AMÉLIA	DRA ANGELICA
	Nº DE PACIENTES	65	0	28	0	131	0
	Nº DE GESTANTES	0		0		4	
	PROCEDIMENTOS COLETIVOS	0	0	0	0	70	0

	Nº DE ATIV COLETIVAS ALUNOS***	0		0			
	URGÊNCIAS	63	0	28	0	57	0
UBS JD FLORES 2735695	TURNO	MANHÃ	TARDE	MANHÃ	TARDE	MANHÃ	TARDE
	CDS	DRA TELMA/DRA CRIS	DRA ANGELA	DRA TELMA/DRA CRIS	DRA ANGELA	DRA TELMA/DRA CRIS	DRA ANGELA
	Nº DE PACIENTES	36	18	126	116	106	63
	Nº DE GESTANTES	0	0	0	0	5	
	PROCEDIMENTOS COLETIVOS	14	60	185	223	39	155
	Nº DE ATIV COLETIVAS ALUNOS	0	0	0	0		47
	URGÊNCIAS	13	17	68	68	30	64

Tabela 8: Mapa de consumo por grupos junho – agosto 2018 nas ubs descentralizadas

CESTA BÁSICA DE MATERIAIS DE CONSUMO SAÚDE BUCAL	JUNHO	JULHO	AGOSTO	TOTAL
1 – GRUPO MATERIAIS DE PROCEDIMENTOS COLETIVOS	465	197	142	804
2 – GRUPO MATERIAIS PARA PROCEDIMENTOS DE PREVENÇÃO	113	64	142	319
3 – GRUPO ANESTÉSICOS	51	27	-3	75
4 – GRUPO DE BROCAS E PONTAS	119	119	56	294
5 - CARBIDE	71	115	15	201
6 - ACABAMENTO RESINA	17	15	4	36
7 - BROCAS DE BAIXA ROTAÇÃO - AÇO	10	10	4	24
8 - GRUPO CIMENTOS ODONTOLÓGICOS	14	14	16	44
9 - GRUPO MATERIAIS RESTAURAURADORES	28	28	65	121
10 - GRUPO MATERIAIS PARA ACABAMENTO DE RESTAURAÇÕES	7	7	209	223
11 -GRUPO MEDICAMENTOS – CURATIVOS	16	16	12	44
12 - GRUPO SUPORTE	196	105	74	375
TOTAL	1107	717	736	2560
VOLUME DE PROCEDIMENTOS	1481	2185	3369	7035

(DESCENTRALIZAÇÃO DA ODONTOLOGIA - CASUÍSTICA DA GOVERNANÇA E GESTÃO NA ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SARANDI – PARANÁ - Secretaria de Saúde Departamento de Odontologia – Ago/2018).

4. METODOLOGIA

4.1. Delineamento experimental

Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal realizado com mães de crianças de 0 a 6 anos de idade que participam do programa da Pastoral da Criança da Arquidiocese de Maringá-PR, pertencentes a Paróquia Nossa Senhora das Graças do Município de Sarandi-PR. O projeto de dissertação foi aprovado pela coordenação Diocesana da Pastoral da Criança de Maringá-PR e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos do Centro Universitário de Maringá (UniCesumar) com parecer número 2.553.798 (ANEXO X).

4.2. Análise amostral

Para que tal amostra seja representativa do ponto de vista estatístico, o número de mães (n_g) que foram pesquisadas, necessário para compor a amostra em cada um dos estratos, correspondendo as comunidades, foi calculado de acordo com RAO (2000), por:

$$n_g = \left(\frac{Z_{\frac{\alpha}{2}}}{e}\right)^2 \frac{N_g}{N} p_g(1 - p_g),$$

em que o nível de significância considerado foi de $\alpha = 5\%$ e o erro amostral e (ou margem de erro) expressa o erro máximo admitido entre a estimativa resultante da pesquisa e o valor real do parâmetro, foi considerado entre 5% a 10%, sendo o tamanho amostral calculado para cada nível de erro amostral. O número total de mães que participam do programa Pastoral da Criança na g-ésima comunidade é representado por N_g, e N é a quantidade total. A prevalência das características a serem pesquisadas, foi fixada em $p = 0{,}5$, já que não há informações anteriores sobre as mesmas, uma vez que isso determinará maior aproximação para o valor da variância da característica na população (SILVA, 1998).

Após o cálculo, foi aplicado o fator de correção para populações finitas:

$$n_{gc} = \frac{n_g}{1 + \frac{n_g}{N_g}}.$$

O tamanho da amostra foi obtido com o auxílio do ambiente estatístico R (R Core Team), versão 3.3.1.

De acordo com a direção da Pastoral da Criança, na época de início da presente dissertação, havia um total de 196 mães que participavam do programa Pastoral da Criança da Paróquia Nossa Senhora das Graças de Sarandi-PR, sendo 100 da comunidade São Pedro, 55 da comunidade Novo Bertioga, 21 da comunidade Sagrada Família e 20 da comunidade São José. Assim, o tamanho amostral, calculado para valores de erro amostral de 5% a 10%, está apresentado na Tabela 1.

Tabela 9: Distribuição amostral das mães para cada comunidade e erro amostral

Erro amostral	Comunidade					Total
	São Pedro	Novo Bertioga	Sagrada Família	São José	Nossa Senhora Aparecida	
5%	52	31	15	13	11	122
6%	46	27	13	11	10	107
7%	40	24	12	10	8	94
8%	35	21	10	9	7	82
9%	31	18	9	8	7	73
10%	27	16	8	7	6	64

A escolha do erro amostral foi realizada ponderando-se o nível de precisão desejado e o orçamento destinado a pesquisa. Assim, considerando um erro amostral de 8%, foi necessário aplicar o questionário a uma amostra de 82 mães para estimar os fatores de interesse.

Foram incluídas no estudo apenas mães de crianças devidamente cadastradas na Pastoral da Criança da Arquidiocese de Maringá-PR, pertencentes a Paróquia Nossa Senhora das Graças do Município de Sarandi-PR, alfabetizadas e que participavam dos encontros para pesagens das crianças. Foram excluídas aquelas que não assinaram o TCLE, que apresentavam problemas de visão, fala, audição e/ou comprometimento cognitivo relatados ou percebidos. Após aplicação dos critérios de inclusão e/ou exclusão, um total de 77 mães participaram do estudo. Deste total, 33 pertenciam a

comunidade São Pedro; 23 a comunidade Novo Bertioga; 10 a comunidade Nossa Senhora Aparecida; 09 a comunidade Sagrada Família; e 02 da comunidade São José. Dez mães não participaram do estudo devido a: se recusarem a participar; não estarem presente nas pesagens; não estarem presentes no domicílio após três visitas da pesquisadora; ou terem mudado de bairro e/ou cidade.

4.3. Aquisição e análise dos dados

4.3.1. Determinação das condições sociodemográficas

Os dados referentes a determinação das condições sociodemográficas foram obtidos por meio da aplicação de um questionário semiestruturado contendo questões referentes a idade, estado civil, número de filhos de 0 a 6 anos, renda familiar mensal, apoio do governo, e tipo de residência familiar (ANEXO I BLOCO A). A aplicação do questionário foi realizada durante visita na residência das mães agendada previamente.

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e apresentados em tabelas de frequência. Foi utilizado a frequência absoluta e a porcentagem para as variáveis categóricas. A frequência absoluta (n_i) foi dada pelo número de vezes em que uma determinada variável assumia um determinado valor/categoria em questão. A porcentagem (p_i) foi dada pelo resultado da razão entre a frequência absoluta e o tamanho da amostra, multiplicado por 100, isto é, $100.\frac{n_i}{n}$%.

4.3.2. Determinação do grau de alfabetização em saúde

Os dados referentes a determinação do grau de literacia em saúde foram obtidos por meio da aplicação de um instrumento específico (HLQ) traduzido e validado para a língua portuguesa do Brasil por QUEMELO e colaboradores (2017). A aplicação do questionário foi realizada durante visita na residência das mães, logo após a aplicação do questionário referente às condições sociodemográficas.

De forma geral, o instrumento de literacia em saúde é composto de oito questões pertinentes sobre o Entendimento do individuo relacionado às Informações de Saúde, Busca de Informações em Saúde, Interatividade em Saúde, e seu conhecimento Crítico em Saúde. Na parte referente a perguntas, as mães deveriam responder as questões

(ANEXO IV BLOCO A), referente a interpretações de bulas de medicamentos; informações sobre saúde tanto em formas tradicionais de comunicação como cartilhas ou não tradicionais como em meios eletrônicos; ainda questões sobre tomadas de decisões referentes à saúde, nesta parte do instrumento, as mães poderiam assinalar apenas uma respostas para cada questão.

Como não existe um ponto de corte consagrado na literatura para definir o que seria uma literacia em saúde baixa-insatisfatória e alta-satisfatória (ABEL et al., 2015; QUEMELO et al., 2017), utilizamos como ponto de corte o escore 24, indicando uma pontuação neutra, uma vez que as pontuações variam de 8 a 40 pontos (8 questões com escala de 1 a 5 pontos). Portanto abaixo de 24 pontos foi considerado grau de literacia baixo e acima com grau de literacia alto.

As pontuações obtidas pelo instrumento HLQ estão apresentadas em um histograma (gráfico de barras verticais) de distribuição de frequências de um conjunto de dados quantitativos contínuos. Cada barra do histograma representa a frequência absoluta de indivíduos para os quais a variável resposta pertence ao intervalo de sua respectiva classe.

4.3.3. Determinação do grau de alfabetização em saúde bucal

Os dados referentes a determinação do grau de alfabetização em saúde bucal foram obtidos por meio da aplicação de um instrumento específico (BREALD-30) traduzido e validado para a língua portuguesa do Brasil por JUNKES e colaboradores (2015). A aplicação do questionário foi realizada durante visita na residência das mães, logo após a aplicação do questionário referente a alfabetização em saúde.

De forma geral, o instrumento BREALD-30 é a versão do Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry (REALD-30). Tal instrumento é um teste rápido de reconhecimento de palavras em saúde bucal (LEE et al., 2007), sendo este de fácil aplicação, que consiste em 30 palavras com diferentes graus de dificuldade.

As participantes receberam 30 palavras em uma cartela (ANEXO III BLOCO A), no qual leram em voz alta, para que o examinador anotasse na ficha do instrumento se a pronuncia foi correta ou não. Cada palavra correta conferia o escore 1 e cada palavra

incorreta o escore 0 (zero). Ao final, foi somado todos os escores obtidos resultando na pontuação máxima de 30. Todo o processo de aplicação do instrumento BREALD-30 foi gravado em áudio, utilizando um gravador da marca *H1 Handy Recorde (Zoom)*, para que fosse verificado por outros dois avaliadores independentes.

A concordância entre as pontuações atribuídas pelo pesquisador principal e os outros dois avaliadores independentes foi avaliada por meio da análise do coeficiente de correlação de concordância de *Lin*. A estimativa do coeficiente de correlação de concordância de *Lin* entre as medições 1 e 2 foi dado por:

$$r_C = \frac{2s_{12}}{s_1^2 + s_2^2 + (\bar{y}_1 - \bar{y}_2)^2}.$$

Em que s_{12} é a covariância entre as medições 1 e 2, s_1^2 e s_2^2 são as variâncias das medições 1 e 2, respectivamente, e $\bar{y}_1$ e $\bar{y}_2$ são as médias das medições 1 e 2, respectivamente. O coeficiente varia de -1 a 1 e quanto mais próximo de 1, maior a concordância direta.

O cálculo do coeficiente de concordância de *Lin* para as três comparações resultou nos valores de 0,95 para a comparação entre a pesquisadora e o avaliador 1; de 0,89 para a comparação entre a pesquisadora e o avaliador 2; e de 0,85 para a comparação entre os avaliadores 1 e 2. Assim, tanto na comparação entre as pontuações atribuídas pela pesquisadora e pelos avaliadores, quanto entre os dois avaliadores, há uma correlação linear bastante forte (Figura 1). Portanto, os valores atribuídos pela pesquisadora foram considerados como a pontuação do instrumento BREALD-30 nas análises.

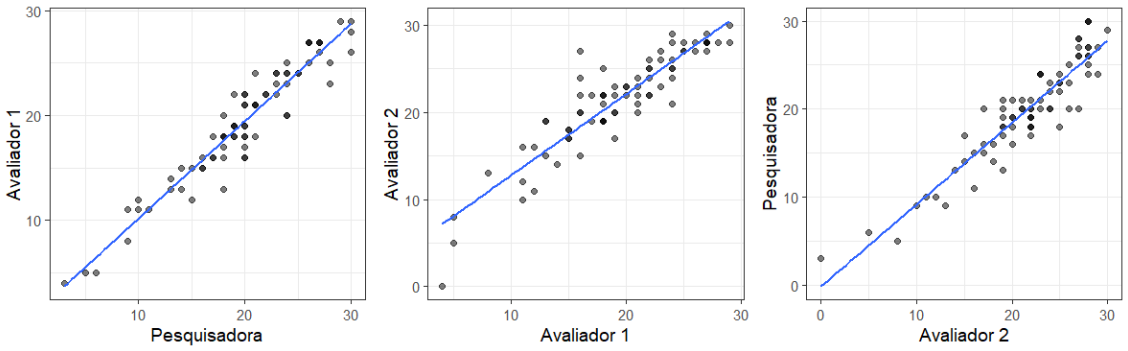


Figura 2: Diagramas de dispersão entre as pontuações atribuídas pela pesquisadora e pelos outros dois avaliadores para o instrumento BREALD-30.

Não existe um ponto de corte consagrado na literatura para definir o que seria uma literacia em saúde oral baixa-insatisfatória e alta-satisfatória (FERREIRA, 2017 – BREALD-30). MONTES (2015), *apud* VANN et al. (2012), em seus estudos utilizando

o BREALD-30, dicotomizou em alta e baixa literacia, tendo como ponto de corte o escore 19, correspondendo ao último quartil. Assim, optamos por utilizar o escore 19 como valor de corte a ser utilizado na determinação do grau de literacia em saúde oral. Assim, escores abaixo de 19 pontos indicam literacia em saúde oral baixa, e acima de 19 pontos literacia em saúde bucal alta.

As pontuações obtidas pelo instrumento BREALD-30 estão apresentadas em um histograma (gráfico de barras verticais) de distribuição de frequências de um conjunto de dados quantitativos contínuos. Cada barra do histograma representa a frequência absoluta de indivíduos para os quais a variável resposta pertence ao intervalo de sua respectiva classe.

4.3.4. Associação do grau de alfabetização em saúde com o de alfabetização em saúde bucal

Para avaliar as relações entre as pontuações dos instrumentos de literacia em saúde e literacia em saúde oral foi utilizado o teste de correlação de Pearson (1986). O coeficiente de correlação de *Pearson* (r), dado por:

$$r = \frac{n\sum_{i-1}^{n} x_i\, y_i - (\sum_{i-1}^{n} x_i)(\sum_{i-1}^{n} y_i)}{\sqrt{[n\sum_{i-1}^{n} x_i^2 - (\sum_{i-1}^{n} x_i)^2][n\sum_{i-1}^{n} y_1^2 - (\sum_{i-1}^{n} y_i)^2]}}$$

Onde o coeficiente r varia no intervalo de (-1, 1). O sinal indica a direção da correlação, inversa (negativa) ou direta (positiva), enquanto o valor indica a força da correlação. Quanto mais próximo o coeficiente estiver de -1 ou 1, mais forte é a correlação entre as variáveis. Por outro lado, se a correlação for igual a zero, não existe relação entre as variáveis em estudo.

Os dados referentes a relação entre as variáveis de interesse estão apresentados em diagramas de dispersão. O diagrama de dispersão utilizado representa simultaneamente os valores de duas variáveis quantitativas, medidas em cada elemento do conjunto de dados, por meio da atribuição de pontos aos valores observados das variáveis em espaço cartesiano bidimensional.

4.3.5. Análise da contribuição dos programas PET-ODONTO e Rede Mãe Paranaense no grau de alfabetização em saúde e alfabetização em saúde bucal;

Para analisar a contribuição dos programas PET-Saúde e Rede Mãe Paranaense no grau de literacia em saúde e literacia em saúde bucal das mães assistidas pela Pastoral da Criança foi realizado uma análise descritiva específica para as mães atendidas exclusivamente pelo PET-Saúde (n = 33) ou Rede Mãe Paranaense (n = 42) ou ambos. Os dados foram apresentados em gráficos de barras (escores totais) representando a distribuição de frequências dos escores obtidos nos instrumentos HQL e BREALD-30.

4.3.6. Determinação das vias pelas quais as mães acessam informações sobre saúde bucal

Os dados referentes a determinação das vias pelas quais as mães acessaram informações sobre saúde bucal foram obtidos por meio da aplicação de um questionário semiestruturado, questões de 01 até 07, sobre acesso as informações no posto de saúde de seu bairro, participação em palestras, recebimento de panfletos, bem como informações em mídia televisiva (ANEXO I BLOCO C). A aplicação do questionário foi realizada durante visita na residência das mães agendada previamente.

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e apresentados em histograma (gráfico de barras verticais) de distribuição de frequências. Foi utilizado a frequência absoluta e a porcentagem para as variáveis categóricas.

4.3.7. Determinação das vias pelas quais as mães gostariam de acessar informações sobre saúde bucal.

Os dados referentes a determinação das vias pelas quais as mães gostariam de receber informações sobre saúde oral foi obtido por meio da aplicação de um questionário semiestruturado adaptado de Bilotti e colaboradores (2017), especificamente na questão 08 (ANEXO I BLOCO C). A aplicação do questionário foi realizada durante visita na residência das mães agendada previamente.

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e apresentados em histograma (gráfico de setores) de distribuição de frequências. Foi utilizado a frequência absoluta e a porcentagem para as variáveis categóricas.

Todas as análises foram realizadas com o auxílio do ambiente estatístico R (*R Development Core Team*), versão 3.3.1 e o nível de significância foi fixado em 5%.

5. RESULTADOS

5.1. Determinação das condições sociodemográficas

Os dados referentes à determinação das condições sociodemográficas das mães de crianças de 0 a 6 anos de idade atendidas pelo Programa Pastoral da Criança da Paróquia Nossa Senhora das Graças do Município de Sarandi-PR estão apresentados na Tabela 2. Nota-se que mais de 40% das mães pertencem à comunidade São Pedro, ao passo que 29,87% pertencem à São Bertioga e os quase 30% restantes se distribuem entre as 3 demais comunidades pesquisadas. No total, mais da metade das mães que foram entrevistadas concentram-se na faixa etária de 26 a 30 anos (25,94%) e de 31 a 35 anos (27,27%), sendo que a idade média é de 29,09 anos, com desvio padrão de 6,64 anos. Ainda, a grande maioria (71,43%) possui apenas um filho entre 0 e 6 anos, sendo que 46,75% das mães tem filhos com idade inferior a um ano e 29,87% com dois anos de idade.

Quanto a união estável, foi verificado que 57,14% das mães são casadas e no total, 15,59% são solteiras ou divorciadas, sendo que as demais apontaram outros estados civis. Vê-se também que mais da metade das mães (58,45%) possui grau de instrução inferior ao ensino médio completo, ao passo que apenas 6,49% concluíram o ensino superior. Ainda, em relação à renda familiar, observa-se que a maioria (64,94%) apontou a opção de 1 a 2 salários mínimos.

Apenas 9,09% das respondentes indicou que recebem apoio do governo, sendo que entre os benefícios foram citados o leite, bolsa família e assistência social. Também se observa que 46,75% das mães participantes da pesquisa residem atualmente em imóvel próprio e 23,38% pagam aluguel, sendo que cerca de 80% delas reside com cônjuge ou companheiro. Quanto ao trabalho, 48,05% das mães exercem alguma atividade remunerada, destacando-se que entre estas, quase um terço trabalha a menos de um ano e mais de 70% trabalham nos turnos da manhã e tarde.

As mães ainda foram questionadas sobre a assistência dos programas Rede Mãe Paranaense e PET-Saúde. 54,54% delas apontaram que são assistidas pelo programa Rede Mãe Paranaense (n = 42), 40,25% apontaram que não são assistidas (n = 31), e 5,19 % não souberam responder (n = 4). Quanto ao Programa PET-Saúde, 42,85% delas apontaram ser assistidas pelo programa (n = 33) enquanto que 57,14% delas apontaram não ser assistidas (n = 44) (dados não mostrados).

Tabela 10: Distribuição de frequências das características sociodemográficas das mães de crianças de 0 a 6 anos de idade atendidas pelo Programa Pastoral da Criança da Paróquia Nossa Senhora das Graças do Município de Sarandi-PR

Questão	Frequência absoluta	%
Comunidade		
Nossa Senhora Aparecida	10	12,99%
Novo Bertioga	23	29,87%
Sagrada Família	9	11,69%
São José	2	2,60%
São Pedro	33	42,86%
Idade materna		
Até 20 anos	9	11,69%
De 21 a 25 anos	13	16,88%
De 26 a 30 anos	20	25,97%
De 31 a 35 anos	21	27,27%
De 36 a 40 anos	11	14,29%
Mais de 40 anos	3	3,90%
Quantos filhos (de 0 a 6 anos)		
Um	55	71,43%
Dois	17	22,08%
Três	4	5,19%
Quatro	1	1,30%
Idade dos filhos *		
Até 1 ano	36	46,75%
2 anos	23	29,87%
3 anos	8	10,39%
4 anos	18	23,38%
5 anos	8	10,39%
6 anos	8	10,39%
Estado civil		
União Estável	44	57,14%
Divorciada	1	1,30%
Solteira	11	14,29%
Outros	21	27,27%
Escolaridade		
Ensino básico incompleto	11	14,29%
Ensino fundamental incompleto	11	14,29%
Ensino fundamental completo	8	10,39%
Ensino médio incompleto	15	19,48%
Ensino médio completo	23	29,87%
Ensino superior incompleto	4	5,19%
Ensino superior completo	5	6,49%
Renda familiar		
Menos de um salário mínimo	8	10,39%
De 1 a 2 salários mínimos	50	64,94%
Maior que 2 até 4 salários mínimos	17	22,08%
Maior que 6 até 8 salários mínimos	1	1,30%
Não respondeu	1	1,30%

Apoio do Governo		
Não	66	85,71%
Sim	7	9,09%
Não respondeu	4	5,19%
Sua residência atualmente		
Própria	36	46,75%
Alugada	18	23,38%
Da família	20	25,97%
Outros	1	1,30%
Não respondeu	2	2,60%
Com quem reside		
União Estável	60	78,92%
Familiares	14	18,18%
Outros	2	2,60%
Não respondeu	1	1,30%
Assistida Rede Mãe Paranaense		
Sim	42	54,55%
Não	31	40,26%
Não sabe dizer/ Não respondeu	3	3,90%
Exerce atividade remunerada		
Não	39	50,65%
Sim	37	48,05%
Não respondeu	1	1,30%

5.2. Determinação do grau de alfabetização em saúde

A Figura 2 apresenta os dados referentes à determinação do grau de literacia em saúde das mães de crianças de 0 a 6 anos de idade atendidas pelo Programa Pastoral da Criança da Paróquia Nossa Senhora das Graças do Município de Sarandi-PR. Nota-se que a distribuição da pontuação do instrumento que avalia o grau de alfabetização em saúde (HLQ), vê-se que a concentração dos escores está entre 20 e 30 pontos, sendo que 71% das respondentes obteve pontuação nesta faixa. Ainda, apenas 4% obtiveram pontuações inferiores a 15 pontos, enquanto que 7% obtiveram pontuações superiores a 30 pontos. Foi observado que a pontuação obtida pelas mães varia entre 12 e 32 pontos, apresentando média e mediana de 23,88 e 24,50 pontos, respectivamente. Em relação à dispersão, obteve-se um desvio padrão de 4,50 pontos, com respectivo coeficiente de variação de 18,83%, indicando uma dispersão baixa dos dados em torno da média. Aplicando-se o teste de *Shapiro-Wilk*, a hipótese de normalidade dos dados não foi rejeitada, ao nível de 5% de significância (valor p de 0,160).

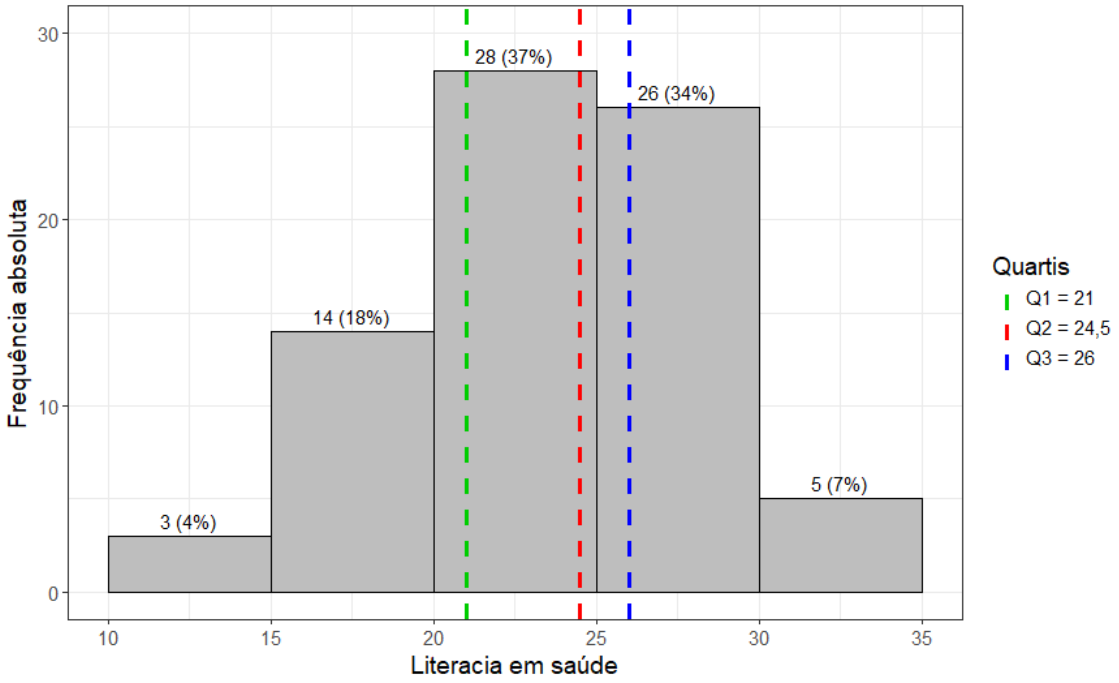


Figura 3: Distribuição de frequências das pontuações obtidas no instrumento de medida do grau de alfabetização em saúde (HLQ) pelas mães de crianças de 0 a 6 anos de idade atendidas pelo Programa Pastoral da Criança da Paróquia Nossa Senhora das Graças do Município de Sarandi-PR

Os dados referentes à distribuição de frequências das pontuações obtidas nas respostas aos itens do instrumento de medida do grau de alfabetização em saúde (HLQ), bem como dos significados das pontuações, estão apresentados nas Tabelas 3 e 4, respectivamente. Verifica-se que para a primeira questão do instrumento, que avalia o quanto as entrevistadas consideram que entendem das instruções nas bulas de medicamentos, a resposta predominante foi “moderadamente”, apontada por 40,3% delas, sendo que 18,2% indicaram que não leem as bulas. Já em relação às informações sobre saúde em panfletos e cartilhas, abordada na questão 2, 45,5% das mães entrevistadas apontaram que as entendem bem.

Foi verificado que a maior parte das respondentes concordam ou concordam totalmente que quando tem dúvidas sobre doenças ou queixas (63,6% e 6,5%, respectivamente) ou quando querem fazer algo para saúde delas sem estar doente (61,0% e 10,4%, respectivamente), sabem onde podem encontrar as informações, de acordo com as respostas para as questões 3 e 4.

Em relação à quinta questão, que avalia a frequência com a qual as entrevistadas conseguiram ajudar os seus familiares ou um amigo, caso eles tenham dúvidas sobre problemas de saúde, 37,7% indicaram que tal situação ocorreu de vez em quando, sendo tal resposta citada com a mesma frequência quando aplicada a questão 6, que verifica

quantas vezes as respondentes conseguiram receber conselhos e informações de outras pessoas familiares e amigos, quando tiveram dúvidas sobre problemas e questões de saúde.

Nota-se também que 40,3% e 13,0% das mães acreditam que sabem escolher bem ou muito bem, respectivamente, conselhos e recomendações que sejam melhores para sua saúde (questão 7) e por fim, 40,3% das respondentes concordam e 9,1% concordam totalmente que em relação às informações sobre saúde na *internet* (questão 8), são capazes de determinar quais fontes são de alta ou de baixa qualidade.

Tabela 11: Distribuição de frequências das pontuações obtidas nas respostas aos itens do instrumento de medida do grau de alfabetização em saúde (HLQ) pelas mães de crianças de 0 a 6 anos de idade atendidas pelo Programa Pastoral da Criança da Paróquia Nossa Senhora das Graças do Município de Sarandi-PR

Questão		Frequência					
		0	1	2	3	4	5
Q1	Quanto você intende das instruções nas bulas de medicamentos?	18,2%	2,6%	6,5%	40,3%	26,0%	6,5%
Q2	Quanto você entende sobre as informações de saúde em folhetos cartilhas?	15,6%	1,3%	2,6%	31,2%	45,5%	3,9%
Q3	Quando eu tenho dúvidas sobre doenças ou queixas, eu sei onde posso encontrar estas informações	5,2%	3,9%	20,8%	63,6%	6,5%	-
Q4	Quando quero fazer algo para minha saúde sem estar doente, eu sei onde posso encontrar estas informações	3,9%	5,2%	19,5%	61,0%	10,4%	-
Q5	Com qual frequência você conseguiu ajudar os seus familiares ou um amigo, caso eles tenham dúvidas sobre problemas de saúde?	10,4%	6,5%	20,8%	37,7%	7,8%	16,9%
Q6	Quando você teve dúvidas sobre problemas e questões de saúde, quantas vezes você conseguiu receber conselhos e informações de outras pessoas, familiares e amigos?	-	6,5%	10,4%	37,7%	7,8%	36,4%
Q7	Como você acredita que sabe escolher os conselhos e recomendações que sejam melhores para sua saúde?	3,9%	1,3%	3,9%	29,9%	46,8%	13,0%
Q8	Em relação às informações sobre saúde na internet eu sou capaz de determinar quais fontes são de alta ou de baixa qualidade	9,1%	13,0%	27,3%	40,3%	9,1%	-

Tabela 12: Distribuição de frequências dos significados das pontuações obtidas nas respostas aos itens do instrumento de medida do grau de alfabetização em saúde (HLQ) pelas mães de crianças de 0 a 6 anos de idade atendidas pelo Programa Pastoral da Criança da Paróquia Nossa Senhora das Graças do Município de Sarandi-PR

	Questão	Significado das pontuações	Frequência				
			1	2	3	4	5
Q1	Quanto você intende das instruções nas bulas de medicamentos?	Moderadamente			40,3%		
Q2	Quanto você entende sobre as informações de saúde em folhetos cartilhas?	Bem				45,5%	
Q3	Quando eu tenho dúvidas sobre doenças ou queixas, eu sei onde posso encontrar estas informações	Concordo			63,6%		
Q4	Quando quero fazer algo para minha saúde sem estar doente, eu sei onde posso encontrar estas informações	Concordo			61,0%		
Q5	Com qual frequência você conseguiu ajudar os seus familiares ou um amigo, caso eles tenham dúvidas sobre problemas de saúde?	De vez em quando			37,7%		
Q6	Quando você teve dúvidas sobre problemas e questões de saúde, quantas vezes você conseguiu receber conselhos e informações de outras pessoas, familiares e amigos?	De vez em quando			37,7%		
Q7	Como você acredita que sabe escolher os conselhos e recomendações que sejam melhores para sua saúde?	Bem				46,8%	
Q8	Em relação às informações sobre saúde na internet eu sou capaz de determinar quais fontes são de alta ou de baixa qualidade	Concordo			40,3%		

5.3. Determinação do grau de alfabetização em saúde bucal

A Figura 3 apresenta os dados referentes à determinação do grau de alfabetização em saúde bucal das mães de crianças de 0 a 6 anos de idade atendidas pelo Programa Pastoral da Criança da Paróquia Nossa Senhora das Graças do Município de Sarandi-PR. Nota-se que a distribuição da pontuação do instrumento que avalia o grau de alfabetização em saúde bucal (BREALD-30), vê-se que a concentração dos escores está entre 15 e 25 pontos, sendo que 64% das respondentes obteve pontuação nesta faixa. Ainda, nota-se que apenas 3% apresentaram pontuações inferiores a 5 pontos, enquanto que 18% obtiveram pontuações superiores a 25 pontos. Foi observado que a pontuação obtida pelas mães varia entre 3 e 30 pontos, apresentando média e mediana de 19,84 e 20,00 pontos,

respectivamente. Em relação à dispersão, obteve-se um desvio padrão de 5,85 pontos, com respectivo coeficiente de variação de 29,50%, indicando uma dispersão baixa a moderada dos dados em torno da média. Aplicando-se o teste de *Shapiro-Wilk*, a hipótese de normalidade dos dados foi rejeitada, ao nível de 5% de significância (valor p de 0,025).

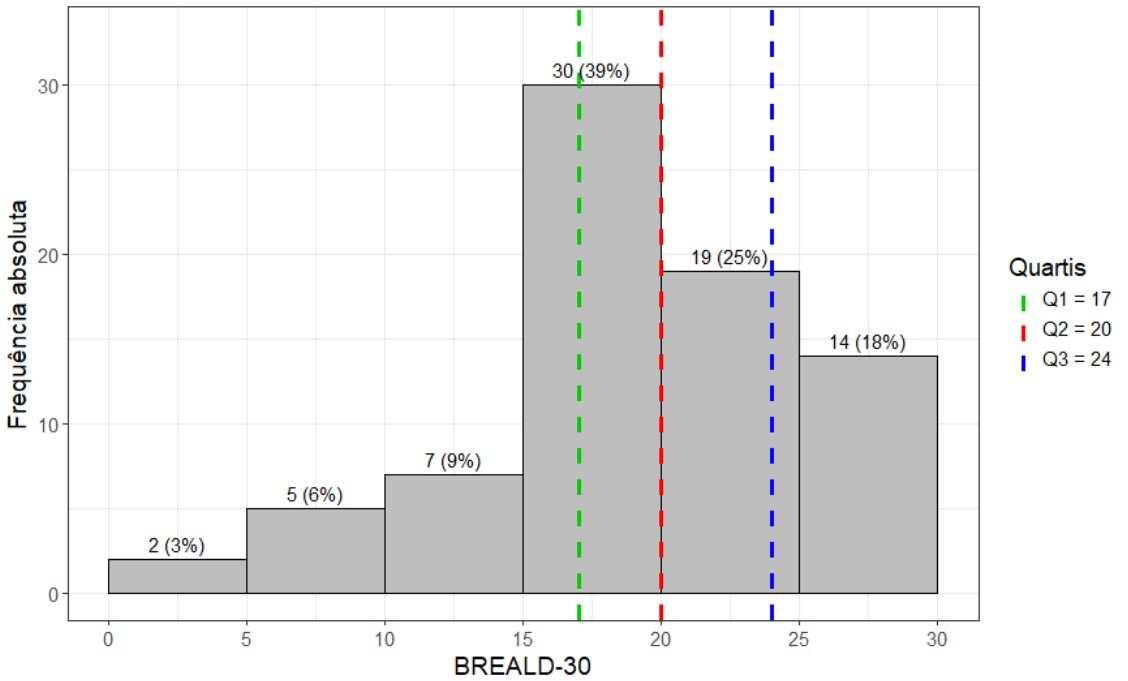


Figura 4: Distribuição de frequências das pontuações obtidas no instrumento de medida do grau de alfabetização em saúde oral (BREALD-30) pelas mães de crianças de 0 a 6 anos de idade atendidas pelo Programa Pastoral da Criança da Paróquia Nossa Senhora das Graças do Município de Sarandi-PR

A Tabela 5 apresenta os dados referentes à distribuição de frequências das respostas certas e erradas de cada uma das 30 palavras que compõe o instrumento BREALD-30. As palavras açúcar, fumante, esmalte, dentadura, restauração, dentição, genética, radiografia, escovar e gengiva apresentaram os maiores índices de acerto de pronúncia. Já as palavras endodontia, temporomandibular, apicectomia, fístula, periodontal e analgesia, configuraram com os menores índices de acerto de pronúncia.

Tabela 13: Distribuição de frequências dos acertos das pronuncias de cada uma das 30 palavras que compõe o instrumento BREALD-30 de mães de crianças de 0 a 6 anos de idade atendidas pelo Programa Pastoral da Criança da Paróquia Nossa Senhora das Graças do Município de Sarandi-PR

Palavra	Frequência		
	Errada	Correta	Sem resposta
Açúcar	2,60%	97,40%	0,00%
Dentadura	7,79%	92,21%	0,00%
Fumante	2,60%	97,40%	0,00%
Esmalte	1,30%	97,40%	1,30%
Dentição	27,27%	72,73%	0,00%
Erosão	27,27%	72,73%	0,00%
Genética	7,79%	90,91%	1,30%
Incipiente	42,86%	57,14%	0,00%
Gengiva	11,69%	88,31%	0,00%
Restauração	5,19%	94,81%	0,00%
Biópsia	33,77%	66,23%	0,00%
Exaguatório	32,47%	67,53%	0,00%
Bruxismo	24,68%	75,32%	0,00%
Escovar	10,39%	89,61%	0,00%
Hemorragia	12,99%	87,01%	0,00%
Radiografia	9,09%	90,91%	0,00%
Película	16,88%	83,12%	0,00%
Halitose	31,17%	68,83%	0,00%
Periodontal	53,25%	46,75%	0,00%
Analgesia	74,03%	25,97%	0,00%
Endodontia	84,42%	15,58%	0,00%
Maloclusão	70,13%	29,87%	0,00%
Abscesso	38,96%	61,04%	0,00%
Biofilme	12,99%	87,01%	0,00%
Fístula	71,43%	28,57%	0,00%
Hiperemia	48,05%	50,65%	1,30%
Ortodontia	49,35%	50,65%	0,00%
Temporomandibular	80,52%	19,48%	0,00%
Hipoplasia	59,74%	40,26%	0,00%
Apicectomia	83,12%	16,88%	0,00%

5.4. Correlação entre o grau de alfabetização em saúde e o grau de alfabetização em saúde bucal

A Figura 4 apresenta os dados referentes à correlação entre o grau de alfabetização em saúde (HLQ) e o grau de alfabetização em saúde oral (BREALD-30) das mães de crianças de 0 a 6 anos de idade atendidas pelo Programa Pastoral da Criança da Paróquia Nossa Senhora das Graças do Município de Sarandi-PR. Nota-se uma tendência de crescimento da pontuação referente ao HLQ à medida que a pontuação referente ao BREALD-30 aumenta. Entretanto, tal correlação é fraca, com coeficiente de correlação de Pearson de 0,196, sendo que não há evidências amostrais suficientes para que tal correlação seja significativa (valor p de 0,09), ao nível de 5% de significância.

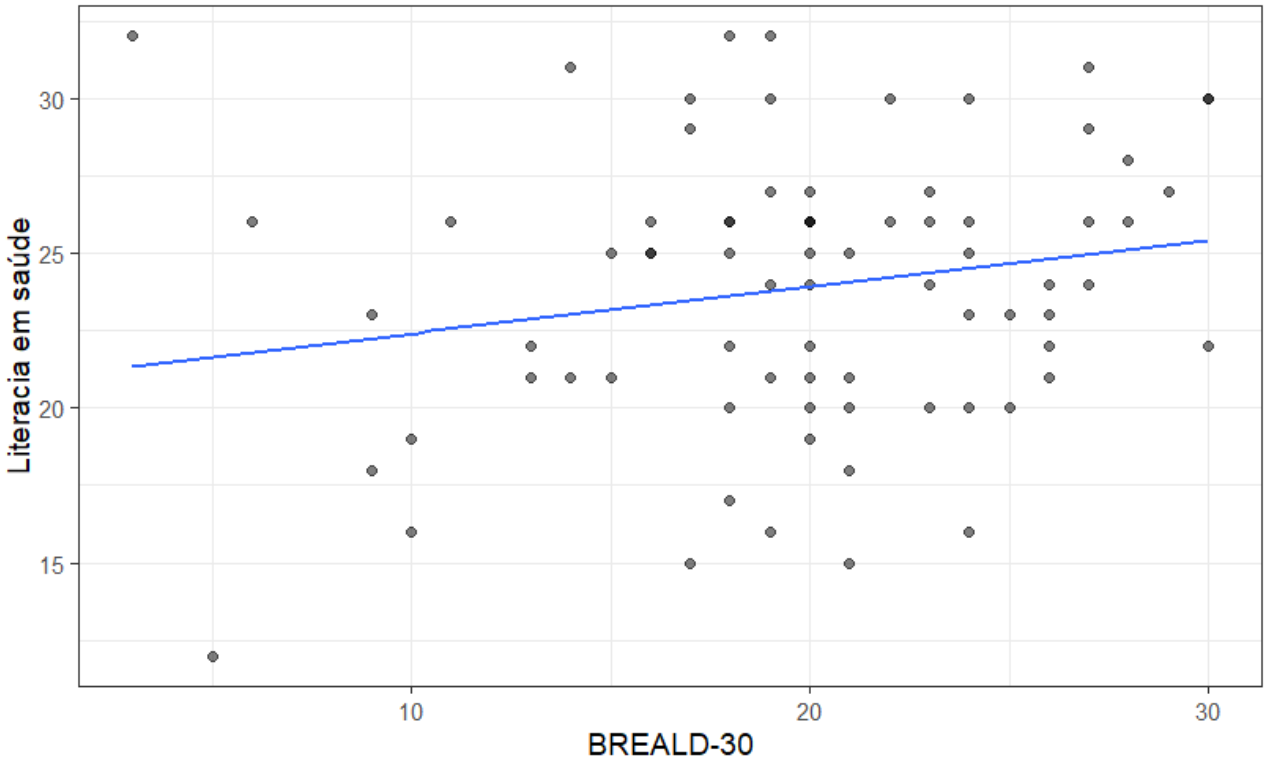


Figura 5: Correlação entre o grau de alfabetização em saúde (HLQ) e o grau de alfabetização em saúde oral (BREALD-30) das mães de crianças de 0 a 6 anos de idade atendidas pelo Programa Pastoral da Criança da Paróquia Nossa Senhora das Graças do Município de Sarandi-PR

5.5. Contribuição dos Programas PET-ODONTO e Rede Mãe Paranaense no grau de literacia em saúde e alfabetização em saúde bucal

Como algumas mães que são assistidas pelo PET também são assistidas pela Rede Mãe Paranaense, analisamos a pontuação obtida no HLQ tanto daquelas atendidas pelo PET e Rede Mãe Paranaense quanto daquelas atendidas exclusivamente pelo PET (Figura 5). Para as mães que pertencem a comunidade que recebe auxílio do PET e Rede Mãe Paranaense 53,33% delas atingiram altas pontuações de literacia em saúde. Para aquelas atendidas exclusivamente pelo PET, 47,06% atingiram altas pontuações de literacia em saúde.

Figura 6: Distribuição de frequências das pontuações obtidas no instrumento de medida do grau de alfabetização em saúde (HLQ) pelas mães assistidas pelo Programa PET-Saúde com ou sem assistência do Programa Mãe Paranaense

Da mesma forma, como algumas mães que são assistidas pelo PET também são assistidas pela Rede Mãe Paranaense, foi também analisado a pontuação obtida no BREALD-30 tanto daquelas atendidas pelo PET e Rede Mãe Paranaense quanto daquelas atendidas exclusivamente pelo PET (Figura 6). Para as mães que pertencem a comunidade que recebeu auxílio do PET e Rede Mãe Paranaense 52,94% delas atingiram altas

pontuações de alfabetização em saúde bucal. Para aquelas atendidas exclusivamente pelo PET, 60,00% atingiram altas pontuações de alfabetização em saúde bucal.

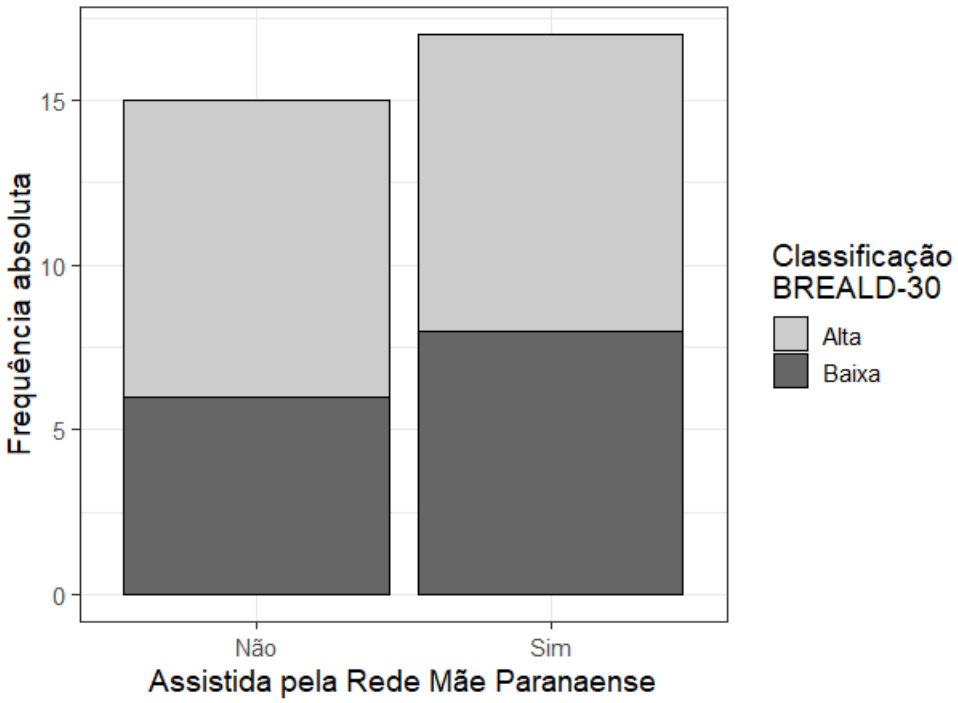


Figura 7: Distribuição de frequências das pontuações obtidas no instrumento de medida do grau de alfabetização em saúde bucal (BREALD-30) pelas mães assistidas pelo Programa PET-Saúde com ou sem assistência da Rede Mãe Paranaense

5.6. Determinação das vias pelas quais as mães acessam informações sobre saúde bucal

Os dados referentes a distribuição de frequências das respostas das vias pelas quais as mães acessaram informações sobre saúde bucal estão apresentados na Tabela 6. Nota-se que a grande maioria das mães entrevistadas indicou que no posto de saúde de seus respectivos bairros não há cartaz de saúde bucal da criança (87,01%) e que o mesmo não ofereceu palestra ou semana da saúde bucal da criança (88,31%), destacando-se que cerca de três quartos das respondentes (75,32%) não participaram de palestra sobre prevenção da cárie precoce na primeira infância em algum lugar.

As respostas negativas também foram predominantes quando as entrevistadas foram questionadas se já receberam panfleto sobre prevenção da cárie na primeira infância (67,53%), se já receberam informações de como proceder caso a criança venha a ter um trauma dentário (85,71%), se já ouviram na TV sobre a importância de prevenir

a cárie dentária na primeira infância (53,25%) e se já receberam do posto alguma informação sobre a forma de prevenção da cárie precoce na primeira infância (92,21%).

Tabela 14: Distribuição de frequências das respostas das vias pelas quais as mães acessam informações sobre saúde oral

	Frequência absoluta	%
Cartaz de saúde bucal da criança no posto de Saúde		
Não	67	87,01%
Sim	4	5,19%
Desconheço	6	7,79%
Palestra ou semana da saúde bucal da criança no Posto de Saúde seu bairro		
Não	68	88,31%
Sim	1	1,30%
Não sei	8	10,39%
Você já participou de palestra sobre prevenção de cárie precoce na primeira infância em algum lugar		
No posto	1	1,30%
Na associação comunitária	2	2,60%
Na faculdade/universidade	3	3,90%
Outros	12	15,58%
Nenhum	58	75,32%
Não respondeu	1	1,30%
Você já recebeu panfleto sobre prevenção da cárie na primeira infância		
Não	52	67,53%
Sim	25	32,47%
Você já recebeu informações como proceder caso a criança venha ter um trauma dentário		
Não	66	85,71%
Sim	10	12,99%
Não respondeu	1	1,30%
Você já ouviu na tv sobre a importância de prevenir a cárie dentária na primeira infância		
Não	41	53,25%
Sim	35	45,45%
Não respondeu	1	1,30%
Você já recebeu do posto alguma informação sobre a forma de prevenção da cárie precoce da primeira infância		
Não	71	92,21%
Sim	4	5,19%
Não respondeu	2	2,60%

5.7. Determinação das vias pelas quais as mães gostariam de acessar informações sobre saúde bucal

A Figura 7 apresenta os dados referentes às respostas das vias pelas quais as mães gostariam de acessar informações sobre saúde bucal**.** Nota-se que o profissional da UBS (seja dentista ou pediatra), redes sociais e palestra, em ordem, foram os meios mais citados pelas mães, sendo cada um dos dois primeiros citados por 32,47% das entrevistadas, e o terceiro citado por 25,97% delas.

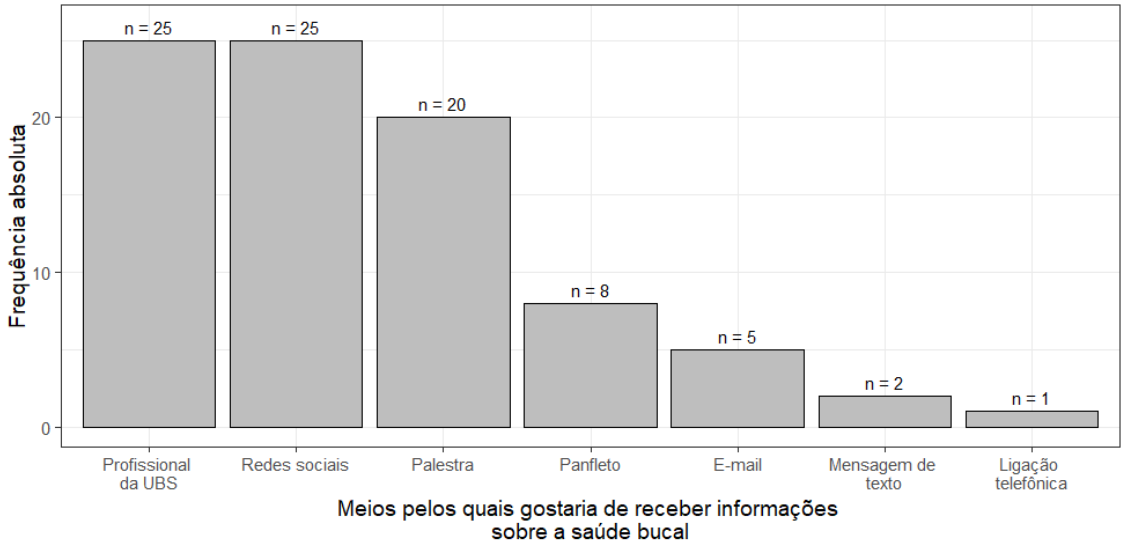


Figura 8: Distribuição de frequências das respostas sobre as vias pelas quais as mães gostariam de acessar informações sobre saúde bucal

6. DISCUSSÃO

Intervenções de promoção da saúde baseadas no empoderamento tem assumido relevante papel de destaque no cenário atual de enfrentamento das desigualdades sociais. No que tange a saúde infantil, problemas de saúde bucal são muito frequentes em famílias que vivem em situações de vulnerabilidade e os comportamentos de cuidado da saúde bucal da mãe estão frequentemente associados com os comportamentos de saúde bucal dos filhos. Diante da relevância das ações intersetoriais dedicadas à atenção da saúde infantil e do significado do grau de letramento em saúde para análise dos comportamentos de cuidado com a saúde, analisamos no presente estudo a importância dos programas Rede Mãe Paranaense, PET-Odonto/UEM e Pastoral da Criança no grau de alfabetização em saúde e alfabetização em saúde bucal de mães de crianças com idade entre 0 a 6 anos. Mostramos que as ações de empoderamento sobre saúde bucal para mães de crianças em idade pré-escolar tem sido realizada fora das unidades básicas de saúde em especial por ações intersetoriais, como a da Pastoral da Criança e que o delineamento futuro de ações de promoção da saúde baseadas no empoderamento devem considerar tanto os profissionais de saúde quanto as redes sociais na veiculação de informações.

As mães atendidas pela Pastoral da Criança avaliadas em nosso estudo possuem boa capacidade de obter, processar e entender as informações e serviços básicos de saúde necessários para tomar decisões adequadas sobre saúde, visto que mais de 40% delas atingiram escores próximo dos pontos de corte para alta alfabetização em ambos instrumentos utilizados, HLQ (média de 23,88 pontos) e BREALD-30 (média de 19,84 pontos). Este achado mostra-se divergente do que é demonstrado na maioria dos estudos que associam baixo grau alfabetização em saúde com condições socioeconômicas ruins (LEVIN-ZAMIR et al., 2016; BATISTA et al., 2017; MARQUES et al., 2018; SILVA e OLIVEIRA, 2018), onde conhecimento limitado em saúde é mais comum entre pessoas que vivem em condições economicamente desfavoráveis e com grau de instrução inferior ao ensino médio. O fato de que mais de 58% das mães que participaram de nosso estudo não tenham finalizado o ensino médio e mais de 60% delas tenham referido ter renda familiar entre 1 a 2 salários mínimos, sugere que, para esta população, estes fatores não foram determinantes para a definição do grau de alfabetização, pelo menos, pelos instrumentos aqui utilizados.

No estudo original do instrumento HLQ realizado por ABEL et al. (2015), na Suíça, com 331 mulheres jovens (idade entre 18-21 anos), a média de escore obtida foi de 27 pontos. Neste mesmo estudo, os altos escores obtidos pelas jovens foram positivamente associados com alto grau de instrução dos pais e a prática de hábitos de vida saudável, sugerindo, portanto, a influência do ambiente familiar no grau de alfabetização em saúde. Como não investigamos as condições sociodemográficas e estilo de vida dos familiares das mães que participaram de nosso estudo, não podemos afirmar que este seja um fator que tenha contribuído para os bons escores de alfabetização aqui observados, por outro lado, não podemos descartar a hipótese de que a idade possa ter sido um fator positivo, uma vez que se trata de mulheres jovens (idade média de 29 anos), como a referida no estudo original. Ademais, é sabido que pessoas mais velhas normalmente apresentam escores de alfabetização em saúde inferior aqueles obtidos por indivíduos mais jovens (RODRIGUES et al., 2017).

Em estudo recente de CRUVINEL et al. (2017) realizado no Brasil com 111 mulheres com idade média de 39 anos, o escore médio obtido no BREALD-30 foi de 24.75 pontos, um pouco acima do apresentado em nosso estudo (19,84). O que chama atenção no estudo supracitado é de que muitas das mulheres concluíram o ensino médio (45%), fator este que pode explicar os altos escores obtidos. No estudo de VILELLA et al. (2016), 175 mulheres grávidas com idade média de 26 anos e ensino médio completo obtiveram escores médios de 22.4 pontos no BREALD-30, acima também do aqui apresentado. Neste mesmo estudo, foi mostrado que condições socioeconômicas e grau de escolaridade estão associados com a pontuação, tendo os maiores escores provindos de mulheres com melhor escolaridade e condição econômica mais favorável. Novamente, comparando estes estudos com o aqui apresentado, mesmo se tratando de mulheres de baixo grau de escolaridade e de reduzida condição econômica, os bons escores obtidos por elas no BREALD-30 reforçam a hipótese de que estes fatores não foram determinantes para o grau de alfabetização em saúde bucal.

Neste sentido, o que nos chama a atenção é de fato a atuação dos programas assistenciais (Pastoral da Criança, Rede Mãe Paranaense, PET-Odonto) no empoderamento destas mulheres. Embora todas as mães tenham sido assistidas pela Pastoral da Criança (77 mães), nem todas foram assistidas pelos programas Rede Mãe Paranaense (42 assistidas) e PET-Saúde (33 assistidas), assim, foi realizado uma análise separada para cada grupo de mãe assistidas a fim de inferir a contribuição destes programas no grau de literacia. Para o HQL, a assistência apenas do PET-Odonto não foi

tão eficaz quanto a da Rede Mãe Paranaense, uma vez que 47.06% das mães que foram atendidas exclusivamente pelo PET-Odonto/UEM obtiveram altos escores, enquanto que 53.33% das que tiveram assistência do PET-Saúde e da Rede Mãe Paranaense obtiveram altos escores. Ou seja, um incremento de apenas 6.27% de mães com altos escores ocorre quando se associa o PET-Odonto/UEM à Rede Mãe Paranaense, sugerindo que para a literacia em saúde, ser assistindo por um ou dois programas não é garantia de notável melhora de literacia em saúde. Da mesma forma, quando se observa o resultado obtido no BREALD-30 nota-se que 60% das mães atendidas exclusivamente pelo PET-Odonto/UEM obtiveram altos escores enquanto que para aquelas assistidas pelo PET-Odonto/UEM e Rede Mãe Paranaense, 52,94% obtiveram altos escores, sugerindo também que ser assistido por um ou dois programas não é garantia de melhor literacia em saúde oral.

Como não avaliamos o grau de alfabetização em mães não assistidas pela Pastoral da Criança, não podemos inferir a relevância desta ação intersetorial no empoderamento, mas diante da ausência de um efeito claro dos outros programas, e da constatação de que as participantes do estudo possuem características sociodemográficas desfavoráveis para a obtenção de altos escores, é possível sugerir uma contribuição relevante do programa Pastoral da Criança no empoderamento destas mães, pelo menos no que tange a alfabetização avaliada pelo HLQ e BREALD-30. Além disso, mostramos também que o grau de literacia em saúde não influencia no grau de alfabetização em saúde bucal, visto que não encontramos evidenciais amostrais suficientes para demonstrar correlação entre os escores obtidos no HLQ e BREALD-30. Assim, podemos apenas sugerir que os bons escores obtidos pelas mães nos instrumentos de análise de alfabetização aqui utilizados possam refletir as ações de empoderamento realizadas pelos programas assistenciais analisados. O fato de que quase 90% das mães que participaram do presente estudo indicaram ausência de cartazes sobre saúde bucal nas unidades básicas de saúde que pertencem, bem como inexistência de palestras sobre saúde bucal, reforça ainda mais a hipótese de que os bons escores em alfabetização, especialmente em alfabetização em saúde bucal, tenham se devido às ações

dos promagramas assitenciais.

Quando analizamos isoladamente as questões do instrumento HLQ, notamos que muitas mães (40,3%) referiram apresentar dificuldade moderada em compreender as informações presentes nas bulas dos medicamentos. Este fato assume relevância visto

que limitações na compreensão sobre a medicação e a dosagem adequada pode inferir dificuldades de gerenciamento de outros aspectos da saúde, visto que muitas das informações nos atendimentos rotineiros de saúde são fornecidas a população por escrito. Desta forma, para esta população em especial, as ações de promoção da saúde embasadas no empoderamento devem considerar o desenvolvimento de habilidades cognitivas capazes de garantir maior autonomia e eficácia na compreeensão de informações sobre sáude. Além disso, como uma parcela considerável das mães manifestaram preferir receber informações sobre saúde bucal pelo profissional de saúde ou pelas redes sociais, as ações de empoderamento devem também considerar esta peculiaridade.

7. CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo demonstram a importância das ações intersetoriais no empoderamento em saúde de mães de crianças em idade pré-escolar. Sugerimos que mesmo diante de ações de austeridade fiscal, programas assistenciais como Pastoral da Criança, PET-Odonto/UEM e Rede Mãe Paranaense sejam mantidos e fortalecidos a fim de dar prosseguimento às ações voltadas para a redução da mortalidade infantil. Além do mais, para que as mães possam progredir para graus de alfabetização mais elevados, tanto em alfabetização em saúde quanto alfabetização em saúde bucal, faz-se necessário o delineamento de mais ações de empoderamento, que utilizem tanto da figura do profissional de saúde quanto das tecnologias da informação e comunicação, em especial, das redes sociais online. Ademais, o desafio continua de monitorar os programas para avaliar de maneira mais incisiva as dimensões das diferenças sociais, para que a Promoção da Saúde possa ser efetiva nos objetivos em que se propõe, auxiliando assim na formação de indivíduos empoderados, capazes de promover mudanças na sociedade. Consideramos, portanto, que, os programas de educação em saúde para adultos têm viabilizado o empoderamento, e diante disso é necessário que a integração entre ensino, pesquisa, sociedade, governo, e serviço em saúde seja defendida e fortalecida.

REFERÊNCIAS

AABY, A. et al. **Health literacy is associated with health behaviour and self-reported health: A large population-based study in individuals with cardiovascular disease.** J Health Psychol, v.18, n.8, p.1011-22. 2013.

ABEL T,et al. **Health literacy among young adults: a short survey tool for public health and health promotion research.** Health Promot Int 2015; 30:725-35.

ARNS, Z. Pastoral da criança. **Guia do líder da Pastoral da Criança**. Curitiba: 2000.

BAKER. D.W. **The meaning and the measure of health literacy**. J Gen Intern Med., v.21, n.8, p.878-83, 2006.

BALDO, C. et al. **Diabetes Food Control – Um aplicativo móvel para avaliação do consumo alimentar de pacientes diabético**s. RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde. v. 9, n. 3, jul./set., 2015.

BARASUOL, J.C. et al. **Oral Health Literacy as a Predictor of Dental Anxiety in Parents of Children Undergoing Dental Treatment.** Home / Journal of Dentistry for Children, Volume 84, Number 3, 2017.

BATISTA, M.J.; LAWRENCE, H.P.; SOUSA, M.L.R. **Oral health literacy and oral health outcomes in an adult population in Brazil.** BMC Public Health (2017), 18:60 DOI 10.1186/s12889-017-4443-0.

BELLINI**,** H.T. **Promoção de Saúde Bucal**. J. ABOFREV- forp.usp.br. jul, 1994 Disponível em: http://www.aboprev.org.br/

BILOTTI, C.C. et al. **m-Health no controle do câncer de colo do útero: pré-requisitos para o desenvolvimento de um aplicativo para smartphones**. RECIIS – Revista Eletron Comum Inf Ino Saúde, v.11, n.2, abr. jun.; 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial no 1.507, de 22 de junho de 2007. **Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde.** Brasília: 2007

BRASIL. **Caderno de Atenção Básica nº. 17.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, p. 92, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde bucal.** Brasília, p.16, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 422, de 3 de março de 2010. **Institui o Programa de Educação pelo**

Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 5 de março de 2010. Seção 1, p. 53.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Passo a Passo da Política Nacional de Saúde Bucal.** Brasília, p.20, 2016.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde Bucal Brasil Sorridente. Passo a passo das ações do BRASIL SORRIDENTE**/Ministério da Saúde, 2013.

Brasil. Portaria Interministerial n. 421, de 3 de março de 2010. **Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 mar. 2010. [acesso em jul. 2018] Seção 1, p. 52-53. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/ pri0421_03_03_2010.html.

Brasil. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. **Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha.** Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 jun. 2011. [acesso em jul. 2018] Seção 1, p. 109-111. Disponível emhttp://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.

BRASIL. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.** Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

Brasil. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 out. 2011 [acesso em jul. 2018]. Seção 1, p. 48-55. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/ prt2488_21_10_2011.html.

BRASIL. **Programa de Educação para o Trabalho em Saúde** – PET-Saúde. 2009.

BRASIL. **República Federativa do Brasil. Presidência da República. Casa Civil**. Lei nº 10.836, de 09 de janeiro de 2004. Brasília, 2004. Disponível em: [acesso em jul. 2018]. Send to Cien Saude Colet. 2018 Jun;23(6):1915-1928. doi: 10.1590/1413-81232018236.03942018.

Brazilian recession: **diagnosis and an economic policy agenda**. Estudos Avançados. 2017; 31(89):75–88.

CABRAL, M.B.B.S. Risk factors for caries-free time: longitudinal study in early childhood**.** Rev Saude Publica. 2017 Dec 4;51:118.

CENTER FOR HEALTH CARE STRATEGIES. **What is health literacy? Fact Sheet**, 1. n.1, out.2013.

CHIAPPERINO, L; TENGLAND, P. A**. Empowerment in healthcare policy making: three domains of substantive controversy**. Health Promot J Austr. 2015 Dec;26(3):210-215.

CHIAPPERINO, L.; TENGLAND, P.A. **Empowerment in healthcare policy making: three domains of substantive controversy.** Health Promot J, v.26, n.3, p.210-5, 2015.

COSTA, S.M. et al. **Explicativos da Cárie Dentária: Do Organicista ao Ecossistêmico.** Pesq Bras Odontoped Clin Integr, v.12, n.2, p.285-91, 2012.

CRUVINEL, A.F.P. et al. **The Brazilian version of the 20-item rapid estimate of adult literacy in medicine and dentistry.** PeerJ. v.29, n.5, p.3744, 2017.

CRUZ, R.C.S, MOURA L.B.A, SOARES, N. JJ.**Conditional cash transfers and the creation of equal opportunities of health for children in low and middle-income countries: a literature review**. Health Aff (Millwood). 2013 Jul;32(7):1274-81.

CUNICO, E**. Pastoral da Criança no Brasil e a Formação de Líderes: contribuições da Pedagogia de Paulo Freire**. 2015. 91 f. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2015 Disponível em: [acesso em jul. 2018].

CYRIL, S.; SMITH, B. J.; RENZAHO, A. M**. Systematic review of empowerment measures in health promotion.** Health Promotion International, v.31, p.809–826, 2015. doi: 10. 1093/heapro/dav059

DABAWALA, S. **Parenting style and oral health practices in early childhood caries: a case-control study.** J Paediatr Dent. v.27, n.2, p.135-144, 2017.

DAVIS, T.C.; WOLF, M.S. **Health literacy: implications for Family Medicine. Fam. Med.**, v.36, n.8, p.595-8, 2004.

DEWALT, D.A.et al. **Low parental literacy is associated with worse asthma care measures in children.** Ambul Pediatr. 2007;7:25–31

DIAS, S. GAMA, A. **Health promotion: the evolution of a paradigm and contemporary challenges**. Rev Salud Publica Mar-Apr;16(2):307-17, (Bogota) 2014.

DICKSON-SWIFT, V. **Measuring oral health literacy: a scoping review of existing tools.** BMC Oral Health. 2014 Dec 4;14:148.

DIESEL, PE. R. **Uma leitura sistemática da pastoral da criança e da pastoral da pessoa idosa: por meio da compreensão da vida e obra de sua criadora Doutora Zilda Arns.** 1 ª ed. Maringá: Vivens, 2013.

DIVARIS, K. et al. **The relationship of oral health literacy with oral health-related quality of life in a multi-racial sample of low-income female caregivers.** Health Qual Life Outcomes. 2011;1;9:108.

DWALT, D.A.; HINK, A. **Health literacy and child health outcomes: a systematic review of the literature**. Pediatrics. 2009;124(Supple 3):

FAUSTINO-SILVA, D.D. **Cuidados em saúde bucal na primeira infância: percepções e conhecimentos de pais ou responsáveis de crianças em um centro de saúde de Porto Alegre, RS.** Rev. odonto ciênc. v.23 n.4, p.375-379, 2008.

FÉDÈRATION DENTAIRE INTERNATIONALE. **Global goals for oral health in the year 2000**. International Dental Journal, v.32 (1) p.74-77, 1982.

FERNANDES, L.S. et al. **Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais.** Ver. Saúde pública, v.39, n.6, p. 930-936, 2005.

FERREIRA, F.M. **Comunicação pessoal por e-mail para utilizar o instrumento** BREALD-30, 2017.

FERREIRA, V.S.C et al. **Modos de cuidar e educar a partir do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Volume 19 Páginas 857 – 868, 2015.

FILHO, A.D.S. et al. **Potencial de efetividade das estratégias de promoção da saúde bucal na atenção primária à saúde: estudo comparativo entre capitais e regiões do Brasil.** Rev Bras Epidemiol v.19, n4, p.851-865, 2016.

FIRMINO, R.T. **Oral health literacy and associated oral conditions: A systematic review.** JADA The Journal of the American Dental Association, v.148, n.8, p. 604-613, 2017.

GONG D.A et al. **Development and testing of the Test of Functional Health Literacy in Dentistry** (TOFHLiD). J Public Healt Dentistry. 2007;67:105-112.

HADDADA, E. et al. **Brasil, Presidência da República. Casa Civil. Lei no 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens - Pró-Jovem; cria o Conselho Nacional da Juventude** - CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002, e dá outras providências. Brasília: 2005. p. 6-12.

HAGHDOOST, A. A. et al. **The impact of mother's literacy on child dental caries: Individual data or aggregate data analysis?** v.2;10, n.1, p.366, 2017.

HARIDAS, R.S.S. et al. **Oral health literacy and oral health status among adults attending dental college hospital in India**. J Int Oral Health, v.6, n.6, p. 61-66, 2014.

HEATON, B. et al. **Oral health beliefs, knowledge, and behaviors in Northern California American Indian and Alaska Native mothers regarding early childhood caries.** Native Oral Health Project. J Public Health Dent. 2017 Apr 27.

HOBDELL, M. et al. **Global goals for oral health 2020**. Int Dent J. 2003;53(5):285–8

HONE, T. et al**. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: a national longitudinal analysis.** PLoS Med. 2017; 14(5): e1002306.

http://petodontouem.blogspot.com/ Acess. 2017 e setembro de 2018 http://petodontouem.blogspot.com/ **Pet Odontologia Universidade Estadual de Maringá-UEM**. [acesso em 2017 e 2018].

http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/290350/1/SotoRojas_GabrielaChristiel_M.pdf

http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/sarandi_pr?fbclid=IwAR226SkrvBQNhYxcn-y5yKbyElQLIOIR7XDGwJUn0fSHf-01oXIZPkhhDSg. [acesso em 2017 e 2018].

http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/rankings/idhm-municipios-2010.html?fbclid=IwAR0l0tQZpgG2kTj_qALzhbJqDmAyYVyPGVO4fla04-_twh1CuN90YMDYNu0. Acess em agosto de 2018.

IBGEhttps://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pnad_continua/default_renda_percapita.shtm

ISHIKAWA H. et al. **Developing a measure of communicative and critical health literacy: a pilot study of Japanese office workers.** Health Promot Int. 2008; 23(3):269-74, 2016.

JUNIOR, J.C.B.; RIGOLIN. C.D.; **Inter-relação entre literacia em saúde e comunicação pública da ciência.** II Semana de Pós-Graduação em Ciências Política Repassando a Trajetória do Estado Brasileiro. Universidade Federal de São Carlos; 2014.

JUNKES, M.C. et al. **Validity and reliability of the Brazilian version of the Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry – Breald-30.** PlosOne, v.10, n. 07. 2015.

KHANI-VARZEGANI, et al**. Early occurrence of childhood dental caries among low literate families.** BMC Res Notes v.2;10, n.1, p.366, 2017.

KHODADADI, E. et al. **Parents' Oral Health Literacy and its Impact on their Children's Dental Health Status.** Electron Physician. V.25;8, n.12, p.3421-3425, 2016.

LEAL, M.D.C,et al. **Reproductive, maternal, neonatal and child health in the 30 years since the creation of the Unified Health System (SUS).** [Article in English, Portuguese; Abstract available in Portuguese from the publisher].

LEE, J.Y. et al. **The relationship of oral health literacy and self-efficacy with oral health status and dental neglect.** Am J Public Health, v.102, n.5, p.923-929, 2012.

LEE, JY, et al. **Development of a word recognition instrument to test Health Literacy in Dentistry: The REALD-30** – A Brief Communication. J Public Health Dent., ;67(2):94-8, 2007.

LEMKUHL, I. et al. **A efetividade das intervenções educativas em saúde bucal: revisão de literatura.** Cad. Saúde Colet. 2015.

LEVIN-ZAMIR, D., BARON-EPEL, O.B., C0HEN, V., ELHAVANY, A. **The Association of Health Literacy with Health Behavior, Socioeconomic Indicators, and Self-Assessed Health From a National Adult Survey in Israel.** J Health Commun. 2016;21(sup2):61-68. Epub 2016 Sep 26.

LINDACHER, V. et al. **Evaluation of Empowerment in Health Promotion Interventions**: A **Systematic Review**. Eval Health Prof. 2017 Jan 1:163278716688065.

LOURENÇO, C,B, SAINTRIAN, M.V.L, VIEIRA, A.P.G.F. **Child, neglect and oral health**. BMC Pediatrics; 13:188, 2013.

MACEK, M.D. et al. **Oral health conceptual knowledge and its relationships with oral health outcomes: Findings from a Multisite Health Literacy Study.** Dent Oral Epidemiol., v.45, n.4, p.323-329, 2017.

MACKERT, M. et al. **Health Literacy** and **Health Information Technology Adoption: The Potential for a New Digital Divide**. J Med Internet Res v.18 (10); 2016 Oct PMC5069402.

MAGALHÃES, R. **Avaliação da Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectivas e desafios**. Ciência & Saúde Coletiva, Volume 21 Nº 6 Páginas 1767 - 1776

MAKVANDI, Z. **Evaluation of an oral health intervention among mothers of young children: a clustered randomized trial**. J Res Health Sci. v.15, n.2, p.88-93, 2015.

MANCHANDA, K.; SAMPATH, N.; SARKAR, A.D. **Evaluating the effectiveness of oral health education program among mothers with 6-18 months children in prevention of childhood caries**. Contemp Clin Dent. 2014

MARQUES, F.C. et al. **Intersetorialidade: possibilidade de parcerias entre a Estratégia Saúde da Família e a Pastoral da Criança.** Saúde debate, Rio de Janeiro , v. 36, n. 95, p. 544-553, [acesso em jul. 2018]. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042012000400006.

MARQUES, S.R.L, ESCARENCE, A.G., LEMOS, S.M.A. **Health literacy and self-rated health in adults primary care patients.** Codas. 2018;30(2):e20170127.

MARTINS, A.M.E.B.L. et al. **Levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal da população de Montes Claros –** Projeto SBMOC unimontes científica, 2015.

MARTINS, M.E.B. et al. **Alfabetização em Saúde Bucal: uma revisão de literatura**. Rev Assoc Paul Cir Dent, v.69, n.4, p. 328-34, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Saúde Bucal – SBBRASIL Passo a passo das Ações.** DF 2016.

MONTES, G.R.; FRAIZ, F.C.; MORAIS , F.F. **Influência do alfabetismo em saúde bucal de cuidadores familiares na cárie dentária de pré-escolares.** Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação Odontologia Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 58 f, 2015

NAGHIBI S.M.M. **New oral health literacy instrument for public health: development and pilot testing**. J Investig Clin Dent. v.5, n.4, p.313-21, 2014.

NARVAI, P.C. et al. **Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social.** Rev Panam Salud Pública, v.19, n.6, p. 385-393, 2006.

NUTBEAM, D. **Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century.** Health Promotion International, v.15, n.3, p.259–267, 2000.

OLIVEIRA, R.A. LUCENA, T.F.R, BERNUCI, M.P. **Empoderamento em saúde bucal: *m-health* no controle de cárie precoce da primeira infância (CPI).** X Encontro Internacional de Produção Científica – EPCC, 2017.

OTTAWA. **Conferência Internacional de Promoção da Saúde da Saúde.** 21 de nov. de 1986.

PARANÁ. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ. **Programa Rede Mãe Paranaense.** Linha guia. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA). Programa Rede Mãe Paranaense: Linha guia. [Internet]

PARANÁ. SECRETÁRIA DE SAÚDE DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA. **Descentralização da odontologia - casuística da governança e gestão na estruturação da rede de atenção em saúde no município de sarandi** – Paraná: Relatório. 2018; 01-33p.

PARANÁ. SESA; 2014 [acesso em 01 ago 2018]. Disponível: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/MaeParanaense_2014_LinhaGuia_Ed03_148x210mm__1.pdf.

PARANÁ. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ. **Inserção de ações em saúde bucal junto à Pastoral da criança nos municípios de Mandaguari e Sarandi – PR: Relatório anual de acompanhamento deprojeto de extensão**. 2017; 01-15p.

PARANÁ.http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2892 Rede Mãe Paranaense. Acess site no ano de 2017 e 2018.

PARKER RM, et al. **The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills**. J Gen Intern Med. 1995;10(10):537-41, 1995.

PARKER, E J, JAMIESON LM. **Associations between Indigenous Australian oral health literacy and self-reported oral health outcomes.** BMC Oral Health. 2010; 26; 10:3.

PASTORAL DA CRIANÇA. **Guia do Líder da Pastoral da Criança: para países de língua portuguesa**. 16 ed. Curitiba, 2016

PASTORAL.Chttps://wiki2.pastoraldacrianca.org.br/wiki/RelatorioAnual2017#A.C3.A7.C3.B5es_b.C3.A1sicas acessado 31/07/18

PASTORAL.Chttps://www.pastoraldacrianca.org.br/ Acesso em: 01/ago.2018

PAULETO, A.R.C.; PEREIRA, M.L.T.; CYRINO, E.G. **Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares.** Ciência & Saúde Coletiva, v.9, n.1, p. 121-130, 2004.

PEGA, F. et al. **Unconditional cash transfers for reducing poverty and vulnerabilities: effect on use of health services and health outcomes in low- and middle-income countries**. Aug 31;16(1):161. doi: 10.1186/s12939-017-0647-2, Int J Equity Health. 2017.

PEREIRA, A.C.; VIEIRA, V.; FRIAS, A.C**. SB-SP São Paulo pesquisa estadual de saúde bucal. Relatório final**, 2015.
PET http://portal.mec.gov.br/pet

PHILLIPS, M.; MASTERSON, E.; SABBAH, W. **Association between child caries and maternal health-related behaviours**, v.33, n.2, p.133-7.

PINTO, V.G. **Saúde bucal coletiva.** 4ª ed. São Paulo: Santos, 2000.

PINTO, V.G. **Saúde bucal coletiva.** 6ª ed. São Paulo: Santos, 2017.

PLEASANT A. **Advancing health literacy measure- ment: a pathway to better health and health system performance**. J Health Commun 2014; 19:1481-96.

PONTES, D.B.A.; ARAUJO, E.G.S. **Determinação social da cárie na dentição decídua: aprofundando o conhecimento da realidade local.** Fam. Saúde Desenv, v.6, n.1, p.40-48, 2004.

PROJETO SBBRASIL, 2003: **Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003 Resultados Principais**. Ministério da saúde, Brasília, 2004.

PROJETO SBBRASIL, 2010. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2011.

QUEMELO, P.R.V. et al. **Literacia em saúde: tradução e validação de instrumento para pesquisa em promoção da saúde no Brasil.** Cad. Saúde Pública; v.33, n.2, 2017

ROBLES, A.C.C.; GROSSEMAN, S.; BOSCO, V.L. **Práticas e significados de saúde bucal: um estudo qualitativo com mães de crianças atendidas na Universidade Federal de Santa Catarina.** Ciência & Saúde Coletiva, v.15, n.2, p.3271-3281, 2010.

RODRIGEUS, R. et al. **Cross-cultural adaptation and validation of the Newest Vital Sign (NVS) health literacy instrument in general population and highly educated samples of Brazilian adults.** J Dent Child (Chic). Sep 15;84(3):125-13, 2017.

RONCALLI, A.G.; CORTES, M.I.S.; PERES, K.G. **Perfis epidemiológicos de saúde bucal no Brasil, e os modelos de vigilância.** Cad. Saúde Pública, v.28 Sup: p.58-S68, 2012.

RONCALLI, A.G.; **Epidemiologia e saúde bucal coletiva: um caminhar compartilhado.** Ciência & Saúde Coletiva, v.11, n.1, p.105-114, 2006.

ROSELLA, D. et al. **Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: A nationwide microsimulation study**. PLoS Med. 2018 May 22;15(5): e1002570.

ROSELLA, D. et al. **Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities**. Lancet. 2013 Jul 6;382(9886):57-64.

ROSS L, et al. **Child and parental mental ability and glycaemic control in children with type 1 diabetes**. Diabet Med. 2001;18:364–9. [PubMed]

RUDD, R.E. et al. **Literacy demands in health care settings: the patient perspective.** In: SCHWARTZBERG, J.G.; VENGEEST, J.B.; WANG, C.C. (Orgs.). **Understanding health literacy**: implications for medicine and public health. United States: AMA, 2005. p.69- 85.

RUDD, R.E.; ANDERSON, J.E.; NATH, C. **Health literacy: an update of medical and public health literature. In:** COMINGS, 2007.

SBBRASIL, 2010. **Pesquisa nacional de saúde bucal: resultados principais.** Brasília: Ministério da Saúde, p.116, 2012.

SHEA J.A, et al. **Assessing Health Literacy in African American and Caucasian Adults: Disparities in Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) Scores.** 36 (8): 575-81, Fam Med. 2004.

SHEI, A. Brazil's conditional cash transfer program associated with declines in infant mortality rates. Global Innovations. 32:7 Health Affairs, 2013.

SILVA, et al. **Efeitos dos programas governamentais e da fecundidade sobre a mortalidade infantil do Semiárido brasileiro** Saúde em Debate, Volume 42 Nº 116 Páginas 138 – 147, 2018.

SILVA, J.V.D., Oliveira A.G.R.D.C. **Individual and contextual factors associated to the self-perception of oral health in Brazilian adults.** Rev Saude Publica. 9;52-29, 2018

SMITH, C. (Orgs.). **Review of adult learning and literacy**: connecting research policy and practice. Mahwah (New Jersey): p.175-204, Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 2007.

SMITH, S.K; NUTBEAM, D. MCCAFFERY, K.J. **Insights into the concept and measurement of health literacy from a study of shared decision-making in a low literacy population.** J Health Psychol. v.18, n.8, p.1011-22, 2013.

SORENSEN, K. et al. **Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models**. BMC Public Health, 25:80, 2012.

TENGLAND P.A. **Behavior Change or Empowerment: On the Ethics of Health-Promotion Goals.** Health Promot J Austr. v.26, n.3, p. 210-5, 2015.

TENGLAND, P.A. **Empowerment: a conceptual discussion.** Health Care, v.24, n.1, p.24-46, 2016. doi: 10.1007/s10728-013-0265-0.

THUNES, E. **Desenvolvimento infantil e conceitos correlatos: concepções de mães e líderes da Pastoral da Criança**. Brasília, 2004.

UNICEF. **United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. Levels and trends in child mortality**: Report 2017. 15;11:CD011135, New York: UNICEF, 2017.

VILELLA, K.D.; ASSUNÇÃO, L.R.S.; JUNKES, M.C. **Training and calibration of interviewers for oral health literacy using the BREALD-30 in epidemiological studies**. Braz. Oral Res, v.30, n.1, p. 90 DOI: 10.1590/1807-3107BOR-2016.

VILELLA, K.D.; ASSUNÇÃO, S.G.; SOUZA, J.F. **the association of oral health literacy and oral health knowledge with social determinants in pregnant brazilian women**. J Community Health, v.41, p. 1027–1032, DOI 10.1007/s10900-016-0186-6, 2016.

VILLANUEVA, V.M.C.; WINTERGERST, A.; BORGES YÁÑEZ, S.A. **Toward a Comprehensive Instrument of Oral Health Literacy in Spanish.** J Health Commun. v.20, n.8, p.930-7, 2015.

VINICIUS, S.F. et al. **PET-Saúde: uma Experiência Prática de Integração Ensino-serviço-comunidade**. Revista Brasileira de Educação Médica 150 36 (1 Supl. 2) 147 – 151; 2012.

WHO Health 21 – **Health for All in the 21st Century**. WHO Regional Office for Europe, 1999.

WHO. **World health organization -** Geneva. 1987.

WILSON, A.R.; MULVAHILL, M.J.; TIWARI, T. **The Impact of Maternal Self-Efficacy and Oral Health Beliefs on Early Childhood Caries in Latino Children.** Front Public Health. Aug 28;5:228, 2017

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Oral health surveys: basic methods**. 4th Ed. Genebra: WHO, 1997.

World Health Organization.WORLD HEALT ORGANIZATION. **Oral Health Surveys – Basic Methods. 4th edn. Geneva**, World Health Organization, 1997.

YAMAGUCHI, M.U; BERNUCI, M,P; PAVANELLI, G.C. **Produção científica sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde.** Ciênc. saúde coletiva [online]. v.21, n.6, p.1727-1736, 2016.

ANEXOS

UNICESUMAR – CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ
PROGRAMA DE MESTRADO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

ANEXO I – ENTREVISTA QUANTITATIVA

QUESTIONÁRIOS

BLOCO A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA E ASPECTOS SOCIAIS

Nome da Mãe: _____.

Idade materna: _____ anos.

Quantos filhos entre 0 a 6 anos? _____.

Idade da (as) criança (as): _____ anos.

Endereço: _____ Nº_____.

Telefone: _____ celular _____.

Bairro: _____ Zona: _____, Cidade: _____.

ASPECTOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS DA MÃE

Estado civil: ( ) casada ( ) solteira ( ) divorciada ( ) outros

1) Nível de escolaridade:

( ) Ensino básico completo ( ) Ensino médio completo

( ) Ensino básico incompleto ( ) Ensino médio incompleto

( ) Ensino fundamental incompleto ( ) Ensino superior completo

( ) Ensino fundamental completo ( ) Ensino superior incompleto

( ) Superior cursando

2) Renda Familiar:

( ) Menos de um salário mínimo ( ) De 1 a 2 salários mínimos

( ) Maior que 2 até 4 salários mínimos ( ) Maior que 4 até 6 salários mínimos

( ) Maior que 6 até 4 salários mínimos ( ) Maior que 6 até 8 salários mínimos

3) Recebe apoio do governo? Ex. bolsa família, vale gás, salário penitenciário, outros.

Sim, qual (is) _____.

( ) Não

4) Sua residência atualmente?

( ) Própria ( ) Alugada ( ) Da família ( ) Outros

5) Com quem reside atualmente?

( ) Cônjuge ( ) Companheiro ( ) Familiares ( ) Outros

7) Foi assistida pela rede mães paranaense durante a gestação, e até o primeiro ano de vida da criança ?

( ) Sim ( ) Não

Se não. Por que? _____.

BLOCOS B – DADOS DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL E RELAÇÃO DE TRABALHO

1) Exerce atividade remunerada?

   ( ) Sim ( ) Não

2) Qual seu cargo ou função atual: _____.

3) Há quanto tempo trabalha em sua profissão atual? _____.

4) Qual período você trabalha? (Você pode assinalar mais que uma opção).

   ( ) Manhã ( ) Tarde ( ) Noite

BLOCO C – MEIOS DE MOBILIZAÇÃO

1) No posto de saúde de seu bairro você já viu algum cartaz sobre saúde bucal da criança?

   ( ) Sim ( ) Não ( ) Desconheço

2) O posto de saúde de seu bairro já ofereceu alguma palestra ou semana da saúde bucal da criança?

   ( ) Sim ( )Não ( ) Não sei

3) Você já participou de alguma palestra sobre a prevenção de cárie precoce na primeira infância. Em quais desses lugares?

   ( ) No posto

   ( ) Na associação comunitária

   ( ) Na Faculadade/Universidade

   ( ) Outros _____

4) Você já recebeu algum panfleto sobre as formas de prevenção da cárie dentária na primeira infância?

   ( ) Sim. De quem? _____

( ) Não

5) Você recebeu informações como proceder caso a criança venha ter um trauma dentário?

( ) Sim ( ) Não

6) Você já ouviu na TV sobre a importância de prevenir a cárie precoce na primeira infância?

( ) Sim. Qual programa? _____.

( ) Não

7) Você já recebeu no posto de saúde alguma informação sobre a forma de prevenção da cárie precoce da primeira infância?

( ) Sim ( ) Não

8) Por quais opções abaixo você gostaria de receber informações sobre saúde bucal?

( ) Panfleto

( ) Por mensagem de texto

( ) Por ligação telefônica

( ) Por e-mail

( ) Por Whats App

( ) Em grupos de rede sociais

( ) Por meios de Palestras

( ) Pelo profissional da Unidade de Saúde, qual? _____.

( ) Outros, quais? _____.

9) Em sua opinião quais profissional (s) abaixo possuem uma linguagem mais simples para esclarecer dúvidas em relação a doença cárie na primeira infância.

( ) Dentista ( ) Pediatra ( ) Ginecologista ( ) Fonoaudiólogo

( ) Enfermeira ( ) Nenhum

ANEXO II – ENTREVISTA QUANTITATIVA

INSTRUMENTO BREALD-30

BLOCO A – LITERACIA EM SAÚDE BUCAL

BREALD-30 Identificação do respondente:_____
Entrevistador:_____ Tempo inicial: _____ Tempo final: _____Tempo total:_____
Data:_____ Pontuação REALD-30:_____.

"Agora vou te mostrar cartões, com uma palavra em cada. Por favor, leia a palavra em voz alta e lentamente. Se você não souber ler alguma palavra, apenas diga 'não sei', não tente adivinhar. Não existem respostas certas ou erradas. Só queremos saber com esta parte do estudo com quais palavras você está acostumado (a)".

1. Açúcar		11. Biópsia		21. Endodontia	
2. Dentadura		12. Enxaguatório		22. Maloclusão	
3. Fumante		13. Bruxismo		23. Abscesso	
4. Esmalte		14. Escovar		24. Biofilme	
5. Dentição		15. Hemorragia		25. Fístula	
6. Erosão		16. Radiografia		26. Hiperemia	
7. Genética		17. Película		27. Ortodontia	
8. Incipiente		18. Halitose		28. Temporomandibular	
9. Gengiva		19. Periodontal		29. Hipoplasia	
10. Restauração		20. Analgesia		30. Apicectomia	

UNICESUMAR – CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ
PROGRAMA DE MESTRADO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

ANEXO III – ROTEIRO DA ENTREVISTA QUANTITATIVA

INSTRUMENTO BREALD-30

BLOCO A – ERROS DE PRONÚNCIA CONSIDERADOS PARA O ESCORE DO BREALD-30

1) Substituição por palavra similar. Ex : "Escovar" por "escova"

2) Palavras irregulares lidas como regulares. Ex: "Enxaguatório" por "ensaguatório"

3) Substituição, omissão ou adição de letras. Ex: "Gengiva" por "gengiba"

4) Falha no uso das regras de correspondência. Ex: "Erosão" por "erossão"

5) Erro na identificação da sílaba tônica. Ex: "Genética" por "genetica"

6) Palavra lida de maneira lenta e não ritmada

7) Repetição da palavra ou de alguma sílaba na leitura

8) Disse 'não saber' ou não leu a palavra

UNICESUMAR – CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ
PROGRAMA DE MESTRADO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

ANEXO III – ROTEIRO DA ENTREVISTA QUANTITATIVA

INSTRUMENTO BREALD-30

BLOCO A – CARTELAS DO BREALD-30

AÇÚCAR	**DENTADURA**
FUMANTE	**ESMALTE**
DENTIÇÃO	**EROSÃO**
GENÉTICA	**INCIPIENTE**
GENGIVA	**RESTAURAÇÃO**
BIÓPSIA	**ENXAGUATÓRIO**
BRUXISMO	**ESCOVAR**

HEMORRAGIA	**RADIOGRAFIA**
PELÍCULA	**HALITOSE**
PERIODONTAL	**ANALGESIA**
MALOCLUSÃO	**ENDODONTIA**
BIOFILME	**ABCESSO**
HIPEREMIA	**FÍSTULA**
TEMPOROMANDIBULAR	**ORTODONTIA**
APICECTOMIA	**HIPOPLASIA**

UNICESUMAR – CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ
PROGRAMA DE MESTRADO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

ANEXO IV – ROTEIRO DA ENTREVISTA QUANTITATIVA

INSTRUMENTO DE LITERACIA EM SAÚDE

BLOCO A – QUESTIONÁRIO DE LITERACIA EM SAÚDE

1. Quanto você compreende das instruções nas bulas de medicamentos?

( ) Muito mal ( ) Mal ( ) Moderadamente

( ) Bem ( ) Muito bem ( ) Eu não leio as bulas

2. Quanto você entende sobre informações de saúde em folhetos/cartilhas?

( ) Muito mal ( ) Mal ( ) Moderadamente

( ) Bem ( ) Muito bem ( ) Eu não leio estas informações

3. Quando eu tenho dúvidas sobre doenças ou queixas, eu sei onde posso encontrar estas informações.

( ) Discordo totalmente ( ) Discordo ( ) Concordo

( ) Concordo totalmente ( ) Eu não tenho experiência com este tipo de situação

4. Quando eu quero fazer algo para a minha saúde sem estar doente, eu sei onde posso encontrar estas informações.

( ) Discordo totalmente ( ) Discordo ( ) Concordo

( ) Concordo totalmente ( ) Eu não tenho experiência com este tipo de situação

5. Com qual frequência você conseguiu ajudar os seus familiares ou um amigo, caso eles tenham tido dúvidas sobre problemas de saúde?

( ) Nunca ( ) Raramente ( ) De vez em quando

( ) Frequentemente ( ) Sempre ( ) Nunca tive este tipo de experiência

6. Quando você teve dúvidas sobre problemas e questões de saúde, quantas vezes você conseguiu receber conselhos e informações de outras pessoas (familiares e amigos)?

( ) Nunca ( ) Raramente ( ) De vez em quando

( ) Frequentemente ( ) Sempre ( ) Nunca tive este tipo de experiência

7. Como você acredita que sabe escolher os conselhos e recomendações que sejam melhores para a sua saúde?

( ) Muito mal ( ) Mal ( ) Moderadamente ( ) Bem

( ) Muito bem ( ) Eu não me interesso por estes assuntos

8. Em relação às informações sobre saúde na Internet, eu sou capaz de determinar quais fontes são de alta ou de baixa qualidade.

( ) Discordo totalmente ( ) Discordo ( ) Concordo ( )

Concordo totalmente ( ) Eu não tenho experiência neste assunto

BLOCO B – QUESTIONÁRIO DE LITERACIA EM SAÚDE

Questionário de literacia em saúde.

1. Quanto você compreende das instruções nas bulas de medicamentos?
(1) Muito mal (2) Mal (3) Moderadamente (4) Bem (5) Muito bem (0) Eu não leio as bulas

2. Quanto você entende sobre informações de saúde em folhetos/cartilhas?
(1) Muito mal (2) Mal (3) Moderadamente (4) Bem (5) Muito bem (0) Eu não leio estas informações

3. Quando eu tenho dúvidas sobre doenças ou queixas, eu sei onde posso encontrar estas informações.
(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo totalmente (0) Eu não tenho experiência com este tipo de situação

4. Quando eu quero fazer algo para a minha saúde sem estar doente, eu sei onde posso encontrar estas informações.
(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo totalmente (0) Eu não tenho experiência com este tipo de situação

5. Com qual frequência você conseguiu ajudar os seus familiares ou um amigo, caso eles tenham tido dúvidas sobre problemas de saúde?
(1) Nunca (2) Raramente (3) De vez em quando (4) Frequentemente (5) Sempre (0) Nunca tive este tipo de experiência

6. Quando você teve dúvidas sobre problemas e questões de saúde, quantas vezes você conseguiu receber conselhos e informações de outras pessoas (familiares e amigos)?
(1) Nunca (2) Raramente (3) De vez em quando (4) Frequentemente (5) Sempre (0) Nunca tive este tipo de experiência

7. Como você acredita que sabe escolher os conselhos e recomendações que sejam melhores para a sua saúde?
(1) Muito mal (2) Mal (3) Moderadamente (4) Bem (5) Muito bem (0) Eu não me interesso por estes assuntos

8. Em relação às informações sobre saúde na Internet, eu sou capaz de determinar quais fontes são de alta ou de baixa qualidade.
(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo totalmente (0) Eu não tenho experiência neste assunto

---

Nota: respostas externas às escalas ordinais foram vistas como difíceis de interpretar devido à ambiguidade. Por ter sentido semântico semelhante, na análise dos dados essa opção de resposta foi tratada como sendo equivalente às opções de resposta (1).

APÊNDICES

UNICESUMAR – CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ
PROGRAMA DE MESTRADO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

OFÍCIO PARA O ENCAMINHAMENTO DO PROJETO DE PESQUISA A COORDENAÇÃO DO CEP

Maringá / PR, 05 / março / 2018.

Ilma Sr.ª

Prof.ª Dr.ª Sônia Maria Marques Gomes Bertolini

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UniCesumar)

UNICESUMAR – Centro Universitário Cesumar

Senhora Coordenadora,

Encaminhamos a V. Sa. o projeto de pesquisa intitulado **AVALIAÇÃO DE LETRAMENTO FUNCIONAL DE MÃES DE CRIANÇAS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR: CONTRIBUIÇÃO PARA O CONTROLE DA CÁRIE PRECOCE DA INFÂNCIA**

a minha responsabilidade, solicitando deste comitê a apreciação ética do mesmo. Aproveito para informá-lo que os conteúdos descritos no corpo do projeto podem ser utilizados no processo de avaliação do mesmo, e que:

(a) Estou ciente das minhas responsabilidades frente à pesquisa, conforme a resolução 466/12 CNS-MS e, que a partir da submissão do projeto ao CEP, será estabelecido diálogo formal entre o CEP e o pesquisador;

(b) Declaro que a coleta dos dados não foi iniciada, aguardando o parecer deste CEP para iniciar a pesquisa

(c) Estou ciente que devo acompanhar a tramitação do meu protocolo de pesquisa, por minha própria conta, junto à Plataforma Brasil;

(d) Estou ciente de que as avaliações, possivelmente, desfavoráveis deverão ser, por mim, retomadas para correções e alterações;

(e) Estou ciente de que os relatores, a coordenação do CEP e eventualmente a CONEP, terão acesso a este protocolo e que este acesso será utilizado exclusivamente para a avaliação ética.

Sem mais para o momento, agradecemos.
Atentamente,

_____

Professor Orientador: Marcelo Picinin Bernuci

Nº do CPF 025.222.639-94

UNICESUMAR – CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ

PROGRAMA DE MESTRADO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

APÊNDICE II A– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Esclarecimentos:

A Sra. está sendo convidada a participar da pesquisa **AVALIAÇÃO DE LETRAMENTO FUNCIONAL DE MÃES DE CRIANÇAS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR: CONTRIBUIÇÃO PARA O CONTROLE DA CÁRIE PRECOCE DA INFÂNCIA** responsabilidade da pesquisadora Mestranda Rosilene Aparecida de Oliveira, que segue os critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme a Resolução n 196/96 do Conselho Nacional. Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento retirando seu consentimento, ou recusar a participar da pesquisa, sem nenhuma penalidade, complicação legal ou perda de benefícios. Essa pesquisa se justifica com base de que sendo a Cárie Precoce da Infância (CPI) uma doença, e considerada um problema sério de Saúde Pública mundial, podendo afetar indivíduos durante toda a vida, desde a primeira infância até a velhice influenciando de forma negativa a qualidade de vida e a saúde geral. Ademais seu principal enfoque é determinar o grau de letramento em promoção da saúde, e em saúde bucal, bem como os meios de mobilização, direcionada ao controle da CPI, não envolvendo nenhum procedimento invasivo, portanto, nenhum risco ou desconforto será ocasionado as participantes. Caso decida aceitar o convite, você será submetida a uma entrevista onde será utilizado questionários, o qual deverá ser respondido a caneta, e respostas orais, seguida uma entrevista gravada com um gravador, individual ou em grupo com outras mães. Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhuma fase/etapa desta pesquisa. Os dados serão guardados em lugar seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Sua participação é muito importante para nós. Caso concorde em colaborar, você ficará com uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e a que permanecerá com a pesquisadora deverá ser assinada e rubricada em cada página, e todas as dúvidas que surgirem durante a pesquisa poderá perguntar diretamente a Mestranda Rosilene Aparecida de Oliveira.

Eu _____, após ter lido e entendido as informações esclarecido todas as minhas dúvidas referentes a está pesquisa, autorizo assim a publicação dos dados desta pesquisa sendo-me garantido o meu anonimato e sigilo dos dados referentes à minha identificação, e CONCORDO VOLUNTARIAMENTE, em participar desse estudo.

Eu, Rosilene Aparecida de Oliveira (pesquisadora/mestranda), declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo.

Participante da pesquisa

Nome:

_____

Assinatura: _____

Pesquisadora Mestranda:

Nome:

_____

Assinatura: _____

Pesquisador Orientador Responsável:

Nome:

_____

Assinatura: _____

Pesquisador responsável: Marcelo Picinin Bernuci – Telefone: (44) 3027-6360 ramal: 2153. Endereço: Av. Guedner, 1610 Cep: 87050-390. Secretaria do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Promoção da Saúde – Unicesumar de Maringá-PR. E-mail: mbernuci@gmail.com qualquer dúvida ou maiores esclarecimentos procurar um dos membros da equipe do projeto ou Comitê Permanente de Ética em pesquisa envolvendo Seres Humanos (COPEP) da Unicesumar de Maringá.

Sarandi / PR, / / 2018.

UNICESUMAR – CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ

PROGRAMA DE MESTRADO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DO LOCAL

Maringá / PR, / / 2018.

Ilma Sr.ª

Prof.ª Dr.ª Sônia Maria Marques Gomes Bertolini

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UniCesumar)

UNICESUMAR – Centro Universitário Cesumar

Prezada Coordenadora,

Eu,_____,
coordenadora geral diocesana declaro, a fim de viabilizar a execução do projeto de pesquisa intitulado **AVALIAÇÃO DE LETRAMENTO FUNCIONAL DE MÃES DE CRIANÇAS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR: CONTRIBUIÇÃO PARA O CONTROLE DA CÁRIE PRECOCE DA INFÂNCIA** sob a responsabilidade do(s) pesquisador (es) (Rosilene Aparecida de Oliveira, Tiago Franklin Rodrigues Lucena e Marcelo Picinin Bernuci) que a Pastoral da Criança da Paróquia Nossa Senhora das Graças de Sarandi-PR conforme Resolução CNS/MS 466/12, assume a responsabilidade de fazer cumprir os Termos da Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde e demais resoluções complementares à mesma, viabilizando a produção de dados da pesquisa citada, para que se cumpram os objetivos do projeto apresentado.

Esperamos, outrossim, que os resultados produzidos possam ser informados a esta instituição por meio de Relatório anual enviado ao CEP.

De acordo e ciente,

_____

Nº do CPF:

UNICESUMAR – CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ
PROGRAMA DE MESTRADO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

APÊNDICE III B – CONTATO MESTRANDA E AUTORA DO INSTRUMENTO VALIDADO NO BRASIL

SOLICITAÇÃO PARA UTILIZAR O INSTRUMENTO (BREALD-30)

Rosilene Oliveira

Para: femoraisfe@gmail.com
Prezada professora Fernanda, sou Rosilene mestranda do departamento de Pós-Graduação em Promoção da Saúde no Centro Universitário de Maringá-UniCesumar Pr (https://www.unicesumar.edu.br/presencial/cursos-mestrado/mestrado-em-promocao-da-saude/).

Estou desenvolvendo meu PDM, onde iremos trabalhar com mães de crianças em idade pré-escolar, fizemos uma Análise Cienciométrica para avaliar o ESTADO A ARTE DA ORAL HELTH LITERACY (OHL) NO BRASIL, somente estudos desenvolvidos com brasileiros em território nacional que utilizaram instrumento para medir a OHL, nesse estudo tivemos acesso ao artigo de sua equipe publicado na PLOS ONE. Temos o interesse em trabalhar com o instrumento validado por sua equipe em minha dissertação.

Então, venho por meio deste solicitar a permissão para o uso do mesmo, bem como acesso a como avaliar a pontuação do instrumento.

Desde já agradeço a atenção!
Aguardo seu contato.

Att.
Rosilene Aparecida de Oliveira
Odontóloga PR-CRO 23.677
Departamento de Odontologia
Pós-Graduação em Promoção da Saúde
Centro Universitário de Maringá - UniCesumar
Av. Guedner, 1610 Jardim Aclimação Maringá-PR
+55 (44) 3027-6360 (ramal 1162)
http://lattes.cnpq.br/4075209072793946

E-MAIL RESPOSTA PARA UTILIZAR O INSTRUMENTO (BREALD-30)

Profa. Fernanda Morais Ferreira

Ficha BREALD-30.pdf
8 KB
Dissertação - MONICA CARMEM JUNKES.pdf
3 MB
CARTELAS BREALD.docx
12 KB
Tipos de erro de pronúncia.docx
16 KB
1807-3107-bor-30-1-1807-3107BOR-2016vol300090.pdf
192 KB
Mostrar todos os 5 anexos (3 MB)

Bom dia Rosilene!

Inicialmente, agradeço seu interesse no nosso trabalho.

Estou te enviando o instrumento e a dissertação da minha aluna que originou o artigo da PlosOne onde você encontrará mais detalhes de como utilizar o instrumento. Para sua aplicação, os participantes devem ler alto as palavras (que devem ser a ele apresentadas em cartões individuais, com letras de forma, utilizando um tamanho de fonte que permita uma boa visualização com a distância de um braço estendido, na sequencia em que se encontram no instrumento - modelo em anexo) para que o examinador anote na ficha do instrumento se a pronuncia foi correta ou não. Cada palavra correta recebe o escore 1 e cada palavra incorreta o escore zero. Ao final, soma-se todos os 30 escores obtidos e esta é a pontuação total do BREALD-30 da pessoa. Quanto mais próximo de 30, melhor o nível de alfabetização em saúde bucal da pessoa (OHL). Não existe um ponto de corte consagrado na literatura para definir o que seria uma alfabetização baixa/insatisfatória e alta/satisfatória. Geralmente os autores que categorizam o escore total do instrumento o fazem usando dados da distribuição desta variável na sua população (valores de percentis, geralmente quintis ou tercis). Outro aspecto importante é que para diminuir a subjetividade da avaliação sobre erro/acerto da pronuncia das palavras, é importante que os examinadores sejam treinados previamente para usar os critérios de avaliação. Te envio também um artigo que publicamos com uma sugestão de treinamento para utilização do instrumento.

Se tiver mais dúvidas, não hesite em me contatar novamente.

Um abraço e sucesso no seu trabalho!

Fernanda Morais Ferreira, PhD, MSc, BDS
Professora Adjunta do Departamento de Odontopediatria e Ortodontia
Faculdade de Odontologia / Programa de Pós-Graduação em Odontologia
Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil

Department of Pediatric Dentistry and Orthodontics
School of Dentistry / Postgraduate Program in Dentistry
Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, Brazi

UNICESUMAR – CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ
PROGRAMA DE MESTRADO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

APÊNDICE III C – CONTATO MESTRANDA E AUTORA DO INSTRUMENTO VALIDADO NO BRASIL

SOLICITAÇÃO PARA UTILIZAR O INSTRUMENTO (LETRAMENTO EM SAÚDE)

Rosilene Oliveira

Prezada professora Daniela, sou Rosilene mestranda do departamento de Pós-Graduação em Promoção da Saúde no Centro Universitário de Maringá-UniCesumar Pr (https://www.unicesumar.edu.br/presencial/cursos-mestrado/mestrado-em-promocao-da-saude/).

Estou desenvolvendo meu PDM, onde iremos trabalhar com mães de crianças em idade pré-escolar, tivemos acesso ao artigo de sua equipe publicado no Cadernos de Saúde Pública CSP. Temos o interesse em trabalhar com o instrumento validado por sua equipe em minha dissertação.

Então, venho por meio deste solicitar a permissão para o uso do mesmo, bem como acesso a como avaliar a pontuação do instrumento.

Desde já agradeço a atenção!
Aguardo seu contato.

Att.
Rosilene Aparecida de Oliveira
Odontóloga PR-CRO 23.677
Departamento de Odontologia
Pós-Graduação em Promoção da Saúde
Centro Universitário de Maringá - UniCesumar
Av. Guedner, 1610 Jardim Aclimação Maringá-PR
+55 (44) 3027-6360 (ramal 1162)
http://lattes.cnpq.br/4075209072793946

E-MAIL RESPOSTA PARA UTILIZAR O INTRUMENTO (LITERACIA EM SAÚDE)

Profa. Daniela Milani

Olá Rosilene, boa tarde!

O instrumento ao qual você se refere tem origem na Suíça e o autor autorizou a utilização do mesmo no Brasil, desde que não seja utilizado com finalidade comercial, e que citemos a fonte original todas as vezes que fomos utilizar.

Uma vez que nossa pesquisa também não tem (não teve) fins lucrativos, e que foi publicado em revista de acesso aberto, consideramos que o questionário é de domínio público. Apenas solicitamos também que ao utilizar o questionário e divulgar os resultados, que referencie o nosso estudo, bem como o original (suíço) para termos uma noção de como e em que locais está sendo utilizado.

Quanto à pontuação, você pode seguir as orientações do estudo original, mas como sugerido pelo nosso artigo, o melhor seria gerar o score a partir do algoritmo para a população a qual voces aplicarão o questionário. Como vcs pretendem utilizar em uma população bem diferente daquela que utilizamos (universitários), pode ser que encontrem resultados para o algoritmo diferentes. Se conseguirem aplicar o questionário em uma população entre 200/250 pessoas (ou mais) seria perfeito para avaliar tb as propriedades para sua população e principalmente para gerar esse algoritmo e consequentemente ter um escore mais fidedigno.

Do mais, desejo muito sucesso no seu projeto. Estou à disposição para maiores informações.

Daniela Milani, PhD, MSc, RN
Occupational Health Nursing
Professora Colaboradora UNICENTRO
Departamento de Enfermagem
Fone: (14) 9 9617-8606
CV Lattes:
http://lattes.cnpq.br/1964869943124053

UNICESUMAR – CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ

PROGRAMA DE MESTRADO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

APÊNDICE IV C – CARTA DE INSTRUÇÃO PARA OS AVALIADORES

AVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO (BREALD-30)

Prezado (a) avaliador (a), você está recebendo em mãos o instrumento (BREALD-30) utilizado na pesquisa intitulada: **AVALIAÇÃO DE LETRAMENTO FUNCIONAL DE MÃES DE CRIANÇAS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR: CONTRIBUIÇÃO PARA O CONTROLE DA CÁRIE PRECOCE DA INFÂNCIA** responsabilidade da pesquisadora Mestranda Rosilene Aparecida de Oliveira, que segue os critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme a Resolução n 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Para obter os escores referentes ao grau de letramento em odontologia (BREALD-30), os participantes receberão 30 palavras em cartões individuais em anexo a esse documento, no qual tiveram que ler em voz alta, para que o examinador anotasse na ficha do instrumento se a pronuncia foi correta ou não. Esta entrevista foi gravada para que fosse possível ser feita sua avaliação complementar. Cada palavra correta recebe o escore 1 e cada palavra incorreta o escore 0. Ao final, somam-se todos os 30 escores obtidos e esta é a pontuação total do BREALD-30. Quanto mais próximo de 30, melhor o nível de alfabetização em saúde bucal da pessoa (OHL). O tempo aproximado para resposta do instrumento é de dois minutos. Não existe um ponto de corte consagrado na literatura para definir o que seria uma alfabetização baixo-insatisfatória e alta/satisfatória (FERREIRA, 2017 – BREALD-30). MONTES, *apud* VANN et al., 2012, em seus estudos utilizando o BREALD-30, dicotomizou em alto e baixo alfabetismo, tendo como ponto de corte o escore 19, correspondendo ao último quartil, sendo este ponto de corte que utilizamos em nossa pesquisa. Conforme a metodologia utilizada, você e mais um segundo avaliador independente irá avaliar a das palavras, sendo medido por fim o grau de concordância entre os avaliadores, este será feito pelo cálculo do coeficiente de concordância de *Lin*.