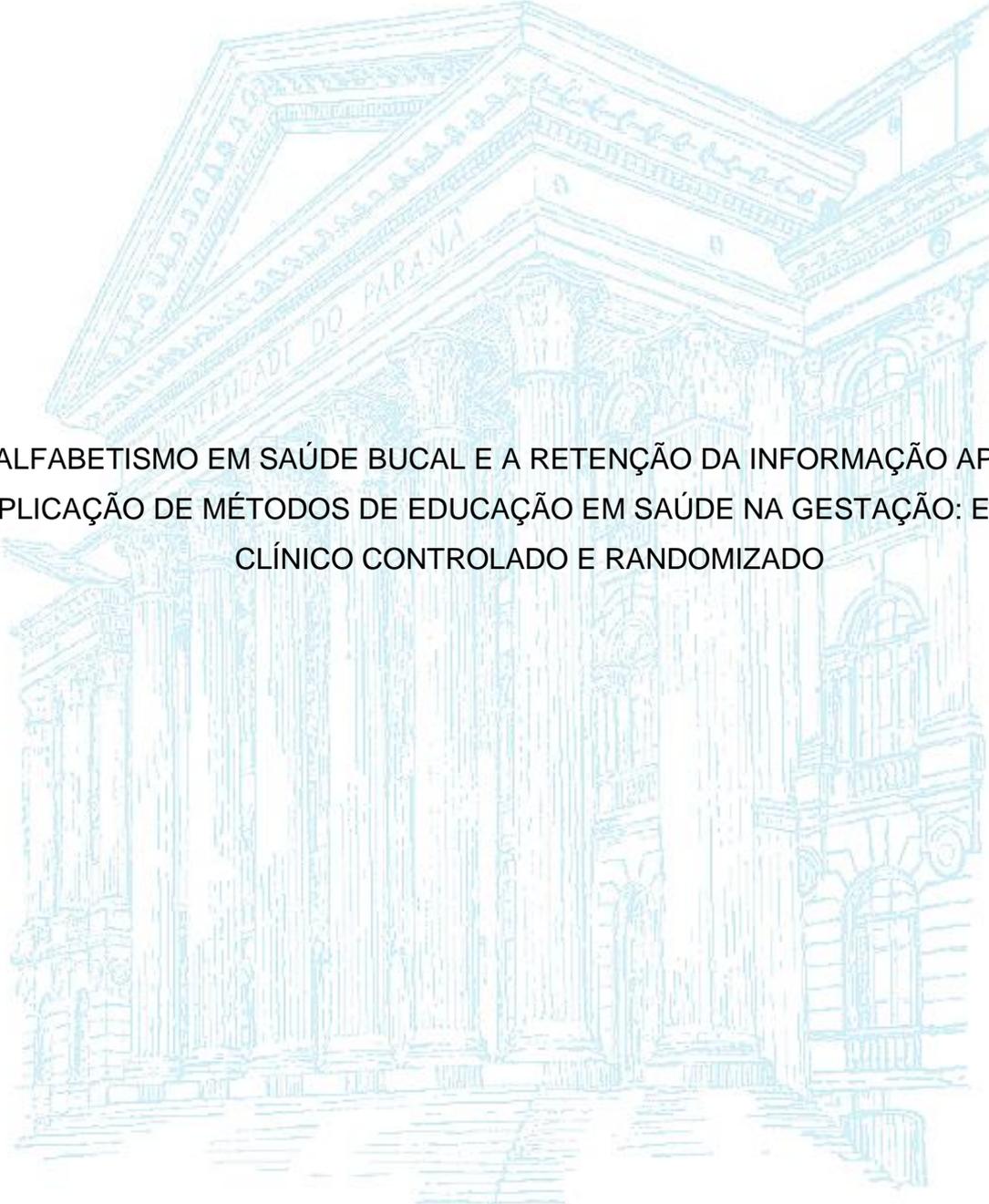


KARINA DUARTE VILELLA



ALFABETISMO EM SAÚDE BUCAL E A RETENÇÃO DA INFORMAÇÃO APÓS A
APLICAÇÃO DE MÉTODOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA GESTAÇÃO: ENSAIO
CLÍNICO CONTROLADO E RANDOMIZADO

CURITIBA

2015

KARINA DUARTE VILELLA

ALFABETISMO EM SAÚDE BUCAL E A RETENÇÃO DA INFORMAÇÃO APÓS A
APLICAÇÃO DE MÉTODOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA GESTAÇÃO: ENSAIO
CLÍNICO CONTROLADO E RANDOMIZADO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós
graduação em Odontologia, nível Mestrado, Setor de
Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná,
como requisito parcial à obtenção do título de Mestre
em Odontologia

Orientadora: Prof. Dra. Elaine Machado Benelli
Co-orientadores: Prof. Dra. Luciana Reichert A. Zanon
Pror. Dr. Fabian Calixto Fraiz

CURITIBA

2015

Vilella, Karina Duarte

Alfabetismo em saúde bucal e a retenção da informação após a aplicação de métodos de educação em saúde na gestação: ensaio clínico controlado e randomizado / Karina Duarte Vilella – Curitiba, 2015.

60 f. : il. (algumas color.) ; 30 cm.

Orientadora: Professora Dra. Elaine Machado Benelli

Coorientadora: Professora Dra. Luciana Reichert A. Zanon

Coorientador: Professor Dr. Fabian Calixto Fraiz

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. 2015.

Inclui bibliografia

1. Gestantes. 2. Educação em saúde 3. Alfabetização em saúde. 4. Hábitos alimentares.
- I. Benelli, Elaine Machado. II. Zanon, Luciana Reichert A. III. Fraiz, Fabian Calixto.
- IV. Universidade Federal do Paraná. V. Título.

CDD 617.6

TERMO DE APROVAÇÃO

KARINA DUARTE VILELLA

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO

ALFABETISMO EM SAÚDE BUCAL E A RETENÇÃO DA INFORMAÇÃO
APÓS A APLICAÇÃO D MÉTODOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA
GESTAÇÃO: ENSAIO CLÍNCIO CONTROLADO E RANDOMIZADO

Dissertação aprovada como requisito parcial à obtenção do grau de mestre no
Programa de Pós Graduação em Odontologia, Setor de Ciências da Saúde,
Universidade Federal do Paraná, pela seguinte Banca Examinadora:

Orientador:



Prof.ª Dra. Luciana Reichert Assunção Zanon
Departamento de Estomatologia, UFPR



Profa. Dra. Elaine Machado Benelli
Departamento Bioquímica, Biologia Celular, UFPR



Prof. Dr. Rosires Pereira de Andrade
Departamento de Tocoginecologia, UFPR



Prof. Dr. Fabian Calixto Fraiz
Departamento de Estomatologia, UFPR

Curitiba, 30 de julho de 2015.

A Deus, por sempre conduzir minha vida por caminhos iluminados.

Aos meus pais Mario e Cida, por não medirem esforços para tornar possível a realização de meus sonhos.

Às minhas irmãs Janaina e Jessica, pelo incentivo e companheirismo.

Ao meu noivo Marcio, por sua dedicação e apoio em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal do Paraná por me acolher durante a graduação, residência e mestrado. Instituição da qual me orgulho muito em fazer parte.

Ao Programa de Pós graduação em Odontologia e a todos os seus professores, pela dedicação ao compartilharem seus conhecimentos e pela enorme contribuição em minha formação.

À minha orientadora, professora Dra Luciana Reichert Assunção Zanon, um grande exemplo de profissional, a quem devo respeito e admiração. Obrigada por ter confiado em mim, por seus valiosos ensinamentos, por sua paciência, doçura e apoio.

Ao meu coorientador, professor Dr. Fabian Calixto Fraiz, por ter contribuído imensamente, com sua experiência e competência, no desenvolvimento desse trabalho.

À professora Dra Elaine Machado Benelli, por sua contribuição e apoio à esse estudo.

Aos meus colegas de mestrado, pelo convívio e amizade.

Aos servidores do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, pela disponibilidade e auxílio durante a coleta de dados desta pesquisa.

Às gestantes que aceitaram participar desse estudo e confiaram nos objetivos propostos.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pelo apoio financeiro.

RESUMO

Ações educativas e preventivas para gestantes são fundamentais para que a mãe cuide de sua saúde e possa introduzir hábitos saudáveis desde o início da vida da criança. Fatores relacionados aos indivíduos como diferenças sociais e culturais podem interferir no processo de construção do conhecimento. Este estudo teve como objetivo avaliar a influência do alfabetismo em saúde bucal na retenção da informação em saúde após a aplicação de diferentes métodos educativos na gestação. Um total de 175 gestantes foram aleatoriamente alocadas em três grupos de intervenções educativas: oral padronizada, escrita e controle. As intervenções abordavam práticas de alimentação e saúde bucal em crianças menores de dois anos de idade, com exceção do grupo controle, onde foi aplicado um folheto sobre câncer bucal. Para obtenção do escore de conhecimento, foram utilizadas nove afirmações com respostas dispostas em uma escala tipo *Likert* de três pontos. As participantes indicaram seu nível de concordância às afirmações em três momentos distintos: imediatamente antes das intervenções (conhecimento prévio), quinze minutos após as intervenções (aquisição da informação) e quatro semanas após as intervenções (retenção da informação). O alfabetismo em saúde bucal (ASB) foi analisado através do instrumento BREALD-30 e categorizado em alto (escore ≥ 18) e baixo (escore < 18). Dados socioeconômicos e demográficos foram obtidos através de questionário testado. Os dados foram estatisticamente avaliados por meio de testes não paramétricos e através de modelos de regressão de Poisson com variância robusta ($\alpha=0,05$). Ao final do seguimento, 162 gestantes foram avaliadas. Os grupos das participantes, divididas nos três diferentes tipos de intervenções, apresentaram características de base homogêneas. A média do BREALD-30 foi de 22,3 (DP=4,80). Quando não considerado o tipo de intervenção, participantes com baixo ASB apresentaram um significativo menor escore de conhecimento nos três momentos avaliados. Participantes com baixo ASB apresentaram menor aquisição da informação nos grupos de intervenções oral e controle. Aquelas com baixo ASB mostraram menor retenção da informação nos grupos de intervenção escrita e controle, não sendo observadas diferenças no grupo de intervenção oral. Os modelos de regressão múltipla mostraram que as variáveis idade, classe econômica, alfabetismo e tipo de intervenção foram independentemente associadas com a aquisição e a retenção da informação. Os resultados sugerem uma influência negativa do baixo alfabetismo em saúde bucal na retenção da informação. Somente a intervenção oral padronizada foi capaz de superar as diferenças entre os níveis de alfabetismo.

Palavras chave: Gestantes. Educação em saúde. Alfabetização em saúde. Hábitos alimentares.

ABSTRACT

Educational and preventive actions for pregnant women are essential for the mother to take care of their health and to introduce healthy habits from the beginning of the child's life. Factors related to individuals as social and cultural differences can interfere with the construction process knowledge. This study aimed to evaluate the influence of oral health literacy in the retention of health information after the application of different educational methods in pregnancy. 175 participants were randomly assigned to three groups of educational interventions: standardized oral, written and control. Interventions addressed feeding practices and oral health in children under two years of age, except for the control group, where a leaflet on oral cancer was applied. To obtain the score of knowledge, they were used nine statements with answers arranged in a Likert scale of three points. The participants indicated their level of agreement with statements at three different times: immediately before the interventions (previous knowledge), fifteen minutes after the interventions (information acquisition) and four weeks after the interventions (information retention). The oral health literacy (OHL) was analyzed by BREALD-30 instrument and categorized into high (score ≥ 18) and low (score < 18). Socio-economic and demographic data were obtained from tested questionnaire. Data were statistically evaluated by nonparametric tests and through Poisson regression models with robust variance ($\alpha = 0.05$). At the end of follow-up, 162 patients were evaluated. The groups of participants divided in three different types of intervention showed homogeneous basic characteristics. The mean BREALD-30 was 22.3 (SD= 4.80). When not considered the type of intervention, participants with low OHL showed a significant lower score of knowledge in these three conditions. Participants with low OHL had lower acquisition of information in groups of oral interventions and control. Those with low OHL showed lower retention of information in written interventions and control groups, no differences were observed in the oral intervention group. The multiple regression models showed that age, economic status, literacy and type of intervention were independently associated with the acquisition and retention of information. The results suggest a negative influence of low oral health literacy in the retention of information. Only the standardized oral intervention overcome the differences between the literacy levels.

Key Words: Pregnant women. Health education. Literacy in health. Food habits.

LISTA DE TABELAS

| | | |
|------------|---|----|
| TABELA 1 - | CARACTERÍSTICAS DE BASE DAS PARTICIPANTES NO MOMENTO INICIAL DO ESTUDO (n=175) | 31 |
| TABELA 2 - | COMPARAÇÃO DO ESCORE DE CONHECIMENTO ENTRE AS PARTICIPANTES COM ALFABETISMO ALTO E BAIXO NOS TRÊS MOMENTOS AVALIADOS (n=162) | 32 |
| TABELA 3 - | COMPARAÇÃO DAS MÉDIAS DO ESCORE DE CONHECIMENTO ENTRE OS NÍVEIS DE ALFABETISMO NAS TRÊS INTERVENÇÕES EMPREGADAS (n=162) | 35 |
| TABELA 4 - | MODELO MULTIVARIADO DE REGRESSÃO DE POISSON PARA ASSOCIAÇÃO ENTRE O ESCORE DE CONHECIMENTO NO PÓS-TESTE E AS VARIÁVEIS DE INTERESSE (n=162) | 36 |
| TABELA 5 - | MODELO MULTIVARIADO DE REGRESSÃO DE POISSON PARA ASSOCIAÇÃO ENTRE O ESCORE DE CONHECIMENTO NO TESTE DE SEGUIMENTO E AS VARIÁVEIS DE INTERESSE (n=162) | 37 |

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|----|
| FIGURA 1 - Fluxo das participantes considerando cada etapa do estudo | 30 |
| FIGURA 2 - Média de escore de conhecimento nos três momentos avaliados de acordo com o tipo de intervenção (n=162) | 33 |
| FIGURA 3 - Comparação intra grupos das médias do escore de conhecimento nos três momentos avaliados de acordo com o tipo de intervenção e o nível de alfabetismo (n=162) | 34 |

LISTA DE SIGLAS

| | |
|------------|--|
| ABEP | -Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa |
| ASB | -Alfabetismo em Saúde Bucal |
| BREALD- 30 | -Brazilian Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry- 30 |
| CONSORT | - Consolidated Standards of Reporting Trials |
| DP | -Desvio Padrão |
| EC | -Escore de Conhecimento |
| EUA | -Estados Unidos da América |
| n | -Número de gestantes da amostra |
| PR | -Paraná |
| REALD-30 | -Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry- 30 |
| REALM | -Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine |
| STATA | -Data Analysis and Statistical Software for Professionals |
| UFPR | -Universidade Federal do Paraná |
| WHO | -World Health Organization |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 13 |
| 2 OBJETIVO | 18 |
| 3 ARTIGO | 19 |
| 3.1 ALFABETISMO EM SAÚDE BUCAL E A RETENÇÃO DA INFORMAÇÃO APÓS A APLICAÇÃO DE MÉTODOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA GESTAÇÃO: ENSAIO CLÍNICO CONTROLADO E RANDOMIZADO | 19 |
| REFERÊNCIAS | 43 |
| APÊNDICES | 47 |
| ANEXOS | 58 |

1 INTRODUÇÃO

A família tem um papel importante no desenvolvimento de hábitos saudáveis nos primeiros anos de vida da criança. A figura materna é fundamental nesse processo, zelando por sua saúde e de seus entes, tornando-se multiplicadora de informações e ações que possam levar ao bem-estar do núcleo familiar e conseqüentemente à melhoria da qualidade de vida (REIS *et al.*, 2010; MOHEBBI *et al.*, 2014).

A gestação é uma fase de adaptações e a singularidade do momento torna as gestantes mais receptivas à mudanças e ao processamento de novas informações que possam beneficiá-las e ao bebê. Sendo assim, ações educativas e preventivas com este grupo específico tornam-se fundamentais para que a mãe cuide de sua saúde e possa introduzir bons hábitos desde o início da vida da criança. A aplicação de conceitos de educação em saúde voltada à mulher e à criança pode apresentar um impacto positivo durante o período gravídico-puerperal, pois este é um momento de transição fisiológica, emocional e social importante para a mãe e seu recém-nascido (CHEN *et al.*, 2014). Além disso, por ser um período de adaptações e único na vida da mulher, novos conhecimentos e mudanças positivas de comportamentos em saúde podem ser adquiridos nessa fase (GUERREIRO *et al.*, 2014; PENTAPATI *et al.*, 2013).

As gestantes muitas vezes não procuram aconselhamento ou tratamento odontológico durante a gravidez por se depararem com barreiras de acesso ao atendimento, como condição socioeconômica, baixa escolaridade, falta de informação e conscientização sobre a importância de sua saúde bucal e do bebê e equívocos quanto à segurança do tratamento odontológico durante a gravidez. Além disso, historicamente, a falta de consenso entre os profissionais de odontologia com relação ao atendimento odontológico de gestantes e a precariedade de diretrizes clínicas que orientem o tratamento dessas pacientes torna alguns cirurgiões-dentistas hesitantes em tratar mulheres grávidas (HEILBRUNN-LANG, 2015; LEE *et al.*, 2010).

Para decisões adequadas, o paciente deve também estabelecer uma comunicação significativa com o profissional de saúde. Sem compreender as

mensagens que receberam, os indivíduos não conseguem entender as suas opções de saúde e não poderão transformar em ação suas decisões (MACEK *et al.*, 2010). No que se refere à saúde infantil, as disparidades de saúde podem ser particularmente sensíveis às competências do conhecimento em saúde do cuidador, pois as crianças são dependentes da capacidade individual de cada responsável em entender os regimes médicos e nutricionais e outras informações em saúde (SANDERS *et al.*, 2009).

A capacidade cognitiva de entender, interpretar e aplicar informações escritas ou faladas sobre saúde é conhecida como alfabetismo em saúde. Em termos práticos, uma pessoa com nível de alfabetismo em saúde satisfatório teria melhor condição de saúde do que um indivíduo com nível de alfabetismo limitado, que teria menor noção da importância de medidas preventivas, por exemplo, ou maior dificuldade de entender instruções sobre medicação e autocuidado (ADAMS *et al.*, 2009). Um importante instrumento que mensura o alfabetismo em saúde é o *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine* (REALM), que é realizado através do reconhecimento de palavras (PARKER *et al.*, 1995).

Já o alfabetismo em saúde bucal pode ser definido como a capacidade de um indivíduo entender as causas de uma saúde bucal desfavorável, aprender e incorporar o autocuidado, se comunicar com prestadores de serviços odontológicos, colocar seu nome em listas de tratamento dentário, encontrar o caminho da clínica odontológica, preencher os formulários, retornar nas consultas de acompanhamento e seguir a prescrição medicamentosa (PARKER; JAMIESON, 2010).

Recentemente foi adaptado e validado para a língua portuguesa do Brasil o instrumento *Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry* resultando no BREALD-30 (JUNKES *et al.*, 2015). Baseado no REALM, foi construído para avaliar o nível de alfabetismo em saúde bucal dos indivíduos também através da identificação de palavras e mostrou ser um instrumento com propriedades psicométricas adequadas, além de ser válido e confiável para mensurar níveis de alfabetismo em saúde bucal de adultos de língua portuguesa brasileira (JUNKES *et al.*, 2015). Este instrumento associado a outros determinantes socioeconômicos pode ser utilizado como ferramenta de rastreamento de indivíduos ou grupos com piores condições de saúde bucal (HARIDAS *et al.*, 2014).

Holm *et al.*(2012) em um estudo de coorte conduzido no estado da Carolina do Norte, EUA, investigaram a associação entre o alfabetismo em saúde bucal e o conhecimento em saúde bucal de mulheres de baixa renda e grávidas pela primeira vez utilizando o instrumento REALD-30. As mulheres que demonstraram possuir maior entendimento sobre assuntos relacionados à saúde bucal apresentaram escores mais elevados do REALD-30.

Em outro estudo realizado nos Estados Unidos da América com 1280 pacientes do sexo feminino, Lee *et al.* (2012) verificaram a associação entre o alfabetismo em saúde bucal, o autocuidado em saúde bucal, o estado de saúde bucal e as negligências dentárias. Os autores não encontraram relação significativa entre essas variáveis. Porém, os menores índices de autocuidado em saúde bucal foram encontrados em pacientes que apresentaram maiores negligências dentárias. No mesmo estudo baixos índices de alfabetismo foram fortemente associados à falta de acesso à serviços odontológicos.

O alfabetismo em saúde pode estar associado ao desenvolvimento de atitudes saudáveis. Bons índices de alfabetismo em saúde podem melhorar o conhecimento e habilidades dos membros da sociedade, reduzir comportamentos de risco, desenvolver a competência do indivíduo em assimilar, compreender e adaptar-se à práticas saudáveis em saúde (HARIDAS *et al.*, 2014).

A alimentação saudável é uma prática fundamental para o desenvolvimento e crescimento da criança e para a prevenção de várias morbidades na infância como a má nutrição, o diabetes e a cárie dentária (VITOLLO *et al.*, 2005; WHO, 2001).

As possibilidades de mudanças das práticas alimentares de crianças pequenas podem ser limitadas pelas condições socioeconômicas e culturais. Assim, sugere-se que, embora a alimentação possa referir-se à necessidade básica para a sobrevivência, ela não se limita a um fenômeno natural, na medida em que as práticas alimentares encontram-se vinculadas tanto à disponibilidade de alimentos quanto à escolha dos mesmos, dependendo dos valores culturais e das bases educacionais e sociais. Por isso se faz necessária a realização de políticas de saúde com vistas a alimentação saudável durante a primeira infância que estejam de acordo com a realidade das comunidades (BRASIL, 2013; VITOLLO *et al.*, 2005).

Outro fator que merece atenção especial no cuidado com a saúde de crianças de pouca idade é a realização de uma adequada higienização da cavidade bucal. A presença do biofilme bacteriano visível está associada ao desenvolvimento da cárie dentária. Por isso, a adoção de práticas de higiene bucal deve se iniciar na mais tenra infância (WARREN *et al.*, 2008).

O aparecimento da cárie dentária em crianças de baixa idade está, em geral, diretamente relacionado às condições sociais e demográficas e à desinformação dos pais e responsáveis. Considerado um problema de saúde pública, a doença afeta bebês e crianças em todo o mundo, e pode levar a dor, dificuldades mastigatórias, problemas na função da fala, distúrbios gastrointestinais, além de afetar negativamente o crescimento, a aprendizagem, a auto-estima e o bem estar social e psicológico da criança (VITOLLO *et al.*, 2005; HEILBRUNN-LANG, 2015). O controle e prevenção da cárie dentária na primeira infância é um desafio constante para pesquisadores em todo o mundo (FEITOSA; COLARES, 2004). Sendo assim, torna-se altamente relevante a investigação da eficácia de ações educativas que auxiliem no processo de prevenção da doença nesta população específica e quais fatores podem influenciar estas ações.

Existem muitas barreiras à utilização de cuidados de saúde e à adoção de práticas saudáveis de saúde bucal que variam desde questões financeiras, falta de acesso aos serviços de saúde, falta de cuidados preventivos além de um espectro de fatores biológicos, comportamentais, sociais e culturais (HARIDAS *et al.*, 2014)

O reconhecimento da importância de uma condição de saúde bucal favorável para a qualidade de vida no binômio materno-infantil tem mobilizado associações entre profissionais e agências governamentais, resultando na elaboração de estratégias políticas a fim de despertar a consciência pública e profissional em relação às necessidades de saúde bucal deste segmento (Lee *et al.*, 2010).

O sucesso nas ações dos serviços de saúde depende basicamente de planejamento, organização e um acompanhamento adequado das atividades estabelecidas. Entretanto, quando se propõe ações para um grupo específico, é necessário conhecer não somente sua necessidade, mas, sobretudo seu conhecimento em saúde (ADAMS *et al.*, 2009).

A fim de se melhorar os resultados da retenção de conhecimento, as intervenções educacionais devem se basear em informações adequadas e precisas aos pacientes, ultrapassando o mero fornecimento de materiais educativos, e considerando as melhores estratégias de ensino para despertar ativamente o interesse dos pacientes no auto cuidado em saúde (KANDULA *et al.*, 2013).

Recentemente, Thomson *et al.* (2011) avaliaram a retenção de informação por pacientes ortodônticos através de três diferentes métodos de intervenção educacional: intervenção na forma oral, na forma escrita e intervenção visual através de imagens projetadas. O método oral se mostrou mais efetivo que os outros. Porém para que ocorra uma retenção de informação mais significativa por parte dos pacientes os autores preconizam a associação dos três métodos propostos.

Com relação à efetividade dos diferentes métodos de educação em saúde bucal, Harnack *et al.* (2012) em um estudo que avaliou a influência de métodos educativos no controle da doença periodontal, observaram que o método de intervenção oral individualizada, adaptado de acordo com as necessidades de cada paciente, foi mais efetivo na retenção de informação em saúde bucal que o método de intervenção oral padronizada, em que todos pacientes recebiam a mesma orientação. Também concluíram que o método educacional escrito foi menos eficaz na retenção de informação que as duas outras intervenções citadas. Por isso existe a necessidade de se conhecer o paciente e seu nível de entendimento em saúde, para que as medidas de promoção e prevenção em saúde sejam pertinentes à cada situação.

O nível de comunicação entre os profissionais da odontologia e os pacientes podem ser melhorado detectando-se precocemente índices deficientes de alfabetismo em saúde bucal (HARIDAS *et al.*, 2014). As estratégias de educação em saúde torna-se mais efetivas se direcionadas a uma população que as compreenda. Nesse sentido vê-se a necessidade da realização de estudos que avaliem a relação entre o alfabetismo em saúde bucal e a retenção de informação em odontologia, para que sejam desenvolvidas estratégias de promoção de saúde específicas para determinadas populações.

2 OBJETIVOS

Objetivo geral

Avaliar a influência do alfabetismo em saúde bucal em gestantes na retenção da informação sobre saúde bucal e hábitos alimentares em crianças menores de dois anos.

Objetivos específicos

Avaliar a influência do alfabetismo em saúde bucal na aquisição da informação após quinze minutos das intervenções (aquisição da informação) em função da intervenção empregada.

Avaliar a influência do alfabetismo em saúde bucal na retenção da informação após quatro semanas das intervenções (retenção da informação) em função da intervenção empregada.

3 ARTIGO

3.1 ALFABETISMO EM SAÚDE BUCAL E A RETENÇÃO DA INFORMAÇÃO APÓS A APLICAÇÃO DE MÉTODOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA GESTAÇÃO: ENSAIO CLÍNICO CONTROLADO E RANDOMIZADO*

*Artigo formatado segundo as normas da revista Maternal and Child Health Journal

RESUMO

Contexto: Ações educativas para gestantes são fundamentais para a introdução de hábitos saudáveis na criança. Fatores individuais podem interferir no processo de construção do conhecimento. **Objetivo:** Este estudo avaliou a influência do alfabetismo em saúde bucal na retenção da informação após a aplicação de diferentes métodos educativos em saúde na gestação. **Métodos:** Um total de 175 gestantes foram aleatoriamente alocadas nas intervenções oral padronizada, escrita e controle. As intervenções, exceto controle, abordavam práticas alimentares e de saúde bucal em crianças. A obtenção do escore de conhecimento (EC), para avaliação da aquisição e retenção da informação, foi realizada utilizando-se afirmações com respostas em escala *Likert* em três momentos. Alfabetismo em saúde bucal (ASB) foi analisado pelo instrumento BREALD-30 (alto ≥ 18 ; baixo < 18). Dados socioeconômicos e demográficos foram obtidos por questionário testado. Os dados foram avaliados através de testes não paramétricos e por regressão de Poisson. **Resultados:** Ao final do seguimento, 162 gestantes foram avaliadas. Independentemente do tipo de intervenção, gestantes com baixo ASB apresentaram menor EC nos três momentos avaliados. Participantes com baixo ASB apresentaram menor aquisição da informação nas intervenções oral e controle. Aquelas com baixo ASB mostraram menor retenção da informação nas intervenções escrita e controle, sem diferenças para intervenção oral. Os modelos de regressão múltipla mostraram que idade, classe econômica, alfabetismo e tipo de intervenção foram independentemente associados ao escore de conhecimento. **Conclusão:** Os resultados sugerem uma influência negativa do baixo alfabetismo em saúde bucal na retenção da informação. Somente a intervenção oral foi capaz de superar as diferenças entre os níveis de alfabetismo.

Palavras chave: Gestantes. Educação em saúde. Alfabetização em saúde. Hábitos alimentares.

INTRODUÇÃO

A figura materna tem papel fundamental no desenvolvimento de hábitos saudáveis nos primeiros anos de vida da criança (REIS *et al.*, 2010; MOHEBBI *et al.*, 2014). A aplicação de conceitos de educação em saúde voltada à mulher e à criança pode apresentar um impacto positivo durante o período gravídico-puerperal, pois as mulheres estão mais receptivas à novos conhecimentos e mudanças positivas de comportamentos em saúde nessa fase (CHEN *et al.*, 2014; PENTAPATI *et al.*, 2013). Além disso, a condição de saúde infantil é particularmente sensível ao conhecimento do cuidador, pois as crianças são dependentes da capacidade individual de cada responsável em entender os regimes médicos e nutricionais e outras informações em saúde (SANDERS *et al.*, 2009).

A capacidade cognitiva de entender, interpretar e aplicar informações escritas ou faladas sobre saúde é conhecida como alfabetismo em saúde (PARKER *et al.*, 1995). Já o alfabetismo em saúde bucal pode ser definido como a capacidade de um indivíduo entender as causas de uma saúde bucal desfavorável, aprender e incorporar o autocuidado, se comunicar com prestadores de serviços odontológicos, colocar seu nome em listas de tratamento dentário, encontrar o caminho da clínica odontológica, preencher os formulários, retornar às consultas de acompanhamento e seguir a prescrição medicamentosa (PARKER; JAMIESON, 2010). Recentemente foi adaptado e validado para a língua portuguesa do Brasil o instrumento BREALD-30 que avalia o nível de alfabetismo em saúde bucal através da identificação de palavras, apresentando propriedades psicométricas adequadas (JUNKES *et al.*, 2015)

A fim de se melhorar os resultados da retenção de conhecimento, as intervenções educacionais devem se basear em informações adequadas e precisas aos pacientes, ultrapassando o mero fornecimento de materiais de alfabetização, e considerando as melhores estratégias de ensino para despertar ativamente o interesse dos pacientes no auto cuidado em saúde (KANDULA *et al.*, 2013).

Com relação à efetividade das diferentes estratégias de educação em saúde bucal, Thomson *et al.* (2011) avaliaram a retenção de informação por pacientes ortodônticos através de três métodos distintos de intervenção educacional:

intervenção na forma oral, na forma escrita e intervenção visual através de imagens projetadas. O método oral se mostrou mais efetivo que os outros. Porém, para que ocorra uma retenção de informação mais significativa por parte dos pacientes, os autores preconizam a associação dos três métodos propostos. Já Harnack *et al.* (2012) em um estudo que avaliou a influência de métodos educativos no controle da doença periodontal, observaram que o método de intervenção oral individualizado, adaptado de acordo com as necessidades de cada paciente, foi mais efetivo na retenção de informação em saúde bucal que o método de intervenção oral padronizado, em que todos pacientes recebiam a mesma orientação. Também concluíram que o método educacional escrito foi menos eficaz na retenção de informação que as duas outras intervenções citadas. Por isso, existe a necessidade de se conhecer o paciente e seu nível de entendimento em saúde, para que as medidas de promoção e prevenção em saúde sejam pertinentes à cada situação.

Fatores relacionados aos indivíduos como aspectos sociais e culturais podem interferir na construção do conhecimento em saúde. Em um estudo realizado nos Estados Unidos, com mulheres grávidas pela primeira vez, as participantes caucasianas, casadas, com ensino superior completo e com maiores níveis de alfabetismo em saúde bucal apresentaram melhor conhecimento em saúde (HOLM *et al.*, 2013).

O nível de comunicação entre os profissionais da odontologia e os pacientes pode ser melhorado detectando-se precocemente índices deficientes de alfabetismo em saúde bucal (HARIDAS *et al.*, 2014). As estratégias de educação em saúde tornam-se mais efetivas se direcionadas a uma população que as compreenda. Nesse sentido vê-se a necessidade da realização de estudos que avaliem a relação entre o alfabetismo em saúde bucal e a retenção de informação em saúde para que sejam desenvolvidas estratégias de promoção de saúde específicas para determinadas populações. O estudo de Kandula *et al.* (2013) avaliou essa relação em pacientes diabéticos. Neste estudo, não foram observadas associações entre baixos níveis de alfabetismo e menor retenção de conhecimento em saúde. Já Lilie *et al.* (2007) encontraram relação significativa entre o alfabetismo em saúde e a retenção de informação sobre o teste de risco de recorrência de câncer de mama em mulheres em tratamento da doença nos Estados Unidos.

Entretanto, até o presente momento, não há relatos na literatura de estudos avaliando a interferência do alfabetismo, particularmente o alfabetismo em saúde bucal, na construção do conhecimento em saúde em gestantes. Sendo assim, o objetivo deste estudo foi avaliar a influência do alfabetismo em saúde bucal na retenção da informação após a aplicação de diferentes métodos educativos em saúde na gestação.

MATERIAL E MÉTODOS

População de estudo

Este estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Seres Humanos da Universidade Federal do Paraná (processo nº 27273314.1.0000.0102). A descrição deste ensaio clínico controlado e randomizado seguiu as recomendações do CONSORT. O registro no *Clinical Trials.gov* para este estudo é NCT02436811.

Foram recrutadas 180 gestantes cadastradas no programa de pré-natal do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil entre outubro de 2014 e abril de 2015. Este serviço possui uma alta abrangência no atendimento à gestantes as quais são encaminhadas por unidades de saúde de diversas localidades de Curitiba e região metropolitana, além de outras cidades do estado.

Foram incluídas gestantes que fossem alfabetizadas, fluentes em língua portuguesa do Brasil e que se encontravam no máximo na 32^a semana de gestação. Foram excluídas as mulheres que não possuíam o português como língua nativa, aquelas que apresentassem problemas de visão ou audição relatados ou sinais óbvios de comprometimento cognitivo no momento da entrevista. As gestantes foram informadas dos objetivos do estudo e o termo de consentimento livre e esclarecido foi obtido de todas as participantes.

Para o cálculo do tamanho da amostra utilizou-se teste t de *Student*. Para este cálculo, considerou-se a menor magnitude de efeito entre os três grupos de

intervenção sendo, portanto, a menor diferença do valor médio da variável desfecho entre os grupos. Através de um estudo piloto, verificou-se que essa diferença foi de 1,2 e desvio padrão de 1,97. Com um erro alfa de 5% e poder do teste de 80%, a amostra mínima para cada grupo foi de 45 indivíduos. Estimando-se uma perda de 35% após a randomização o número total de sujeitos para cada grupo foi de aproximadamente 60.

Estudo piloto

Um estudo piloto foi realizado com um grupo de gestantes com características semelhantes à população de estudo no período de junho a agosto de 2014, para testar o formulário e a metodologia previamente delineada. O formulário de avaliação semiestruturado, composto de questões abertas e fechadas, foi aplicado em formato de entrevista. As mulheres foram entrevistadas individualmente por uma única pesquisadora (KDV). Primeiramente o formulário foi aplicado à quinze mulheres para adequação cultural da linguagem e verificação de sua aplicabilidade na obtenção de dados que permitiam responder aos objetivos do estudo. Também foi verificada a sequência de perguntas e o tempo de entrevista, que foi estimado em 10 minutos. Ao final desta fase, algumas questões do formulário de pesquisa foram readequadas e o instrumento reaplicado.

Aplicação do Instrumento BREALD-30

Previamente às intervenções foi aplicado nas gestantes que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa o instrumento BREALD- 30, validado para a língua portuguesa do Brasil (JUNKES *et al.*, 2015), que mensura o alfabetismo em saúde bucal. Esse instrumento é composto por 30 palavras relacionadas à área de saúde bucal que devem ser lidas em voz alta pelas participantes da pesquisa para o entrevistador. As palavras lidas corretamente receberam uma pontuação equivalente a 1 aquelas lidas incorretamente, pontuação 0. Sendo assim, os escores finais variaram de 0 (alfabetismo mais baixo) a 30 (alfabetismo mais alto). As gestantes foram classificadas de acordo com a pontuação alcançada segundo o valor obtido

pelo menor quintil (VANN *et al.*, 2010) verificado em um estudo piloto e classificado em alfabetismo alto (≥ 18 pontos) e baixo (menos de 18 pontos).

Treinamento e calibração do entrevistador para utilização do instrumento BREALD-30

A calibração da entrevistadora (KDV) para a utilização do instrumento BREALD-30 foi realizada através da projeção de vídeos com gravações da aplicação do instrumento em indivíduos de variados níveis de alfabetismo em saúde bucal. Foram utilizados bancos de vídeos utilizados no estudo de tradução e validação do instrumento BREALD-30 para a língua portuguesa do Brasil (JUNKES *et al.*, 2015).

A fase de treinamento e calibração contou com quatro etapas distintas. Na primeira etapa, treinamento teórico, foram apresentados os critérios para a identificação de erros de leitura: substituição por palavra visualmente similar, com troca ou alteração no número de sílabas (exemplo: escovar por escova), palavras irregulares lidas como regulares (exemplo: enxaguatório por ensaguatório), substituição, omissão ou adição de letras (exemplo: gengiva por gengiba, bruxismo por bruximo), falha no uso das regras de correspondência (exemplo: erosão por erossão), erro na identificação da sílaba tônica (exemplo: genética por genetica), situações em que houve necessidade de voltar sílabas ou mesmo a palavra toda para conseguir lê-la, e palavras lidas de maneira lenta e não ritmada. Na segunda etapa, treinamento prático, projetaram-se dez vídeos de participantes com níveis variados de alfabetismo em saúde bucal. Os resultados foram comparados aos de um *expert* e as divergências discutidas. Na terceira etapa, calibração propriamente dita, outros 15 vídeos foram projetados sem haver comunicação pelo entrevistador. A discussão dos resultados foi realizada na quarta etapa. A confiabilidade do método foi analisada através do coeficiente Kappa. Os valores de Kappa inter e intra-examinador foram, respectivamente, 0,887 e 0,913, indicando ótima concordância.

Intervenções

As intervenções educativas foram escrita, oral padronizada e controle. As participantes do grupo de intervenção escrita receberam um folheto contendo informações sobre alimentação e saúde bucal em crianças menores de dois anos de idade. As gestantes leram o folheto sem a intervenção do pesquisador. Este folheto foi produzido de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde do Brasil. Na intervenção oral padronizada, um examinador previamente treinado apresentou as mesmas informações dispostas no folheto educativo para o grupo de intervenção escrita. Este examinador foi treinado de uma maneira unificada em relação às instruções disponíveis na orientação de forma escrita. Sendo assim, a única diferença entre as intervenções foi o contato face a face entre participante e pesquisador na forma oral. O grupo controle recebeu um folheto com orientações para prevenção do câncer bucal. As participantes deste grupo leram o folheto sem a intervenção do pesquisador. Os dois folhetos educativos utilizados nesse estudo apresentaram uma padronização gráfica na utilização de cores, palavras e imagens. As intervenções foram realizadas em ambiente adequado sem a interferência de outros fatores que poderiam influenciar na concentração das participantes. Todas as intervenções tiveram a duração aproximada de dez minutos.

Processos de aleatorização

De acordo com a categorização do nível de alfabetismo em saúde bucal, as gestantes foram selecionadas aleatoriamente para receber uma intervenção educativa que trata de saúde bucal e práticas alimentares saudáveis nos dois primeiros anos de vida. Após o recrutamento, utilizou-se randomização estratificada de acordo com o nível de alfabetismo para alocação dos sujeitos de modo 1:1:1 nos três grupos de intervenção, através de sorteio utilizando-se envelopes lacrados e opacos. A sequência de alocação randomizada foi gerada por um pesquisador cego quanto ao tipo de intervenção aplicada.

Dados socioeconômicos e demográficos e informações prévias

Dados socioeconômicos e demográficos foram coletados através de formulário testado em estudo piloto e incluíram a idade, o estado civil, o número de filhos, a renda, o grau de escolaridade da participante e do chefe da família, o número de pessoas morando na mesma casa e se a gestante exercia ou não atividade remunerada. A avaliação econômica seguiu os critérios da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2013). Nesta classificação, são atribuídas pontuações segundo o grau de escolaridade do chefe de família e a posse de itens domésticos a partir de uma lista previamente elaborada. Ao final, os indivíduos são categorizados em 8 classes econômicas que variam de A1 até E.

Informações obtidas de outras fontes pela gestante quanto às práticas alimentares e de saúde bucal de crianças menores de dois anos foram também averiguadas imediatamente antes e quatro semanas após às intervenções.

Variável dependente

O escore de conhecimento das gestantes foi avaliado por meio de nove afirmações que abordavam as práticas alimentares e de saúde bucal em crianças menores de dois anos. As afirmações utilizadas foram desenvolvidas e testadas em estudo piloto e continham questões sobre aleitamento materno, alimentação complementar, ingestão do açúcar, uso da mamadeira, higiene bucal e utilização de dentífrico fluoretado. Estas afirmações foram estruturadas seguindo uma escala *Likert* de três pontos variando de “concordo”, “não concordo nem discordo” e “discordo”. Existia também a opção “não sei”. Para cada resposta correta foi atribuído escore 1, e para respostas incorretas, respostas do tipo “não concordo nem discordo” e “não sei” foi atribuído escore 0. Os escores finais variaram de 0 a 9.

Para avaliar o escore de conhecimento na linha de base (*baseline*) as nove afirmações foram aplicadas antes da intervenção (pré-teste) para verificar o conhecimento prévio das participantes. Após um intervalo de 15 minutos das intervenções, as afirmações foram reaplicadas (pós-teste). Após um intervalo de quatro semanas das intervenções, as afirmações foram novamente aplicadas às participantes (teste de seguimento). A aquisição da informação foi avaliada comparando-se os resultados entre o pré-teste e o pós-teste. A retenção da informação foi analisada considerando-se os resultados entre o pré-teste e o teste de seguimento.

Análise estatística

Para a análise das características de base entre os três grupos de intervenção, foram utilizados teste ANOVA em caso de variáveis numéricas com distribuição normal e teste de Kruskal-Wallis em casos de variáveis com distribuição assimétrica. Para as variáveis categóricas, teste de Qui-quadrado foi empregado. Para a avaliação da relação entre o escore de conhecimento e as variáveis independentes foi utilizado testes T de Wilcoxon para dados dependentes e teste U de Mann-Whitney para dados independentes.

Análises de Regressão de Poisson univariada e múltipla com variância robusta foram realizadas, estimando-se a razão de escore (razão das médias aritméticas) e seus respectivos intervalos de confiança de 95%. Foram gerados dois modelos de regressão de Poisson tendo como variáveis dependentes o escore de conhecimento logo após a intervenção (pós-teste) e o escore de conhecimento quatro semanas após as intervenções (teste de seguimento). As variáveis independentes foram categorizadas segundo referenciais teóricos ou pela mediana em: idade (categorizada pela mediana: “≤26 anos”/ “>26 anos”), número de filhos (categorizado em: “≤ 3 filhos”/ “>3 filhos”), aglomeração familiar (“categorizada pela mediana em: “até 4 pessoas”/ “5 ou mais pessoas”), renda familiar (categorizada pela mediana em: “>2 salários mínimos”/ “≤2 salários mínimos”), atividade remunerada (categorizada em: “Sim”/ “Não”), informações de outras fontes sobre saúde bucal antes das avaliações e durante o período de seguimento (categorizado

em: “Sim”/ “Não”), informações de outras fontes sobre hábitos alimentares antes das intervenções e durante o período de seguimento (categorizado em: “Sim”/ “Não”), estado civil (categorizado em: “mora com o companheiro”/ “sem o companheiro”); escolaridade da participante e do chefe de família (categorizado em: “>8 anos de estudo”/ “≤8 anos de estudo”); classificação econômica (categorizado em: “igual ou superior a classe B”/ “igual ou inferior a classe C”); alfabetismo (categorizado em: “alto”/ “baixo”). O ponto de corte utilizado para a categorização da renda familiar mensal baseou-se no valor do salário mínimo do Brasil na época do estudo que era de R\$724,00 por mês.

O processo de modelagem utilizado foi o *stepwise forward selection*. Todas as variáveis independentes que apresentaram valor de $P < 0,20$ na análise univariada foram selecionadas. Foram mantidas no modelo final aquelas que permaneceram significantes ($P < 0,05$) depois de ajustadas. Todas as análises estatísticas foram realizadas com o auxílio do programa STATA (versão 12.0). O nível de significância adotado para todas as análises foi de 5%.

RESULTADOS

O recrutamento e intervenções ocorreram entre o período de outubro de 2014 e abril de 2015. Do total de 180 participantes avaliadas para elegibilidade, cinco foram excluídas, totalizando 175 gestantes para a randomização. Destas, 57 foram alocadas para a intervenção escrita, 58 para a intervenção oral padronizada e 60 para o grupo controle. Ao final do seguimento, seis participantes foram excluídas do grupo da intervenção escrita e sete do grupo controle, totalizando 162 mulheres. A Figura 1 mostra o fluxo das participantes durante as fases do estudo.

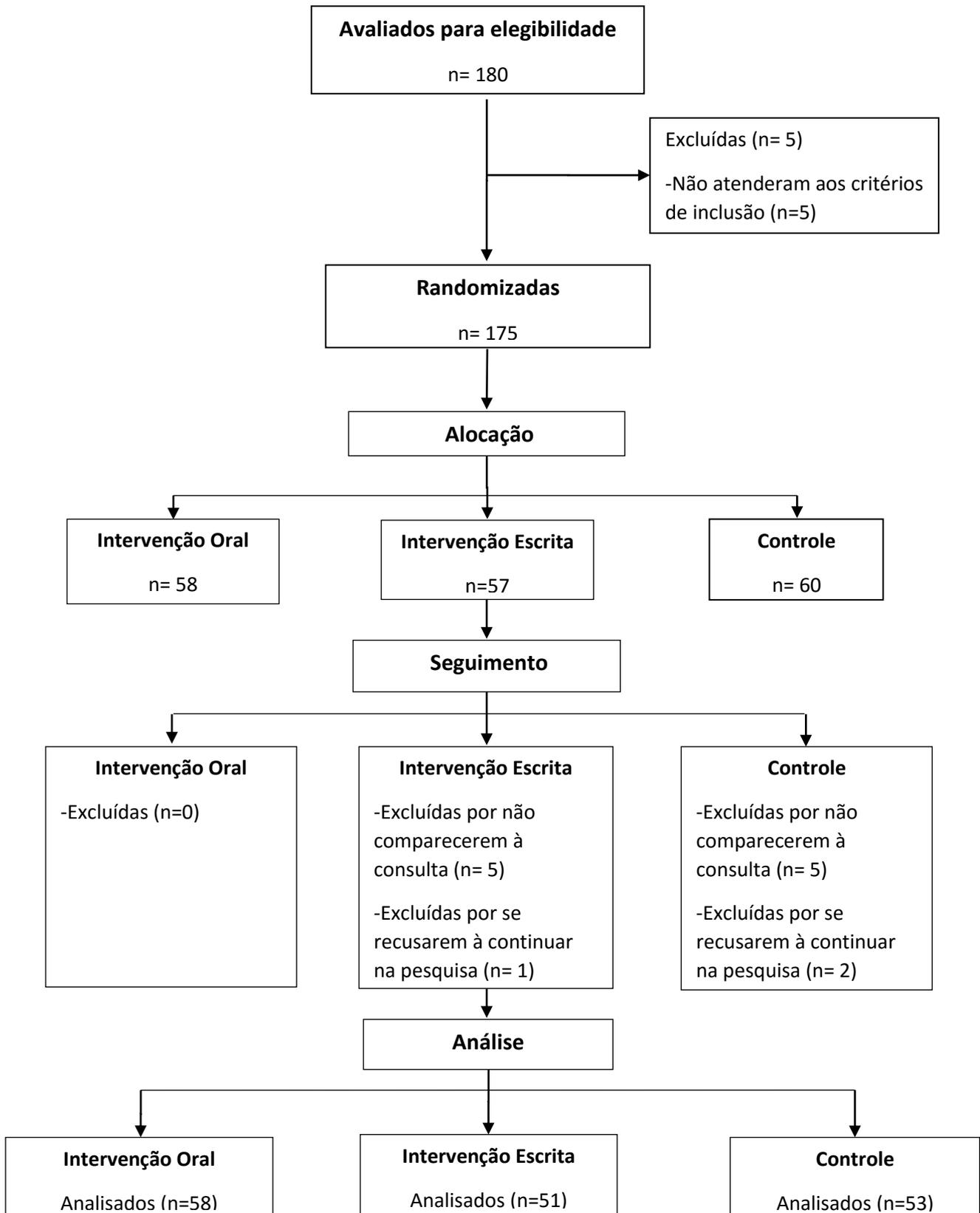


Figura 1. Fluxo das participantes considerando cada etapa do estudo.

Os três grupos de intervenção apresentaram características socioeconômicas e demográficas de base homogêneas ($P>0,05$). Também o nível de alfabetismo foi uniformemente distribuído entre os três grupos de intervenção (TABELA 1). A média do alfabetismo em saúde bucal no total da amostra foi de 22,3, desvio padrão de 4,90, mediana 22,5, valores mínimo e máximo 9 e 30, respectivamente.

TABELA 1 – CARACTERÍSTICAS DE BASE DAS PARTICIPANTES NO MOMENTO INICIAL DO ESTUDO (n=175)

| Variáveis | Intervenção oral padronizada (n=58) | Intervenção escrita (n=57) | Intervenção controle (n=60) | P |
|--|-------------------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------|
| Idade (anos) | | | | |
| Média (DP) | 26,60 (5,74) | 26,32 (6,19) | 25,58 (6,59) | 0,653* |
| Número de filhos | | | | |
| Média (DP) | 1,07 (1,01) | 1,18 (1,02) | 1,18 (1,26) | 0,873** |
| Renda (em reais) | | | | |
| Média (DP) | 1750,91 (737,11) | 2061,33 (1081,10) | 1879,61 (897,39) | 0,251** |
| Estado civil (n, %) | | | | |
| Mora com o companheiro | 38 (65,5) | 44 (77,2) | 46 (76,7) | 0,276*** |
| Mora sem o companheiro | 20 (34,5) | 13 (22,8) | 14 (23,3) | |
| Escolaridade (em anos de estudo) (n,%) | | | | |
| >8 anos | 44 (75,9) | 41 (71,9) | 43 (71,7) | 0,849*** |
| ≤8 anos | 14 (24,1) | 16 (28,1) | 17 (28,3) | |
| Classificação econômica (n,%) | | | | |
| Igual ou superior à classe B | 23 (39,7) | 27 (47,4) | 27 (45,0) | 0,694*** |
| Igual ou inferior à classe C | 35 (60,3) | 30 (52,6) | 33 (55,0) | |
| Alfabetismo (n,%) | | | | |
| Alto | 43 (74,1) | 42 (73,7) | 45 (75,0) | 0,986*** |
| Baixo | 15 (25,9) | 15 (26,3) | 15 (25,0) | |

FONTE: O autor (2015)

NOTA: * ANOVA, ** Kruskal- Wallis, *** Qui- quadrado
DP= Desvio Padrão

Quando não considerado o tipo de intervenção, participantes com baixo alfabetismo em saúde bucal apresentaram menor escore de conhecimento nos três momentos avaliados (Pré-teste, $P < 0,001$; Pós-teste, $P = 0,005$; Teste de seguimento, $P < 0,001$) (TABELA 2).

TABELA 2. COMPARAÇÃO DO ESCORE DE CONHECIMENTO ENTRE AS PARTICIPANTES COM ALFABETISMO ALTO E BAIXO NOS TRÊS MOMENTOS AVALIADOS. (n=162)

| | Escore de conhecimento | | <i>P</i> * |
|---------------------|------------------------|-------------------|------------|
| | Alfabetismo alto | Alfabetismo baixo | |
| | Média (DP) | Média (DP) | |
| Pré-teste | 5,00 (1,43) | 3,58 (0,90) | <0,001 |
| Pós-teste | 6,13 (1,85) | 4,92 (1,72) | 0,005 |
| Teste de seguimento | 5,75 (1,58) | 4,54 (1,24) | <0,001 |

FONTE: O autor

Nota: * Teste U de Mann-Whitney

Quando não considerado o nível de alfabetismo em saúde bucal, o grupo que recebeu a intervenção oral padronizada apresentou um aumento significativo de 48% na aquisição da informação, ou seja, 15 minutos após a intervenção (Pré-teste-Pós-teste) e um acréscimo significativo de 32% na retenção da informação, ou seja, quatro semanas após a intervenção (Pré-teste-Teste de seguimento). A intervenção escrita mostrou um aumento significativo de 20% na aquisição da informação (Pré-teste-Pós-teste) e um acréscimo significativo de 11% na retenção da informação (Pré-teste-Teste de seguimento). Para o grupo controle, houve diferença estatisticamente significativa somente para a retenção da informação (Pré-teste-Teste de seguimento) (Figura 2).

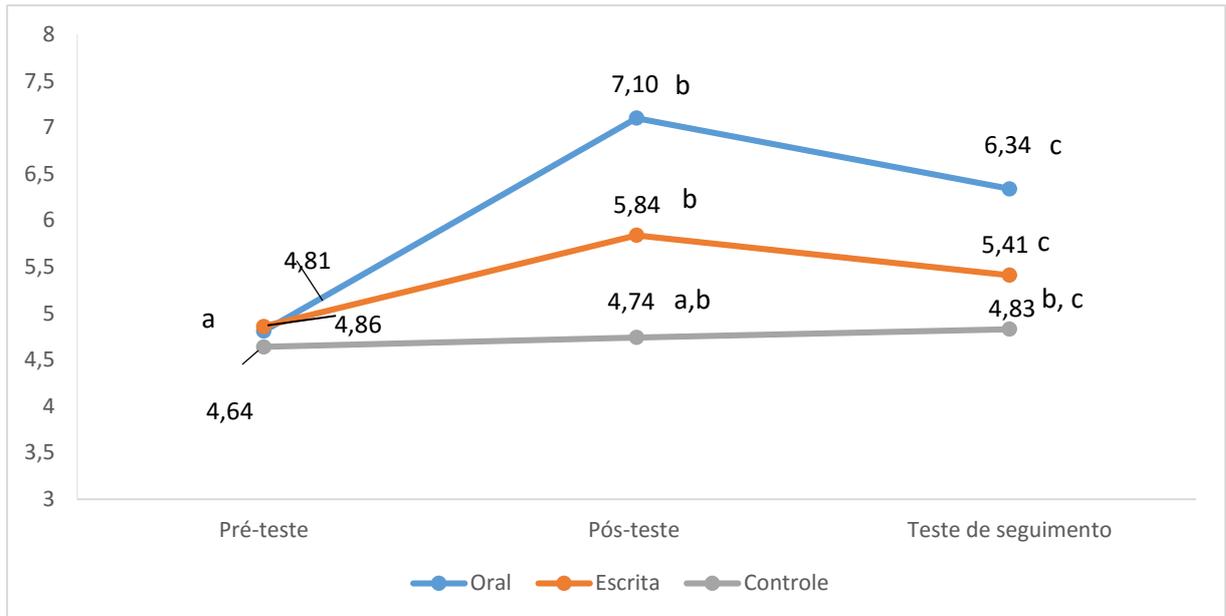


Figura 2. Média de escore de conhecimento nos três momentos avaliados de acordo com o tipo de intervenção (n=162).

FONTE: O autor (2015)

Nota: Médias seguidas por letras diferentes indicam diferença estatisticamente significantes para comparação intra-grupos ($P < 0,05$, Teste de Wilcoxon para comparações de dois em dois grupos).

A figura 3 mostra as médias de escore de conhecimento nos três momentos avaliados levando-se em conta o nível de alfabetismo e o tipo de intervenção. Para a intervenção oral padronizada, gestantes com alto alfabetismo apresentaram um aumento significativo na aquisição da informação de 44% (Pré-teste-Pós-teste; $P < 0,001$) e de 29% na retenção da informação (Pré-teste-Teste de seguimento; $P < 0,001$). Para a mesma intervenção, participantes com baixo alfabetismo mostraram um ganho significativo de 78% na aquisição de informação (Pré-teste-Pós-teste; $P = 0,007$) e de 56% na retenção de informação (Pré-teste-Teste de seguimento; $P = 0,007$). A intervenção escrita, por sua vez, mostrou um ganho significativo no escore de conhecimento apenas para as participantes com alto alfabetismo, sendo de 20% na aquisição da informação (Pré-teste-Pós-teste; $P < 0,001$) e de 12% na retenção da informação (Pré-teste-Teste de seguimento; $P = 0,001$). Para o grupo controle, houve um aumento significativo no escore de conhecimento apenas para a retenção da informação (Pré-teste-Teste de seguimento; $P = 0,046$).

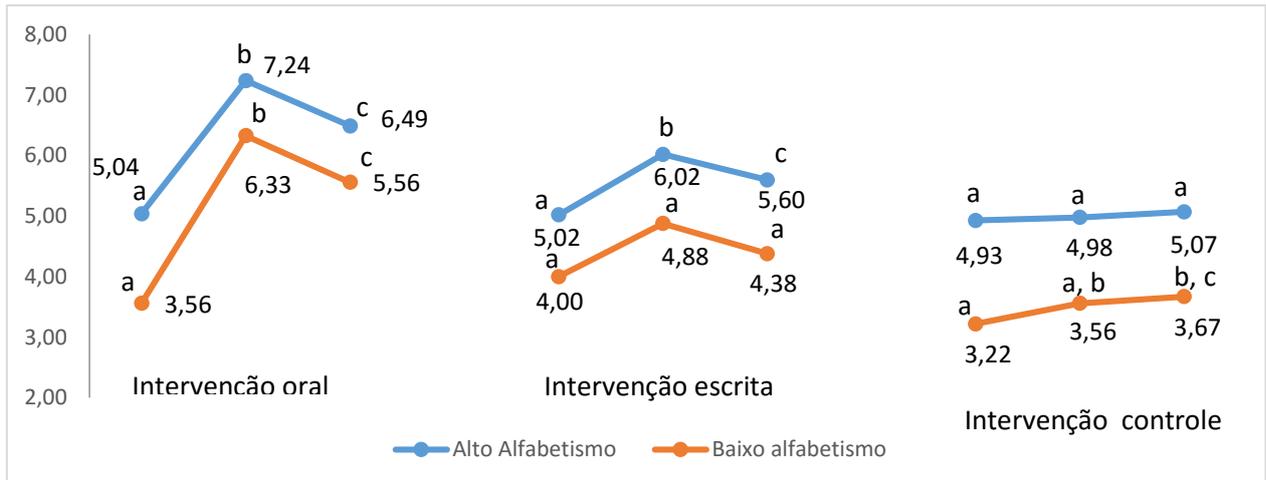


Figura 3. Comparação intra grupos das médias do escore de conhecimento nos três momentos avaliados de acordo com o tipo de intervenção e o nível de alfabetismo (n=162).

FONTE: O autor (2015)

Nota: Médias seguidas por letras diferentes indicam diferença estatisticamente significativas para comparação intra-grupos ($P < 0,05$, Teste de Wilcoxon para comparações de dois em dois grupos).

Para a intervenção oral padronizada, houve uma diferença significativa entre as médias do escore de conhecimento nas participantes com alto alfabetismo e baixo alfabetismo no pós-teste ($P=0,029$), sendo que as primeiras apresentaram maior média deste escore. No entanto, essa diferença não foi observada para o teste de seguimento ($P=0,065$). A orientação escrita apresentou diferença entre as participantes com alto e baixo alfabetismo apenas para o teste de seguimento, onde gestantes com alto alfabetismo mostraram um maior escore de conhecimento ($P=0,040$). No grupo controle, participantes com alto alfabetismo apresentaram um significativo maior escore de conhecimento nos três momentos avaliados (TABELA 3).

TABELA 3.COMPARAÇÃO INTER GRUPOS DAS MÉDIAS DO ESCORE DE CONHECIMENTO NOS TRÊS MOMENTOS AVALIADOS DE ACORDO COM O TIPO DE INTERVENÇÃO E O NÍVEL DE ALFABETISMO (n=162)

| | Escore de conhecimento Média (DP) Alto alfabetismo | Escore de conhecimento Média (DP) Baixo alfabetismo | <i>P</i> * |
|---------------------------|---|--|--------------|
| Oral padronizada | | | |
| Pré-teste | 5,04 (1,47) | 3,56 (1,60) | 0,005 |
| Pós-teste | 7,24 (1,60) | 6,33 (0,50) | 0,029 |
| Teste de seguimento | 6,49 (1,49) | 5,56 (0,88) | 0,065 |
| Orientação escrita | | | |
| Pré-teste | 5,02 (1,41) | 4,00 (0,78) | 0,063 |
| Pós-teste | 6,02 (1,71) | 4,88 (1,55) | 0,080 |
| Teste de seguimento | 5,60 (1,55) | 4,38 (1,30) | 0,040 |
| Controle | | | |
| Pré-teste | 4,93 (1,42) | 3,22 (0,97) | 0,001 |
| Pós-teste | 4,98 (1,49) | 3,56 (1,59) | 0,013 |
| Teste de seguimento | 5,07 (1,37) | 3,67 (0,71) | 0,004 |

FONTE: O autor (2015).

NOTA: * Teste U de Mann-Whitney

Resultados significantes marcados em negrito

As tabelas 4 e 5 mostram o modelo final de regressão de Poisson para a associação das variáveis de interesse com o escore de conhecimento no pós-teste e teste de seguimento, respectivamente. Para ambos os modelos, as variáveis que se mantiveram independentemente associadas com o escore de conhecimento foram a idade, a classe econômica, o alfabetismo e o tipo de intervenção. Sendo assim, participantes do grupo da intervenção oral apresentaram escore de conhecimento 51% maior no pós-teste e 32% maior no teste de seguimento quando comparado ao grupo controle. Também, participantes com alto alfabetismo mostraram possuir escore de conhecimento 16% maior no pós-teste, e 17% maior no teste de seguimento quando comparado àquelas com baixo alfabetismo. Semelhantemente, mulheres com maior idade e de classes sociais mais altas apresentaram maior escore de conhecimento independentemente das outras variáveis nos dois momentos avaliados (TABELAS 4 e 5).

TABELA 4. MODELO MULTIVARIADO DE REGRESSÃO DE POISSON PARA ASSOCIAÇÃO ENTRE O ESCORE DE CONHECIMENTO NO PÓS-TESTE E AS VARIÁVEIS DE INTERESSE (n=162)

| Variável | RE ajustada | P | IC95% |
|---------------------------------------|-------------|------------------|------------|
| Intervenção | | | |
| Controle (n=53) | 1 | | |
| Oral (n=58) | 1,51 | <0,001 | 1,38- 1,66 |
| Escrita (n=51) | 1,23 | <0,001 | 1,11- 1,36 |
| Classe econômica | | | |
| Igual ou inferior a classe "C" (n=93) | 1 | | |
| Igual ou superior a classe "B" (n=69) | 1,14 | 0,001 | 1,05- 1,23 |
| Alfabetismo | | | |
| Baixo (n=26) | 1 | | |
| Alto (n=136) | 1,16 | 0,007 | 1,04- 1,30 |
| Idade | | | |
| ≤ 26 anos (n=86) | 1 | | |
| >26 anos (n=76) | 1,13 | 0,001 | 1,05- 1,22 |

FONTE: O autor (2015)

Resultados significantes ao nível de 5% marcados em negrito

RE= razão de escore; IC= intervalo de confiança

TABELA 5. MODELO MULTIVARIADO DE REGRESSÃO DE POISSON PARA ASSOCIAÇÃO ENTRE O ESCORE DE CONHECIMENTO NO TESTE DE SEGUIMENTO E AS VARIÁVEIS DE INTERESSE (n=162)

| Variável | RE ajustada | P | IC 95% |
|---------------------------------------|-------------|------------------|------------|
| Intervenção | | | |
| Controle (n=53) | 1 | | |
| Oral (n=58) | 1,32 | <0,001 | 1,22- 1,44 |
| Escrita (n=51) | 1,11 | 0,019 | 1,01- 1,22 |
| Classe econômica | | | |
| Igual ou inferior a classe "C" (n=93) | 1 | | |
| Igual ou superior a classe "B" (n=69) | 1,19 | <0,001 | 1,10- 1,28 |
| Alfabetismo | | | |
| Baixo (n=26) | 1 | | |
| Alto (n=136) | 1,17 | 0,002 | 1,05- 1,29 |
| Idade | | | |
| ≤ 26 anos (n=86) | 1 | | |
| >26 anos (=76) | 1,10 | 0,007 | 1,02- 1,18 |

FONTE: O autor (2015)

Resultados significantes ao nível de 5% marcados em negrito.

RE= razão de escore; IC= intervalo de confiança

DISCUSSÃO

Nosso estudo é o primeiro a avaliar a influência do alfabetismo em saúde bucal na retenção da informação durante a gestação e demonstrou existir uma influência negativa do baixo alfabetismo no processo de retenção. Considerando o total da amostra e sem levar em conta o tipo de intervenção, o alfabetismo em saúde bucal esteve fortemente associado ao escore de conhecimento, já que as participantes com menor índice de alfabetismo em saúde bucal obtiveram menores escores de conhecimento nos três momentos avaliados. Poucos estudos na literatura investigaram essa relação em gestantes. Holm *et al.* (2012) em um estudo conduzido nos Estados Unidos com mulheres grávidas pela primeira vez e de baixa renda observaram menores índices do REALD-30 associados a um menor conhecimento sobre assuntos relacionados à saúde bucal. Esses resultados demonstram que a relação entre conhecimento e alfabetismo fazem do segundo um

importante instrumento para identificar pacientes com pouco conhecimento em saúde e conseqüentemente piores desfechos em saúde.

A média do escore do alfabetismo em saúde bucal no presente estudo foi de 22,3, sendo este valor bem superior aos achados de Holm *et al.* (2012), nos Estados Unidos, onde a média de alfabetismo foi de 16,4 em mulheres grávidas pela primeira vez. Valor superior também ao estudo de Divaris *et al.* (2011) onde observaram média de alfabetismo em saúde bucal de 15,8 em uma amostra multirracial de mulheres norte americanas de baixa renda.

Sem levar em consideração o nível de alfabetismo em saúde bucal, a intervenção oral padronizada foi a mais efetiva para a aquisição e retenção da informação. Participantes que receberam esse tipo de intervenção apresentaram um aumento significativo de 47% no escore de conhecimento. Para a intervenção escrita, houve um aumento de apenas 20% no escore de conhecimento nesse mesmo período. Para a retenção da informação, o aumento foi de 32% e 11% para as intervenções oral e escrita, respectivamente. Além disso, segundo o modelo múltiplo, participantes que receberam orientação oral apresentaram maior escore de conhecimento no pré-teste e no teste de seguimento independentemente de outras variáveis, como o alfabetismo. Isso demonstra a importância da relação profissional-paciente para o estímulo do interesse na aquisição de conhecimentos em saúde, independentemente do nível de alfabetismo em saúde bucal. Achados semelhantes foram encontrados nos estudos de Thomson *et al.* (2011) onde as intervenções educacionais na forma oral para pacientes em tratamento ortodôntico foram mais efetivas que as intervenções escritas, pois levaram os pacientes a desenvolver um melhor autocuidado em saúde bucal.

A intervenção oral padronizada se mostrou efetiva para o grupo com baixo alfabetismo, pois houve aquisição e retenção significativa de informação para as participantes deste grupo, sendo de 78% e 56%, respectivamente. Além disso, a intervenção oral proporcionou às gestantes com baixo alfabetismo um nivelamento no escore de conhecimento em relação àquelas com alto alfabetismo no teste de seguimento, já que não houve diferença entre os grupos para este momento avaliado. No estudo de Kandula *et al.* (2013) utilizando um método computacional que incluía uma narração oral padronizada, resultados semelhantes foram observados na aquisição da informação em indivíduos com baixo alfabetismo. Entretanto, no mesmo estudo, os autores não observaram a mesma eficácia nos

resultados em longo prazo, sugerindo que, mesmo se utilizando material específico para populações de baixo alfabetismo, os resultados não são satisfatórios para a retenção da informação. Em nosso estudo, a orientação oral, na forma que foi conduzida, mostrou ser um método educativo eficaz para gestantes com baixo alfabetismo.

Orientar individualmente os pacientes com baixo alfabetismo pode melhorar situações de práticas em saúde destas pessoas. Estudos têm demonstrado que as informações fornecidas pelos profissionais de saúde são consideradas mais importantes pelos pacientes que aquelas contidas em materiais educativos, e a percepção da importância dessas informações pelos pacientes influencia a sua capacidade de retenção, sugerindo que as orientações educacionais face a face apresentam maior poder motivacional no auto cuidado em saúde comparadas às orientações na forma escrita (KANDULA *et al.*, 2013; HARNACKE *et al.*, 2012).

Somente gestantes com alto alfabetismo apresentaram retenção significativa de informação após a intervenção escrita. Isso demonstra que esse tipo de orientação educativa, isoladamente, não sensibiliza pacientes com níveis baixos de alfabetismo, sugerindo a necessidade de outras medidas educativas complementares à essa prática para o sucesso nas estratégias de saúde para essa população. No entanto, no estudo de Mosby *et al.* (2015) a elaboração de um material escrito voltado especialmente à populações com baixo alfabetismo mostrou-se eficaz na aquisição e retenção da informação em segurança alimentar. Neste trabalho, os autores utilizaram material elaborado principalmente a base de figuras, o que diferenciou do material do presente estudo, onde a maioria das informações eram descritas na forma escrita. Esse fato sugere a execução de outro estudo que utilize material escrito desenvolvido especificamente para indivíduos com baixo nível de alfabetismo.

Após a intervenção escrita, foi observada uma diferença significativa para a retenção da informação entre gestantes com alto e baixo alfabetismo, onde participantes com maiores escores de BREALD-30 apresentaram maior escore de conhecimento neste momento. Uma limitação de estratégias de educação em saúde baseadas somente em material escrito é o fato de não produzirem resultados satisfatórios em alguns casos, pois dependem do grau de conhecimento dos pacientes e sua capacidade de compreender as informações que foram lidas. Por

outro lado, Crofts *et al.* (2015), em um estudo realizado com mulheres residentes em um bairro de baixa renda em Camarões, observaram que instruções escritas sobre um método de rastreamento de câncer de colo de útero foram muito eficazes, pois essas informações ajudaram a reduzir o tempo da instrução oral necessária para ensinar as mulheres sobre o método de auto exame para HPV, demonstrando que a associação de diversos métodos de educação em saúde se mostra mais efetiva que métodos educacionais isolados.

O constante reforço de ações educativas para gestantes é de grande importância, pois as informações adquiridas podem ser perdidas ao longo do tempo. As informações essenciais devem ser reafirmadas frequentemente, para que falta de recordação não prejudique o auto cuidado em saúde (KANDULA *et al.*, 2013). Os resultados do presente estudo demonstraram que houve uma diminuição no escore de conhecimento entre os períodos do pós-teste e o teste de seguimento para as intervenções oral padronizada e escrita, independentemente do nível de alfabetismo em saúde bucal. Achados semelhantes foram descritos por Kandula *et al.* (2013) onde os escores de conhecimento sobre diabetes em indivíduos portadores da doença aumentaram logo após uma intervenção educativa, porém diminuíram após duas semanas da intervenção, independentemente do nível de alfabetismo em saúde bucal.

Nos modelos múltiplos, as variáveis idade, tipo de intervenção, classe econômica e alfabetismo em saúde bucal foram independentemente associadas com o escore de conhecimento em saúde. Sendo assim, gestantes com idade acima de 27 anos, pertencentes às classes econômicas mais altas, com maiores níveis de alfabetismo ou que receberam a intervenção oral padronizada apresentaram maior conhecimento em saúde. As mesmas variáveis permaneceram significativamente associadas ao escore de conhecimento no pós-teste e no teste de seguimento. Resultados diferentes foram observados por Mosby *et al.* (2015), em um estudo com cuidadores de pacientes oncológicos pediátricos na Guatemala e em El Salvador, onde não encontraram relação entre variáveis socioeconômicas e demográficas e o aprendizado. Os autores sugerem que os indivíduos de baixo poder aquisitivo possuem a mesma capacidade de aprender que aqueles mais favorecidos, e que o baixo alfabetismo pode estar relacionado a uma falta de acesso à educação e não propriamente relacionado à incapacidade de aprender.

O estudo de Kandula *et al.* (2013) não observou associação entre o alfabetismo e a retenção da informação. Para esses autores, somente a raça e o grau de escolaridade foram independentemente associados a retenção de conhecimento no modelo múltiplo o que os levou a concluir que a educação poderia ser utilizada como um melhor marcador para o conceito de conhecimento de um indivíduo. Nossos resultados, porém, mostraram a influência do alfabetismo no conhecimento em saúde, não observando associação independente para a escolaridade, reforçando a maior interferência da capacidade cognitiva do indivíduo de interpretar as informações em saúde do que propriamente o seu grau de instrução.

Este estudo foi realizado em um único hospital e, portanto, a generalização dos resultados obtidos deve ser realizada com cautela. Entretanto o hospital em questão é um centro de referência para gestantes, recebendo pacientes de diversas regiões do estado, o que caracteriza esse grupo de mulheres como uma importante população a ser examinada. O fato de os dados do estudo serem auto-relatados pode também gerar um viés nos resultados. Outra limitação deste estudo é intrínseca ao instrumento BREALD-30, que mensura apenas o reconhecimento de palavras associadas à odontologia, não testando a compreensão do que é lido e, por isso, não reflete com precisão a capacidade do indivíduo de entender e usar as informações que lhe são passadas (LEE *et al.*, 2007; HARIDAS *et al.*, 2014). No entanto, tem sido demonstrado este ser um instrumento que envolve uma alta correlação ao alfabetismo em saúde funcional (GONG *et al.*, 2007). Além disso, o instrumento BREALD-30 apresentou propriedades psicométricas adequadas e mostrou ser um instrumento válido e confiável para mensurar os níveis de alfabetismo de saúde bucal de adultos de língua portuguesa brasileira (JUNKES *et al.*, 2015).

Mediadores em potencial, como fatores socioeconômicos e culturais, que podem influenciar na retenção de conhecimento de indivíduos submetidos a diferentes métodos educativos devem fazer parte das investigações (KANDULA *et al.*, 2013). Nossos resultados demonstraram que o alfabetismo em saúde bucal pode ser utilizado como ferramenta para identificar gestantes em situações de menor conhecimento em saúde. Também proporcionou visualizar a influência negativa do alfabetismo na construção do conhecimento neste grupo específico. A avaliação e o

conhecimento prévio do nível de alfabetismo em uma população podem auxiliar os profissionais de saúde a uma melhor comunicação com os pacientes, além de estabelecer estratégias de educação permanente em saúde tornando essas medidas mais precisas e efetivas ao perfil da população.

CONCLUSÃO

Participantes com menor nível de alfabetismo em saúde bucal apresentaram menor retenção da informação. A intervenção escrita mostrou-se eficaz apenas para gestantes com alto alfabetismo em saúde bucal. Para a retenção da informação, somente a intervenção oral padronizada foi capaz de superar as diferenças entre os níveis de alfabetismo.

Os resultados deste estudo demonstram a importância do conhecimento do nível de alfabetismo em saúde bucal para o desenvolvimento de estratégias de educação permanente em saúde tornando essas medidas mais precisas e efetivas à população.

REFERÊNCIAS

Associação Brasileira de Empresas de pesquisa. **Critérios de Classificação Econômica Brasil**, 2013. Disponível em: <<http://www.abep.org/criterioBrasil.aspx>>. Acesso em 16/11/2013.

Adams RJ, Stocks NP, Wilson DH, Hill CL, Gravier S, Kickbusch I, Beilby JJ. Health literacy: a new concept for general practice? **Aust Fam Physician**. 2009;38(3):144-7.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dez Passos Para Uma Alimentação Saudável- Guia Alimentar Para Crianças Menores de Dois Anos**. Brasília, D.F., 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Criança: Nutrição Infantil: Aleitamento Materno e Alimentação Complementar**. Brasília, D.F., 2009.

Chen L, Qiong W, van Velthoven MH, Yanfeng Z, Shuyi Z, Ye L, Wei W, Xiaozhen D, Ting Z. Coverage, quality of and barriers to postnatal care in rural Hebei, China: A mixed method study. **BMC Pregnancy and Childbirth**. 2014;14:31-42.

Crofts V, Flahault E, Tebeu PM, Untiet S, Fosso GK, Boulvain M, Vassilakos P, Petignat P. Education efforts may contribute to wider acceptance of human papillomavirus self-sampling. **Int J Womens Health**. 2015;2(7):149-54.

Divaris K, Lee JY, Baker AD, Vann WF Jr. 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.

Feitosa S, Colares V. Caries prevalence in 4-year-old preschoolers attending public schools in Recife, Pernambuco, Brazil. **Cad Saude Publica**. 2004;20(2):604-9.

Guerreiro EM, Rodrigues DP, Queiroz AB, Ferreira Mde A. Health education in pregnancy and postpartum: meanings attributed by puerperal women. **Rev Bras Enferm**. 2014;67(1):13-21.

Gong DA, Lee JY, Rozier RG, Pahel BT, Richman JA, Vann WF Jr. Development and testing of the Test of Functional Health Literacy in Dentistry (TOFHLiD). **J Public Health Dentistry**. 2007;67:105-112.

Haridas R, S S, Ajagannanavar SL, Tikare S, Maliyil MJ, Kalappa AA. Oral health literacy and oral health status among adults attending dental college hospital in India. **J Int Oral Health**. 2014;6(6):61-6.

Harnacke D, Beldoch M, Bohn GH, Seghaoui O, Hegel N, Deinzer R. Oral and written instruction of oral hygiene: a randomized trial. **J Periodontol**. 2012; 83(10): 1206-1212.

Heilbrunn-Lang AY, de Silva AM, Lang G, George A, Ridge A, Johnson M, Bhole S, Gilmour C. Midwives' perspectives of their ability to promote the oral health of pregnant women in Victoria, Australia. **BMC Pregnancy Childbirth**. 2015; 7;15(1): 110.

Hom JM, Lee JY, Divaris K, Baker AD, Vann WF Jr. Oral health literacy and knowledge among patients who are pregnant for the first time. **J Am Dent Assoc**. 2012; 143(9):972-80.

Junkes MC, Fraiz FC, Sardenberg F, Lee JY, Paiva SM, Ferreira FM. Validity and reliability of the Brazilian version of the Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry – BREALD-30. **PlosOne**. 2015.

Kandula NR, Malli T, Zei CP, Larsen E, Baker DW. Literacy and retention of information after a multimedia diabetes education program and teach-back. **J Health Commun**. 2011;16 Suppl 3:89-102.

Lee JY, Rozier RG, Lee SY, Bender D, Ruiz RE. Development of a word recognition instrument to test Health Literacy in Dentistry: The REALD-30 – A Brief Communication. **J Public Health Dent**. 2007;67(2):94-8.

Lee RS, Milgrom P, Huebner CE, Conrad DA. Dentists' perceptions of barriers to providing dental care to pregnant women. **Womens Health Issues**. 2010; 20(5): 359-65.

Lee JY, Divaris K, Baker AD, Rozier RG, Vann WF Jr. The relationship of oral health literacy and self-efficacy with oral health status and dental neglect. **Am J Public Health**. 2012;102(5):923-9.

Lillie SE, Brewer NT, O'Neill SC, Morrill EF, Dees EC, Carey LA, Rimer BK. Retention and use of breast cancer recurrence risk information from genomic tests: the role of health literacy. **Cancer Epidemiol Biomarkers Prev**. 2007;16(2):249-55.

Macek MD, Haynes D, Wells W, Bauer-Leffler S, Cotten PA, Parker RM. Measuring conceptual health knowledge in the context of oral health literacy: preliminary results. **J Public Health Dent.** 2010;70(3):197–204.

Mohebbi SZ, Virtanen JI, Vehkalahti MM. Improvements in the behavior of mother-child pairs following low-cost oral health education. **Oral Health Prev Dent.** 2014; 12(1):13-9.

Mosby TT, Romero AL, Linares AL, Challinor JM, Day SW, Caniza M. Testing efficacy of teaching food safety and identifying variables that affect learning in a low-literacy population. **J Cancer Educ.** 2015;30(1):100-7.

Parker RM, Baker DW, Williams MV, Nurss JR. 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.

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.

Pentapati KC, Acharya S, Bhat M, Rao SK, Singh S. Knowledge of dental decay and associated factors among pregnant women: a study from rural India. **Oral Health Prev Dent.** 2013;11(2):161-8.

Reis DM, Pitta DR, Ferreira HM, de Jesus MC, de Moraes ME, Soares MG. Health education as a strategy for the promotion of oral health in the pregnancy period. **Cien Saude Colet.** 2010;15(1):269-76.

Sanders LM, Federico S, Klass P, Abrams MA, Dreyer B. Literacy and child health: a systematic review. **Arch Pediatr Adolesc Med.** 2009;163(2):131-40.

Thomson AM, Cunningham SJ, Hunt NP. A comparison of information retention at an initial orthodontic consultation. **Eur J Orthod.** 2001;23(2):169-78.

Vann WF Jr, Lee JY, Baker D, Divaris K. Oral health literacy among female caregivers: impact on oral health outcomes in early childhood. **J Dent Res.** 2010; 89(12):1395-400.

Vitolo MR, Bortolini GA, Feldens CA, Drachler Mde L. Impacts of the 10 steps to healthy feeding in infants: a randomized field trial. **Cad Saude Publica**. 2005; 21(5):1448-57.

Warren JJ, Weber-Gasparoni K, Marshall TA, Drake DR, Dehkordi-Vakil F, Kolker JL, Dawson DV. Factors associated with dental caries experience in 1-year-old children. **J Public Health Dent**. 2008;68(2):70–75.

The World Health Organization. **Complementary feeding report of the global consultation**. WHO, 2001. Disponível em: <<http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/924154614X/en/>>

Acesso em 26/01/2014.

APÊNDICES

| | |
|---|----|
| APÊNDICE 1- FOLHETO ALIMENTAÇÃO E SAÚDE BUCAL | 48 |
| APÊNDICE 2- FORMULÁRIO DE PESQUISA | 49 |
| APÊNDICE 3- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 52 |
| APÊNDICE 4- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO RESPONSÁVEL | 54 |
| APÊNDICE 5- TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 56 |

APÊNDICE 1- FOLHETO ALIMENTAÇÃO E SAÚDE BUCAL

| | | |
|---|--|--|
| <p>Higiene bucal do bebê</p> <p>A limpeza da boca do bebê deve ser iniciada com o nascimento do primeiro dente de leite. Nesses primeiros momentos de vida a higiene pode ser realizada com um tecido umedecido apenas com água filtrada, dedeira de silicone ou escova dental com cerdas macias. Por volta dos 14 meses de idade, época em que nascem os dentes de trás, a limpeza da boca do bebê deve sempre ser realizada com escova dental de cerdas macias e tamanho adequado à boca da criança.</p>  <p>É recomendado o uso de uma pequena quantidade de creme dental com flúor durante a escovação dos dentes, podendo ser o mesmo creme dental utilizado pela família. A quantidade de creme dental para bebês deve medir o tamanho de um grão de arroz cru.</p> |  <p>UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ Setor de Ciências da Saúde Programa de Pós Graduação – Mestrado em Odontologia</p> <p>Elaborado por: Luciana Reichert Assunção Zanon Fabian Calixto Fraiz Karina Duarte Vilella</p> |  <h3>ALIMENTAÇÃO E SAÚDE BUCAL DE BEBÊS</h3>  |
|---|--|--|

| | | |
|--|--|---|
| <p>Todos sabem que uma alimentação equilibrada traz muitos benefícios para a saúde geral e bucal da criança. Além disso, os cuidados com a saúde bucal devem começar desde o início da vida do bebê, e incluem visitas periódicas ao dentista.</p>  <p>Alimentação Saudável</p> <p>O leite materno possui todos os nutrientes que a criança precisa para se desenvolver de forma saudável até os seis meses de idade, além de proteger o bebê contra doenças. A utilização de água, chás e outros alimentos não é recomendada para crianças que mamam exclusivamente no peito.</p> <p>A partir do sexto mês de idade o bebê deve iniciar a alimentação complementar ao leite materno, ingerindo água, sucos e chás, além das papinhas de frutas e verduras. A partir do oitavo mês de vida a criança já pode receber os alimentos preparados para a família, com pouca quantidade de sal e temperos. O consumo de alimentos industrializados tais como refrigerantes, guloseimas e enlatados deve ser evitado, dando sempre preferência à alimentos saudáveis como frutas, legumes e verduras.</p> <p>IMPORTANTE: Mesmo consumindo outros tipos de alimentos a criança pode continuar mamando no peito até os dois anos de idade ou mais.</p> | <p>Saúde Bucal</p>  <p>Alimentos que contêm açúcar, se consumidos com frequência podem levar ao desenvolvimento de cárie dentária. Por isso os líquidos que forem oferecidos ao bebê não devem ser adoçados, e o consumo de alimentos com açúcar deve ser evitado pelo menos até os dois anos de idade ou mais.</p> <p>O bebê quando nasce não conhece o açúcar comum (sacarose), portanto não sente a necessidade de ingerir alimentos adoçados. Essa atitude vai estimular o interesse da criança por alimentos que são naturalmente doces e saudáveis como as frutas.</p> <p>Com o nascimento dos dentes a criança deve ingerir gradativamente alimentos mais consistentes. Após o nascimento dos dentes de trás é recomendado o consumo de alimentos mais duros que exijam mastigação. Isso vai estimular o correto desenvolvimento de articulações, ossos e músculos da face.</p>  |  <p>Com o que mais devemos nos preocupar?</p> <p>O uso de mamadeiras deve ser evitado, pois ela prejudica a amamentação no peito. Quando indicada a deve ser utilizada somente para o consumo de leite. O leite oferecido na mamadeira não deve conter açúcar comum e nem outros produtos como achocolatados.</p> <p>A partir dos seis meses de idade recomenda-se que líquidos como água, sucos e chás sejam oferecidos à criança diretamente no copo.</p> <p>Além disso, depois que os dentes aparecem, o que ocorre em torno dos seis meses de idade, o uso da mamadeira nunca deve ser associado ao sono.</p> <p>A criança que dorme com a mamadeira contendo leite adoçado ou outros produtos açucarados, corre um sério risco de desenvolver a cárie de mamadeira, uma doença que destrói tão rapidamente os dentes que, muitas vezes, os pais são surpreendidos pela quantidade de cáries.</p>  |
|--|--|---|

APÊNDICE 2: FORMULÁRIO DE PESQUISA

Data: ____/____/____

Retorno: ____/____/____

ID: _____

1.1 BREALD: _____

Tipo de intervenção: _____

IG: _____

2. Dados de identificação

2.1 Nome: _____ 2.2 DN: ____/____/____

2.3 Onde a senhora mora? _____

2.5 Fones: _____ - _____

2.6 Incluindo o filho que você está esperando, quantos filhos você tem? () Este é meu primeiro filho () 2 () 3

() Mais de três () NR

3. Orientações prévias

3.1 Durante o período pré-natal atual, você recebeu informações sobre a saúde bucal do seu filho?

() Sim () Não () Não lembro () NR

3.11 Onde? _____ 3.12 De quem? _____

3.2 Em relação a saúde bucal do seu futuro filho, sobre o que você foi orientada?

3.3 Durante o período pré-natal, você recebeu informações sobre a alimentação de seu futuro filho?

() Sim () Não () Não lembro () NR

3.31 Onde? _____ 3.32 De quem? _____

3.4 Em relação a hábitos alimentares do seu futuro filho, sobre o que você foi orientada?

4. Amamentação

4.1 Você amamentou seus outros filhos no peito? () Sim, todos () Sim, alguns () Não, nenhum

() Não tenho outros filhos () NR

4.2 Você pretende amamentar seu futuro filho no peito? () Sim () Não () Não sei () NR

4.2 Até que idade você pretende amamentar no peito o filho que você está esperando? _____

4.21 Até que idade você pretende que o filho que você está esperando se alimente só do seu leite? _____

5. Hábitos alimentares e de saúde bucal

5.1. Com que idade você pretende dar ao seu filho que vai nascer estes alimentos:

| Alimento | Idade | Não sei | Não vai dar |
|--------------------------------------|-------|---------|-------------|
| Achocolatado tipo Nescau | | | |
| Chocolate: | | | |
| Suco de fruta: | | | |
| Suco industrializado/ refresco em pó | | | |
| Frutas: | | | |
| Danoninho | | | |
| Verduras/ legumes | | | |
| Açúcar refinado | | | |
| logurte | | | |

5.2 Responda as seguintes afirmações com as frases discordo totalmente, nem discordo e nem concordo e concordo totalmente:

| | Concordo | Não conc. Nem disc. | Discordo | Não sei | P |
|--|----------|------------------------|----------|------------|---|
| A criança que está amamentando no seio não precisa ingerir outros alimentos até os seis meses de idade. | | | | | |
| Até os seis meses de idade mesmo amamentando só no seio a criança também precisa tomar água | | | | | |
| Depois dos seis meses de idade a criança deve ingerir alimentos diferentes do leite materno. | | | | | |
| Depois dos 6 meses de idade a criança não deve mais ingerir o leite da mãe. | | | | | |
| Depois de um ano a criança já pode provar alimentos que contenham açúcar. | | | | | |
| Para dar ao seu filho(a) sucos ou chás o melhor é usar mamadeira | | | | | |
| Após os 6 meses de idade, a criança pode tomar a mamadeira durante a noite sempre que desejar. | | | | | |
| Mesmo quando a criança tiver os dentes de trás, a limpeza com tecido umedecido com água filtrada é a melhor escolha. | | | | | |
| As crianças menores de 2 anos podem utilizar mesmo creme dental que o adulto. | | | | | |

6. Dados socioeconômicos e demográficos

6.1 Qual é o seu estado civil?

() Solteira () Casada/União Estável () Separada/Divorciada () Viúva () Não sabe () NR

6.2 Você exerce atividade remunerada? () Sim () Não

Incluindo o total da casa: salários mínimos, Bolsa Família, seguro desemprego e "bicos

6.3 Qual é a renda familiar mensal (em reais)? _____

Quantas pessoas moram com você na mesma casa? _____

6.4 Qual é o seu grau de instrução?

() Analfabeta () Fundamental I incompleto () Fundamental I Completo
 () Fundamental II incompleto () Fundamental II completo
 () Ensino médio incompleto () Ensino médio completo
 () Superior incompleto () Superior completo

6.5 Qual é o grau de instrução do responsável pelo sustento da família?

() Analfabeto(a) () Fundamental I incompleto () Fundamental I Completo
 () Não sei () Fundamental II incompleto () Fundamental II completo
 () Ensino médio incompleto () Ensino médio completo
 () Superior incompleto () Superior completo

6.6 Você possui alguns dos itens abaixo? Caso a resposta for afirmativa, quantos?

| itens | Não tenho | 1 | 2 | 3 | 4 ou + |
|-----------------------|------------------|----------|----------|----------|---------------|
| Televisão em cores | | | | | |
| Rádio | | | | | |
| Banheiro | | | | | |
| Automóvel | | | | | |
| Empregada mensalista | | | | | |
| Máquina de lavar | | | | | |
| Videocassete e/ou DVD | | | | | |
| Geladeira | | | | | |
| Freezer | | | | | |

APÊNDICE 3- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Karina Duarte Vilella, Luciana Reichert Assunção Zanon, Elaine Machado Benelli e Fabian Calixto Fraiz, pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, gestante cadastrada no programa de pré-natal do Hospital de Clínicas da UFPR, a participar de um estudo intitulado “Alfabetismo em gestantes e retenção de informação em saúde bucal de crianças: Ensaio Clínico controlado e randomizado”. Estudos como esse são fundamentais para a melhoria nos serviços de atendimento às gestantes.

- a) O objetivo desta pesquisa é avaliar o conhecimento que você apresenta sobre saúde bucal e a alimentação de crianças até os dois anos de idade.
- b) Caso participe da pesquisa, será necessário que você em um primeiro momento responda a um questionário que contém perguntas sobre a sua condição sócio-econômica, sobre a saúde bucal e alimentação de crianças até dois anos de idade. Depois você deverá ler uma sequência de 30 palavras sobre saúde bucal para o avaliador. Em seguida você receberá um tipo de orientação a respeito desses temas que será sorteada na hora. Por último você deverá responder novamente o questionário com perguntas sobre saúde bucal e alimentação.
Após seis semanas você deverá responder mais uma vez o questionário sobre saúde bucal e alimentação.
- c) Para tanto você deverá comparecer no Hospital de Clínicas da UFPR em suas consultas de pré-natal de rotina.
- d) É possível que você experimente algum desconforto ao responder algumas perguntas do questionário, porém suas respostas serão mantidas em absoluto sigilo.
- e) Os benefícios esperados com essa pesquisa são: Entender o nível de conhecimento sobre alimentação e saúde bucal das pacientes gestantes para que se desenvolvam ações para melhorar o atendimento e promover a saúde dos bebês.
- f) Os pesquisadores responsáveis por este estudo, a cirurgiã-dentista Karina Duarte Vilella, a professora Doutora Luciana Reichert Assunção Zanon poderão ser contatadas de segunda a sexta-feira no horário comercial no telefone: (41) 3360-4025 ou (41) 9807-9100, e pessoalmente no endereço: Av. Prof. Professor Lothário Meissner, 632 – Jardim Botânico – Curitiba/PR – CEP 80210-170, ou pelo e mail: lurassuncao@yahoo.com.br e poderão esclarecer todas as dúvidas que você tenha a respeito desta pesquisa antes, durante ou depois da sua participação.
- g) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.

- h) As informações relacionadas ao estudo poderão conhecidas por pessoas autorizadas que estão envolvidas no estudo. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade**.
- i) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro.
- j) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

(Assinatura do sujeito de pesquisa ou responsável legal)

Local e data

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE 4- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO RESPONSÁVEL

Nós, Karina Duarte Vilella, Luciana Reichert Assunção Zanon, Elaine Machado Benelli e Fabian Calixto Fraiz, pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando a gestante por quem você é responsável, cadastrada no programa de pré-natal do Hospital de clínicas da UFPR, a participar de um estudo intitulado “**Alfabetismo em saúde bucal e educação em Odontologia**”. Estudos como esse são fundamentais para a melhoria nos serviços de atendimento às gestantes.

- a) O objetivo desta pesquisa é avaliar o conhecimento que a gestante apresenta sobre saúde bucal e a alimentação de crianças até os dois anos de idade.
- b) Caso participe da pesquisa, será necessário que a gestante em um primeiro momento responda a um questionário que contém perguntas sobre a sua condição sócio-econômica, sobre a saúde bucal e alimentação de crianças até dois anos de idade. Depois a gestante deverá ler uma sequência de 30 palavras sobre saúde bucal para o avaliador. Em seguida ela receberá um tipo de orientação a respeito desses temas que será sorteada na hora. Por último a gestante deverá responder novamente o questionário com perguntas sobre saúde bucal e alimentação. Após seis semanas ela deverá responder mais uma vez o questionário sobre saúde bucal e alimentação. Todas as etapas terão a duração máxima de 15 minutos.
- c) Para tanto a gestante deverá comparecer normalmente em suas consultas de pré-natal de rotina.
- d) É possível que a gestante experimente algum desconforto ao responder algumas perguntas do questionário, porém suas respostas serão mantidas em absoluto sigilo. E ela poderá se recusar a responder alguma pergunta que lhe constranja.
- e) Os benefícios esperados com essa pesquisa são: Entender o nível de conhecimento sobre alimentação e saúde bucal das pacientes gestantes para que se desenvolvam ações para melhorar o atendimento e promover a saúde dos bebês.
- f) Os pesquisadores responsáveis por este estudo, a cirurgiã-dentista Karina Duarte Vilella, a professora Doutora Luciana Reichert Assunção Zanon poderão ser contatadas de segunda a sexta-feira no horário comercial no telefone: (41) 3360-4025 ou (41) 9807-9100, e pessoalmente no endereço: Av. Prof. Professor Lothário Meissner, 632 – Jardim Botânico –Curitiba/PR – CEP 80210-170, ou pelo e-mail: lurassuncao@yahoo.com.br e poderão esclarecer todas as dúvidas que você tenha a respeito desta pesquisa antes, durante ou depois da sua participação.

- g) A participação da gestante neste estudo é voluntária, e se a gestante não aceitar mais participar da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.
- h) As informações relacionadas ao estudo poderão conhecidas por pessoas autorizadas que estão envolvidas no estudo. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **identidade da gestante seja preservada e seja mantida a confidencialidade**.
- i) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela participação da gestante no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro.
- j) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá o nome da gestante, e sim um código.

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei que a gestante de minha responsabilidade participe. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper esta participação a qualquer momento sem justificar minha decisão.

Eu aceito voluntariamente a participação da gestante de minha responsabilidade neste estudo.

(Assinatura do responsável legal)

Local e data

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE 5- TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Adolescentes maiores de 12 anos menores de 18 anos)

Título do Projeto: Alfabetismo em saúde bucal e educação em Odontologia

Investigador: Karina Duarte Vilella, Luciana Reichert Assunção Zanon, Elaine Machado Benelli e Fabian Calixto Fraiz

Local da Pesquisa: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

O que significa assentimento?

O assentimento significa que você concorda em fazer parte de um grupo de adolescentes, da sua faixa de idade, para participar de uma pesquisa. Serão respeitados seus direitos e você receberá todas as informações por mais simples que possam parecer.

Pode ser que este documento denominado TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO contenha palavras que você não entenda. Por favor, peça ao responsável pela pesquisa ou à equipe do estudo para explicar qualquer palavra ou informação que você não entenda claramente.

O que é uma pesquisa?

Uma pesquisa é um conjunto de atividades orientadas e planejadas pela busca de uma informação ou conhecimento.

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa, com o objetivo de avaliar o conhecimento que você apresenta sobre saúde bucal e a alimentação de crianças até os dois anos de idade.

Pesquisas como essa são importantes para melhorar as estratégias de atenção às gestantes e ao bebê.

Os benefícios esperados com essa pesquisa são: Entender o nível de conhecimento sobre alimentação e saúde bucal das pacientes gestantes para que se desenvolvam ações para melhorar o atendimento e promover a saúde dos bebês.

Que devo fazer se eu concordar voluntariamente em participar da pesquisa?

Para participar da pesquisa você deverá comparecer normalmente em suas consultas de pré-natal de rotina.

Caso participe da pesquisa, será necessário que você em um primeiro momento responda a um questionário que contém perguntas sobre a sua condição sócio-econômica, sobre a saúde bucal e alimentação de crianças até dois anos de idade. Depois você deverá ler uma sequência de 30 palavras sobre saúde bucal para o avaliador. Em seguida você receberá um tipo de orientação a respeito desses temas que será sorteada na hora. Por último você deverá responder novamente o questionário com perguntas sobre saúde bucal e alimentação. Após seis semanas

você deverá responder mais uma vez o questionário sobre saúde bucal e alimentação. Todas essas etapas terão duração máxima de 15 minutos.

É possível que você experimente algum desconforto ao responder algumas perguntas do questionário, porém suas respostas serão mantidas em absoluto sigilo.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

A sua participação é voluntária. Caso você opte por não participar não terá nenhum prejuízo no seu atendimento e/ou tratamento.

Contato para dúvidas

Se você ou os responsáveis por você tiver(em) dúvidas com relação ao estudo, direitos do participante, ou no caso de riscos relacionados ao estudo, você deve contatar os Investigadores do estudo: a cirurgiã-dentista Karina Duarte Vilella, a professora Doutora Luciana Reichert Assunção Zanon poderão ser contatadas de segunda a sexta-feira no horário comercial no telefone: (41) 3360-4025 ou (41) 9807-9100, e pessoalmente no endereço: Av. Prof. Professor Lothário Meissner, 632 – Jardim Botânico – Curitiba/PR – CEP 80210-170, ou pelo e-mail: lurassuncao@yahoo.com.br. Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como uma participante de pesquisa, você pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259. O CEP é constituído por um grupo de profissionais de diversas áreas, com conhecimentos científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada da pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

DECLARAÇÃO DE ASSENTIMENTO DO PACIENTE:

Eu li e discuti com o investigador responsável pelo presente estudo os detalhes descritos neste documento. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar, e que posso interromper a minha participação a qualquer momento sem dar uma razão. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito.

Eu entendi a informação apresentada neste TERMO DE ASSENTIMENTO. Eu tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas. Eu receberei uma cópia assinada e datada deste Documento DE ASSENTIMENTO INFORMADO.

Nome do adolescente

Assinatura

Nome do pesquisador

Assinatura

Local e data

ANEXOS

| | |
|---------------------------------------|----|
| ANEXO 1- INSTRUMENTO BREALD-30 | 59 |
| ANEXO 2- FOLHETO CÂNCER DE BOCA | 60 |
| ANEXO 3- CRITÉRIOS ABEP | 61 |

ANEXO 1- INSTRUMENTO BREALD-30

ALFABETISMO EM SAÚDE BUCAL E EDUCAÇÃO EM ODONTOLOGIA

REALD- B

Nome: _____

Data: ____/____/____

Pontuação: _____

| | | | | | |
|-----------------|--|------------------|--|-----------------------|--|
| 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 | |

ANEXO 2- FOLHETO CÂNCER DE BOCA

Converse com o seu dentista sobre o câncer de boca e esclareça eventuais dúvidas.

A saúde é um direito de todos e dever do Estado. Em caso de dificuldade para marcação de consultas e exames em seu município, procure a Secretaria Municipal de Saúde ou o Conselho Municipal de Saúde para orientações e providências.

DISQUE SAÚDE

136

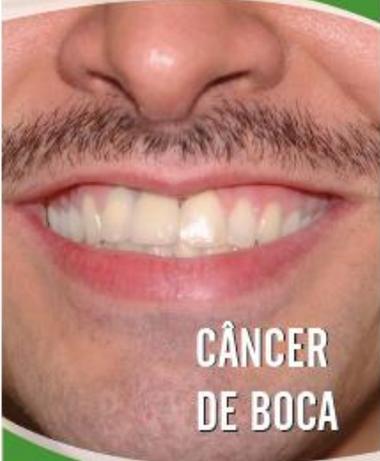
Ouvidoria Geral do SUS.
www.saude.gov.br

www.inca.gov.br



GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

Câncer: a INFORMAÇÃO pode SALVAR VIDAS



CÂNCER DE BOCA



Divisão de Comunicação Social - INCA/2013 - NÃO JOQUEESTE IMPRESSO EM VIA PÚBLICA. nº 438

O que é o câncer de boca?

É um tipo de tumor maligno que acomete:

- lábios;
- gengiva;
- bochechas;
- céu da boca (palato);
- língua (principalmente as bordas);
- assoalho da boca (região embaixo da língua).

Quais os principais sinais de alerta para o câncer de boca?

Deve-se ficar atento a:

- Feridas nos lábios e na boca que não cicatrizam por mais de 15 dias;
- Manchas ou placas vermelhas ou esbranquiçadas na boca;
- Sangramentos sem causa conhecida.

Esses sinais podem não se confirmar como câncer de boca, mas precisam ser investigados por um profissional de saúde.

Além desses, existem outros sinais ou sintomas?

Sim. Pode haver nódulos (caroços) no pescoço e rouquidão persistente. Em fases mais avançadas da doença, a pessoa pode apresentar dificuldade para falar, mastigar ou engolir.

O que pode levar a pessoa a ter câncer de boca?



O fumo e o consumo excessivo de bebidas alcoólicas são os principais fatores de risco. Quanto maior o número de cigarros e de doses de bebidas alcoólicas consumidas, maiores são as chances de ter um câncer de boca.

Além disso, a exposição ao sol sem proteção é um fator de risco para o desenvolvimento de câncer de lábio.

Existem outros fatores de risco?

Sim. A falta de higiene bucal e uma alimentação rica em gordura e pobre em verduras, legumes e frutas também podem estar relacionados ao câncer de boca.

Como descobrir o câncer de boca?

Por meio do exame clínico da boca, que é realizado por um profissional de saúde (dentista ou médico).

O que é o exame clínico da boca?

É um procedimento simples de observação que não requer instrumentos especiais e pode ser

feito em qualquer pessoa durante as consultas odontológicas de rotina ou em consultas médicas. Com esse exame é possível detectar lesões suspeitas e diagnosticar o câncer de boca no início.

Onde pode ser realizado o exame da boca?

O exame clínico da boca pode ser realizado em qualquer unidade de saúde por profissionais de saúde treinados (dentistas ou médicos).

O que fazer para diminuir o risco do câncer de boca?

- Não fumar;
- Evitar o consumo de bebidas alcoólicas;
- Ter uma alimentação rica em frutas, legumes e verduras;
- Manter uma boa higiene bucal.

Estas ações ajudam a prevenir o câncer de boca.

O câncer de boca tem cura?

Sim. Se diagnosticado e tratado nas fases iniciais, o câncer de boca tem cura.



ANEXO 3- CRITÉRIOS ABEP

ABEP

A atribuição de pontos

| Banheiros | β | Pontos |
|-----------|---------|--------|
| 1 | 0,376 | 4 |
| 2 | 0,506 | 5 |
| 3 | 0,650 | 6 |
| 3 ou + | 0,724 | 7 |

| Radio | β | Pontos |
|--------|---------|--------|
| 1 | 0,117 | 1 |
| 2 | 0,214 | 2 |
| 3 | 0,319 | 3 |
| 3 ou + | 0,413 | 4 |

| TV a cores | β | Pontos |
|------------|---------|--------|
| 1 | 0,104 | 1 |
| 2 | 0,247 | 2 |
| 3 | 0,328 | 3 |
| 3 ou + | 0,379 | 4 |

| Automóveis | β | Pontos |
|------------|---------|--------|
| 1 | 0,365 | 4 |
| 2 | 0,651 | 7 |
| 2 ou + | 0,934 | 9 |

| VCR / DVD | β | Pontos |
|-----------|---------|--------|
| 1 ou + | 0,214 | 2 |

| Máquina de lavar roupas | β | Pontos |
|-------------------------|---------|--------|
| 1 ou + | 0,231 | 2 |

| Geladeira | β | Pontos |
|-----------|---------|--------|
| 1 ou + | 0,428 | 4 |
| Freezer | 0,165 | 2 |

| Educação do chefe da família | β | Pontos |
|------------------------------|---------|--------|
| Fundamental I | 0,063 | 1 |
| Fundamental II | 0,189 | 2 |
| Ensino médio | 0,364 | 4 |
| Ensino superior | 0,780 | 8 |

| Empregados mensalistas | β | Pontos |
|------------------------|---------|--------|
| 1 | 0,283 | 3 |
| 2 ou + | 0,369 | 4 |

ABEP

A atribuição de pontos

| Variável | QUANTIDADE | | | | |
|------------------------|------------|---|---|---|---|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| TV a cores | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| VCR / DVD | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Radio | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Banheiros | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Automóveis | 0 | 4 | 7 | 9 | 9 |
| Empregados mensalistas | 0 | 3 | 4 | 4 | 4 |
| Máquina de lavar roupa | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Geladeira | 0 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Freezer | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 |

| EDUCAÇÃO DO CHEFE DA FAMÍLIA | |
|------------------------------|--------|
| Nível | Pontos |
| Fundamental I incompleto | 0 |
| Fundamental I completo | 1 |
| Fundamental II completo | 2 |
| Ensino médio completo | 4 |
| Ensino superior completo | 8 |

Número mínimo de Pontos = 0
Número máximo de Pontos = 46

| DATA | 2000 | | 2005 | |
|---------|-------------------|-------------------|-------------------|--|
| Classes | Critério anterior | Critério anterior | Critério revisado | |
| A1 | 1% | 1% | 1% | |
| A2 | 5% | 4% | 4% | |
| B1 | 9% | 9% | 9% | |
| B2 | 14% | 15% | 15% | |
| C1 | 36% | 39% | 21% | |
| C2 | | | 22% | |
| D | 31% | 29% | 25% | |
| E | 4% | 3% | 3% | |

Objetivos:

- Manutenção dos tamanhos das Classes em comparação com critério anterior
- Atender necessidade do mercado de dividir a Classe C

| | |
|-----------|----------------|
| Classe A1 | 42 a 46 pontos |
| Classe A2 | 35 a 41 pontos |
| Classe B1 | 29 a 34 pontos |
| Classe B2 | 23 a 28 pontos |
| Classe C1 | 18 a 22 pontos |
| Classe C2 | 14 a 17 pontos |
| Classe D | 8 a 13 pontos |
| Classe E | 0 a 7 pontos |