



Universidade Norte do Paraná

UNOPAR

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
MESTRADO EM ODONTOLOGIA

VANINA DALTO

**A SAÚDE BUCAL INFANTIL NO CONTEXTO DAS AÇÕES
DA PASTORAL DA CRIANÇA**

Londrina
2012

VANINA DALTO

A SAÚDE BUCAL INFANTIL NO CONTEXTO DAS AÇÕES DA PASTORAL DA CRIANÇA

Dissertação apresentada à Universidade Norte do Paraná para o curso de Mestrado em Odontologia como requisito para obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Karen B. Parron Fernandes

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Sandra M. Maciel

Londrina
2012

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

**Dados Internacionais de catalogação-na-publicação
Universidade Norte do Paraná
Biblioteca Central
Setor de Tratamento da Informação**

D158s Dalto, Vanina.
A saúde bucal infantil no contexto das ações da Pastoral da Criança / Vanina Dalto . Londrina : [s.n], 2012.
xiv; 60.p.

Dissertação (Mestrado). Odontologia. Universidade Norte do Paraná.
Orientador: Prof^a. Dr^a. Karen B. Parron Fernandes
Co-Orientador: Prof^a. Dr^a. Sandra Mara Maciel

1- Odontologia - dissertação de mestrado - UNOPAR 2-
Promoção de saúde 3- Educação em saúde bucal 4- Pastoral da
criança 5- Voluntariado I- Fernandes, Karen B. Parron, orient. II-
Universidade Norte do Paraná.

CDU 616.314-089.23

VANINA DALTO

A SAÚDE BUCAL INFANTIL NO CONTEXTO DAS AÇÕES DA PASTORAL DA CRIANÇA

Trabalho de Dissertação de Mestrado, apresentado à UNOPAR - Universidade Norte do Paraná, no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Odontologia, com nota final igual a _____, conferida pela Banca Examinadora formada pelos professores:

Prof^a. Dr^a. Karen B. Parron Fernandes
Universidade Norte do Paraná - Orientadora

Prof^a. Dr^a. Linda Wang
Faculdade de Odontologia de Bauru- Universidade de São Paulo (FOB/USP)

Prof^a. Dr^a. Sandra Mara Maciel
Universidade Norte do Paraná – Co-Orientadora

VANINA DALTO

Filiação	Walter Dalto Maria Bernadeti Tiepo Dalto
Naturalidade	Cambé-PR
Nascimento	19 de outubro de 1975
1993 - 1997	Graduação em Odontologia - Universidade Estadual de Londrina (UEL)
1998	Especialização em Metodologia da Ação Docente UEL: Universidade Estadual de Londrina
1999	Especialização em Saúde Coletiva Universidade Estadual de Londrina (UEL)

Dedico este trabalho aos voluntários, em especial para as líderes da Pastoral da Criança.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que de maneira direta ou indireta me ajudaram a construir esta dissertação.

À Prof^ª. Dr^ª. Karen B. Parron Fernandes, orientadora, e Prof^ª. Dr^ª. Sandra Mara Maciel, que acompanharam a formatação da idéia em projeto científico.

Aos professores do curso de Mestrado e às bibliotecárias da Unopar que contribuíram com suas idéias, percepções e talentos para a sistematização deste projeto. Cada informação foi valiosa.

À Universidade Norte do Paraná, UNOPAR, representada pela chanceler, Profa. Elisabeth Bueno Laffranchi e pela Reitora, Profa. Wilma Jandre Melo.

À Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação, representada pelo Prof. Dr. Hélio Hiroshi Sugimoto. Ao Centro de Ciências Biológica da Saúde, representado pelo Prof. Ruy Moreira da Costa Filho.

À Coordenação do Curso de Mestrado em Odontologia, representada pelo Prof. Dr. Alcides Gonini Junior. A todos os funcionários da secretaria e da clínica de Odontologia da UNOPAR.

Aos colegas da turma, em especial Renata P. S. Carreira, minha dupla na clínica.

Aos voluntários da Pastoral da Criança que colaboraram na coleta de dados. Às mães e responsáveis pelas crianças atendidas pela Pastoral que participaram das entrevistas.

Aos meus pacientes que financiam e motivam meu crescimento profissional.

À minha família, pelo apoio, incentivo e paciência que recebo, sendo o meu porto seguro.

“ O mundo não será melhor se ficar mais rico, mas o mundo será melhor se todas as pessoas crescerem em igualdade social e principalmente, trazendo nos seus corações a fé e o espírito de vida em abundância, sem corrupção, corresponsáveis, preservando a natureza, preservando a vida das pessoas, sejam elas quais forem, no mundo inteiro”.

Dra. Zilda Arns Neumann

DALTO, Vanina. **A saúde bucal infantil no contexto das ações da Pastoral da Criança**. 2012. 60 fls. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Norte do Paraná. Londrina. 2012.

RESUMO

A participação de organizações não governamentais (terceiro setor) na educação em saúde e promoção de saúde bucal tem crescido exponencialmente nos últimos anos. No Brasil, a organização social com grande reconhecimento na área de Saúde é a Pastoral da Criança, a qual conta com a atuação de líderes comunitários na multiplicação de conhecimentos em saúde geral e bucal. Este estudo objetivou identificar possíveis associações entre o perfil sócio demográfico dos líderes com mudanças de comportamento dos responsáveis em relação aos cuidados em saúde bucal. Adicionalmente, avaliou-se a relação entre a experiência de cárie em crianças pré-escolares (0 a 36 meses) assistidas pela Pastoral da Criança e as práticas e características sócio demográficas dos responsáveis. Para tanto, foram realizadas entrevistas com líderes da Pastoral e responsáveis pelas crianças utilizando-se um questionário semi estruturado formulado pelos autores. Na avaliação da prevalência de cárie, foi usado o índice CEO-d, segundo critérios da Organização mundial de Saúde. Foi observado na análise multivariada (Regressão de Poisson, $p < 0,05$) que a mudança de comportamento dos responsáveis associou-se significativamente a idade, condição de vida e tempo de atuação como voluntário, com destaque para líderes mais velhos, que vivem com companheiros e atuam há mais tempo na Pastoral da Criança. Foi detectada baixa prevalência e experiência de cárie nas crianças do estudo. Em relação às práticas de saúde bucal, a experiência de cárie associou-se ao período de início de limpeza da cavidade bucal ($p = 0,002$). Considerando que os líderes da Pastoral da Criança são capazes de influenciar a mudança de comportamento dos responsáveis de crianças pré-escolares, destaca-se a importância da capacitação destes líderes em Saúde Bucal assim como a participação de cirurgiões dentistas como líderes comunitários ou voluntários ministrando oficinas em saúde bucal, contribuindo para a promoção de saúde bucal infantil.

Palavras-chave: Promoção de Saúde. Educação em Saúde Bucal. Organizações Não Governamentais; Trabalhadores Voluntários; Crianças.

DALTO, Vanina. **Oral health practices in an non-governmental entity (“Pastoral da Criança”)**. 2012. 60 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Norte do Paraná. Londrina. 2012.

ABSTRACT

The involvement of non-governmental entities (third sector) in health education and oral health promotion has increased exponentially at the last years. In Brazil, the social organization with higher recognition in health is the “Pastoral da Criança”, which uses community leaders to multiply knowledge concerning general and oral health. This study aimed to identify possible association between socio-demographic status and change in behavior of the mothers/guardians of children assisted by the program regarding oral health practices. Additionally, it was analyzed the relation between dental caries experience in preschooler children (0 to 36 months old) assisted by “Pastoral da Criança” and socio-demographic status and dental practices. Therefore, interviews with community leaders and mothers/guardians were performed using a structured questionnaire formulated by the authors. At dental caries evaluation, CEO-d was used according to World Health Organization criteria. Multivariate analysis (Poisson’s regression, $p < 0,05$) showed that changing in behavior of the mothers/guardians was positively correlated with age (higher age), marital status (married) and longer time as a community leader at the “Pastoral da Criança”. It was also observed a lower dental caries experience and prevalence at the children from the study. Concerning oral health practices, dental caries experience was associated with the start of oral cleaning ($p = 0.002$). Considering that community leaders from “Pastoral da Criança” are able to evoke changing in behavior of mothers/guardians of preschooler children assisted by the program, it is important that these community leaders receive information concerning oral health. Additionally, dentists’ inclusion as community leaders or volunteers should be increased in order to achieve oral health promotion.

Key-words: Health Promotion. Oral Health Education. Non-governmental Organization. Voluntary Works; Children

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 Distribuição das características dos líderes e percepção da mudança de comportamento dos responsáveis das crianças assistidas pela Pastoral da Criança do município de Cambé - PR em relação aos cuidados em saúde bucal.
- Tabela 2 Análise da Regressão de Poisson segundo análise univariada e multivariada das características dos líderes e influência na mudança de comportamento dos responsáveis das crianças assistidas pela Pastoral da Criança do município de Cambé - PR em relação aos cuidados em saúde bucal.
- Tabela 3 Distribuição da experiência de cárie nas crianças assistidas pela Pastoral da Criança do município de Cambé - PR em relação ao gênero e faixa etária.
- Tabela 4 Distribuição das práticas em saúde bucal e experiência de cárie das crianças assistidas pela Pastoral da Criança do município de Cambé - PR.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACS	Agente Comunitária de Saúde
CNBB	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CRO	Conselho Regional de Odontologia
ECC	Early Childhood Carie Cárie Precoce em Pré Escolar
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LC	Líder Comunitária
OMS	Organização Mundial da Saúde
Ph	Potencial de Hidrogênio
PR	Paraná
SECC	Severe Early Childhood Carie Cárie Severa em Pré Escolar
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNOPAR	Universidade Norte do Paraná

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1 EPIDEMIOLOGIA DA CÁRIE DENTÁRIA E FATORES DE RISCO ASSOCIADOS.....	17
2.2 CONHECIMENTO, ATITUDES E PRÁTICAS MATERNAS E A EXPERIÊNCIA DE CÁRIE INFANTIL.....	19
2.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE E PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL.....	21
2.4 O TERCEIRO SETOR E PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL.....	23
3 PROPOSIÇÃO	26
4 ARTIGO	27
REFERÊNCIAS	46
APÊNDICES	53
APÊNDICE 1	54
APÊNDICE 2	55
APÊNDICE 3	56
APÊNDICE 4	57
ANEXOS	58
CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA UNOPAR.....	59
ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO.....	60

1 INTRODUÇÃO

A lesão da cárie acarreta a destruição dos tecidos dentais, causada pela ação bacteriana. É uma doença infecciosa, multifatorial, influenciada pelos carboidratos da dieta, ação dos componentes salivares e fatores individuais como conhecimento, atitude e práticas de higiene. Determina o amolecimento do tecido duro do dente e evolui para a formação de cavidade, podendo ocasionar a perda do dente. O processo patológico é localizado de origem externa, iniciando-se após a erupção dental (MALTZ, 2010).

Educação em saúde é um campo onde convergem vários conceitos de educação, psicologia, sociologia e de saúde espelhando diferentes compreensões do mundo (BUSS, 2000). No Brasil, iniciou-se como uma subárea da saúde pública e só posteriormente consolidou-se como temática de pesquisa e estudo. A primeira dimensão envolve aprendizagem sobre a doença, como evitá-la, seus efeitos e como restabelecer a saúde. A segunda é a promoção de saúde, segundo a Organização Mundial da Saúde, incluindo os determinantes sociais que afetam a saúde, abordando os caminhos onde os diferentes estados de saúde e bem estar são construídos socialmente. A educação em saúde pode ser definida como uma prática social preconizando a alteração de hábitos, costumes e atitudes, a transmissão e apreensão do conhecimento e, principalmente, a mudança gradual na forma de pensar, sentir e agir (LEVY et al, 2011).

Além da odontologia curativa, que reabilita a perda de estrutura dental, existe a preventiva. A odontologia preventiva é um modelo de prática odontológica centrada na promoção de saúde bucal, baseado na aplicação de medidas preventivas. É uma única prática capaz de atender a necessidade do indivíduo reduzindo os danos quando não é possível interceptá-lo. Educar prevenindo gera um estilo de vida sadio poupando a pessoa de desconforto, dores e aborrecimentos (EDELSTEIN, 2006; MASTRANTONIO, 2002).

A saúde bucal é promovida pelas atitudes do indivíduo. A cárie pode ser prevenida através de cuidados de higiene e alimentação. O conhecimento sobre a etiologia da doença é convertido em ações específicas como reduzir o consumo de açúcar e escovar os dentes removendo o biofilme bucal. Dar argumentos para a pessoa refletir, aprofundar suas referências sobre esta doença específica fundamenta a mudança de comportamento (SANTOS, 2011). Atualizar as

informações baseando-se em evidências científicas, conscientiza os indivíduos leigos em odontologia para a importância do autocuidado (TINANOFF, 2009).

Em uma realidade concreta, alterar hábitos é uma tarefa complexa. Apenas receber a informação nem sempre gera motivação suficiente para ações contínuas. Incorporar estas informações no cotidiano da população de modo a alterar a realidade dos índices epidemiológicos exige atuação conjunta entre dentistas e leigos. Fazer chegar esta ciência em quem precisa dela, exige mecanismos de comunicação muito eficientes (KNUPP, 2008; GUERRA, 2007; MUNCU, 2004).

A educação em saúde aprofunda esta influência na vida cotidiana das famílias. Os benefícios de uma intervenção precoce, no início da vida se estendem por toda a existência do indivíduo. Promover a saúde bucal infantil na dentição decídua previne cáries, perda de dentes, favorece a boa oclusão, mastigação e o melhor desenvolvimento sistêmico (BURKE, 2009; WASHINGTON, 2009).

O voluntariado entendido aqui como ação transformadora realizada por um indivíduo ou grupo, é a doação de tempo, trabalho e talento por uma causa social (CORULLÓN, 2002). Voluntários existem desde o tempo do Brasil colonial. De uma postura benevolente e caridosa, a sociedade civil passou a ser cada vez mais atuante politicamente e buscar soluções para os desafios da realidade. A ação voluntária constitui uma oportunidade real de intervenção e de participação ativa numa comunidade (KANITZ, 2011).

O voluntariado bem informado é um poderoso instrumento na transmissão de conhecimentos. A Pastoral da Criança foi criada em 19983, sendo um organismo de ação social da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil, sem fins lucrativos e de natureza filantrópica. É uma iniciativa brasileira que treina voluntários, mobilizando as famílias em atividades como visitas as casas de crianças de 0 a 6 anos e a pesagem dos menores regularmente, acompanhando seu crescimento. Durante as visitas são monitorados alguns índices de desenvolvimento e debatidos os problemas encontrados pelos responsáveis com a saúde da criança. Os resultados deste trabalho na redução da morbi-mortalidade infantil são expressivos. Outras ações vem sendo desenvolvidas na busca não só da sobrevivência infantil, mas também do desenvolvimento integral e melhoria da qualidade de vida das crianças atendidas. Embora a saúde bucal seja também uma

das temáticas abordadas nestes encontros, não há indicadores que comprovem que as orientações fornecidas pelos líderes da Pastoral da Criança sejam eficientes na mudança de comportamento desta população quanto às práticas preventivas à doença cárie. É importante para os profissionais de saúde, especialmente o cirurgião dentista ter este diagnóstico, justificando construir o presente estudo. Este trabalho objetiva contribuir na promoção de saúde bucal de crianças de pouca idade assistidas pelo programa da Pastoral da Criança.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 EPIDEMIOLOGIA DA CÁRIE DENTÁRIA E FATORES DE RISCO ASSOCIADOS

A cárie é uma moléstia crônica que acomete grande parte da humanidade, com o predomínio em algumas áreas dependendo da alimentação, higienização e fatores genéticos. Devido a alta prevalência global, descreve-se como doença 'pandêmica', sendo a maior causa de perda dentária e grande desafio para a saúde bucal (BRASIL, 2011). Segundo a OMS (2010), 60% da população mundial infantil tem cárie. Ocorre maior incidência de cárie em países em desenvolvimento que nos países de primeiro mundo (BAELUM et al., 2007).

Investigar fatores relacionados à cárie dentária em pré-escolares fornece informações contextualizadas sobre os principais fatores envolvidos (SKEYE et al., 2006). Dados do levantamento epidemiológico realizado no Brasil mostraram elevados índices de cárie na população pré-escolar, além de um padrão heterogêneo de distribuição da sua ocorrência entre regiões do país, sendo as localidades menos favorecidas as mais afetadas (BRASIL, 2011).

Estudos constatam uma expressiva redução nos índices de cárie na população escolar (NARVAI, et al. 2006) porém taxas de prevalência e incidência elevadas são observadas em crianças (MELLO, et al. 2008). Diante disso, além dos estudos que investigam variáveis biológicas e comportamentais associadas à cárie dentária pré-escolar, tem-se observado um interesse crescente pelos determinantes socioambientais envolvidos na ocorrência do agravo nessa população (OLIVEIRA et al., 2008; MELO et al., 2008; PINE et al., 2004).

Visando estimular ao máximo a saúde de todos os povos, periodicamente a Organização Mundial de Saúde estipula metas, inclusive para a saúde bucal. Contudo, mesmo diante da infra estrutura odontológica brasileira, contando com uma ampla rede de dentistas atuando no setor público e privado (LIMA, 2011), as metas da OMS para o ano 2010 foram só parcialmente cumpridas. As metas propostas para pré escolares não foram cumpridas em 2000 (50% livres de cárie) e em 2010 (90% do grupo livre de cárie) (BRASIL, 2011). O município de Cambé – PR é destaque no campo de saúde bucal pública oferecendo melhor atendimento odontológico à sua população entre as cidades brasileiras de médio

porte (CFO, 2011).

Para as crianças com idades entre 18-36 meses, o risco de cárie aumentou com a idade (DINI, et al. 2000; NICKEL, 2008; OLIVEIRA 2008). Uma das possíveis explicações deste aumento está relacionada ao acúmulo de riscos sociobiológicos atuando continuamente com o avançar da idade. Peres et al. (2003) acrescentam que os fenômenos relacionados à cárie infantil são tardios, observando ser o agravo um evento basicamente social, nutricional e dietético. Holm (1990) observou que as condições de desvantagens sociais e materiais às quais os indivíduos estão expostos podem se expressar em uma resistência reduzida à cárie, por comprometer a capacidade em prover o autocuidado. Estes influenciam no risco da criança ser acometida pela cárie precoce, a partir da erupção dos primeiros dentes, além de aumentar a probabilidade de desenvolver cárie subsequente nas duas dentições (BRASIL, 2004). Ademais, há ainda as questões culturais e de desvalorização da dentição decídua por parte dos responsáveis pelas crianças (MELLO, 2008; PINE, 2004).

Sobre os aspectos relacionados à estrutura familiar, a existência de três ou mais irmãos morando na mesma casa é preditora de cárie, consistente com estudos que indicam menor risco de cárie entre as crianças que não tem irmãos ou os tinham em menor número (NORO, 2008; ANTUNES, 2006). Pode-se supor que a existência de arranjos familiares numerosos representa obstáculos ao cuidado da saúde dentária das crianças a partir dos primeiros anos de vida. Vasconcelos (1999) concluiu que nas classes populares as famílias vivem em situações especiais de risco, o que as torna incapazes de efetivamente articular os cuidados entre seus membros.

Investigando fatores associados à cárie dentária na dentição decídua, Melo et al. (2011) concluíram que as variáveis relacionadas ao contexto social foram os principais fatores de risco de cárie, apontando para a necessidade de ações integradas de saúde comuns a outros agravos infantis.

Ozer et al. (2011) encontraram significância estatística entre a alimentação da criança, a escolaridade materna e o desenvolvimento de cárie precoce (ECC) em um estudo conduzido na Turquia com menores de 6 anos. Os profissionais da saúde diferem do leigo, pois desenvolvem conceitos científicos sobre doença e saúde. Hashim et al. (2011) investigou a prevalência de cárie precoce em crianças dos Emirado Árabes. Encontraram significância estatística

entre a associação de cárie e características familiares, dieta alimentar e hábitos de higiene.

Pinto et al. (2010) concluíram que o risco de cárie os 5 primeiros anos de vida não foi eficiente para predizer a experiência de cárie nesta idade. Práticas educacionais poderiam promover o compliance dos pais.

2.2 CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS MATERNAS RELACIONADAS A EXPERIÊNCIA DE CÁRIE INFANTIL.

A percepção em saúde bucal relaciona as condições da boca com aspectos sociais, econômicos, idade, sexo e classe social. Em certas doenças o cuidado depende das crenças, dos conhecimentos e dos valores atribuídos à saúde e à doença. Pais conscientes entendem que a melhor maneira de educar é através do exemplo de hábitos saudáveis no cotidiano (MOREIRA, 2010).

Estudos culturais revelam que atitudes em relação aos dentes, conhecimento e comportamento dependem das crenças culturais e de fatores econômicos. É aceito que os cuidados com a saúde bucal aumentam com a escolaridade da pessoa e que a formação materna tem papel importante na saúde dos filhos (MUNCU et al., 2004). Guerra (2007) sugeriu que melhores condições de educação devem trazer aos pais informações sobre a doença e sua prevenção e conscientização sobre a importância dos dentes e dos cuidados necessários a sua conservação. Burke et al. (2009) descrevem a influência do contexto social no comportamento de hábitos saudáveis de mulheres concluindo que o capital social implica no desenvolvimento destes. O conhecimento investido na mulher retorna para a família, afetando a saúde dos filhos e até dos pais (WASHINGTON et al, 2009).

Dumitrescu et al. (2011) comprovaram que habilidade, auto estima, auto controle e perfeccionismo estão associados não somente com saúde bucal mas também com os autocuidados. Os fatores psicológicos associados com higiene oral podem desenvolver estratégias terapêuticas para ser usadas nos programas de promoção de saúde, de prevenção e educação.

Bardal et al. (2006) afirmam que a família é um dos mais importantes ambientes da vivência de uma criança, porque é nela que a criança é

apresentada ao contexto social. Os pais possuem a importante função de promover a saúde bucal de seus filhos. Silva et al. (2006) identificaram a ação da mãe como fator essencial para promover a saúde na família. A ação do adulto costuma ser frequentemente imitada pela criança. Normalmente a criança crescerá saudável quando puder imitar hábitos saudáveis dos pais e dos educadores. Uma conduta tipicamente humana e que compreende respeito, dedicação e paciência com a criança (MOTTIN, 2009).

A saúde bucal é promovida pelas atitudes do indivíduo. A cárie pode ser prevenida através de cuidados de higiene e alimentação. O conhecimento sobre a etiologia da doença é convertido em ações específicas como reduzir o consumo de açúcar e escovar os dentes removendo o biofilme bucal. Isto é o ideal em termos estratégicos. Dar argumentos para a pessoa refletir, aprofundar suas referências sobre esta doença específica fundamenta a mudança de comportamento. Atualizar as informações tem reflexos nas escolhas, conscientizando os indivíduos para a importância destas. Apesar da odontologia científica ter avançado no conhecimento de suas doenças, a comunicação com o saber popular deixa muito a desejar (FADEL, 2010).

Competência é o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes contribuintes para o agir de excelência em determinados contextos. Inteligência é a capacidade de aproveitar experiências, adquirir conhecimentos e adaptar-se às mudanças de ambiente (LOOS et al., 2010). Competência é sintoma de profundas modificações vinculadas a termos como novo, inovação, mudanças, mutação, evolução e transformação. Buscar a qualidade de vida com auxílio da ciência e de suas aplicações orienta para o compromisso com o bem estar social e cultural das populações. O conhecimento como bem público evoluiu o bem estar social da população como todo (VOEGT, 2010).

A educação em saúde aprofunda esta influência na vida cotidiana das famílias. Os benefícios de uma intervenção precoce, no início da vida se estendem por toda a existência do indivíduo. Promover a saúde bucal infantil na dentição decídua previne cáries, perda de dentes, favorece a boa oclusão, mastigação e o melhor desenvolvimento sistêmico (ROBLES et al., 2010).

Quanto aos cuidados com a saúde bucal, o consumo diário de doces apresenta-se como um fator associado a cárie. O padrão de ingestão de

sacarose, particularmente entre as refeições e ou quando há um prolongado contato de carboidratos fermentáveis sobre os dentes, afetando o risco de cárie. Em crianças muito jovens, o alto consumo de açúcar pode ocasionar padrões de acometimentos de cárie mais graves, que interferem na sua qualidade de vida (LOSSO, 2009.; VADIAKAS, 2008; MOYNIHAN, 2004).

2.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE E PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL

Lesões cariosas não tratadas causam dor, desconforto e limitações funcionais (EDELSTEIN, 2006), tendo significativo impacto na saúde geral de crianças e no crescimento econômico da comunidade (SHEIHAM, 2006). O ataque de cárie dentária durante a infância é causa frequente de dor, desconforto e dificuldades de alimentação, que comprometendo a qualidade de vida e o desenvolvimento biopsicossocial infantil (MCGRATH, 2004).

O desafio atual da Odontologia é transmitir informações à população mudando atitudes e prevenindo doenças bucais. Há muitos mitos e lendas sobre dentes no folclore brasileiro que trazem dor e desconforto. Muitas vezes são transmitidos por gerações sem nenhuma reflexão, somente verbalização (SANTOS, 2010). A atenção primária possui um imenso potencial no controle e na redução das doenças bucais.

Muitas práticas de saúde bucal recomendadas pelos profissionais não são baseadas em evidências. Mensagens incorretas podem afetar a saúde bucal infantil. Dos Santos (2011) entrou em contato com profissionais de organizações pediátricas em 10 países perguntando sobre mensagens de práticas de higiene bucal infantil. Muitas mensagens sobre higiene bucal mostraram-se inconsistentes com o conhecimento científico.

Crenças em saúde orientam comportamentos. Investigando indivíduos com crenças odontológicas favoráveis, Broadbent et al. (2006) encontraram menos doença periodontal, melhor higiene bucal, mais restaurações e menos dentes extraídos que no grupo controle. Os resultados do estudo de Burtis e Taylor (2010) provam que a literatura de educação em saúde cresceu significativamente nos últimos anos. A mídia muitas vezes desinforma a população por ter como objetivo vender o produto em vez de conscientizar sobre cuidados preventivos. Os profissionais de saúde nem sempre tem a confiança de seus

pacientes para quebrar idéias passadas de geração em geração. Difundir a ciência para o laicato na era do conhecimento encontra resistência em noções obsoletas profundamente enraizadas nas pessoas.

Tornar os conceitos científicos parte das tarefas cotidianas estrutura um novo paradigma. O modo de interpretar a realidade é alterado devido a compreensão do processo saúde-doença como uma inteiração dinâmica. O que poderia ser entendido como uma tarefa maçante passa a ser visto como um ato de amor e cuidado (ROBLES, 2010). Prioriza-se a saúde de bebês porque se iniciando no começo de suas vidas, a probabilidade de prevenir doenças é ampliada (MOURADIAN et al., 2006). A promoção de auto-cuidados e prevenção precoce possibilita efeitos benéficos contra o desenvolvimento da cárie (VERRIPS et al., 1992). Quando o cuidado preventivo se inicia nas primeiras fases da vida, se prolonga por toda a existência (ROBLES, 2010). Há evidências que mudanças específicas de comportamento poderiam reduzir a prevalência de cárie nas crianças (TINANOFF et al., 2009). Mães de crianças pequenas representam um grupo alvo na promoção da saúde bucal.

A educação em saúde bucal tem como meta promover a saúde através da aquisição de conhecimento, eventualmente motivando a mudança de comportamento para hábitos saudáveis com baixo custo em termos financeiros e de recursos humanos. Estudos sobre o tema foram realizados em vários países (TAI, 2001; RAYNER, 1992). Evidências revelam que o foco no comportamento individual, sem avaliar fatores sócio-econômicos, culturais e do meio ambiente onde a pessoa vive não melhoram a saúde bucal (KAY, 1996).

Fatores socioeconômicos como renda, educação, qualidade de moradia e ambiente de trabalho, os chamados determinantes sociais da saúde, são tão ou mais importantes que a assistência médica (OMS, 2006). Isto esclarece várias conexões intuitivas entre determinantes sociais e saúde, refutando relações de causalidade. Não surpreende que a pobreza e as privações implicando em termos de nutrição, educação, moradia e falta de cuidados médicos tenha um impacto direto e significativo na saúde das pessoas. Segundo Moysés (2000), os fatores determinantes da qualidade de vida refletidos no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) mostraram-se estatisticamente correlacionados com a prevalência de cárie dentária.

As sequelas das lesões cariosas têm impacto significativo no

indivíduo e na comunidade. A cárie causa dor, desconforto e limitação funcional. Wong et al (2011) concluíram que pais de crianças pré escolares com experiência de cárie percebem baixa de qualidade de vida não só nas crianças como nos outros membros da família. Estima-se que 5% a 10% dos gastos em saúde pública nos países desenvolvidos sejam com saúde bucal. A cárie é a quarta doença mais cara de se tratar (PETERSON, 2005), cujo custo excede os recursos disponíveis nos países subdesenvolvidos.

Trazer as descobertas científicas para o cotidiano tem vários desdobramentos, melhorando a qualidade de vida e reduzindo a morbidade. Informações básicas atualizadas sobre saúde causam drástico impacto sobre os coeficientes de morbi-mortalidade. Enquanto a busca por educação em saúde for pobre, os pacientes entenderão hospitalização como alternativa apropriada em vez de eliminar fatores de risco para doenças (HAYNES et al., 2008). Saúde e doença são fenômenos clínicos e sociais vividos culturalmente. Para promover saúde de maneira efetiva, deve-se levar em conta não só aspectos objetivos deste processo mas também os subjetivos, relativos às opiniões das pessoas que o vivenciam (BUSS, 2000).

2.4 O TERCEIRO SETOR E PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL

A sociedade, em função da economia, é dividida em três setores. O primeiro setor é o governo, responsável pelas questões sociais. O segundo setor é o privado, responsável pelas questões individuais. O terceiro setor é constituído por organizações sem fins lucrativos e não governamentais, tendo como objetivo gerar serviços de caráter público (KANITZ, 2011). Terceiro setor é um conjunto de organizações e iniciativas privadas que visam à produção de bens respondendo a necessidades coletivas. Diferencia-se do Estado por suas políticas não serem compulsórias, dependentes da persuasão e do financiamento por doações voluntárias (FERNANDES, 1994).

O voluntário é agente de transformação, prestador de serviços não remunerados em benefício da comunidade; doa seu tempo e conhecimentos, realiza um trabalho gerado pelo seu impulso solidário, atendendo tanto às necessidades do próximo ou aos imperativos de uma causa, como às suas próprias motivações pessoais, sejam estas de caráter religioso, cultural, filosófico, político, emocional

(CORULLÓN, 2002). Voluntários existem desde o tempo do Brasil colonial. De uma postura benevolente e caridosa, a sociedade civil passou a ser atuante politicamente e a buscar soluções para os desafios da realidade. A ação voluntária constitui uma oportunidade de intervenção na comunidade (KANITZ, 2011). No Brasil, a valorização da participação social no desenvolvimento do país pode ser percebida diante de iniciativas da sociedade civil direcionadas ao combate das desigualdades nos diversos setores de atividade (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ORGANIZAÇÕES NÃO GOVERNAMENTAIS, 2010; CARDOSO, 1997).

O Terceiro Setor se destaca no cenário econômico. Por atuar em bolsões de pobreza e miséria, depara-se com os efeitos da desigualdade social, citando: o desemprego, falta de moradia, saneamento básico, alimentação inadequada, analfabetismo, baixa escolaridade e desagregação familiar (SOUZA, 2003). Sua importância é alcançar um público excluído (NEUMAMM, 2003).

A Pastoral da Criança iniciou sua atuação em Florestópolis – PR, motivada pelo alto índice de mortalidade infantil ocasionado pela desnutrição. Configura-se hoje como uma imensa rede de solidariedade, sendo a maior organização não governamental do mundo nas áreas de saúde e nutrição infantil (PASTORAL DA CRIANÇA, 2011). As atividades da Pastoral da Criança em Cambé - PR iniciaram-se em 1984 no jardim Tupi e se expandiram pelos bairros. A Pastoral da Criança através de um convênio entre a Bebê Clínica da UEL e o CRO-PR atua junto a saúde bucal desde 1993. Foi desenvolvido um projeto piloto no município de Campo Largo - PR, o qual foi estendido para todo o território brasileiro (PASTORAL DA CRIANÇA, 2011).

As orientações fornecidas pelas líderes da Pastoral da Criança foram eficientes na mudança de comportamento desta população. Os resultados na redução da morbi-mortalidade infantil são expressivos. O índice de mortalidade infantil em 2010 foi de 9,5 por cada 1000 crianças. Embora a saúde bucal seja também uma das temáticas abordadas na visita domiciliar, não há indicadores que os comprovem (PASTORAL DA CRIANÇA, 2011). As voluntárias brasileiras são chamadas de líderes, mulheres da própria comunidade que visitam as famílias de gestantes e de crianças de 0 a 6 anos, as pesam regularmente e acompanhando o desenvolvimento infantil.

Com uma pedagogia própria, a Pastoral empodera seus líderes comunitários em diversos temas. Há cursos, oficinas, manuais, site na internet e um

jornal mensal comunicando e informando os voluntários. A base de todo trabalho da pastoral da Criança é a comunidade e a família. A dinâmica consiste em treinar líderes comunitárias para mobilizar as famílias em atividades de combate a mortalidade infantil e de melhoria da qualidade de vida familiar (PASTORAL DA CRIANÇA, 2011). Os líderes do país são capacitados em uma mesma metodologia, passando por uma formação geral obrigatória para ser líderes. Neste momento é estudado o caderno do Líder onde saúde bucal é abordada entre outras diversas temáticas. São oferecidas oficinas de saúde bucal para aprofundamento dos líderes interessados neste assunto específico. A presente metodologia garante que os conteúdos e as práticas sejam realizados igualmente nas diversas regiões de um mesmo país. Uma estratégia para conseguir unificação do conhecimento e rapidez para chegar nos líderes é o fluxo de capacitação. A equipe nacional formada por profissionais e técnicos das 5 (cinco) regiões brasileiras formam os multiplicadores. Estes atuam no estado, núcleo ou setor formando capacitadores nas paróquias, ramos e comunidades. Os capacitadores são pessoas com disponibilidade para capacitar líderes. Os líderes vão atuar junto as famílias cadastradas, visitando mensalmente e conversando sobre os conteúdos aprendidos nas capacitações. O capacitador em saúde bucal não precisa necessariamente ser dentista, condição obrigatória na equipe nacional.

Queirós (2008) concluiu que a tendência pedagógica adotada pela Pastoral da Criança adere ao princípio do empoderamento. A inserção de saúde bucal contempla o princípio da integralidade, superando uma falha constante em outros processos educativos onde a saúde bucal separa-se do restante do corpo e do contexto de vida.

Qualquer criança pode participar do programa, desde que tenha de zero a seis anos de idade e que a família aceite as visitas domiciliares (PASTORAL DA CRIANÇA, 2011). O grupo focal da Pastoral da Criança se torna um mecanismo transformador da realidade (CASEMIRO et al., 2010). Grupos focais desenvolvem tecnologia de informação em saúde beneficiando a comunidade por promover cuidados em saúde (CALMAN et al., 2007).

Lima (2006) avaliou o perfil das líderes comunitárias da região norte de Londrina em relação à saúde bucal encontrando necessidade de dentistas voluntários capacitando-as para melhor efetividade na promoção de saúde bucal.

3 PROPOSIÇÃO

Este estudo tem como objetivos:

- ✓ Caracterizar o perfil sócio-demográfico dos líderes e responsáveis por crianças assistidas pela Pastoral da Criança; no município de Cambé - PR
- ✓ Analisar possível associação entre aspectos sócio-demográficos dos líderes e a mudança de comportamento dos responsáveis quanto aos cuidados em saúde bucal da criança, no município de Cambé - PR.
- ✓ Avaliar a experiência de cárie dentária em crianças de 0 a 36 meses assistidas pela Pastoral da Criança, no município de Cambé - PR
- ✓ Analisar a influência dos conhecimentos e práticas dos responsáveis na experiência de cárie dentária das crianças, no município de Cambé - PR.

4. Artigo

**ORAL HEALTH PRACTICES IN AN NON-GOVERNAMENTAL ENTITY
("PASTORAL DA CRIANÇA")**

*** Vanina Dalto**

**** Luiz Reynaldo de Figueiredo Walter**

***** Sandra Mara Maciel**

****** Linda Wang**

***** Karen Barros Parron Fernandes**

* Especialista em Educação e Saúde Coletiva, Mestranda em Odontologia pela Universidade Norte do Paraná, Londrina, PR, Brasil .

** Professor Titular, Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil.

*** Professora Titular da Faculdade de Odontologia da Universidade Norte do Paraná, Londrina, PR, Brasil.

**** Professora Associada do Departamento de Dentística da Faculdade de Odontologia de Bauru – Universidade de São Paulo, Bauru, SP, Brasil.

Autor correspondente:

Profa. Dra. Karen B. Parron Fernandes
Universidade Norte do Paraná, Faculdade de Odontologia
Rua Marselha 183, Jardim Piza, Londrina, PR, Brasil. CEP 86041120
Telefone: (43) 3371-7820 Fax: (43) 3371-7741
E-mail: karenparron@yahoo.com.br

ABSTRACT

The involvement of non-governmental entities (third sector) in health education and oral health promotion has increased exponentially at the last years. In Brazil, the social organization with higher recognition in health is the “Pastoral da Criança”, which uses community leaders to multiply knowledge concerning general and oral health. This study aimed to identify possible association between socio-demographic status and change in behavior of the mothers/guardians of children assisted by the program regarding oral health practices. Additionally, it was analyzed the relation between dental caries experience in preschooler children (0 to 36 months old) assisted by “Pastoral da Criança” and socio-demographic status and dental practices. Therefore, interviews with community leaders and mothers/guardians were performed using a structured questionnaire formulated by the authors. At dental caries evaluation, CEO-d was used according to World Health Organization criteria. Multivariate analysis (Poisson’s regression, $p < 0,05$) showed that changing in behavior of the mothers/guardians was positively correlated with age (higher age), marital status (married) and longer time as a community leader at the “Pastoral da Criança”. It was also observed a lower dental caries experience and prevalence at the children from the study. Concerning oral health practices, dental caries experience was associated with the start of oral cleaning ($p = 0.002$). Considering that community leaders from “Pastoral da Criança” are able to evoke changing in behavior of mothers/guardians of preschooler children assisted by the program, it is important that these community leaders receive information concerning oral health. Additionally, dentists’ inclusion as community leaders or volunteers should be increased in order to achieve oral health promotion.

Key-words: Health Promotion. Oral Health Education. Non-governmental Organization. Voluntary Works; Children

1 INTRODUCTION

Dental caries is an infectious and multifactorial disease, influenced by carbohydrates present in the diet, action of salivary components and individual factors such as knowledge, behavior and hygiene practices¹.

Caries is a pandemic disease due to its high overall prevalence, being the main cause of dental loss and a great challenge for oral health². According to the World Health Organization (WHO), 60% of the global child population has dental caries, with a larger incidence in developing countries than in the first world ones³. Data from the last epidemiological survey performed in Brazil show high level of dental caries in toddlers, apart from a heterogeneous distribution pattern of its occurrence in its different regions, being the most affected localities the least favored².

Although dental caries may be prevented or controlled by relatively simple measures, WHO's objectives concerning the improvement of oral health aren't always achieved, once prevalence and incidence of dental caries are influenced by socio-demographic, political and educational aspects, which make the dental caries prevalence more than simple results of biological interactions with the dental biofilm⁴.

Evidences reveal that the focus on the individual behavior, without further evaluation of socioeconomic, cultural and environmental factors, which may affect the person's life, doesn't lead to improvements of the oral health⁵. Education in oral health pursues health promotion through knowledge acquisition, as well as changing people's habits to healthier ones, with low cost expenses in terms of finances and human resources⁶.

Preventive education generates a healthier lifestyle, sparing people from discomfort, pains and annoyances⁷. Providing arguments capable of making people reflect and deepen their references concerning this specific disease and motivates behavioral changes. The participation of non-governmental organizations (third sector) in health education and oral health promotion has been growing exponentially in the past few years.

Currently the "Pastoral da Criança" stands out in the third sector's health area. This institution distinguishes from the others in the Brazilian social-political scenario because of its extreme organization skills (planning, management and evaluation), its development of low cost practices and its active participation in community life⁹.

The “Pastoral da Criança” initiated its operation in Florestópolis – PR, motivated by the high infant mortality rate occasioned by malnutrition. Nowadays it is configured as a vast solidarity network, apart from being the biggest non-governmental organization in the world acting the children’s health and nutrition areas⁹.

The main responsible for the Pastoral’s success are the community leaders (CL) who, by doing a volunteer work, help thousands of children from zero to six years old and, in a general way, all their families¹⁰. They are agents of transformation who donate their time and knowledge to answer the needs of others¹¹. The LC’s role before community is close to the one of communitarian agents of health (ACS), because they are people who completely identify with their own community, especially with the language and the culture, and act as knowledge multiplying agents¹².

Lima¹³ evaluated the community leaders’ profile in the region of Londrina in what concerns to oral health and found the need for embodying dentists as volunteers, making them capable of promoting child oral health in a more effective way.

In a concrete reality, altering habits is a complex task. Just receiving information isn’t always enough to generate motivation for continuous actions. In this context, although oral health is one of the themes approached in the visits performed by the “pastoral da Criança”, there are no indicators proving the efficiency of this preventive program in the change of the mothers’ behavior, nor reduction in the prevalence of dental caries in the children assisted by the program.

Lastly, this study intends to identify possible associations between the leaders’ sociodemographic profile and changes of the responsables’ behavior, relative to child oral health care. Additionally, it aims to evaluate the dental caries experience in preschooler children (0 to 36 months old), who were assisted by the “Pastoral da Criança”, associating the practices with the responsible people’s features.

2. MATERIAL AND METHODS

2.1. ETHICAL PROCEDURES

This study was analyzed and approved by the Ethics Committee in Research of the University of Northern Paraná (CEP-UNOPAR). After explanation about the risks and benefits of the procedures, the people involved signed an informed consent (enlightened and free) authorizing the performance of oral examination in the children and the appliance of the questionnaire to leaders and mothers/guardians.

2.2 ELIGIBILITY CRITERIA OF THE POPULATION STUDY

This study is characterized as transversal, analytical and observational. In order to be eligible for the present study, leaders from the “Pastoral da Criança” and responsible for the preschooler children (aged 0 to 36 months old), who were assisted by the “Pastoral da Criança” program in the city of Cambé – PR.

The responsables were selected based on the following inclusion criteria: having children from 0 to 36 months of age; being present at the day of “Life Celebration” (weighing day); and wanting to participate voluntarily in the study. Responsibles who had children older than the proposed age group and who were involved with another preventive dentistry program (e.g. Bebê Clínica) were excluded.

Considering the leaders, the following inclusion criteria were considered: having performed the qualification course at the “Pastoral da Criança”; have been acting as a leader at the “Pastoral” for at least 6 months; being present at the day of “Life Celebration” (weighing day); wishing to participate voluntarily in the study.

2.3 SAMPLE CALCULATION AND PILOT STUDY

In order to achieve a representative sample of the population assisted by the “Pastoral da Criança” in the city of Cambé-PR, a sample calculation was carried out establishing the following parameters for a finite population: confidence break of 95%, significance level of 5% ($p < 0,05$) and sampling error of 5%.

Considering that 863 liable are assisted by the “Pastoral da Criança” in the city of Cambé and there are 132 leaders in the same city, the minimum sample

was determined in 143 responsible (mothers/guardians) and 79 leaders to be interviewed.

A pilot study was performed to validate and adequate the instrument of data collection, measure the difficulties encountered and enable the researcher involved with the project, with some leaders and the “Pastoral” officers before data collection.

2.4 DATA COLLECTION

2.4.1 Interview with leaders and responsible (mothers/guardians) of children from the “Pastoral da Criança”

Both leaders’ and responsables’ interviews were conducted by the same examiner, who used semi-structured questionnaires. The leaders were asked about sociodemographic features (gender, age, educational level, life quality and income), service time at the “Pastoral da Criança” and perception of behavior change in the office concerning guidance on oral health care offered by the organization.

The interview with the responsible gathered data related to sociodemographic features (gender, age, education and income), as well as information about the knowledge and practices of oral health care by the responsible for children from 0 to 36 months old assisted by the “Pastoral da Criança”.

2.4.2 Evaluation of dental caries prevalence

The children were examined in the weighing rooms at the “Pastoral da Criança”, in the city of Cambé, under artificial lighting.

Caries prevalence was evaluated via ceo-d index (number of decayed primary teeth lost because of caries and obturated), according to criteria established by the World Health Organization (WHO) ¹⁴. The diagnosis was visual, using a dental mirror and cotton rollers to enlarge the visibility and periodontal probe to remove possible residuals when necessary. Clinical exam was performed by the same examiner previously trained and calibrated (V.D.).

Individual results of clinical exam were released to the responsible and explanation provided. To analyze the dental caries experience, the results were dichotomized in “caries free” (ceo-d = 0) and “with caries” (ceo-d \geq 1).

2.3.4 Statistical analysis

Statistical Package for Social Sciences 15.0 (SPSS, London, England) was used for statistical analysis, establishing a confidence interval of 95% and significance level of 5% ($p < 0.05$) for all applied tests. The obtained results were presented in absolute (n) and relative (%) frequency tables.

It was analyzed the possible association between sociodemographic features (age, education, marital status and income level) of the leaders and the responsables' positive behavior change concerning their children oral health care through multivariate analysis (Poisson's regression), being this association expressed by prevalence ratios (PR). All variables associated at the univariate analysis ($p < 0.20$) were included in the final model.

Besides, it was analyzed possible association between responsables' practices with dental caries prevalence and experience of the study population.

3. RESULTS

3.1 LEADERS' PROFILE AND RESPONSIBLES' BEHAVIOR CHANGE CONCERNING CHILDREN'S ORAL HEALTH CARE

In this study, 82 leaders from the “Pastoral da Criança” were interviewed. In relation to the leaders characterization, it was observed that 97.6% belonged to the feminine gender, 45% were married, 65% had income higher than 3 minimum salaries and 51% had more than 8 years of formal education. It also stands out that nearly 20% had higher education level and 30% had complete middle school level. Concerning the involvement at the “Pastoral da Criança”, 62% are engaged with the organization for more than 5 years and no leader had joined the oral health workshop, being involved only on training in the “Leader Guide”. The table 1 shows the leaders' features distribution and the children's responsible behavior change.

From the multivariate analysis, it might be identified that the children's

responsibles' behavior change was influenced by a few of the leaders' features, being bigger the acceptance when the leaders were older, married and longer engaged with the "Pastoral da Criança".

On the other hand, the leaders' education level nor his income had any influence in the interviewee's behavior change. Data referring to the multivariate analysis are presented at table 2.

3.2 RELATION BETWEEN SOCIODEMOGRAPHIC FEATURES, RESPONSIBLE'S PRACTICES AND CARIES EXPERIENCE FROM THE CHILDREN ASSISTED BY THE "PASTORAL DA CRIANÇA"

It was observed an increase in the dental caries experience with increasing age (*Chi-Square's test*, $p=0.04$), being 100.00% of the children until 12 months old caries free. On the other hand, it was not observed association between gender and caries experience ($p=0.38$).

Besides, it was not observed relation between gender ($p=0.51$) or age group ($p=0.18$) with caries prevalence. Data referring to distribution in gender and age group of dental caries prevalence and experience are shown in table 3.

It was not observed association between the responsible's sociodemographic features (age, education, marital status and family income) and the children's caries experience, according to the *Chi-Square's test* ($p>0.05$).

The distribution of the responsible's sociodemographic features was not statistically relevant in the assisted children's caries experience. Variables such as the responsible's (mother/guardian) age, educational level, marital status and family income were not statistically significant.

Regarding oral health practices, only the period of start of the teeth cleaning was associated with the children's caries experience. Data referring to the distribution of the children's caries experience related to the sociodemographic features and oral health practices are presented in table 4.

4. DISCUSSION

In this study, it was observed that the absolute majority of leaders from "Pastoral da Criança" are women, what converges with the data observed by Lima¹³.

Ferraz and Borges¹⁵ visualized that women generally seek for improvement of their knowledge and professional, as well as intellectual growth, taking many times leader roles in the communities.

Burke et al.¹⁶ described the influence of the social context in women's healthy habits' behavior and concluded that the social capital implicates in the development of those habits. Almost all interviewed responsible belonged to the feminine gender. Knowledge invested in women returns to the family, affecting the children's and even the parents' health¹⁷.

Similar to Lima¹³, Who evaluated the profile of the "Pastoral da Criança" leaders from the city of Londrina-PR, it was observed that 30% of the leaders presented middle school level and were married. However, in Lima's study¹³, the biggest share of "Pastoral" leaders acted in the community for less than 5 years, while in this study it was observed that approximately 60% of the leaders acted in the community for more than five years.

The fact that 62% of the volunteers are engaged with the "Pastoral da Criança" for more than 5 years suggests that the responsible's (mother/guardian) trust their action. At routine meetings of weighing and home visit, there is an opportunity of talking, interchange ideas and concepts, disseminating updated information on oral health. Volunteering is, in this case, an opportunity of changing reality, once there are myths and legends about teeth in Brazilian folklore, which are in many cases transmitted through generations without any reflection, just verbalization¹⁸.

The current challenge of Dentistry is transmitting information to the population, changing attitudes and preventing oral diseases. Dos Santos¹⁹ contacted professionals from pediatric organizations in 10 different countries asking about messages of oral hygiene practices for infants. Many oral hygiene messages showed to be inconsistent with the scientific support. Make the scientific concepts part of quotidian tasks structures a new paradigm. The way of interpreting reality is altered due to the comprehension of the health-illness process as a dynamic interaction. What could be understood as a dull task starts being seen as an act of love and care²⁰.

The pedagogical model used by the "Pastoral da Criança" trough workshops, manuals and programs empowers the leaders, who multiply this knowledge in their volunteers action by the assisted population²¹. Wishing to test the hypothesis of how

the sociodemographic features and acting time of the leaders influence the responsible's acceptance and posterior behavior change was performed a multivariate analysis. The perception of responsible's behavior change was influenced by age, life quality and acting time of the leader at the "Pastoral da Criança".

Cultural studies reveal that attitudes towards teeth, knowledge and behavior depend on the cultural beliefs and economical factors. It is accepted that oral health care increase with the person's education and that the mother's formation has an important role in the children's health ²². So it can be inferred that the responsible's sociodemographic features could influence the children's caries experience. However, it was not observed association between the responsible's age, education, family income and marital status and the assisted children's caries experience. These data could be explained due to the low prevalence of children with caries experience in this study (4%).

It was still observed the association between the addition of age and the dental caries experience, according to various studies. ^{1,2,3,4,16} In this phase there is eruption of deciduous dentition, change of child's diet, even if she doesn't have motor coordination to perform the adequate oral hygiene by herself. Other factors may occur, such as birth of brothers, what would demand a division of the responsible's time and attention and the consequent neglect in relation the minor's oral health. There are studies that indicate lower caries risk between children who don't have brothers or had them in lower number ^{23, 24}.

Dentistry for babies is priority in the context of public health, once the precocious beginning of dental care enlarges the probability of oral diseases prevention²⁵. However, 16% of assisted children never underwent a dental visit, having received information only by the "Pastoral" leader, evidencing that the theme deserves attention.

The promotion of self-care and precocious prevention allows beneficial effects against the development of caries ²⁶. When preventive care begins in the early stages of life, it lasts for the entire life²⁰.

Guerra²⁷ suggested that better education should bring to the parents information about the disease and practices for prevention of oral problems. There's evidence that specific behavior change could reduce the prevalence of caries in children ²⁸. In this context, it was evaluated if the responsible's practices influenced

the assisted children's caries experience.

It was not observed any association between the daily frequency of teeth brushing, use of tooth floss and toothpaste and the children's caries experience. Although in the "Pastoral da Criança" leader guide there is information on how to produce a homemade alternative to the conventional dental floss, it was used by only 4% of the children in the sample. It is important to highlight that none of the children with caries experience used dental floss.

On the other hand, it was observed association between the beginning of the baby's oral cavity cleaning and the caries experience, being in agreement with several published studies ^{4,5,7, 27}. Children might join the "Pastoral" if they have between 0 and 6 years old and might also be monitored from the womb (pregnancy). The responsible that looked for monitoring with the oldest children may have received information about oral health after initiation of dental caries in their children.

The pedagogy used by the "Pastoral da Criança" in workshops, manuals, radio programs and home visits disseminates irrelevant information and are not capable of influencing the responsible's for young children behavior change, concerning oral health practices. It is noteworthy the importance of capacitating the "Pastoral" leaders to give information about oral health, as well as introduce the participation of dentists as community leaders or volunteers, who can present workshops on oral health to the community leaders, contributing to the promotion of child oral health promotion.

Table 1 – Distribution of leaders' characteristics and perception of changing behavior in responsible for children assisted by "Pastoral da Criança" concerning oral health.

Leaders' variables	Perception of changing behavior in responsible	
	No	Yes
<i>Gender</i>		
Female	11 (13.70%)	69 (86.30%)
Male	02 (100.00%)	-
<i>Age</i>		
≤ 50 years old	08 (22.90%)	27 (77.10%)
> 50 years old	05 (10.60%)	42 (89.40%)
<i>Education level</i>		
≤ 8 years	09 (22.50%)	31 (77.50%)
> 8 years	04 (09.50%)	38 (90.50%)
<i>Marital status</i>		
Single or Widow	12 (26.70%)	33 (73.30%)
Married	01 (02.70%)	36 (97.30%)
<i>Income</i>		
≤ 3 Minimum salaries	07 (24.10%)	22 (75.90%)
> 3 Minimum salaries	06 (11.30%)	47 (88.70%)
<i>Time acting in "Pastoral da Criança"</i>		
≤ 5 years	09 (29.00%)	22 (71.0%)
> 5 years	04 (7.80%)	47 (92.20%)

Table 2– Multivariate analysis (Poisson’s regression) according to bivariate and multivariate analysis of leaders’ characteristics and influence on changing behavior of responsible from the children assisted by “Pastoral da Criança” concerning oral health.

Leaders’ characteristics	Bivariate analysis			Multivariate analysis		
	<i>Unadjusted PR</i>	<i>CI (95%)</i>	<i>p</i>	<i>Adjusted PR</i>	<i>CI (95%)</i>	<i>p</i>
<i>Age</i>						
≤ 50 years	1	-	-	1	-	0.02*
> 50 years	1.13	0.95 -1.33	0.15	1.19	1.03 – 1.37	
<i>Education level</i>						
≤ 8 years	1	-	-	1	-	0.22 n.s.
> 8 years	1.14	0.97-1.33	0.10	1.10	0.94 – 1.30	
<i>Income</i>						
≤ 3 Minimum salaries	1	-	-	1	-	0.06 n.s.
> 3 Minimum salaries	1.14	0.95 – 1.36	0.16	1.15	0.99 – 1.33	
<i>Marital status</i>						
Single or Widow	1	-	-	1	-	0.001*
Married	1.27	1.10 -1.46	0.001	1.32	1.15-1.52	
<i>Time acting in “Pastoral da Criança”</i>						
≤ 5 years	1	-	-	1	-	0.01*
> 5 years	1.24	1.04-1.47	0.02	1.19	1.04-1.37	

n.s. – non statistically significant

*statistically significant, $p < 0.05$.

Table 3– Distribution of caries experience of children assisted by “Pastoral da Criança” concerning gender and age.
 distribuição da experiência de cárie nas crianças

Variables	Caries experience		Total	p
	Caries free (ceo-d = 0)	With caries (ceo-d ≥ 1)		
<i>Gender</i>				
Female	79 (97.50%)	02 (2.50%)	81 (100.00%)	0.38 n.s.
Male	74 (94.90%)	04 (5.10%)	78 (100.00%)	
<i>Age</i>				
≤ 12 months	74 (100.00%)	-	74 (100.00%)	0.04 *
12-24 months	38 (95.00%)	02 (5.00%)	40 (100.00%)	
24-36 months	41 (91.10%)	04 (8.90%)	45 (100.00%)	

n.s. – non statistically significant

*statistically significant, *Chi Square's* test.

Table 4 – Distribution of practices of oral health and dental caries experience of children assisted by “Pastoral da Criança”.

Variables	Dental caries experience		Total	p
	Caries free (ceo-d = 0)	With caries (ceo-d ≥ 1)		
<i>Cleansing starting</i>				
≤ 6 months	110 (99.10%)	01 (0.90%)	111(100.00%)	0.002*
> 6 months	29 (87.90%)	04 (12.10%)	33 (100.00%)	
<i>Daily brushing frequency</i>				
≤ Once/daily	28 (100.00%)	-	28 (100.00%)	0.20 n.s.
> Once/daily	100 (94.30%)	06 (5.70%)	106 (100.00%)	
<i>Dental floss</i>				
No	102 (94.40%)	06 (5.60%)	108 (100.00%)	0.25 n.s.
Yes	23 (100.00%)	-	23 (100.00%)	
<i>Dental toothpaste</i>				
No	54 (96.40%)	02 (3.60%)	56 (100,00%)	0.67 n.s.
Yes	74 (94.90%)	04 (5.10%)	78 (100,00%)	
<i>Mouth cleansing before sleeping</i>				
No	100 (95.20%)	05 (4.80%)	105(100.00%)	0.44 n.s.
Yes	46 (97.90%)	01 (2.10%)	47 (100.00%)	

n.s. – non statistically significant

*statistically significant, *Chi Square's* test.

6 REFERENCES

- 1 Maltz M, Jarden JJ, Alves LS. Health promotion and dental cáries. *Braz oral res.* 2010; 28(24):18-25.
- 2 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção á Saúde. Projeto SB Brasil 2011: condições de saúde bucal da população brasileira 2010. Brasília (DF); 2011.
- 3 World Health Organization. Oral health information systems. Disponível em: <http://www.who.int/en/>.
- 4 Fejerskov E, Edwina KIDD. Cárie Dentária: a doença e seu tratamento clínico. São Paulo, Ed. Santos, 2007, 352 p.
- 5 Kay EJ, Locker D. Is dental health education effective? A systematic review of current evidence. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 1996; 24: 231–235.
- 6 Burtis AT, Taylor MK. Mapping the literature of health education: 2006-2008. *J. Med. Libr. Assoc.* 2010; 98 (4): 293-299.
- 7 Edelstein B. The dental caries pandemic and disparities problem. *BMC Oral Health.* London, v. 15, Jul. 2006. Supplement 1 Disponível em: < <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6831-6-S1-S2.pdf> >. Acesso em: 9 maio 2011.
- 8 Santos FS, Campinas LLSL, Sartori JAL. A afetividade como ferramenta na adesão as orientações sobre educação em saúde bucal da família. *O mundo da saúde.* São Paulo, v. 34, n. 1, p. 105-119, 2010. Disponível em: < http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/15_Original_afetividade.pdf >
- 9 Araújo E. Pastoral da criança: a força da solidariedade. Londrina: Livre Iniciativa; 2000.
- 10 Andrade RD, Mello DF. Social organization and governamental institutions: perspectives on partnerships in children's health care through volunteers and the pastoral da criança. *Rev. Esc. Enferm. USP* 2006; 40 (1): 93-97.
- 11 Corullón MBG, Medeiros Filho BM. Voluntariado na Empresa Gestão eficiente da participação cidadã. São Paulo: Editora Peiropolis; 2002.
- 12 Souza RAA. A prática odontológica na perspectiva do terceiro setor: o caso das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – Londrina – PR [tese]. São Paulo: Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Odontologia; 2003.

- 13 Lima, A. Perfil do líder comunitário da pastoral da criança da região norte da cidade de Londrina – PR. 2006. 88f. Dissertação (Mestrado em Odontologia Preventiva e Social) - Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2006.
14. World Health Organization. Oral Health Surveys—Basic Methods. 4th edition. Geneva, Switzerland: WHO; 1997.
15. Ferraz CRR, Borges ALV. Agente Comunitários de Saúde: histórias de vida em transformação. *Ciênc Saúde Coletiva* 2003; 8(1):387.
16. Burke NJ et al. Social and cultural meanings of self efficacy. *Health educ & behave.* 2009; 36(5) suppl:111-28.
17. Washington PK, Burke NJ, Joseph G. Adult daughters influence on mother's health – related decision making: an expansion of the subjective norms construct. *Health educ. Behavior.* 2009; 38 Suppl:1295-1445.
18. Santos FS, Campinas LLSL, Sartori JAL. A afetividade como ferramenta na adesão as orientaçõe sobre educação em saúde bucal da família. *Mundo Saúde.* 2010; 34(1):105-19.
19. Santos AP, Nadanovsky P, Oliveira BH. Inconsistencies in recommendations on oral hygiene practices for children by professional dental and paediatric organisations in ten countries. *Int J of Paediatric Den.* 2011; 21(3): 223-31.
20. Robles ACC, Grosseman S, Bosco VL. Practices and meanings of oral health: a qualitative study with mothers of children assisted at the Federal University of Santa Catarina. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2010;15 Suppl 2: S3271-81.
21. Queirós, S. M. L. Efetividade do processo de capacitação dos líderes da pastoral da criança para promoção da saúde bucal em Curitiba, Brasil. 2008. **111f.** Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2008
22. Mumcu G et al. Utilisation of dental services in Turkey: a cross-sectional survey. *Int Dent J.* 2004 Apr; 54(2):90-6.
- 23 Antunes, L. F., Peres, M. A., Mello, T. R. C. Determinantes individuais e contextuais da necessidade de tratamento odontológico na dentição decídua no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva, São Paulo, v. 11, p. 79-87, 2006.*
24. Noro, L. R. A.; Rooncalli, A. G.; Mendes Jr, F. I. R.; Lima, K. C. A utilização de serviços odontológicos entre crianças e fatores associados em Sobral, Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública, v. 24, 1509-1516, 2008.*
25. Mouradian WE. Band-aid solutions to the dental access crisis: Conceptually flawed - a response to Dr David H. Smith. *J Dent Educ [periodico na internet].* 2006 [acesso em 2011 Jun 2];70(11):1174-79. Disponível em:

<http://www.jdentaled.org/cgi/reprint/70/11/1174>.

26. Verrips GH et al. Risk indicators and potential risk factors for caries in 5-year-olds of different ethnic groups in Amsterdam. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 1992;20(5):256-60.

27. Guerra LM. Cárie e fluorose: relação com variáveis sócio econômicas e demográficas em municípios com diferentes concentração de flúor nas águas do abastecimento público Piracicaba [tese]. Piracicaba: Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia., 2007.

28. Tinanoff N., Reisine S. Update on early childhood caries since the surgeon general's report. *Acad Pediatr.* 2009;9(6):396-403.

5 CONCLUSÕES

A partir dos resultados, pode-se concluir que:

- ✓ Características dos líderes tais como maior idade, condição de vida e tempo de atuação na Pastoral da Criança foram capazes de influenciar a mudança de comportamento dos responsáveis de crianças assistidas pela Pastoral da Criança em relação aos cuidados em saúde bucal no município de Cambe – PR.;
- ✓ Observou-se baixa experiência de cárie nas crianças do estudo, com 100% das crianças livres de cárie aos 12 meses no município de Cambe – PR.;
- ✓ Não houve associação entre características sócio-demográficas dos responsáveis e experiência de cárie nas crianças do estudo no município de Cambe – PR.;
- ✓ Em relação às práticas em saúde bucal, somente o período do início da limpeza da cavidade bucal esteve associado à experiência de cárie nas crianças do estudo.

6 REFERÊNCIAS

1. ANTUNES, L. F., PERES, M. A., MELLO, T. R. C. Determinantes individuais e contextuais da necessidade de tratamento odontológico na dentição decídua no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 11, p. 79-87, 2006.
2. ANDRADE, R. D.; MELLO, D. F. Social organization and governmental institutions: perspectives on partnerships in children's health care through volunteers and the pastoral da criança. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n.1, p. 93-97, Mar. 2006.
3. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ORGANIZAÇÕES NÃO GOVERNAMENTAIS. **Carta de princípios**. 2010. Disponível em: < http://www.abong.org.br/quem_somos.php >. Acesso em: 26 abr. 2011.
4. BAELUM, V. et al. Global perspective on changes in the burden of caries and periodontitis: implications for dentistry. **J. Oral Rehabil.**, Oxford, v. 34, n. 12, p. 872-906, Dez. 2007.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Projeto SB Brasil 2010: condições de saúde bucal da população brasileira 2010**. Brasília, 2011.
6. BROADBENT, J. M.; THONSON, W. M.; POULTON, R. Oral health beliefs in adolescence and oral health in young adulthood. **J. Dent. Res.**, Chicago, IL, v. 85, n. 4, p. 334-343, Apr. 2006.
7. BURKE, Nancy J. et al. Social and cultural meanings of self efficacy. **Health educ. & behav.**, Thousand Oaks, CA, v. 36, n.5 (suppl.), p. 111-128, Oct. 2009.
8. BURTIS, Amber T.; TAYLOR, Mary K. Mapping the literature of health education: 2006-2008. **J. Med. Libr. Assoc.**, Chicago, IL, v. 98, n.4, p. 293-299, Oct. 2010.
9. BUSS, P. M. Promoção de saúde e qualidade de vida. **Cien Saude Colet**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.
10. CALMAN, Neil S.; KITSON, Kwame; HAUSERR, Diane. Using information technology to improve health quality and safety in community health centers. **Prog. Community Health Partnersh.**, Baltimore, MD, v.1, n.1, p. 83-88, 2007.
11. CARDOSO, R. O que é terceiro setor? In: IOSCHPE, E. B. **3º Setor: desenvolvimento social sustentado**. São Paulo: Paz & Terra; 1997. cap.1, p.7- 12.

12. CASEMIRO, Juliana Pereira; VALLA, Victor Vicent; GUIMARAES, Maria Beatriz Lisboa. The human right to adequate food: an urban vision. **Ciê. Saúde Colet.**, São Paulo, v.15, n.4, p. 2085-2093, Jul. 2010.
13. CORULLÓN, M. B. G.; FILHO, B. M.. **Voluntariado na Empresa Gestão eficiente da participação cidadã**. Editora Fundação Petrópolis, 2002.
14. CFO. Prêmio Brasil Sorridente é entregue aos municípios vencedores. **Jornal do CFO**. Rio de Janeiro: Abril, 2011.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
16. DUMITRESCU, A.; ZETU, L.; TESLARU, S. Instability of self-esteem, self-confidence, self-liking, self-control, self-competence and perfectionism: associations with oral health status and oral health-related behaviours. **Int J Dent Hyg**, v. 9, n. 3, Jul. , 2011.
17. EDELSTEIN, B. The dental caries pandemic and disparities problem. **BMC Oral Health**. London, v. 15, Jul. 2006. Supplement 1 Disponível em: < <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6831-6-S1-S2.pdf> >. Acesso em: 9 maio 2011.
18. DINI, E. L., HOLT, R. D., BEDI, R. Caries and its association with infant feeding and oral health-related behaviours in 3-4-year-old Brazilian children. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 28, n. 4, p. 241-248, 2000.
19. SANTOS, A. P. dos; NADANOVSKY, P.; OLIVEIRA, B. H. de. Inconsistencies in recommendations on oral hygiene practices for children by professional dental and paediatric organisations in ten countries. **Int J of Paediatric Den.**, v. 21, n. 3, p. 223-231, may 2011.
20. FADEL, C. B.; SALIBA, N. A. Social representations as an instrument of information for the public's oral health. **RGO. Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre; v. 58, n. 4, p. 521-526, dez. 2010.
21. FERNANDES, R. C. **Privado porém público**: o terceiro setor na América Latina. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.
22. GUERRA, Luciane Miranda. **Cárie e fluorose**: relação com variáveis sócio econômicas e demográficas em municípios com diferentes concentração de flúor nas águas do abastecimento público Piracicaba. 2007. 95f. Tese (Doutorado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia de Piracicaba. Universidade Estadual de Campinas – Unicamp, Piracicaba, 2007.
23. HAYNES, C. L. Health promotion services for lifestyle development within a UK hospital: patient's experiences and views. **BMG Public. Health**, London,

- 2008, v. 8, p. 284, Aug. 2008.
24. HASHIM, R.; WILLIAMS, S., THOMSON, W. M. Severe early childhood caries and behavioural risk indicators among young children in Ajman, United Arab Emirates. *Eur Arch Paediatr Dent.* , v.12, n. 4, p. 205-210, Aug. 2011.
 25. HOLM, A. K. Diet and caries in high-risk groups in developed and developing countries. **Caries Res**, New York, 24 (Suppl)1990; 1:44-52.
 26. KAY, E. J.; LOCKER, D. Is dental health education effective? A systematic review of current evidence. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v. 24, p. 231–235, 1996.
 27. KANITZ, S. **O que é terceiro setor.** Disponível em: < <http://www.filantropia.org/OqueeTerceiroSetor.htm> >. Acesso em: 15 ago. 2011.
 28. KNUPP, R. R. S. **Analysis of mothers' knowledge and practices about oral health. 2005.** 134 p. Tese (Doutorado em Odontologia) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Odontologia, Rio de Janeiro, 2005.
 29. LEVY, S. N.; et al: Educação em saúde: histórico, conceitos e propostas. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE ON LINE, Brasília, 2011. Disponível em: < <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/educacaosaude/educacaosaude.htm> >. Acesso em: 5 ago. 2011.
 30. LIMA, A. **Perfil do líder comunitário da pastoral da criança da região norte da cidade de Londrina – PR.** 2006. 88f. Dissertação (Mestrado em Odontologia Preventiva e Social) - Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2006. Disponível em: < http://www.foa.unesp.br/include/up/posgraduacao/odontosocial/teses_dissertacoes/520/lima_a_me_araca.pdf >. Acesso em: 15 maio 2011.
 31. LIMA, Israel Correia de. **Reflexões sobre o mercado de trabalho na Odontologia.** 2011. Disponível em: < <http://www.cro-rj.org.br/busca-noticiasR.asp?pid=296> >. Acesso em: 21 jun. 2011..
 32. LOOS, H.; CASSEMIRO, L. F. K. Perceptions about the quality of family interactions and self-belief in children. **Estudos de psicologia**, Campinas, v. 27, n. 3, p. 293-303, jul./set. 2010.
 33. LOSSO, E. M.; TAVARES, M. C. R.; SILVA, J. Y. B.; URBAN, C. A. Cárie precoce e severa na infância: uma abordagem integral. **J Pediatr** , Rio de Janeiro, v. 85, n.4, p. 295-300, ago. 2009.
 34. MALTZ, M.; JARDEN, J. J.; ALVES, L. S. Health promotion and dental caries. **Brazilian oral research**, São Paulo, v. 28, n. 24, ago. 2010.

35. MASTRANTONIO, S. S.; GARCIA, P. P. N. S. Oral health education programs: literature review. **J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebê**, Curitiba, v. 5, n. 25, p.215-22, maio/jun. 2002.
36. MCGRATH, C., BRODER, H., WILSON-GENDERSON, M. Assessing the impact of oral health on the life quality of children: implications for research and practice. **Community Dent Oral Epidemiol**, Copenhagen, v. 32, n. 2, p.81-85, apr. 2004.
37. MEDEIROS, Urubatan Vieira de; MAIA, Katlin Darlene; JORGE, Renata Rocha. O desafio da prática educativa em Odontologia. **Rev. bras. odontol**, Rio de Janeiro, v. 67, n. 1, p. 49-55, jul./dez. 2010.
38. MELO, M. M. D. C. et al; Fatores associados à cárie dentária em pré-escolares do Recife, Pernambuco, Brasil **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, Mar. 2011.
39. MELLO, R. C.; ANTUNES, J. L. F.; WALDMAN, E. A. Prevalência de cárie não tratada na dentição decídua em áreas urbanas e rurais do Estado de São Paulo, Brasil. **Rev Panam Salud Pública**, v. 23, p. 78-84, 2008.
40. BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
41. MOTTIN, C. Saúde bucal na infância. Monografia. Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. Porto Alegre; s.n, 2009. 52 p.
42. MOYNIHAN, P; PETERSEN, P. E. Diet, nutrition and the prevention of dental diseases. **Public Health Nutr** , v. 7, p. 201-26, 2004.
43. MOURADIAN, W. E. Band-aid solutions to the dental access crisis: Conceptually flawed - a response to Dr David H. Smith. **J. Dent. Educ.** Washington, v. 70, n. 11, p. 1174-1179, 2006. Disponível em: < <http://www.jdentaled.org/cgi/reprint/70/11/1174> >. Acesso em: 2 jun. 2011.
44. MOYSÉS, S. J. Desigualdades em saúde bucal e desenvolvimento humano: um ensaio empreto, branco e alguns tons de cinza. **Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva**, Florianópolis, v.1, n.1, p.7-17. 2000. Disponível em: < http://www.ccs.ufsc.br/spb/os3_moyses.pdf >. Acesso em: 3 maio 2011.
45. MUMCU, G. et al. Utilisation of dental services in Turkey: a cross-sectional survey. **Int Dent J**. London, v. 54, n. 2, p. 90-96, Apr. 2004.
46. NARVAI, P. C., FRAZÃO, P., RONCALLI, A. G., ANTUNES, J. L. F. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. **Rev Panam Salud Pública**, v. 19, p.385-393, 2006.

47. NEUMANN, Z. A. **Zilda Arns Neumann**: ela criou uma rede de solidariedade que salva centenas de milhares de crianças brasileiras. Belo Horizonte: Leitura, 2003.
48. NICKEL, D. A.; LIMA, F. G.; SILVA, B. B. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 24, p. 241-246, 2008.
49. NORO, L. R. A.; RONCALLI, A. G.; MENDES JÚNIOR, F. I. R.; LIMA, K. C. A utilização de serviços odontológicos entre crianças e fatores associados em Sobral, Ceará, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 24, 1509-1516, 2008.
50. Ozer S; Sen Tunc E; Bayrak S; Egilmez T Evaluation of certain risk factors for early childhood caries in Samsun, Turkey. **Eur J Paediatr Dent**, v. 12, n. 2, p. 103-106, jun. 2011.
51. PASTORAL DA CRIANÇA. **Guia do Líder da Pastoral da Criança**. 10. ed. Curitiba: 2011.
52. PETERSEN, P. E. et al. The global burden of oral diseases and risks to oral health. **Bull World Health Org**, Geneva, v.83, n. 9, p. 661-669, Sept. 2005. Disponível em: < <http://www.who.int/bulletin/volumes/83/9/661.pdf> >. Acesso em: 02 jun. 2011.
53. PERES, M. A.; LATORRE, M. R. D. O.; SHEIHAM A, PERES KG, BARROS FC, HERNANDEZ PG, et al. Determinantes sociais e biológicos da cárie dentária em crianças de 6 anos de idade: um estudo transversal aninhado numa coorte de nascidos vivos no Sul do Brasil. **Rev Bras Epidemiol**, v. 6, p. 293-296, 2003.
54. PINE, C. M. et al. Developing explanatory models of health inequalities in childhood dental caries. **Community Dent Health**, v. 21, p. 86-95, 2004. Supplement 1.
55. PINTO, L. M. P. C.; WALTER, L. R. F.; PERCINOTO, C.; DEZAN, C. C.; LOPES, M. B. Dental caries experience in children attending an infant oral health program **Braz. j. Oral Sci**, v. 9, n. 3, p. 345-350, Jul./Sept. 2010.
56. QUEIROS, S. M. L. **Efetividade do processo de capacitação dos líderes da pastoral da criança para promoção da saúde bucal em Curitiba, Brasil. 2008. 111f.** Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2008. Disponível em: < <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/cp083216.pdf> >. Acesso em: 15 jun. 2011.
57. RAYNER, J. A. A dental health education programme, including home visits, for nursery school children. **Brit. Dent. J.** London, v. 172, n. 2, p. 57-62, Jan. 1992.

58. REIS, D. M. et al. Educar em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. **Cien Saude Colet**, Rio de Janeiro, v. 15, n.1, Jan. 2010. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v15n1/a32v15n1.pdf> >. Acesso em: 2 jun. 2011.
59. ROBLES, A. C. C.; GROSSEMAN, S.; BOSCO, V. L. Practices and meanings of oral health: a qualitative study with mothers of children assisted at the Federal University of Santa Catarina. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, p. 3271-3281, out. 2010. Supplement 2.
60. SANTOS, F. S.; CAMPINAS, L. L. S. L.; SARTORI, J. A. L. A afetividade como ferramenta na adesão as orientações sobre educação em saúde bucal da família. *O mundo da saúde*. São Paulo, v.34, n. 1, p. 105-119, 2010. Disponível em: < http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/74/15_Original_afetividade.pdf >. Acesso em: 02 jun. 2011.
61. SILVA, D. G. V.; FRANCIONI, F. F.; NATIVIDADE, M. S. L.; AZEVEDO, M.; SANDOVAL, R. C. B.; DI'LOURENZO, V. M. Grups as possiblility to develop education in health. **Texto & contexto enferm**, v. 12, n. 1, p.97-103, jan./abr. 2003.
62. SHEIHAM, A; OLIVEIRA LB, , BONECKER MJS. Exploring the association of dental caries with social factors and nutritional status in Brazilian preschool children. **Eur J Oral Sci**, v. 116, 37-43, 2008.
63. SKEIE, M. S.; RAADAL, M.; STRAND, G. V.; ESPELID, I. The relationship between caries in the primary dentition at 5 years of age and permanent dentition at 10 years of age - a longitudinal study. **Int J Paediatr Dent**, v. 16, p. 152-160, 2006.
64. SOUZA, R. A. A. **A prática odontológica na perspectiva do terceiro setor: o caso das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – Londrina - PR. 2003. 257f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, São Paulo, 2003.**
65. TAI, B. et.al. Experiences from a school-based oral health promotion programme in Wuhan City, PR China. **Int. J. Paed. Dent.**, Oxford, v. 11, n. 4, p. 286–291, Jul. 2001.
66. TINANOFF, N.; REISINE, S. Update on early childhood caries since the surgeon general's report. **Acad. Pediatr.**, New York, v. 9, n. 6, p. 396-403, Nov. 2009. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2791669/pdf/nihms148311.pdf> >. Acesso em: 2 jun. 2011.
67. VADIAKAS, G. Case definition, aetiology and risk assessment of early childhood caries (ECC): a revisited review. **Eur Arch Paediatr Dent** , v. 9, p.

114-125, 2008.

68. VASCONCELOS, E. M. A priorização da família nas políticas de saúde. **Saúde Debate**, v. 23, p. 6-19, 1999.
69. VERRIPS, G. H. et al. Risk indicators and potential risk factors for caries in 5-year-olds of different ethnic groups in Amsterdam. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v. 20, n. 5, p. 256-260, Oct. 1992.
70. VOGT, C. Cultura científica. In: CONGRESO IBERO AMERICANO DE INDICADORES DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA, 7., 2010, Madri. **Anais eletrônicos...** Madri: Labjor, 2010. Disponível em: < <http://congreso.ricyt.org/files/Cultura%20Cientifica%20Madrid%20final.pdf> >. Acesso em: 2 jun. 2010.
71. WARREN, J. J.; LEVY, S. M.; KANELIS, M. J. Dental caries in the primary dentition. Assessing prevalence of cavitated and non cavitated lesion. **J Public Dent** , v. 62, n. 2, p. 109-114, 2002.
72. WASHINGTON, P. K.; BURKE, N. J.; JOSEPH, G. Adult daughters influence on mother's health – related decision making: an expansion of the subjective norms construct. **Health educ. Behavior.**, Thousand Oaks, v. 38, p. 1295-1445, Oct. 2009. Suplemento.
73. WONG, H. M.; MCGRATH, C. P.; KING, N. M.; LO, E. C. M. Oral Health-Related Quality of Life in Hong Kong Preschool Children. **Caries Res.**, London, v. 45, n. 4, p. 370-376, Sept. 2011.

APÊNDICE

APÊNDICE 1- Termo de consentimento livre e esclarecido

Termo de consentimento livre e esclarecido

Título do Projeto de estudo: "Avaliação da educação em saúde bucal na Pastoral da Criança"

Pesquisadores Responsáveis: Vanina Dalto (mestranda) e Prof^a. Dr^a. Karen B. Parron Fernandes (Orientadora)

Instituição: Universidade Norte do Paraná UNOPAR

Objetivo do estudo: Avaliar o trabalho de educação em saúde bucal desenvolvido pela Pastoral da Criança e os índices de saúde bucal em uma população de 0 a 36 meses.

Metodologia: Questionário aberto para os líderes da Pastoral da Criança e para os responsáveis e avaliação clínica da prevalência de cárie das crianças de 0 a 36 meses atendidas no programa

Riscos do estudo: Nenhum

Benefícios do estudo: Tem relevância em confirmar o trabalho desenvolvido pela Pastoral da Criança na educação em saúde bucal.

Documentação do estudo: Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e esclarecido será guardado junto como questionário. Caso precise entrar em contato, se tiver alguma dúvida, ligue para a Vanina Dalto, fone 43 3254 5434, ou pelo e-mail v5dalto@hotmail.com, ou procure pessoalmente na Clínica Odontológica, Rua Espanha, 53 Centro Cambé PR.

Confidencialidade: Seu nome não será publicado em nenhum momento do estudo. Seus registros serão confidenciais, segundo leis federais, estaduais e locais.

Participação: Participar do estudo é completamente de sua escolha (voluntário). Você poderá desistir a qualquer momento e por qualquer motivo.

Consentimento: Eu li e entendi todas as informações citadas acima.

Pelo presente instrumento que atende as exigências legais, o (a) senhor (a) portador da cédula de identidade nº _____ após minuciosa leitura deste documento, estou ciente e de acordo dos procedimentos que serão realizados não restando dúvidas a respeito do lido e do explicado, dou consentimento em concordância em participar do estudo "Avaliação da educação em saúde bucal na Pastoral da Criança" ciente que todo o processo torna-se informação confidencial e será guardado por força do sigilo profissional (Art 9º do Código de Ética em Odontologia).

Declaro, outrossim, que permito que o menor _____, sob minha responsabilidade, poderá participar voluntariamente desse estudo, podendo retirar o consentimento a qualquer momento, sem penalidades, prejuízos ou perdas de quais quer benefícios que possa ter adquirido. Por estar de acordo, assino o presente termo.

Cambé _ de _____ de 2011.

Assinatura do responsável

Vanina Dalto

Questionário da líder

1. Você fez o curso de saúde bucal da Pastoral da Criança? () Sim () Não
2. Há quanto tempo você trabalha na Pastoral da Criança?
3. Após sua motivação, você sente mudança de comportamento nas práticas em saúde bucal realizadas nas crianças pelos responsáveis ?
4. Qual sua renda mensal?
5. Você tem companheiro (a)?
6. Qual sua escolaridade?
7. Qual seu sexo?
8. Qual sua idade?

APÊNDICE 3 - Questionário para as mães / responsáveis**Questionário para os responsáveis****I Parte – Identificação Sócio-demográfica**

1. Qual sua renda mensal?
2. Você tem companheiro (a)?
3. Qual sua escolaridade?
4. Qual seu sexo?
5. Qual sua idade?

II Parte – Parte – Práticas em Saúde Bucal

1. Quando começou a limpar a boca deste seu filho?
2. Quantas vezes limpa ou escova os dentes de seu filho por dia?
3. Você limpa a boca do bebê antes dele dormir?
4. Usa ou não fio dental?
5. Usa ou não pasta? Qual?
6. O seu bebê recebe atendimento odontológico?

ANEXOS



Universidade Norte do Paraná
Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO

PROTOCOLO: *PT/0401/11*

RESPONSÁVEL: *Karen Barros Parron Fernandes*

CATEGORIA DE PROJETO: *Pós - Graduação*

O Comitê de Ética em Pesquisa da Unopar analisou e APROVOU quanto ao aspecto ético o projeto **"A saúde bucal infantil no contexto das ações da pastoral da criança."**

O CEP/UNOPAR estabelece:

- a) O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- b) O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP/UNOPAR (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- c) O CEP/UNOPAR deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alteram o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP/UNOPAR junto com seu posicionamento.
- d) Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP/UNOPAR de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.
- e) Semestralmente devem ser encaminhados relatórios parciais e ao término do projeto o relatório final.

Londrina, 29 de novembro de 2011.


Prof. Dr. Hiroshi Suguimoto
Presidente do C.E.P. UNOPAR



Universidade Norte do Paraná
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

Programa do Mestrado em Odontologia – Dentística Preventiva e Restauradora

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Aos oito dias do mês de fevereiro do ano de dois mil e doze, no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, desta Universidade, às oito horas e trinta minutos, reuniu-se a Banca Examinadora indicada pelo Programa de Pós-Graduação e homologada pelo Colegiado dos Programas Pós-Graduação *Stricto Sensu*, composta por 1. Prof. Dr. Karen Barros Parron Fernandes, presidente da banca. 2. Prof. Dr. Linda Wang. 3. Prof. Dr. Sandra Mara Maciel. A reunião tem por objetivo julgar o trabalho da aluna **Vanina Dalto**, sob o título "*A saúde bucal infantil no contexto das ações da Pastoral da Criança*". Os trabalhos foram abertos pela presidente da banca. A seguir foi dada a palavra à estudante para apresentação do trabalho. Cada examinadora arguiu a mestranda, com tempos iguais de arguição e resposta. Terminadas as arguições, procedeu-se o julgamento do trabalho, concluindo a Banca Examinadora de Dissertação por sua **APROVAÇÃO** e com a recomendação de envio dos exemplares no prazo de 60 dias, para homologação pelo Colegiado de Pós-Graduação. Nada mais havendo a tratar, foi lavrada a presente ata, que vai assinada pelos membros da Banca Examinadora.

Londrina, 08 de fevereiro de 2012

Examinadores:

Prof. Dr. Karen Barros Parron Fernandes

Karen Barros Parron Fernandes

Prof. Dr. Linda Wang

Linda Wang

Prof. Dr. Sandra Mara Maciel

Sandra Mara Maciel