

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO - SAÚDE COLETIVA

SILVIA MARIA PRADO LOPES QUEIROZ

**EFETIVIDADE DO PROCESSO DE CAPACITAÇÃO DOS LÍDERES DA
PASTORAL DA CRIANÇA PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL EM
CURITIBA, BRASIL**

CURITIBA

2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

SILVIA MARIA PRADO LOPES QUEIROZ

**EFETIVIDADE DO PROCESSO DE CAPACITAÇÃO DOS LÍDERES DA
PASTORAL DA CRIANÇA PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL EM
CURITIBA, BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Área de Concentração Saúde Coletiva, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de mestre.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Simone Tetu Moysés

CURITIBA

2008

Dedico este trabalho a você: Marilene. Mulher guerreira... estudou pouco, trabalha fora, cuida das casas de outros, dos filhos dos patrões. Cuida da própria casa, dos próprios filhos, mas encontra entre tantas ocupações, um tempo para o trabalho voluntário: ser Líder da Pastoral da Criança. Por quê? Sonha que todas as crianças tenham vida e a tenham em abundância, ainda que seja à custa do descanso ao fim do dia ou do lazer no final de semana. Com você e com outras 146.000 Marilenes espalhadas pelo Brasil, aprendi o significado do “amor ágape”.

AGRADECIMENTOS

A Deus autor da vida, pelas incontáveis bênçãos que tem derramado sobre minha existência.

Aos meus pais Luiz e Gertrudes co-autores da minha vida, pelos princípios e valores que me legaram.

Ao meu esposo Geraldo e meus filhos Gustavo, Gabriel e Luiza, por “vivenciarem” cotidianamente o mestrado, com alegria e apoio incondicionais.

Aos demais familiares e amigos, pelo incentivo constante. Em especial, Denise, Dorian, Juliana, Lise, Max, Roberto, Sandra, Vanessa e Viviane, pelas angústias e alegrias partilhadas.

Aos professores de ontem, Léo Kriger, Elizabeth Garzuze da Silva Araújo e Silvio Gevaerd (*in memoriam*) que, por suas “falas apaixonadas” pela Saúde Coletiva, me motivaram a optar por este caminho, que tantas realizações profissionais tem me proporcionado.

À Professora Simone Tetu Moysés, pela maneira competente e amável com que orientou esse trabalho e pela dedicação incansável à frente da coordenação deste curso.

Ao Prof. Samuel Jorge Moysés, pelos seus brilhantes ensinamentos durante o curso e por seu exemplo de luta pela saúde bucal coletiva brasileira.

Aos demais professores e funcionários da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, que de alguma forma colaboraram para realização deste trabalho.

À Coordenação Nacional da Pastoral da Criança, em especial, Nelson Arns Neumann, Eduardo Peixoto Santos, Thereza Maria K. Baptista, Mônica Flüegel Hill pela “calorosa acolhida” desde a concepção da proposta avaliativa e total colaboração durante sua execução.

Ao grupo avaliador formado na Pastoral da Criança, sem o qual este trabalho não seria possível. Pela rica experiência de construção de conhecimento que vivenciamos.

Aos demais coordenadores, líderes e funcionários da Pastoral da Criança que gentilmente colocaram seu tempo e inestimável conhecimento à disposição desta pesquisa. Que este esforço possa ser revertido em benefício das crianças e gestantes acompanhadas.

Aos professores do Curso Técnico em Higiene Dental e ao Conselho Diretor da Escola Técnica da UFPR, pelo apoio mediante a concessão de afastamento parcial, fundamental para o bom êxito deste trabalho.

À CAPES, pelo apoio financeiro recebido.

O amor (ágape) é paciente, o amor é amável. Sem inveja, ele não tem ostentação, ele não é orgulhoso. Não é rude, ele não é interessado, ele não se irrita facilmente, ele não mantém nenhum registro dos erros. O amor não se deleita com o mal, rejubila com a verdade. Protege sempre, confia sempre, sempre tem esperança, sempre persevera. O amor nunca falha.

I Coríntios, 13, 4:8

Gosto de ser gente porque, mesmo sabendo que as condições materiais, econômicas, sociais e políticas, culturais e ideológicas em que nos achamos geram quase sempre barreiras de difícil superação para o cumprimento de nossa tarefa histórica de mudar o mundo, sei também que os obstáculos não se eternizam.

A mudança do mundo implica a dialetização entre a denúncia da situação desumanizante e o anúncio de sua superação, no fundo, o nosso sonho.

Paulo Freire

SUMÁRIO

1 RESUMO GERAL	9
2 ABSTRACT	10
3 INTRODUÇÃO GERAL	11
4 ARTIGO 1	15
4.1 RESUMO.....	15
4.2 INTRODUÇÃO.....	16
4.3 MÉTODO.....	18
4.4 RESULTADOS.....	21
4.4.1 Processo de Capacitação dos Líderes para Promoção da Saúde Bucal	21
4.4.1.1 Conteúdos de saúde bucal nos materiais de apoio.....	21
4.4.1.2 Abordagem da saúde bucal nas capacitações.....	22
4.4.1.3 Adequação do conhecimento para o desempenho da ação.....	22
4.4.2 Atuação dos Líderes como Promotores de Saúde Bucal	22
4.4.2.1 Ações de promoção de saúde bucal realizadas.....	22
4.4.2.2 Fatores que interferem na atuação dos líderes.....	23
4.4.3 Atuação no Estabelecimento de Parcerias para Promoção de Saúde Bucal	24
4.4.3.1 Percepção da necessidade de articulação.....	24
4.4.3.2 Busca de parcerias internas e externas.....	24
4.5 DISCUSSÃO.....	25
REFERÊNCIAS.....	29
4.6 ARTIGO 1 – EM LÍNGUA INGLESA.....	31
5 ARTIGO 2	47
5.1 RESUMO.....	47
5.2 INTRODUÇÃO.....	48
5.3 MÉTODO.....	51
5.4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	54
5.4.1 O Empoderamento e a Tendência Pedagógica Adotada	54
5.4.2 Análise dos Materiais de Apoio	56
5.4.2.1 Discussão da realidade antes da teorização e atitude dialógica.....	56
5.4.2.2 Integração da teoria e prática.....	56
5.4.2.3 Adequação da linguagem e ilustrações ao público-alvo.....	56

5.4.3 O Processo de Capacitação.....	57
5.4.4. Integralidade das Ações.....	61
REFERÊNCIAS.....	66
6 CONCLUSÕES GERAIS.....	69
REFERÊNCIAS.....	72
APÊNDICES.....	73
ANEXOS.....	103

RESUMO GERAL

Estratégias de Promoção de Saúde apresentam caráter ampliado conferindo complexidade à sua avaliação. Requerem a análise do contexto e processo em que se deram os resultados, possibilitando o aprimoramento das ações. A Pastoral da Criança é uma organização de base comunitária e do setor de voluntariado que desenvolve atividades de promoção da saúde materno-infantil, no Brasil e em mais 15 países. O propósito principal deste estudo foi avaliar a efetividade da capacitação de seus líderes para a promoção da saúde bucal em Curitiba, Brasil. Buscou-se aprofundar o conhecimento sobre a capacitação e materiais de apoio, analisando sua adesão aos princípios do empoderamento e integralidade. Objetivou-se ainda levantar as diversas percepções sobre a capacitação e as práticas em saúde bucal desencadeadas. Utilizou-se a Metodologia de Avaliação Rápida, de caráter participativo. Uma equipe avaliadora foi composta por atores chave da instituição pesquisada. Sete passos foram percorridos nessa pesquisa avaliativa: caracterização do projeto para avaliação, estudo da viabilidade, definição do alcance da avaliação, definição de fontes e métodos de coleta de dados, trabalho de campo, processamento e análise da informação e comunicação dos resultados. Visando a triangulação de fontes e métodos, realizou-se a análise documental do material de apoio, entrevistas com informantes chave, grupos focais e observação participante de uma capacitação no Guia do Líder. Aplicou-se um questionário a uma amostra de 340 líderes. Foram realizadas análises descritivas e bivariadas, utilizando o teste do qui-quadrado, integrando-as às análises de conteúdo dos dados qualitativos. Considerou-se que o princípio da integralidade foi contemplado pela inserção da temática da saúde bucal, na capacitação e materiais de apoio, em conjunto com os demais temas e pela constatação de projetos amplos que dão suporte às atividades educativas. A tendência pedagógica adotada pela instituição está de acordo com o princípio do empoderamento. Contudo, na capacitação observada privilegiou-se as questões técnicas em detrimento das pedagógicas. O inquérito revelou que 52% dos líderes realizaram orientações sobre saúde bucal nas visitas, 63% organizaram atividades coletivas, 52% buscaram apoios internos e 55% externos. Apenas 13% afirmaram que as capacitações preparam para esta ação, 51% parcialmente e 36% que não preparam. Levantou-se como principais fatores dificultadores da ação o pouco enfoque dado ao assunto nas capacitações e limitações para estabelecer parcerias. Mecanismos de educação permanente foram apontados como facilitadores. Apesar da temática da saúde bucal ter sido inserida na capacitação e materiais de apoio desde 2000, ainda não se consolidou como ação básica na Pastoral da Criança. Conclui-se que a capacitação no Guia do Líder tem sido parcialmente efetiva em qualificar o desempenho dos líderes para promoção da saúde bucal. A equipe avaliadora apontou as seguintes necessidades: aprofundamento do tema por meio de capacitação específica e reforço de sua inter relação com os demais temas, trabalhando a abordagem de fatores comuns de risco. Discussões sobre questões pedagógicas e trabalho em redes comunitárias também foram considerados pontos fundamentais para consolidação e ampliação desta ação.

Palavras-chave: promoção da saúde bucal, capacitação, avaliação, empoderamento, integralidade.

ABSTRACT

Health Promotion strategies have a comprehensive character conferring complexity to its evaluation. They demand context and process analysis into which results were given, enabling improvement of actions. The Children's Pastoral is a community-based volunteer sector organization that undertakes maternal and child health promotion activities in Brazil and in a further 15 countries. The main purpose of this study was to evaluate the effectiveness of the training of its community leaders with regard to the oral health promotion in Curitiba, Brazil. It was aimed to deepen the knowledge about training and support material, in order to analyze their synchronies within the principles of empowerment and integrality. It was also aimed to detect several perceptions about training and oral health practices. The Rapid Evaluation Method was used, in a participative manner. An evaluation team was formed comprising key stakeholders of the researched institution. This evaluative study had seven steps: characterization of the project to be evaluated, feasibility of the study, definition of evaluation scope, definition of data collection sources and methods, fieldwork, processing and analysis of the information and communication of the results. With the aim of achieving triangulation between sources and methods, documental analysis was made of the support material, key informers were interviewed, focal groups were held and participative observation was performed during a Leader's Guide training course. A questionnaire was applied to a sample of 340 leaders. Descriptive and bivariate analyses were undertaken, using the Chi-square test. These results were integrated with the content analyses of the qualitative data. The principle of integrality was contemplated by insertion of the oral health issue into training and support material, linked with the other subjects and by the existence of wide projects that give support to educational activities. The pedagogic tendency adopted by the institution is according to the principle of empowerment. However, in the analyzed training, technical questions took priority place in relation to pedagogical ones. The inquiry revealed that 52% of the leaders carried out orientations about the subject in the visits, 63% organized collective activities, 52% sought insiders' support, and 55% outsiders. Only 13% affirmed that the training prepared for this action, 51% that it had partially prepared and 36% that it had not prepared in any way. The main action's restraining factors raised were the little approach to the subject in the training, and limitations in establishing partnerships. Mechanisms of permanent education were pointed out as facilitator factors. Despite of oral health topic been inserted on the training and supporting material since 2000, it still have not been consolidated as a basic action at Pastoral da Criança. In conclusion, the training in the Leader's Guide has been partially effective in qualifying the leaders to oral health promotion. The evaluation team pointed out the following needs: deepening the subject through specific training, and reinforcement of its interrelationship with the other topics, enlightening the common risk factors. Discussions regarding pedagogical approaches and communities networks were also considered a fundamental point for consolidation and amplification of this action.

Keywords: oral health promotion; evaluation; training; empowerment; integrality.

INTRODUÇÃO GERAL

Os novos desafios sociais, políticos e culturais, o esgotamento do paradigma biomédico e a mudança no perfil epidemiológico da população nas últimas décadas têm suscitado novas formas de compreender e agir sobre o processo saúde/doença. Entre essas, sobressai a vertente da Promoção da Saúde, que constitui o eixo principal do que hoje se denomina a “Nova Saúde Pública” (KICKBUSH 2003; CARVALHO 2004).

Em 1978, a Conferência de Alma Ata anunciava o direito e dever dos povos de participar individual e coletivamente no planejamento e execução de seus cuidados de saúde. A Carta de Ottawa, que resume as principais conclusões da Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde no Canadá, em 1986, definiu cinco áreas operacionais: formulação de políticas públicas; fortalecimento das ações comunitárias e da participação das pessoas nas decisões e ações relacionadas com sua saúde; desenvolvimento de atitudes pessoais para tomar decisões saudáveis e suportar pressões negativas para a saúde; criação de ambientes favoráveis tanto em suas dimensões físicas quanto sociais e fortalecimento do sistema social de apoio da comunidade; reordenamento dos serviços de saúde para reforçar as possibilidades destes serviços serem locais adequados para a promoção da saúde (WHO 1986; SALAZAR 2004).

A Conferência de Ottawa confirmou a importância da participação comunitária no planejamento e implementação de estratégias para promoção da saúde, o que vem sendo reafirmado nas demais Cartas da Promoção da Saúde, frutos das sucessivas discussões sobre o tema em todo o mundo (BRASIL 2002). A carta da última conferência internacional ocorrida em Bangkok, em 2005, afirma que “os projetos de base comunitária, os grupos da sociedade civil e as organizações de mulheres têm demonstrado sua eficácia no terreno da promoção da saúde e oferecem exemplos de práticas a seguir” (WHO 2005).

A Pastoral da Criança é uma organização que contempla estes três aspectos, desenvolvendo atividades de promoção da saúde materno-infantil em áreas de baixo nível sócio econômico. Tem como estratégia principal multiplicar o saber e a solidariedade às famílias acompanhadas, por meio de 146 mil líderes voluntários, sendo 92% mulheres, que moram nas próprias comunidades ou bolsões de pobreza. O trabalho essencial é orientar e acompanhar entre 10 a 20 famílias vizinhas, em ações básicas de saúde, nutrição, educação e cidadania, para que elas se tornem sujeitos de sua própria transformação pessoal e social. A Pastoral acompanha, mensalmente, cerca de dois milhões de crianças menores de seis anos, em cerca de 4.000 municípios brasileiros. Nas ações propostas pela Pastoral da Criança

vislumbra-se o potencial de operacionalização dos princípios da promoção da saúde, de modo especial, no que se refere à construção da autonomia e empoderamento das lideranças comunitárias e das famílias acompanhadas. Apesar de ter como alicerce as ações educativas em saúde, constata-se que estas estão interligadas a programas mais amplos que envolvem a promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente e redução da violência familiar e comunitária; geração de renda para auto-sustentação das famílias acompanhadas; ajuda mútua entre elas; capacitação da mulher em economia doméstica e nos cuidados com a criança, com a família e consigo mesma; alfabetização de jovens e adultos; capacitação para o controle social, dentre outras (PASTORAL DA CRIANÇA 2007) .

Em 25 anos de atuação, a Pastoral da Criança tem recebido inúmeros prêmios. Em 2000 recebeu o Prêmio Unesco na categoria Direitos Humanos e Cultura de Paz, concedido a instituições ou pessoas que se destacaram por ações de elevada relevância social nessas áreas. Em 2003 recebeu, na Suécia, o Prêmio de Honra da organização sueca "Children's World", em reconhecimento aos serviços prestados para garantir os direitos da criança relativos à saúde, nutrição, educação e cidadania. Foi a Indicada Oficial do Governo Brasileiro ao Prêmio Nobel da Paz nos anos de 2001, 2002 e 2003. Em março de 2006 o Ministério da Saúde convidou a coordenação da Pastoral da Criança para compor a Comissão dos Determinantes Sociais em Saúde, que objetivou propor políticas eficientes para combater as desigualdades sociais e em saúde (LOPES 2006). Estes fatos indicam o reconhecimento do trabalho desta instituição e reforçam a importância de conhecer melhor seus esforços para promover saúde.

O texto introdutório da Política Nacional de Promoção da Saúde coloca o desafio de organizar estudos e pesquisas para identificação, análise e avaliação de ações que operem nas estratégias mais amplas que foram definidas na Carta de Ottawa e que estejam associadas às diretrizes propostas para esta política (BRASIL 2006). Como resposta a este desafio, este estudo teve como objetivo geral avaliar a efetividade do programa de capacitação de líderes da Pastoral da Criança para a Promoção da Saúde Bucal, em Curitiba, Brasil. Seus objetivos específicos incluíram:

- analisar o processo de capacitação dos líderes da Pastoral da Criança, levantando potencialidades e fragilidades;
- explorar as práticas em saúde bucal decorrentes da capacitação recebida na Pastoral da Criança até o momento;
- levantar a autopercepção dos líderes em relação à capacitação e atuação em saúde bucal e em relação às suas próprias condições de saúde bucal;

- identificar a atuação dos líderes na articulação com ações mais amplas da Pastoral e outras fontes de suporte social.

Finalmente, pretendia-se que esta reflexão sobre o processo de capacitação e atuação dos líderes na promoção da saúde bucal, viesse a contribuir para o seu aperfeiçoamento, bem como responder ao apelo feito por Watt (2007), de que exemplos de experiências inovadoras exitosas ou mesmo lições recebidas de intervenções fracassadas, sejam compartilhadas pela comunidade global de saúde bucal.

Ao buscar um percurso metodológico capaz de contemplar todos estes objetivos deparou-se com um amplo debate sobre a avaliação em promoção da saúde. Isto porque as intervenções nesta área apresentam caráter ampliado, envolvendo a participação de diferentes atores e múltiplas estratégias, o que acrescenta complexidade à forma de medir seu impacto e efetividade. As abordagens tradicionais de avaliação em saúde geralmente têm perspectivas reducionistas, visando medir resultados individuais sobre a saúde ou comportamento, muitas vezes negligenciando a análise do contexto e o processo das intervenções (MOYSÉS, MOYSÉS et al. 2004).

Brandão, Silva e Palos (2005) abordam a avaliação a partir de uma ótica emancipatória, participativa e colaborativa na qual propósitos e critérios de julgamento são construídos por meio da negociação entre diferentes atores sociais, onde cada sujeito é capaz de avaliar suas ações. Nesse fenômeno, de maneira reflexiva, ele se constrói e reconstrói a sua prática. Paulo Freire (1999), já apontava a necessidade dos processos avaliativos participativos, onde os indivíduos ou comunidades não sejam tomados como objetos, mas possam tornar-se sujeitos na construção do conhecimento.

Para mim a realidade concreta é algo mais que fatos ou dados tomados mais ou menos em si mesmos. Ela é todos esse fatos e todos esses dados e mais a percepção que deles esteja tendo a população neles envolvida. Assim, a realidade concreta se dá a mim na relação dialética entre objetividade e subjetividade ... Quanto mais, em uma tal forma de conhecer e praticar a pesquisa, os grupos populares vão aprofundando, como sujeitos, o ato de conhecimento de si em suas relações com a realidade, tanto mais vão podendo superar ou vão superando o conhecimento anterior em seus aspectos mais ingênuos. Deste modo, fazendo pesquisa, educo e estou me educando com os grupos populares.

Tendo em vista os objetivos da pesquisa e assumindo este referencial avaliativo, optou-se por uma pesquisa avaliativa por triangulação de métodos, onde uma equipe

avaliadora foi composta por diversos atores envolvidos na ação. Minayo afirma que esta postura ética e teórica se fundamenta nos princípios da filosofia comunicativa de Habermas e propicia meios para que os participantes do processo avaliativo recebam seus influxos e recolham subsídios para as mudanças necessárias (MINAYO, ASSIS et al. 2005).

Para a comunicação dos resultados da pesquisa foram elaborados dois artigos. O primeiro descreve como a temática da saúde bucal foi inserida nos materiais de apoio e na capacitação dos líderes e as práticas de promoção da saúde bucal desencadeadas até o momento. Revela os fatores facilitadores e dificultadores apontados pela equipe avaliadora, bem como possíveis caminhos para o aperfeiçoamento da capacitação e conseqüentemente da ação avaliada. Outro foco deste artigo foi o método utilizado, apontando a complexidade da avaliação em promoção da saúde, a triangulação de métodos como um caminho possível e os ganhos do processo avaliativo empreendido.

O segundo artigo aprofunda questões conceituais, buscando analisar o quanto o processo de capacitação e atuação dos líderes se aproxima de dois princípios fundamentais da promoção da saúde: o empoderamento e a integralidade. Para tanto, analisa a tendência pedagógica adotada nos materiais e capacitações na Pastoral da Criança e a integração da saúde bucal com estratégias mais amplas de promoção da saúde. Da mesma forma, são levantadas as potencialidades e fragilidades em relação à operacionalização destes dois princípios, bem como sugestões para seu aprimoramento.

ARTIGO 1

Avaliação em Promoção da Saúde: uma experiência na Pastoral da Criança**SILVIA MARIA P. L. QUEIROZ¹, SIMONE TETU MOYSÉS¹**

¹Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Pós-Graduação em Odontologia, Área de Concentração em Saúde Coletiva, Curitiba, Brasil.

*Endereço para correspondência: Silvia Maria Prado Lopes Queiroz, Av: João Gualberto n°:253 apto:202L, CEP:80030-000, tel: #55 41 33082669, Fax: #55 41 30185041
e-mail: silviaqueiroz@ufpr.br*

RESUMO

A Pastoral da Criança é uma organização de base comunitária e do setor de voluntariado que desenvolve atividades de promoção da saúde materno-infantil, no Brasil e em mais 15 países. Este estudo objetivou avaliar a efetividade da capacitação de seus líderes para a promoção da saúde bucal em Curitiba, Brasil. Utilizou-se a Metodologia de Avaliação Rápida, de caráter participativo. Uma equipe avaliadora foi composta por atores chave da instituição pesquisada. Sete passos foram percorridos nessa pesquisa avaliativa: caracterização do projeto para avaliação, estudo da viabilidade, definição do alcance da avaliação, definição de fontes e métodos de coleta de dados, trabalho de campo, processamento e análise da informação e comunicação dos resultados. Visando a triangulação de fontes e métodos, realizou-se a análise documental do material de apoio, entrevistas com informantes chave, grupos focais e observação participante de uma capacitação no Guia do Líder. Aplicou-se um questionário a uma amostra de 340 líderes. Foram realizadas análises descritivas e bivariadas, utilizando o teste do qui-quadrado, integrando-as às análises de conteúdo dos dados qualitativos. A temática da saúde bucal foi inserida na capacitação e materiais de apoio de forma integrada aos demais temas. O inquérito revelou que 52% dos líderes realizaram orientações sobre o tema nas visitas, 63% organizaram atividades coletivas, 52% buscaram apoios internos e 55% externos. Levantou-se como principais fatores dificultadores da ação o pouco enfoque dado ao assunto nas capacitações e limitações para estabelecer parcerias. Mecanismos de educação permanente foram apontados como facilitadores. A equipe avaliadora apontou as seguintes necessidades: aprofundamento do tema por meio de capacitação específica e reforço de sua inter-relação com os demais temas, trabalhando a abordagem de fatores comuns de risco. Discussão sobre trabalho em redes também foi considerado ponto fundamental para consolidação e ampliação desta ação.

Palavras-chave: promoção da saúde bucal; avaliação; triangulação; participação comunitária.

INTRODUÇÃO

A publicação da Carta de Ottawa, resultado da I Conferência Internacional de Promoção de Saúde (WHO, 1986), bem como as demais conferências e documentos dedicados ao tema em todo o mundo desencadearam uma ampliação conceitual e um grande desafio operacional à área. Essa evolução trouxe um desafio adicional: produzir informação sobre a efetividade e rentabilidade social de intervenções cada vez mais complexas, buscando responder às necessidades dos formuladores e financiadores dos projetos, bem como contribuir para o aperfeiçoamento das ações (Nutbeam, 1998, IUHPE, 1999, Potvin et al., 2001).

A avaliação de estratégias de promoção de saúde tem gerado um grande debate, especialmente quanto ao significado de evidência de efetividade das intervenções. Grande parte dos programas na área da saúde têm sido embasada na lógica positivista, sendo os experimentos controlados randomizados utilizados como “padrão ouro” em avaliações sistemáticas na área. No entanto, as ações mais efetivas em promoção da saúde são aquelas de escopo abrangente, que envolvem a população na sua concepção e desenvolvimento e são sustentáveis em longo prazo. Ao englobar diferentes disciplinas e inúmeras variáveis, em contextos dinâmicos, as intervenções requerem o uso de outra base epistêmica para demonstrar sua efetividade. Quando as ciências da saúde passam a utilizar conceitos e instrumentos das ciências sociais na busca de qualidade de vida, são instigadas a adotar também os métodos de pesquisa e avaliação dessa área do conhecimento. Combinar abordagens quantitativas e qualitativas, diversos tipos de dados e fontes de informação tem sido o caminho mais indicado para produzir evidência relevante (Nutbeam, 1999, McQueen and Anderson, 2001). Além disso, deve existir coerência entre a teoria que embasa a intervenção e sua avaliação. Sendo o empoderamento individual e comunitário um dos conceitos centrais da promoção da saúde, os processos avaliatórios devem ser um espaço privilegiado da construção de sujeitos, assumindo abordagens emancipatórias e participativas e alcançando uma dimensão pedagógica que colabore para o fortalecimento de indivíduos, grupos e organizações (Potvin et al., 2001, Brandão et al., 2005). Assim sendo, a avaliação por triangulação de métodos, por motivos epistemológicos e por questões de validade, tem sido apontada como um caminho metodológico promissor na busca de efetividade em promoção da saúde (Nutbeam, 1998, Minayo et al., 2005).

A Pastoral da Criança é uma organização de base comunitária, do setor de voluntariado, que tem se destacado, no contexto brasileiro e internacional, por desenvolver

atividades de promoção da saúde materno-infantil em áreas de baixo nível sócio econômico. Sua estratégia principal é multiplicar o saber e a solidariedade às famílias acompanhadas, por meio de 146 mil líderes voluntários, sendo 92% mulheres, que moram nas próprias comunidades ou bolsões de pobreza. O trabalho essencial é orientar e acompanhar entre 10 a 20 famílias vizinhas, em ações básicas de saúde, nutrição, educação e cidadania, para que elas se tornem sujeitos de sua própria transformação pessoal e social. O objetivo é o desenvolvimento integral das crianças, promovendo, em função delas, também suas famílias e comunidades. Visando o princípio da integralidade a temática da saúde bucal foi inserida dentre as ações básicas e por ocasião da reformulação do Guia do Líder, em 2000, esse tema passou a fazer parte das capacitações, sendo contemplado nos diversos materiais de apoio (PASTORAL DA CRIANÇA, 2007).

Transcorridos sete anos, mostrou-se importante avaliar a implementação desta ação pelos líderes, seus fatores facilitadores e dificultadores. Este estudo objetivou avaliar a efetividade do programa de capacitação dos líderes em qualificar seu desempenho para promoção da saúde bucal nas comunidades. Buscou-se aprofundar o conhecimento sobre como este tema está sendo abordado na capacitação, nos materiais de apoio e nos processos de trabalho dos líderes, permitindo definir a necessidade de capacitação específica na área e fornecendo subsídios para consolidação e ampliação desta ação.

MÉTODO

Foi utilizada a Metodologia da Avaliação Rápida proposta pelo Centro para o Desenvolvimento e Avaliação de Políticas e Tecnologia em Saúde Pública (CEDETES) da Universidade do Valle, Colômbia, para avaliação de efetividade de intervenções em promoção da saúde. Essa metodologia busca desvelar não apenas o cumprimento dos objetivos da intervenção, mas as mudanças esperadas e não esperadas como consequência dela e os fatores que tem contribuído para estes resultados, alcançando uma compreensão dos fenômenos encontrados, a partir de uma análise do contexto, processo e resultados (Salazar, 2004). Tem como pressupostos: a redução da brecha entre informação e ação, tendo como usuários primários os tomadores de decisão; a consideração do contexto e cenário político, na análise dos resultados; a participação de todos os interessados no processo avaliativo.

Para tanto, são previstos os sete passos percorridos nesta pesquisa avaliativa. Primeiramente, realizou-se a **caracterização do projeto para avaliação**. Nesta etapa, foi construído o marco lógico da intervenção e realizada a análise do contexto. O segundo passo foi o **estudo da viabilidade e factibilidade da avaliação**, com a definição da equipe avaliadora e seus interesses no processo avaliativo. Dezesesseis atores chave que participaram da implementação e que atuam na ação avaliada fizeram parte desta equipe: formuladores de políticas da Pastoral, representantes dos diversos níveis de gestão, capacitadores e líderes que atuam diretamente com as famílias acompanhadas. Para a realização da sistematização (Salazar, 2004), a equipe avaliadora recuperou e organizou todo o material disponível: projeto original, relatórios, material fotográfico, bem como os materiais didáticos utilizados nas capacitações e atividades dos líderes.

Numa primeira Oficina de Avaliação empreendeu-se um resgate histórico da ação e discussão do marco teórico, aprofundando conceitos de educação em saúde e promoção da saúde. Segundo Wallerstein, *et al.* (1997), nesta fase é importante compartilhar uma história e criar uma visão comum de futuro, neste caso, o perfil esperado para um líder promotor de saúde bucal. Nesta oficina, realizou-se o terceiro passo da avaliação: **definição do alcance da avaliação**. Foram refinados a pergunta e objetivo da avaliação e identificadas três variáveis principais: processo de capacitação dos líderes da Pastoral da Criança; atuação dos líderes como promotores de saúde bucal e atuação no estabelecimento de parcerias para a promoção da saúde bucal. Cumpriu-se ainda nesta oficina o quarto passo, com a **definição das fontes e métodos de coleta de dados** quantitativos e qualitativos, contemplando o princípio da

triangulação, onde são combinados múltiplos pontos de vista, por meio de diversos pesquisadores, informantes e técnicas de coleta de dados (Minayo et al., 2005).

O quinto passo foi o **trabalho de campo**. Procedeu-se à análise documental buscando conteúdos relacionados à saúde bucal nos materiais de apoio utilizados pelas lideranças durante as capacitações e atividades. Foram realizadas entrevistas com três informantes-chave na Pastoral da Criança: Coordenação de Saúde Bucal, para aprofundar questões técnicas, Assessoria de Capacitações, para questões pedagógicas e Coordenação da diocese de Curitiba, para levantar como estas questões se configuravam na prática diária. Realizou-se a observação participante de uma capacitação no Guia do Líder, principal material de apoio utilizado nas capacitações e nas atividades das lideranças. Foram realizados ainda dois grupos focais com nove e sete líderes respectivamente (Minayo, 2004). Um inquérito foi realizado utilizando um questionário com questões fechadas e abertas, enviado para 340 líderes. Sendo a Diocese subdividida em quatro setores, uma sub-amostra foi calculada para cada setor de acordo com o número de líderes atuantes. Para a definição da amostra utilizou-se o método de amostragem de proporções considerando os parâmetros de 5% de erro de amostragem, 95% de confiança e admitindo $p = q = 50\%$. No tamanho final da amostra incluiu-se um adicional de 20% prevendo-se possíveis dificuldades na devolução dos questionários.

As dimensões exploradas nos questionários foram: práticas em saúde bucal, utilização de material de apoio, busca de parcerias, capacitações realizadas, percepção da adequação da capacitação para o desempenho da ação, auto-percepção da saúde bucal e se esta influenciava na abordagem do tema. Para a avaliação da auto-percepção das condições bucais foram utilizadas quatro questões do levantamento realizado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2004). Posteriormente os valores obtidos nestas questões foram somados resultando em uma única variável indicativa da condição geral de saúde bucal. Após estudo-piloto algumas questões foram reformuladas a fim de sanar as dificuldades observadas no preenchimento. Definiu-se como critério de inclusão ter mais de um ano de atuação na Pastoral da Criança e de exclusão atuar ou ter atuado como agente comunitário de saúde (ACS), pois a capacitação recebida para o desempenho desta função, poderia atuar como fator de confundimento. Uma primeira leva de questionários foi distribuída e recolhida por meio das reuniões mensais de coordenações da instituição pesquisada. Não tendo sido alcançado o número suficiente de respostas, uma segunda leva foi enviada por meio das coordenações, sendo devolvida diretamente pelas comunidades via correio. Desta forma foi alcançado o número de 312 retornos válidos.

O sexto passo foi o **processamento e análise da informação**. Foram realizadas a análise de distribuição de frequência e de associação entre variáveis por meio do teste do qui-quadrado, utilizando o programa SPSS, versão 15.0. O processamento das informações qualitativas respeitou as seguintes etapas: transcrição das informações, revisão do material e ordenamento dos dados, categorização da informação por meio da análise de conteúdo temática e pré análise, segundo as três categorias de interesse (Bardin, 1977).

A equipe avaliadora reuniu-se em uma segunda Oficina de Avaliação para a análise integrada de dados quantitativos e qualitativos e interpretação dos resultados. Foram levantadas sugestões para superação dos fatores dificultadores e potencialização dos fatores facilitadores da ação avaliada.

O sétimo passo foi a **comunicação dos resultados e tomada de decisão**. Nesta etapa foram identificados os decisores e seus interesses de informação. Definiram-se os objetivos e estratégias para comunicação dos resultados. Foram realizadas reuniões da coordenadora da equipe avaliadora com alguns dirigentes da Pastoral da Criança em nível nacional e da Diocese pesquisada. Discutiui-se os principais resultados, conclusões e recomendações da equipe de avaliação. Foi elaborado um resumo executivo, com formato reduzido e linguagem simples, a ser disseminado nos demais níveis hierárquicos da instituição por meio das reuniões mensais de coordenações.

Em cumprimento aos princípios éticos, o projeto foi registrado no Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná sob o nº 1953, tendo sido aprovado em 05/09/07. Foram obtidos os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido pelos diversos sujeitos participantes.

RESULTADOS

A sistematização da ação revelou a preocupação com a inclusão da saúde bucal nas atividades da Pastoral da Criança, desde 1993. O projeto inicial previa a atuação de dentistas voluntários na capacitação dos líderes para realização de atividades educativas e preventivas, além de parcerias para o atendimento clínico. Dificuldades na operacionalização levaram à reorientação deste projeto, que passou a focar a formação dos líderes para promoção da saúde bucal pelos próprios capacitadores da Pastoral, desvinculando-se do compromisso de viabilizar o atendimento clínico e significando uma importante retomada dos princípios básicos desta instituição.

A capacitação inicial dos líderes é realizada em 56 horas tendo como base o Guia do Líder, que posteriormente é utilizado também como material de apoio para três atividades básicas. A visita domiciliar de 10 a 20 famílias vizinhas. A realização do “Dia da Celebração da Vida” em que se reúnem todos os líderes de uma comunidade e as famílias acompanhadas para pesagem das crianças e realização de atividades educativas e lúdicas. As reuniões mensais para reflexão e avaliação, entre os líderes de cada comunidade, quando são condensados os indicadores colhidos nas visitas, levantadas situações problemáticas e alternativas de superação. Por meio destas reuniões, de um jornal mensal e programas radiofônicos semanais a capacitação pode tornar-se processual e permanente.

Processo de Capacitação dos Líderes para Promoção da Saúde Bucal

Conteúdos de saúde bucal nos materiais de apoio

Durante a reformulação do Guia, no ano 2000, conteúdos específicos sobre saúde bucal foram introduzidos neste material e gradativamente em outros utilizados pelos líderes: cartelas “Laços de Amor”, entregues à gestante e nas primeiras visitas ao bebê, jornal mensal e programas radiofônicos “Viva a Vida”.

Tanto no Guia do Líder, quanto nos demais materiais, os conteúdos específicos de saúde bucal não formam uma sessão à parte. Foram sendo introduzidos em cada fase da gestação e do desenvolvimento da criança, sempre interligados com orientações de higiene corporal, amamentação ou alimentação. Observou-se grande preocupação com a adequação da linguagem bem como das orientações ao contexto sócio econômico e cultural das famílias acompanhadas pela Pastoral, como no caso do fio dental, em que os líderes são estimulados a orientar as famílias a prepará-lo com diversos tipos de materiais de baixo custo ou recicláveis.

Abordagem da saúde bucal nas capacitações

As coordenações compartilham a percepção que este tema é pouco abordado nas capacitações. Uma das coordenadoras afirma: *‘de uma forma geral a gente vê que é pouco trabalhado pelos capacitadores este tema, ou por não se sentirem suficientemente aptos ou por não acharem tão importante’*.

A fala dos líderes explicita: *‘hoje mesmo é a primeira vez que nós tivemos alguém falando sobre isso, a gente fala, comenta, faz, mas não é muitas vezes discutido sobre este tema aí’*.

Esta percepção foi confirmada pela observação participante da capacitação, na qual após a leitura de diferentes partes do Guia, cada grupo deveria destacar os pontos mais importantes. A maioria dos tópicos de saúde bucal não apareceram nas discussões.

Adequação do conhecimento para o desempenho da ação

No inquérito, 35% dos líderes afirmaram que a capacitação não prepara para o desempenho da ação, 46% parcialmente e apenas 19 % totalmente. Os coordenadores foram unânimes ao apontar a necessidade de aprofundamento no tema *‘...a gente precisa reforçar um pouco mais a questão da saúde bucal dentro das capacitações, o próprio capacitador pode fazer isso se ele entender melhor...a importância dessa prática, desta ação na saúde da família’*. Esta percepção foi reforçada nos dois grupos focais, conforme expressa uma líder: *‘a gente faz a capacitação, você aprende um pouquinho de cada coisa...então eu acho que a capacitação mais aprofundada ia ajudar bastante...palestras ou mais reuniões que falasse sobre isso’*.

Atuação dos Líderes como Promotores de Saúde Bucal

Ações de promoção de saúde bucal realizadas

Os líderes relataram abordar o tema da saúde bucal nas visitas domiciliares. Nos dois grupos focais foi citada a presença deste assunto no material “Laços de Amor”, bastante elogiado por favorecer o estabelecimento do vínculo. Porém, a maioria dos relatos de atividades relaciona-se ao dia da Celebração da Vida. O inquérito confirmou que 52% dos líderes realizam orientações sobre o tema nas visitas domiciliares, 31% encaminham para serviços de saúde bucal e 63 % organizaram alguma atividade sobre o tema em âmbito coletivo. Este número está certamente superestimado, já que vários líderes respondentes organizaram a mesma atividade em conjunto. Somente em 15% dos casos o próprio líder

realizou a atividade coletiva. Em 48% das atividades foi buscado apoio de outros membros da Pastoral e em 55% suporte de convidados externos.

Fatores que interferem na atuação dos líderes

Na primeira Oficina de Avaliação diversos fatores facilitadores e dificultadores foram relacionados aos desempenho dos líderes, outros foram sendo levantados durante os grupos focais e entrevistas. A compilação dos principais fatores encontra-se no quadro 1.

QUADRO 1 – Fatores facilitadores e dificultadores do desempenho dos líderes na promoção de saúde bucal

FATORES FACILITADORES	FATORES DIFICULTADORES
<ul style="list-style-type: none"> • Capacitação adequada e utilização dos materiais de apoio • Reuniões mensais - educação permanente • Espírito de equipe - apoio mútuo entre líderes e coordenações • Parcerias com grupos e equipamentos de suporte social nas comunidades • Atuação em âmbito domiciliar e também em atividades coletivas • Identificação com o trabalho - “amor pelo que faz” • Espiritualidade - mantém a motivação em situações adversas 	<ul style="list-style-type: none"> • Pouco enfoque dado à saúde bucal nas capacitações e reuniões • Dificuldade de acesso aos serviços de saúde bucal para tratamentos, encaminhamentos e trabalhos conjuntos • Falta de valorização da saúde bucal pelos líderes e famílias • Número reduzido e rotatividade de líderes • Falta de material para a orientação prática da higiene bucal • Falta de valorização do trabalho da Pastoral pela população • Condições sócio-econômicas da população-alvo da Pastoral

Fontes: Oficinas de Avaliação, entrevistas e grupos focais - Pastoral da Criança - 2007

O inquérito demonstrou que 52% dos líderes tem tempo de atuação entre 1 a 5 anos, 33% de 6 a 10 anos e 14% tem mais de 10 anos de atuação, reforçando que a rotatividade, é um fator dificultador. O cruzamento entre variáveis revelou que o maior tempo de atuação do líder está associado com melhor desempenho na orientação domiciliar sobre saúde bucal ($p=0,00$), bem como na organização de atividades coletivas ($p=0,00$). A percepção favorável do líder sobre sua preparação para esta ação ($p=0,00$) e a busca de parcerias internas ou externas também estiveram associados ao melhor desempenho ($p=0,00$).

Quando inquiridos sobre as próprias condições de saúde bucal, 12% dos líderes classificou sua saúde como ruim, 32% como regular e 56% como boa. Os que perceberam suas condições de saúde como regular ou boa tiveram melhor desempenho em orientações domiciliares do que os que as perceberam ruins ($p=0,05$). Quando questionados se sua saúde bucal influenciava na abordagem deste tema, 48% dos respondentes afirmaram que sim.

Atuação no Estabelecimento de Parcerias para Promoção de Saúde Bucal

Percepção da necessidade de articulação

Durante a primeira oficina o grupo avaliador destacou este ponto como fator fundamental, indicando esta questão como uma das variáveis a serem pesquisadas. O trabalho em equipe e ajuda mútua entre líderes e coordenações apareceu como fator relevante para o bom desempenho nos grupos focais e entrevistas.

A importância de parcerias externas também foi bastante ressaltada pelos entrevistados, embora tenha ocorrido discordância, tanto entre líderes quanto entre coordenadores, sobre quem deve buscar apoios externos. Enquanto alguns afirmam que o próprio líder deve buscá-los, outros entendem que este é um papel dos coordenadores.

Busca de parcerias internas e externas

No inquérito, 52% dos líderes afirmaram buscar apoio na própria instituição, seja de outros líderes (24%), das coordenações (19%) e de outras ações como: alimentação enriquecida, brinquedistas ou articuladores em saúde (24%). Um percentual de 55% dos líderes relatou buscar algum tipo de parceiro externo, na maioria das vezes em serviços públicos de saúde (52%) e em menor grau em escolas (7%) e associações (7%). O aumento no tempo de atuação do líder associou-se a um aumento na busca de parcerias internas ($p=0,00$) e externas ($p=0,00$).

DISCUSSÃO

O histórico da ação desvelado pela sistematização demonstrou um importante avanço na base conceitual que dá sustentação ao programa. O projeto inicial que dependia da presença do cirurgião-dentista e focava em conceitos de prevenção e atenção clínica vinculava-se, segundo Labonte (1996), à abordagem biomédica. Por outro lado, o projeto atual avança para uma vertente mais ampla da promoção da saúde ao conectar a saúde bucal às demais ações básicas da Pastoral, reforçando a autonomia de seus próprios capacitadores e líderes.

Respeitando o princípio participativo do método utilizado nesta pesquisa, foi realizada uma segunda Oficina de Avaliação para discussão dos resultados pela equipe avaliadora. Destacando a importância desta fase nas práticas avaliativas, Minayo *et al.*, ressaltam que “é preciso valorizar a comunicação de informações que permitam...gerar mudanças, corrigir rumos, potencializar ações e constituir um aprendizado para todos” (Minayo *et al.*, 2005). Retomando-se as três variáveis, foram apresentados os resultados, levantadas suas possíveis causas, alternativas de superação dos fatores dificultadores e potencialização dos facilitadores.

Os materiais conseguiram superar uma falha grave e constante que é a separação da saúde bucal do restante do corpo e do contexto de vida das pessoas (Moysés e Kusma, 2008). Considerando-se a determinação ampliada dos problemas bucais constatou-se que a maioria dos conteúdos presentes nos materiais analisados relacionam-se com o tema. Ao discutir higiene corporal, amamentação no peito, alimentação saudável, prevenção de acidentes e violência doméstica, o Guia do Líder e demais materiais poderiam ser considerados potencialmente promotores de saúde bucal, ainda que questões técnicas específicas não fossem levantadas. A presença destas questões vem reforçar este potencial. Ao trabalhar a saúde de forma holística, ao invés de focar em problemas isolados, os materiais alinham-se a um dos princípios fundamentais da promoção da saúde, a integralidade, por meio da abordagem de fatores comuns de risco (Sheiham e Moysés, 2000, Watt, 2007).

A importância da adequação da linguagem e orientações ao contexto sócio-econômico-cultural dos líderes e famílias, foi destacada inúmeras vezes nos escritos de Paulo Freire (2004) “...como formar sem estar aberto ao contorno geográfico, social dos educandos?”.

Quanto ao pouco enfoque dado às questões de saúde bucal nas capacitações, o grupo avaliador relacionou a dois pontos: carga horária insuficiente para abordar todos os assuntos presentes no Guia do Líder e falta de interesse e segurança do capacitador sobre este assunto.

A possibilidade de aumentar a carga horária para que todos os temas pudessem ser mais aprofundados não foi considerada viável, já que muitos são trabalhadores e isto poderia limitar a adesão de voluntários. Além disso, esta alternativa foi considerada pedagogicamente desfavorável considerando-se mais efetiva a manutenção da capacitação inicial mais breve, desde que periodicamente os líderes participem de novas capacitações e discussões durante as reuniões mensais, proporcionando o aprofundando necessário para conferir segurança e motivação na abordagem de assuntos mais específicos como a saúde bucal.

Considerou-se que o importante neste primeiro momento é enfatizar a relação da saúde bucal com outros temas e ações da Pastoral e não aprofundar questões específicas. O grupo avaliador concluiu que isto não acontece porque o capacitador não está consciente e preparado para fazer estas relações. As oficinas específicas de saúde bucal, para capacitadores, poderão ajudar a superar esta dificuldade.

O pouco enfoque dado à saúde bucal foi apontado de forma recorrente como principal fator determinante para que cerca da metade dos líderes ainda não aborde o tema nas visitas e atividades coletivas. O fato dos líderes com maior tempo de atuação apresentarem o melhor desempenho foi relacionado com as sucessivas aproximações com este assunto proporcionadas pelas reuniões e jornal mensal ou mesmo as atividades educativas realizadas por convidados externos. Estas acabam por atingir tanto as famílias como as próprias líderes, superando falhas na capacitação inicial. Reitera-se assim a formação permanente e parcerias como fatores facilitadores. Os Agentes Comunitários de Saúde são profissionais com nível de escolaridade fundamental, com funções similares e que, como os líderes, moram nos territórios em que atuam. Ao avaliar sua formação e práticas, Nascimento e Correa (2008) sugerem que estes profissionais sejam incluídos em processos de educação permanente que aconteçam no próprio território de atuação, tendo como método o diálogo e reflexão sobre as práticas. Os líderes da Pastoral têm espaços privilegiados para que isto ocorra: as reuniões mensais de coordenações e entre os líderes de uma mesma comunidade. Durante as discussões do grupo avaliador, levantou-se a necessidade de resgatar esta dimensão nesses encontros, que muitas vezes adquirem apenas a função burocrática.

As dificuldades de acesso ou inexistência de serviços de saúde bucal comprometem a atuação dos líderes de diversas formas. Dificultam o tratamento odontológico do próprio líder, que ao trabalhar fortemente apoiado em exemplos pessoais, pode ter seu trabalho educativo prejudicado, conforme se constata na declaração de uma líder. *‘Como é que eu vou dizer pras mães, vai lá, você vai conseguir, se eu ainda não consegui? Já faz uns três anos que eu to fazendo tratamento e não consigo resolver meu problema’*. O não atendimento das famílias encaminhadas

pelos líderes aos serviços pode diminuir seu estímulo e das famílias em relação ao trabalho de promoção da saúde. Bornstein e Stoltz (2008) também levantaram esta perda de legitimidade e desestímulo dos ACS, ao não encontrar respostas positivas aos seus encaminhamentos. Além disso, os serviços de saúde foram a principal fonte de apoio para a realização das atividades educativas.

Os demais fatores dificultadores do desempenho relacionam-se ao contexto em que as ações ocorrem. As entrevistas já haviam revelado a complexidade do contexto de atuação dos líderes: *‘essa população pobre, em linha de miséria, ela tem outras necessidades, ela não tem saneamento básico, ela tem desagregação familiar, ela tem falta de escolaridade, então isso se torna uma barreira, pra você conseguir um resultado mais efetivo’*. A discussão destes fatores contextuais durante a segunda oficina mostrou-se extremamente rica e ao buscar formas de superá-los uma líder afirma que é preciso *‘envolver mais pessoas para conversar sobre coisas que as famílias se interessem, como informações dos direitos delas, envolvê-las dentro da comunidade, ensiná-las que elas podem ir aos meios públicos e conseguir...eu trabalho com famílias de lixão e favela e eu não fui atrás por elas, eu ensinei a ir atrás’*. As discussões conduziram à constatação do importante papel do líder no empoderamento comunitário e que seu trabalho educativo superando as questões técnicas deve alcançar uma dimensão política. Ficou explícita a “necessidade urgente de abordar os determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde, sendo preciso fortalecer os mecanismos de colaboração para promoção da saúde em todos os setores e níveis da sociedade” conforme a declaração da quinta Conferência Internacional de Promoção da Saúde no México (WHO, 2000). Nascimento e Correa (2008) igualmente constataram a necessidade que se efetive a intersetorialidade para que o trabalho dos ACS se torne resolutivo, frente à complexidade dos problemas encontrados.

Assim como no México, em Jacarta (WHO, 1997) e Bangkok (WHO, 2005), ressaltou-se a importância das parcerias e do trabalho em redes para enfrentar um desafio de tal monta. Espera-se que um aprofundamento da capacitação em saúde bucal, ao conferir maior segurança e motivação para atuar nesta área, contribua para um incremento na busca de apoios internos ou externos. Conforme afirmou a declaração de Jacarta: “aprender sobre saúde fomenta a participação”. O grupo apontou que este mecanismo deve acontecer de forma descentralizada, enquanto o líder busca apoios na sua comunidade, as coordenações estabelecem os contatos mais amplos com outras instâncias na Pastoral e instituições externas correspondentes a sua esfera de ação. Apesar do estabelecimento de parcerias ser temática

constante desde a primeira oficina, não foi objeto de discussão durante a capacitação observada.

Concluiu-se que a capacitação inicial foi parcialmente efetiva em qualificar os líderes para a realização de práticas de saúde bucal. Mecanismos de educação permanente foram fundamentais para a complementação da formação e motivação para o desempenho da ação. Assim sendo, para o incremento de ações promotoras de saúde bucal, a equipe avaliadora apontou a necessidade de aprofundamento do tema em capacitação específica.

Contudo, é importante que já na capacitação inicial no Guia do Líder, bem como em outros momentos formativos seja realizada a inter-relação da saúde bucal com os demais temas da Pastoral da Criança, discutindo a abordagem de fatores comuns de risco. Discussões sobre os determinantes sociais em saúde bucal e a importância do trabalho em redes nas capacitações, também foram considerados pontos fundamentais para consolidação e ampliação desta ação.

Os depoimentos dos participantes ao final da segunda oficina demonstram ganhos decorrentes do processo avaliativo e do método utilizado: *‘melhor integração do grupo’*, *‘crescimento pessoal e inter pessoal’*, *‘me ajudou a pensar mais, me auto-avaliar e saber que posso fazer muito mais’*, *‘mostra a realidade que os números não mostram’*, *‘vale a opinião de cada participante’*, *‘é uma nova aprendizagem’*. Considera-se assim que a proposta avaliativa alcançou a dimensão pedagógica almejada e apesar de ter seu foco na capacitação dos líderes em saúde bucal, acabou deflagrando aspectos muito mais amplos da formação e atuação dos líderes que precisavam ser revistos, ampliando seu alcance e contribuição.

REFERÊNCIAS

- Bardin, L. (1977) *Análise de conteúdo*, Edições 70, Lisboa - Portugal.
- Bornstein, V. J. and Stotz, E. N. (2008) Concepts involved in the training and work processes of community healthcare agents: a bibliographical review. *Ciência & Saúde Coletiva*, **13**, 259-268.
- Brandão, D. B., Silva, R. R. and Palos, C. M. C. (2005) Some reflections on building evaluation capacity on social initiatives *Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação*, **13**, 361-373.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. (2004) *Projeto SB BRASIL 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados Principais*.
- Freire, P. (2004) *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*, Paz e Terra, São Paulo.
- IUHPE. International Union of Health Promotion and Education. (1999) *The Evidence of Health Promotion Effectiveness*, ECSC-EC-EAEC, Luxemburgo.
- Labonte, R. (1996) Community Empowerment and Leisure. *Journal of Leisurability*, **23**, 4-20.
- McQueen, D. V. and Anderson, L. M. (2001) What counts as evidence: issues and debates. In Rootman, I., Goodstadt, M., Hyndman, B., McQueen, D., Potvin, L., Springett, J. & Ziglio, E. (eds) *Evaluation in health promotion: principles and perspectives*. World Health Organization, Copenhagen.
- Minayo, M. C. S. (2004) *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. Hucitec, Rio de Janeiro.
- Minayo, M. C. S., Assis, S. G. and Souza, E. R. D. (2005) *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Fiocruz, Rio de Janeiro.
- Moysés, S. T. e Kusma, S. (2008) Promoção de Saúde e intersetorialidade na abordagem familiar. In Moysés, S. T., Kriger, L. and Moysés, S. J. (eds) *Saúde Bucal das Famílias. Trabalhando com evidências*. Artes Médicas, São Paulo.
- Nascimento, E. P. L. and Correa, C. R. S. (2008) Community health agents: training, involvement, and practices. *Cadernos de Saúde Pública*, **24**, 1304-1313.
- Nutbeam, D. (1998) Evaluating health promotion - progress, problems and solutions. *Health Promotion Internacional*, **13**, 27-44.
- Nutbeam, D. (1999) The challenge to provide "evidence" in health promotion. *Health Promotion Internacional*, **14**, 99-101.
- PASTORAL DA CRIANÇA. (2007) *Página Institucional*. Disponível em: <<http://www.pastoraldacrianca.com.br>> Acesso em: 30 de abril de 2007.

Potvin, L., Haddad, S. e Frohlich, K. L. (2001) Beyond process and outcomes evaluation: a comprehensive approach for evaluating health promotion programs. In Rootman, I., Goodstadt, M., Hyndman, B., McQueen, D., Potvin, L., Springett, J. and Ziglio, E. (eds) *Evaluation in health promotion: principles and perspectives*. World Health Organization, Copenhagen.

Salazar, L. (2004) *Evaluación de Efectividad en promoción de la Salud: Guía de Evaluación Rápida*. CEDETES/CDC/OPS, Santiago de Calli.

Sheiham, A. e Moysés, S. J. (2000) O papel dos profissionais de saúde bucal na promoção da saúde. In Buichi, Y. P. (ed) *Promoção de saúde bucal na clínica odontológica*. Artes Médicas/APCD, São Paulo.

Wallerstein, N., Maltrud, K. e Polacsek, M. (1997) *Participatory Evaluation Workbook for Community Initiatives*. Department of Health, Public Health Division, Healthier Communities Unit, New Mexico.

Watt, R. G. (2007) From victim blaming to upstream action: tackling the social determinants of oral health inequalities. *Community dentistry and oral epidemiology*, **35**, 1-11.

WHO (1986) Ottawa Charter for Health Promotion. *First International Conference of Health Promotion*. World Health Organization, Copenhagen.

WHO (1997) Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. *The Fourth International Conference on Health Promotion: New Players for a New Era - Leading Health Promotion into the 21st Century*. World Health Organization, Copenhagen.

WHO (2000) Health Promotion: Bridging the Equity Gap. *Fifth Global Conference on Health Promotion*. World Health Organization, Copenhagen.

WHO (2005) The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. *Sixth Global Conference on Health Promotion*. World Health Organization, Copenhagen.

ARTIGO 1 – EM LÍNGUA INGLESA

Health Promotion Evaluation: an experience of the Children's Pastoral

SILVIA MARIA P. L. QUEIROZ¹, SIMONE TETU MOYSÉS¹

¹*Pontifical Catholic University of Paraná, Dental Postgraduate Course, Specific Area: Collective Health, Curitiba, Brazil.*

Address for correspondence: Silvia Maria Prado Lopes Queiroz, Av: João Gualberto n°:253 apto:202L, Curitiba-PR, Brazil. Postcode 80030-000, tel: #55 41 33082669, Fax: #55 41 30185041
e-mail: silviaqueiroz@ufpr.br

ABSTRACT

The Children's Pastoral is a community-based volunteer sector organization that undertakes maternal and child health promotion activities in Brazil and in a further 15 countries. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of the training of its community leaders with regard to the oral health promotion in Curitiba, Brazil. The Rapid Evaluation Method was used, in a participative manner. An evaluation team was formed comprising key stakeholders who take part in this action. This evaluative study had seven steps: characterization of the project to be evaluated, feasibility study, definition of evaluation scope, definition of data collection sources and methods, fieldwork, processing and analysis of the information and communication of the results. With the aim of achieving triangulation between sources and methods, documental analysis was made of the support material, key informers were interviewed, focal groups were held and participative observation was performed during a Leader's Guide training course. A questionnaire was applied to a sample of 340 leaders. Descriptive and bivariate analyses were undertaken, using the Chi-square test and these analyses were integrated with the analyses of the contents of the qualitative data. The subject of oral health was included as part of the training course and support materials, in an integrated manner with the other subjects. The study revealed that 52% of the leaders gave guidance on oral health during their home visits, 63% organized collective activities, 52% sought internal support and 55% sought external support. The principal factors serving as an obstacle to the action were the small amount of emphasis given to the subject during the training courses and limitations in forming partnerships. Permanent education mechanisms were seen to facilitate the action. The evaluation team identified the following needs: a more in-depth approach to the subject by means of a specific training course and emphasis on its interrelationship with the other subjects, considering common risk factors. Discussion about networking was also considered to be a fundamental point for consolidating and scaling up this action.

Keywords: oral health promotion; evaluation; triangulation; community participation.

INTRODUCTION

The publication of the Ottawa Charter, resulting from the I International Conference on Health Promotion (WHO, 1986), as well as the other conferences and documents dedicated to this issue worldwide, have provoked a broadening of concepts and a large operational challenge for this area. This evolution has brought an additional challenge: achieving the effectiveness and social returns of increasingly complex interventions, seeking to meet the needs of project designers and funders, as well as to contribute towards the enhancement of the actions (Nutbeam, 1998, IUHPE, 1999, Potvin et al., 2001).

Health promotion strategy evaluation has generated considerable debate, especially with regard to the meaning of evidence of the effectiveness of the interventions. The majority of health programmes have been based on positivist approach, whereby random controlled trials have been used as a “gold standard” in systematic evaluations in this area. However, the most effective health promotion actions are those with a broad scope, which involve the population in their conception and development and which are sustainable in the long term. As they involve different disciplines and countless variables, in dynamic contexts, interventions require the use of another epistemic base in order to demonstrate their effectiveness. When health sciences start to use social science concepts and instruments in the quest for quality of life, they are also urged to adopt the research and evaluation methods of this area of knowledge. Combining quantitative and qualitative approaches, as well as diverse kinds of data and information sources has been the most indicated pathway for producing relevant evidence (Nutbeam, 1999, McQueen and Anderson, 2001). Apart from this, coherence must exist between the theory on which the intervention is based and its evaluation. As individual and community empowerment is one of the central concepts to health promotion, the evaluative processes must be a privileged space for the construction of subjects, taking on emancipatory and participative approaches and reaching a pedagogical dimension that collaborates towards the strengthening of individuals, groups and organizations (Potvin et al., 2001, Brandão et al., 2005). As such, evaluation involving method triangulation, epistemological motives and issues of validity, has been indicated as a promising methodological way forward in the quest for effective health promotion (Nutbeam, 1998, Minayo et al., 2005).

The Children’s Pastoral is a community-based volunteer sector organization, which has stood out in Brazil and internationally by undertaking maternal and child health promotion in socio-economically disadvantaged areas. Its principal strategy is to replicate

knowledge and solidarity among the families it accompanies, by means of 146 thousand voluntary leaders, of which 92% are women, who live in the communities themselves or in pockets of poverty. The essential work is comprised of guiding and accompanying between 10 and 20 neighbouring families, through basic health, nutrition, education and citizenship actions, so that they become the subjects of their own personal and social transformation. The objective is to achieve the integral development of children, and this necessarily also involves their families and communities. As part of the principle of integrality, the subject of oral health has been included as part of the basic actions. When the Leader's Guide was revised in the year 2000, this issue was included as part of the training courses and also in the diverse support materials (PASTORAL DA CRIANÇA, 2007).

Seven years later, it was considered important to evaluate the implementation of this action by the leaders, and factors that have facilitated or hindered its implementation. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of the leaders' training programme in qualifying their oral health promotion performance in the communities. We sought to obtain more knowledge about how this subject is being approached in the training courses, in the support materials and in the leaders' working processes, enabling the need for specific training in this area to be defined and providing support for the consolidation and scaling up of this action.

METHOD

The Rapid Evaluation Methodology was used, as proposed by the Centre for the Development and Evaluation of Public Health Policies and Technologies (*CEDETES*) of the *Universidad do Valle*, Colombia, in order to evaluate the effectiveness of health promotion interventions. This methodology seeks to reveal not only the achievement of the objectives of the intervention, but also the expected and unexpected changes arising from it and the factors that have contributed towards such results, so as to achieve an understanding of the phenomena encountered by means of analysis of context, process and results (Salazar, 2004). Its purpose is: to reduce the gap between information and action, whereby the primary users are decision-makers; to take the context and political scenario into consideration in the analysis of the results; to ensure the participation of all interested parties in the evaluative process.

In order to achieve this, seven steps are provided for in this evaluative study. The first step was the **characterization of the project to be evaluated**. At this stage the logical framework of the intervention was designed and the context was analysed. The second step was the **feasibility study of the evaluation**, including the definition of the evaluation team and their interests in the evaluation process. Sixteen key stakeholders who took part in the implementation of the action under evaluation, and who continue to be involved with it, formed part of this team: Pastoral policy makers, representatives of different management levels, trainers and leaders who work directly with the accompanied families. In order to systematize this process (Salazar, 2004), the evaluating team recovered and organized all the available material: the original project, reports, photographs, as well as educational material used in the training courses and in the activities undertaken by the leaders.

In an initial Evaluation Workshop, the history of the action was revisited and a discussion was held regarding its theoretical framework, exploring in greater depth concepts of health education and health promotion. According to Wallerstein, *et al.* (1997), at this stage it is important to share history and create a common view of the future which, in this case, is the expected profile of a leader who promotes oral health. During this workshop, the third step of the evaluation took place: **the definition of the scope of the evaluation**. The evaluation question and its objective were enhanced and three principle variables were identified: the process of training the Children's Pastoral leaders; the role played by the leaders as oral health promoters; and their role in forming partnerships to promote oral health. The fourth step was also taken in this workshop, namely the **definition of quantitative and qualitative data**

collection sources and methods, contemplating the principle of triangulation, whereby multiple points of view, diverse researchers, informers and data collection techniques are combined and compared (Minayo et al., 2005).

The fifth step was the **fieldwork**. Documental analysis was undertaken seeking contents relating to oral health in the support materials used by the leaders during training courses and activities. Three key Children's Pastoral informers were interviewed: the Oral Health Coordination, to examine technical issues in greater depth, the Training Department in relation to pedagogical issues and the Curitiba Diocese Coordination, to discover how these issues are addressed in daily practice. Participative observation of a Leader's Guide training course was undertaken. The Guide is the principal support material used in the training course and in the leaders' activities. In addition, two focal group sessions were held, with nine and seven leaders, respectively (Minayo, 2004). A survey was done using a questionnaire with open and closed questions sent to 340 leaders. The Diocese was subdivided into four sectors, a sub-sample was calculated for each sector according to the number of leaders working there. In order to define the sample the proportion method for sampling was used, considering the parameters of a 5% sampling error, 95% confidence interval and admitting $p = q = 50\%$. An additional 20% was added to the final size of the sample to allow for possible difficulties with the return of the questionnaires.

The dimensions explored by the questionnaires were: oral health practices, use of support material, quest for partnerships, training courses held, perception of the appropriateness of the training course in relation to the action to be taken, self-perception of oral health and whether this influenced the approach to this issue. In order to evaluate self-perception of oral health four questions were used taken from the survey performed by the Ministry of Health (Brasil, 2004). Afterwards the scores obtained for these questions were added together resulting in a single variable indicative of the overall oral health condition. Following a pilot study some of the questions were reformulated with the aim of removing the difficulties observed in completing it. Having worked for more than one year for the Children's Pastoral was used as a criterion for inclusion, whereas having worked as a Health Service community health agent was a criterion for exclusion, since the training received to carry out this function could cause confusion. A first batch of questionnaires was distributed and collected through the monthly coordination meetings of the institution studied. As a sufficient number of replies was not received, a second batch was sent out via the coordinations and was returned directly by the communities by post. As such a total of 312 valid questionnaires were returned.

The sixth step was the **processing and analysis of the information**. Frequency distribution and association between variables were analysed using the Chi-square test, with the aid of version 15.0 of the SPSS program. The processing of the qualitative information was undertaken using the following stages: transcription of the information, revision of the material and ordering of the data, categorization of the information by means of thematic content analysis and pre-analysis, according to the three categories of interest (Bardin, 1977).

The evaluation team met in a second Evaluation Workshop in order to achieve an integrated analysis of the quantitative and qualitative data and interpretation of the results. Suggestions were given for overcoming complicating factors and using the potential of the factors that facilitated the action under evaluation.

The seventh step was the **communication of the results and the taking of decisions**. At this stage the decision-takers and their information interests were defined. The objectives and strategies for communicating the results were also defined. Meetings were held between the coordinator of the evaluation team and some of the managers of the Children's Pastoral at the national level and from the Diocese under study. The principal results, conclusions and recommendations of the evaluation team were discussed. A brief executive summary was prepared using accessible language, for distribution to the institution's other hierarchical levels via the monthly coordination meetings.

In compliance with ethical principles, the project was registered with the Research Ethics Committee of the Pontifical Catholic University of Paraná under number 1953, and was approved on 05/09/07. Terms of Voluntary Informed Consent were obtained from the various subjects who took part in the study.

RESULTS

The systematization of the action revealed concern with including oral health as part of the activities of the Children's Pastoral since 1993. The initial project provided for voluntary dentists training leaders to carry out educational and preventive activities, as well as partnerships for the provision of clinical care. Difficulties in making this operational led to the project being remodelled, so that the Pastoral's own trainers trained leaders in oral health promotion, ending the commitment to provide clinical care and thus taking an important step towards returning to the institution's basic principles.

The initial training of the leaders takes 56 hours and is based on the Leader's Guide, which afterwards is also used as support material for three basic activities: domiciliary visits to between 10 and 20 neighbouring families; the holding of the "Day for Celebrating Life" when all the leaders of a community and the families accompanied get together to weigh the children and carry out educational and ludic activities; and the monthly meetings for evaluation and reflection among the leaders of each community, when the indicators gathered during the visits are condensed, problematic situations are raised and alternatives for overcoming them are put forward. By means of these meetings, a monthly newspaper and weekly radio programmes training can become procedural and permanent.

Process of Training Leaders in Oral Health Promotion

Oral health contents in the support materials

During the reformulation of the Guide, in the year 2000, specific contents of oral health were added to this material, as well as gradually being added to other materials used by the leaders: pamphlets entitled "Bonds of Love", given to women during pregnancy and during the first visits to the baby, a monthly newspaper and monthly "Live Life" radio programmes.

Both in the Leader's Guide and in the other materials the specific oral health contents do not form a separate section. They have been introduced during each stage of pregnancy and each stage of the child's development, always interlinked with guidance on body hygiene, breastfeeding or food. Great care was seen to have been taken with fitting the language used and the guidance given into the socio-economic and cultural context of the families accompanied by the Pastoral, such as in the case of dental floss, whereby leaders are

encouraged to guide the families on how to prepare it using a variety of low cost or recyclable materials.

Oral health in the training courses

The coordinators share the perception that this issue is not well covered during the training courses. One of the coordinators states: *'generally speaking we notice that the trainers rarely cover this subject, either because they don't feel capable enough or because they don't think it's that important'*.

In the words of the leaders: *'today is the first time someone has spoken about this to us, we talk, comment and act, but this issue is rarely discussed'*.

This perception was confirmed by the participative observation of the training course during which, after different parts of the Guide have been read, each group should highlight the most important points. The majority of oral health topics do not appear in the discussions.

Ensuring knowledge is adequate for undertaking the action

Through the questionnaire 35% of the leaders stated that the training they receive does not prepare them for undertaking the action, 46% partially and only 19 % totally. The coordinators were unanimous in pointing out the need to deal with the subject in greater depth *'...we need to give a bit more attention to oral health in the training courses, the trainer could do this if he understood better...the importance of this practice, of this action for family health'*. This perception was emphasized in both the focal groups, as one leader put it: *'we take part in the training course, you learn a little about each thing...so I think that more in-depth training would help a lot...lectures or more meetings dealing with this subject'*.

The Leaders' Activities as Oral Health Promoters

Oral health promotion actions undertaken

The leaders stated that they raise the subject of oral health during the domiciliary visits. Both focal groups mentioned the presence of this subject in the "Bonds of Love" pamphlet, which was highly praised for favouring the formation of bonds. However, the majority of accounts of activities relate to the Day for Celebrating Life. The questionnaire confirmed that 52% of the leaders give guidance on this subject during the domiciliary visits, 31% make referrals to oral health services and 63% organize some sort of activity on the subject in a collective situation. This number is undoubtedly overestimated, given that several

of the leaders who replied carry out the same activity jointly. Only in 15% of the cases did the leader him/herself undertake the collective activity. In 48% of the activities support was sought from other Pastoral members, whilst in 55% of the activities support was sought from outside guest speakers.

Factors that interfere with the leaders' performance

In the first Evaluation Workshop several facilitating factors or factors that cause difficulties were related to the leaders' performance, and others appeared during the focal groups and interviews. The principal factors are compiled in Table 1.

TABLE 1 – Factors that facilitate or cause difficulties for the leaders' performance in promoting oral health

FACTORS THAT FACILITATE	FACTORS THAT CAUSE DIFFICULTIES
<ul style="list-style-type: none"> • Appropriate training and use of support materials • Monthly meetings – permanent education • Team spirit – mutual support between leaders and coordinations • Partnerships with social support groups and facilities in the communities • Working on a domiciliary basis and also in collective activities • Identification with the work - “loving what they do” • Spirituality – preserves motivation in adverse situations 	<ul style="list-style-type: none"> • Little emphasis given to oral health in the training courses and meetings • Difficulty in accessing oral health services for treatment, referrals and joint activities • Lack of value attributed to oral health by leaders and families • Reduced number and turnover of leaders • Lack of material for practical guidance on oral hygiene • Lack of value attributed to the Pastoral's work by the population • Socio-economic conditions of the Pastoral's target population

Sources: Evaluation Workshops, interviews and focal groups - Children's Pastoral - 2007

The questionnaire showed that 52% of the leaders have been in this role for 1 to 5 years, 33% for 6 to 10 years and 14% for over 10 years. This emphasizes that turnover is a factor that causes difficulties. Comparing variables revealed that longer length of service as a leader is associated with better performance in giving domiciliary guidance on oral health ($p=0.00$), and in organizing collective activities ($p=0.00$). The leader's favourable perception as to his/her preparation for this action ($p=0.00$) and the quest for internal or external partnerships were also associated with better performance ($p=0.00$).

When questioned about their own oral health conditions, 12% of the leaders classified it as bad, 32% as regular and 56% as good. Those who perceived their oral health conditions to be regular performed better in providing domiciliary guidance than those who perceived

them as being bad ($p=0.05$). When questioned if their own oral health influenced their approaching this subject, 48% replied that it did.

Establishment of Partnerships to Promote Oral Health

Perception of the need for articulation

During the first workshop the evaluation group highlighted this point as a fundamental factor, indicating this issue as one of the variables to be studied. Team work and mutual help between leaders and coordinations appeared in the focal groups and interviews as a relevant factor for good performance.

The importance of external partnerships was also considerably highlighted by those interviewed, although there was disagreement, both between leaders and between coordinators, as to who should seek external support. Whereas some stated that the leaders themselves should seek it, others understood that this is a coordinator's role.

Seeking internal and external partnerships

In answer to the questionnaire, 52% of the leaders stated that they sought support from the institution itself, whether from other leaders (24%), the coordinations (19%) or other actions such as: fortified food, ludic educators or health articulators (24%). 55% of the leaders stated seeking some sort of external partnership, mostly in public health services (52%) and to a lesser extent in schools (7%) and associations (7%). The greater length of time spent as a leader was associated with an increase in the quest for internal partnerships ($p=0.00$) and external partnerships ($p=0.00$).

DISCUSSION

The history of the action revealed through systematization demonstrated important progress with regard to the conceptual basis on which the programme is built. The initial project, that depended on the presence of a dental surgeon and focused on concepts of prevention and clinical care, was linked, according to Labonte (1996), to the biomedical approach. On the other hand, the current project follows a broader line of health promotion by connecting oral health to the Pastoral's other basic actions, thus reinforcing the autonomy of its own trainers and leaders.

Respecting the participative principle of the method used in this study, a second Evaluation Workshop was held for the evaluation team to discuss the results. Highlighting the importance of this phase in evaluative practices, Minayo *et al*, stress that "value must be given to the communication of information that enables...changes to be generated, directions to be corrected, actions to be potentiated and which becomes a source of learning for everybody" (Minayo *et al.*, 2005). The results were presented with regard to the three variables, the possible causes were examined and alternatives were identified for overcoming factors causing difficulties and making the most of the potential of facilitating factors.

The materials managed to overcome a serious and constant shortcoming, which is the separation of oral health from the rest of the body and from the context of people's lives (Moysés and Kusma, 2008). Considering the broad scope of the determinants of oral health problems, it was noted that the majority of the contents in the materials analysed are related to this theme. By discussing personal hygiene, breastfeeding, healthy eating habits, accident prevention and domestic violence, the Leader's Guide and other materials could be considered as potential promoters of oral health, even if specific technical questions were not raised. The very presence of these subjects emphasizes this potential. By approaching health in an holistic manner, rather than focussing on isolated problems, the materials align themselves with one of the fundamental principles of health promotion – integrality – by approaching common risk factors (Sheiham and Moysés, 2000, Watt, 2007).

The importance of language and guidance being in keeping with the socio-economic and cultural context of the leaders and families has been highlighted on countless occasions in the works of Paulo Freire (2004) "...how can we educate someone without being open to the geographical and social setting of those who are learning?".

With regard to the lack of emphasis given to oral health issues in the training courses, the evaluation team identified two points: insufficient time to cover all the subjects in the

Leader's Guide and the trainer's lack of interest or insecurity in dealing with this subject. The possibility of increasing the duration of the course so that all the themes could be dealt with in more depth was not considered to be feasible, since many of the participants are also workers and this could limit volunteer adherence. Furthermore, this alternative was considered to be pedagogically unfavourable and it was considered to be more effective for the initial training course to be brief, as long as the leaders periodically take part in new training courses and discussions during the monthly meetings, thereby providing the in-depth approach needed to give security and motivation when dealing with more specific subjects such as oral health.

It was considered that what is important at this initial stage is to emphasize the relationship between oral health and the Pastoral's other themes and actions, rather than going into specific questions in more depth. The evaluation group concluded that this does not happen in practice because the trainer is not aware or prepared to work on these relationships. Specific oral health workshops for trainers would help to overcome this difficulty.

The lack of emphasis given to oral health was repeatedly indicated as the principal determining factor for around half the leaders still not covering this subject during domiciliary activities and collective activities. The fact that leaders who have been working for longer have better performance was related to the successive contact with this subject through the monthly meetings and newspaper, or even through the educational activities undertaken by external guest speakers. These activities reach not just families but the leaders as well, thus overcoming shortcomings in the initial training course. Permanent education and partnerships are therefore reiterated as facilitating factors. Community Health Agents are professionals with an elementary level of education, having similar functions and who, like the leaders, live in the communities where they work. When evaluating their training and practices, Nascimento and Correa (2008) suggest that these professionals should be included in processes of permanent education held in the communities where they work, using the methodology of dialogue and reflection on practices. The Pastoral's leaders have specific spaces where this can occur: the monthly coordination meetings and meetings between leaders in the same community. During the discussions the need was raised for meetings to include this dimension once more, since often they have taken on a merely bureaucratic function.

Difficulties in access to or the inexistence of oral health services compromise the leaders' activities in several ways, hindering the dental treatment of the leaders themselves, since their educational work is based heavily on personal examples, as one leader stated: *'How can I say to the mothers, make an appointment to see the dentist, they'll solve your problem, if I*

myself haven't been able to get my problem solved? I've been having treatment for about three years now but they haven't solved my problem'. Failure by health services to provide care to families referred to them by the leaders can discourage both the leaders and the families with regard to health promotion efforts. Bornstein and Stoltz (2008) also identified this loss of credibility and discouragement among Community Health Agents when their referrals were not met by positive responses. Furthermore, the health services were the principal source of support for the carrying out of the educational activities.

The other performance difficulty factors are related to the context in which the actions take place. The interviews had already revealed the complexity of the context in which the leaders work: *'this poor population, on the poverty line, has other needs, it does not have basic sanitation facilities, families are breaking up, it is poorly educated, so this becomes a barrier to you achieving a more effective result'*. The discussion of these contextual factors during the second workshop was extremely rich and one woman leader stated that when seeking forms to overcome them the need exists to *'involve more people to talk about things the families are interested in, such as information about their rights, involving them within the community, teaching them that they can use public services and get...I work with families that scavenge on refuse tips and live in shanty towns, but I didn't do things for them, I taught them how to fend for themselves'*. The discussions lead to the recognition of the important role played by the leaders in community empowerment and that their educational work, in addition to technical issues, should take on a political dimension. The discussions made explicit the "urgent need to address the social, economic and environmental determinants of health and that this requires strengthened mechanisms of collaboration for the promotion of health across all sectors and at all levels of society" as per the ministerial statement made at the Fifth Global Conference, in Mexico (WHO, 2000). Nascimento and Correa (2008) also noted the need to make intersectorality effective so that the work of the Community Health Agents produces concrete results, given the complexity of the problems encountered.

As at Mexico, the Jakarta (WHO, 1997) and Bangkok (WHO, 2005) Conferences emphasized the importance of partnerships and networking to overcome such great challenges. It is hoped that more in-depth training in oral health, by conferring increased security and motivation to work in this area, will contribute towards increased efforts to find internal or external support. As the Jakarta Declaration stated, "health learning fosters participation". The group indicated that this mechanism should take place in a decentralized manner, so that the leaders look for support in their communities, whilst the coordinations make wider contacts with other Pastoral departments and external institutions operating with

the same kind of actions. Despite the formation of partnerships having been a constant issue since the first workshop, it was not discussed during the training course observed.

It was concluded that the initial training course was partially effective in qualifying leaders to promote oral health practices. Permanent education mechanisms were fundamental in complementing training and providing motivation to carry out the action. Therefore, in order to increase oral health promotion actions, the evaluation team indicated the need to approach the issue in more depth through a specific technical training course.

However, it is important that right from the beginning in the initial training course on the Leader's Guide, as well as during other training opportunities, the interrelation between oral health and the other issues dealt with by the Children's Pastoral be addressed and that risk factors in common be discussed. Discussions, during the training courses, regarding oral health social determinants and the importance of networking were also considered to be fundamental points for consolidating and scaling up this action.

The statements made by the participants at the end of the second workshop demonstrated gains arising from the evaluative process and the method used: *'improved group integration'*, *'personal and interpersonal growth'*, *'it has helped me to think more, to assess myself and to know that I can do much more'*, *'it shows the reality that the statistics do not show'*, *'each participant's opinion is important'*, *'it's a new way of learning'*. It is therefore considered that the evaluation proposed achieved the desired pedagogical dimension and that, despite being focussed on training leaders in oral health, in fact it revealed more broader aspects of the leaders' training and work that needed to be reviewed, thereby increasing its scope and contribution.

REFERENCES

- Bardin, L. (1977) *Análise de conteúdo*, Edições 70, Lisboa - Portugal.
- Bornstein, V. J. and Stotz, E. N. (2008) Concepts involved in the training and work processes of community healthcare agents: a bibliographical review. *Ciência & Saúde Coletiva*, **13**, 259-268.
- Brandão, D. B., Silva, R. R. and Palos, C. M. C. (2005) Some reflections on building evaluation capacity on social initiatives *Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação*, **13**, 361-373.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. (2004) *Projeto SB BRASIL 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados Principais*.
- Freire, P. (2004) *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*, Paz e Terra, São Paulo.
- IUHPE. International Union of Health Promotion and Education. (1999) *The Evidence of Health Promotion Effectiveness*, ECSC-EC-EAEC, Luxemburgo.
- Labonte, R. (1996) Community Empowerment and Leisure. *Journal of Leisurability*, **23**, 4-20.
- McQueen, D. V. and Anderson, L. M. (2001) What counts as evidence: issues and debates. In Rootman, I., Goodstadt, M., Hyndman, B., McQueen, D., Potvin, L., Springett, J. & Ziglio, E. (eds) *Evaluation in health promotion: principles and perspectives*. World Health Organization, Copenhagen.
- Minayo, M. C. S. (2004) *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. Hucitec, Rio de Janeiro.
- Minayo, M. C. S., Assis, S. G. and Souza, E. R. D. (2005) *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Fiocruz, Rio de Janeiro.
- Moysés, S. T. e Kusma, S. (2008) Promoção de Saúde e intersetorialidade na abordagem familiar. In Moysés, S. T., Kriger, L. and Moysés, S. J. (eds) *Saúde Bucal das Famílias. Trabalhando com evidências*. Artes Médicas, São Paulo.
- Nascimento, E. P. L. and Correa, C. R. S. (2008) Community health agents: training, involvement, and practices. *Cadernos de Saúde Pública*, **24**, 1304-1313.
- Nutbeam, D. (1998) Evaluating health promotion - progress, problems and solutions. *Health Promotion Internacional*, **13**, 27-44.
- Nutbeam, D. (1999) The challenge to provide "evidence" in health promotion. *Health Promotion Internacional*, **14**, 99-101.
- PASTORAL DA CRIANÇA. (2007) *Página Institucional*. Disponível em: <<http://www.pastoraldacrianca.com.br>> Acesso em: 30 de abril de 2007.

Potvin, L., Haddad, S. e Frohlich, K. L. (2001) Beyond process and outcomes evaluation: a comprehensive approach for evaluating health promotion programs. In Rootman, I., Goodstadt, M., Hyndman, B., Mcqueen, D., Potvin, L., Springett, J. and Ziglio, E. (eds) *Evaluation in health promotion: principles and perspectives*. World Health Organization, Copenhagen.

Salazar, L. (2004) *Evaluación de Efectividad en promoción de la Salud: Guía de Evaluación Rápida*. CEDETES/CDC/OPS, Santiago de Calli.

Sheiham, A. e Moysés, S. J. (2000) O papel dos profissionais de saúde bucal na promoção da saúde. In Buichi, Y. P. (ed) *Promoção de saúde bucal na clínica odontológica*. Artes Médicas/APCD, São Paulo.

Wallerstein, N., Maltrud, K. e Polacsek, M. (1997) *Participatory Evaluation Workbook for Community Initiatives*. Department of Health, Public Health Division, Healthier Communities Unit, New Mexico.

Watt, R. G. (2007) From victim blaming to upstream action: tackling the social determinants of oral health inequalities. *Community dentistry and oral epidemiology*, **35**, 1-11.

WHO (1986) Ottawa Charter for Health Promotion. *First International Conference of Health Promotion*. World Health Organization, Copenhagen.

WHO (1997) Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. *The Fourth International Conference on Health Promotion: New Players for a New Era - Leading Health Promotion into the 21st Century*. World Health Organization, Copenhagen.

WHO (2000) Health Promotion: Bridging the Equity Gap. *Fifth Global Conference on Health Promotion*. World Health Organization, Copenhagen.

WHO (2005) The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. *Sixth Global Conference on Health Promotion*. World Health Organization, Copenhagen.

ARTIGO 2

Percursos para Promoção da Saúde Bucal: a Capacitação de Líderes na Pastoral da Criança

Silvia Maria Prado Lopes Queiroz¹, Simone Tetu Moysés¹

RESUMO

Objetivos: aprofundar o conhecimento sobre o processo de capacitação e materiais de apoio utilizados pelos líderes da Pastoral da Criança. Analisar sua adesão aos princípios do empoderamento e integralidade, levantando suas potencialidades e fragilidades para a promoção da saúde bucal.

Métodos: utilizou-se a Metodologia de Avaliação Rápida, de caráter participativo. Uma equipe avaliadora foi composta por atores-chave que atuam no programa. Foram realizadas oficinas de avaliação, análise documental do material de apoio, entrevistas com informantes chave, grupos focais e observação participante de uma capacitação no Guia do Líder. Tendo como categorias interpretativas o empoderamento e a integralidade, procedeu-se a análise temática dos conteúdos.

Resultados: as capacitações e materiais de apoio adotam princípios da prática educativa freireana, porém, privilegiam questões técnicas em detrimento das pedagógicas. A saúde bucal é trabalhada de forma integrada aos demais temas, existindo ações complementares que dão suporte às ações educativas. Os determinantes ampliados do processo saúde-doença são abordados na capacitação e materiais, contudo, quanto à busca de parcerias para ampliação do escopo das ações, encontrou-se dissenso entre os entrevistados.

Conclusões: a tendência pedagógica adotada pela instituição pesquisada demonstra adesão ao princípio do empoderamento. A inserção de temas específicos de saúde bucal contemplou o princípio da integralidade, superando uma falha constante em outros processos educativos que é a separação da saúde bucal do restante do corpo e do contexto de vida. A equipe avaliadora apontou a necessidade de aprofundar questões pedagógicas e de trabalho em redes, nas capacitações, para consolidação e ampliação da ação avaliada.

Palavras-chave: promoção da saúde bucal, capacitação, empoderamento, integralidade.

¹ Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Pós-Graduação em Odontologia, Área de Concentração em Saúde Coletiva, Curitiba, Brasil. Enviar correspondência para Silvia Maria Prado Lopes Queiroz no seguinte endereço: Av: João Gualberto n°:253 apto:202L CEP:80030-000 tel: #55 41 33082669 Fax: #55 41 30185041 e-mail: silviaqueiroz@ufpr.br

INTRODUÇÃO

As sucessivas Cartas da Promoção da Saúde (1) têm como um de seus núcleos filosóficos o conceito de potencialização ou *empowerment*. Este conceito, usualmente traduzido no Brasil como empoderamento, resgata a dimensão da educação em saúde, porém, mais do que repassar informações e induzir a determinados comportamentos, visa um aumento do poder político por parte de indivíduos e comunidades, capacitando-os para atuarem como atores diretos de sua própria transformação social (2, 3).

Contudo, alguns autores afirmam que o termo empoderamento pode ser utilizado com diversos sentidos, servindo a diferentes objetivos. Pode estar ligado a processos de mobilização e práticas para promover a autonomia, a consciência crítica e a melhora das condições de vida de grupos e comunidades. Por outro lado, pode referir-se a ações que se destinam a promover a integração dos excluídos em sistemas precários e ações sociais assistencialistas, que não contribuem para organizá-los (4). O termo pode ser utilizado, ainda que no sentido de autonomia, para sugerir que as pessoas utilizem cada vez mais recursos próprios e/ou das comunidades, justificando a diminuição de recursos estatais na prestação de serviços sociais e de saúde, em tempos de ajustes neoliberais (3). Neste trabalho, o empoderamento foi tomado como categoria interpretativa, enquanto um processo de capacitação (aquisição de conhecimentos) e de poder político, que procura possibilitar que indivíduos e coletivos aumentem o controle sobre os determinantes da saúde, para melhorá-la (2,5).

Ao buscar as formas de operacionalizar esse conceito, a própria Carta de Ottawa destaca a “necessidade de total e constante acesso à informação e à educação sanitária” para o reforço da ação comunitária, bem como para o desenvolvimento de aptidões pessoais (5). Contudo, dependendo da tendência pedagógica adotada, um processo educativo pode aproximar-se ou afastar-se do conceito de empoderamento. Wallerstein (6), afirma que o processo de empoderamento tem sido beneficiado, em todo o mundo, pela filosofia da educação libertadora de Paulo Freire. A pedagogia libertadora ou da problematização possibilita uma prática educativa mais participativa e dialógica, onde a realidade das relações do homem com a natureza e com os outros homens é questionada visando sua transformação (7). Já a educação tradicional, denominada por Freire de “bancária”, onde o educando recebe passivamente os conhecimentos, não se mostra adequada para tal fim, já que dentre suas repercussões em nível individual e coletivo estão a falta de atitude crítica e problematização

da realidade, o individualismo e falta de participação, submissão à dominação e manutenção do *status quo* (8).

A maioria das propostas educativas em saúde tem sido calcada na transmissão de conhecimento especializado para uma população cujo saber/viver é desvalorizado e/ou ignorado distanciando-as do conceito de empoderamento (9). Outra questão importante é que elas acontecem majoritariamente de forma isolada e desconectada de ações que lhes dêem suporte, ferindo outro princípio da promoção da saúde: a integralidade. Este princípio orienta que as iniciativas fomentem a saúde, física, mental, social e espiritual, em sua ampla determinação, o que só pode ser alcançado por meio de ações que ultrapassem o setor saúde (10).

No que se refere à promoção da saúde bucal, revisões da literatura destacaram as limitações de intervenções educacionais para produzir mudanças sustentáveis em longo prazo ou para reduzir iniquidades em saúde. Uma das maiores críticas tem sido o desenvolvimento de programas isolados de outras iniciativas em saúde, utilizando abordagem estreita e segmentada, separando a boca do corpo. O grande desafio é a inserção de tópicos de saúde bucal em estratégias mais amplas de promoção da saúde, em que os profissionais trabalhem integrados, utilizando a abordagem dos fatores comuns de risco (11) e envolvendo membros da comunidade de maneira participativa. As ações educativas devem estar conectadas a uma série de ações complementares em saúde pública, para promover saúde bucal de forma sustentável (12,13,14).

Desta forma, as associações de base comunitária e do setor de voluntariado são apontadas como canais potencialmente importantes para oferecer promoção de saúde, incluindo saúde bucal (15). Dickson e Abbeg (12) colocam a tese que o envolvimento de potencialidades locais no planejamento e implementação de iniciativas de desenvolvimento comunitário e de melhora da saúde não é apenas um imperativo ético, mas também um imperativo pragmático. Eymard Vasconcelos ressalta que no Brasil, na maioria das regiões, é impossível fazer um trabalho comunitário em saúde sem se relacionar com as várias organizações populares ligadas à Igreja e com seus agentes e que estes podem ser importantes aliados, sendo preciso conhecer seu trabalho (16).

A Pastoral da Criança é uma destas organizações que tem se destacado, no Brasil e internacionalmente, por atuar na promoção da saúde de gestantes e crianças até os seis anos. Sua estratégia principal é multiplicar o saber e a solidariedade às famílias acompanhadas, por meio de 146 mil líderes voluntários, sendo 92% mulheres, que moram nas próprias comunidades ou bolsões de pobreza. O trabalho essencial é orientar e acompanhar entre 10 a

20 famílias vizinhas, em ações básicas de saúde, nutrição, educação e cidadania, para que elas se tornem sujeitos de sua própria transformação pessoal e social. O objetivo é o desenvolvimento integral das crianças, promovendo, em função delas, também suas famílias e comunidades. Visando o princípio da integralidade a temática da saúde bucal foi inserida dentre as ações básicas. Por ocasião da reformulação do Guia do Líder, em 2000, esse tema passou a fazer parte das capacitações, sendo contemplado nos diversos materiais de apoio (17).

Este estudo objetivou aprofundar o conhecimento sobre o processo de capacitação e materiais de apoio utilizados pelos líderes da Pastoral da Criança, levantando suas potencialidades e fragilidades para a promoção da saúde bucal.

MÉTODODO

O universo de referência da pesquisa foi a Pastoral da Criança na Diocese de Curitiba. Esta Diocese abrange além do município de Curitiba, outros nove municípios vizinhos, onde atuam mil e cinquenta e três líderes comunitários. O desenho de estudo caracterizou-se como pesquisa avaliativa.

Foi utilizada a Metodologia da Avaliação Rápida proposta pelo Centro para o Desenvolvimento e Avaliação de Políticas e Tecnologia em Saúde Pública (CEDETES) da Universidade do Valle, Colômbia, para avaliação de efetividade de intervenções em promoção da saúde. Essa metodologia busca desvelar não apenas o cumprimento dos objetivos da intervenção, mas as mudanças esperadas e não esperadas como consequência dela e os fatores que tem contribuído para estes resultados, alcançando uma compreensão dos fenômenos encontrados, a partir de uma análise do contexto, processo e resultados (18). Tem como pressupostos: a redução da brecha entre informação e ação, tendo como usuários primários os tomadores de decisão; a consideração do contexto e cenário político, na análise dos resultados; a participação de todos os interessados no processo avaliativo.

A opção por uma metodologia participativa se apóia na idéia que a avaliação em Promoção da Saúde deve ser coerente com seus princípios. Tendo como um de seus pilares o empoderamento, a avaliação deve se dar a partir de uma lógica emancipatória, participativa e colaborativa. Deve tornar-se um processo de construção de sujeitos, contribuindo para o fortalecimento de indivíduos, grupos e organizações (19).

Para tanto, são previstos os sete passos percorridos nesta pesquisa avaliativa. Primeiramente, realizou-se a **caracterização do projeto para avaliação**. Nesta etapa, foi construído o marco lógico da intervenção e realizada a análise do contexto. O segundo passo foi o **estudo da viabilidade e factibilidade da avaliação**, com a definição da equipe avaliadora e seus interesses no processo avaliativo. Dezesseis atores chave que participaram da implementação e que atuam na ação avaliada fizeram parte desta equipe: formuladores de políticas da Pastoral, representantes dos diversos níveis de gestão, capacitadores e líderes que atuam diretamente com as famílias acompanhadas. Para a realização da sistematização (18), a equipe avaliadora recuperou e organizou todo o material disponível: projeto original, relatórios, material fotográfico, bem como os materiais didáticos utilizados nas capacitações e atividades dos líderes.

Numa primeira Oficina de Avaliação empreendeu-se um resgate histórico da ação e discussão do marco teórico, aprofundando conceitos de educação em saúde e promoção da

saúde. Segundo Wallerstein, *et al.* (20), nesta fase é importante compartilhar uma história e criar uma visão comum de futuro, neste caso, o perfil esperado para um líder promotor de saúde bucal. Nesta oficina, realizou-se o terceiro passo da avaliação: **definição do alcance da avaliação**. Foram refinados a pergunta e objetivo da avaliação. Cumpriu-se ainda nesta oficina o quarto passo, com a **definição das fontes e métodos de coleta de dados**.

O quinto passo foi o **trabalho de campo**. Procedeu-se à análise documental buscando a tendência pedagógica e conteúdos relacionados à saúde bucal nos materiais de apoio utilizados pelas lideranças durante as capacitações e atividades. Foram realizadas entrevistas com três informantes-chave na Pastoral da Criança: Coordenação de Saúde Bucal, para aprofundar questões técnicas, Assessoria de Capacitações, para questões pedagógicas e Coordenação da diocese de Curitiba, para levantar como estas questões se configuravam na prática diária. Realizou-se a observação participante de uma capacitação no Guia do Líder, principal material de apoio utilizado nas capacitações e nas atividades das lideranças. Foram realizados ainda dois grupos focais com nove e sete líderes respectivamente (21).

O sexto passo foi o **processamento e análise da informação**. Os conteúdos das entrevistas e grupos focais foram gravados e transcritos sendo reunidos com os demais registros para constituição do “corpus” de pesquisa. Como categorias interpretativas foram elencados dois princípios da Promoção da Saúde definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (22): o empoderamento e a integralidade, a partir dos quais foi realizada a análise temática dos conteúdos (23). Para desvelar como estes princípios se apresentam na formação e atuação dos líderes foram utilizadas duas categorias de análise:

- tendência pedagógica adotada nos materiais e capacitações, explorando o princípio do empoderamento;
- abordagem dos temas de saúde bucal e sua conexão com outros temas e ações vinculadas aos determinantes ampliados da saúde, para a análise da integralidade.

A equipe avaliadora reuniu-se em uma segunda Oficina de Avaliação para a análise e interpretação dos resultados. Foram levantadas sugestões para superação dos fatores dificultadores e potencialização dos fatores facilitadores da ação avaliada.

O sétimo passo foi a **comunicação dos resultados e tomada de decisão**. Nesta etapa foram identificados os decisores e seus interesses de informação. Definiram-se os objetivos e estratégias para comunicação dos resultados. Foram realizadas reuniões da coordenadora da equipe avaliadora com alguns dirigentes da Pastoral da Criança em nível nacional e da Diocese pesquisada. Discutiu-se os principais resultados, conclusões e recomendações da equipe de avaliação. Foi elaborado um resumo executivo, com formato reduzido e linguagem

simples, a ser disseminado nos demais níveis hierárquicos da instituição por meio das reuniões mensais de coordenações.

Em cumprimento aos princípios éticos o projeto foi registrado no Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná sob o nº 1953, tendo sido aprovado em 05/09/07. Foram obtidos os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido pelos diversos sujeitos participantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Empoderamento e a Tendência Pedagógica Adotada

A base do trabalho da Pastoral da Criança é a capacitação de líderes comunitários para que possam melhorar seus conhecimentos sobre saúde, nutrição, educação e cidadania e depois compartilhar o saber com as famílias que acompanham. Ainda que o resultado deste esforço se limitasse a prover informações básicas sobre estes temas para largos segmentos da população, considerando os 1053 líderes atuantes na diocese, esta proposta já poderia ser relacionada ao processo de potencialização, por integrar o direito de tomar decisões informadas e beneficiar aprendizagens posteriores (9). Contudo, considerando o anteriormente exposto sobre as concepções pedagógicas e suas conseqüências em nível individual e coletivo, buscou-se aprofundar o conhecimento sobre os materiais de apoio e as capacitações dos líderes, para uma análise mais apurada de sua adesão ao conceito de empoderamento.

A entrevista com a assessoria de capacitações da Pastoral da Criança revelou o método a ser utilizado nas capacitações bem como durante as atividades dos líderes *‘Utilizamos uma metodologia baseada na educação popular, trabalhando teoria e prática, uma metodologia que a gente chama de “ver, julgar, agir, avaliar e celebrar” que é usada na Igreja há muitos anos’*. É importante conhecer a origem deste método, as discussões suscitadas sobre ele nas Conferências Episcopais, o histórico de sua utilização na América Latina e em especial no Brasil, para compreender que sua adoção pode significar uma adesão aos princípios da educação libertadora.

O Concílio Vaticano II - 1962/1965 - consolidou uma nova maneira de se fazer teologia, atenta às realidades do mundo moderno. A II Conferência Episcopal Latino-Americana realizada em Medellín, 1968, definiu três principais opções: pelos pobres, pelas Comunidades Eclesiais de Base (CEB) e pela libertação integral. No Brasil, este movimento se materializou nos grupos e nas associações operárias de inspiração cristã e nas CEB, que utilizavam como método de trabalho o “ver-julgar-agir” em sintonia com os ensinamentos da pedagogia do oprimido de Paulo Freire (24). Este método esquematizado pelo padre belga Cardijn, para estimular a participação dos leigos na transformação da dura realidade do período entre guerras na Europa, foi posteriormente adotado pelos teólogos da América Latina. O método faz ponte entre educação e vida por meio de três momentos: (VER) partir da realidade, (JULGAR) formar consciência crítica sobre os problemas, (AGIR) transformar a realidade. A reunião dos bispos da América Latina em Puebla, 1972, veio confirmar a opção pelos pobres e

também pelo método. O documento final desta reunião foi elaborado a partir dele e o teólogo Leonardo Boff coloca em primeiro lugar entre os ganhos de Puebla a consagração do método, ver analiticamente, julgar teologicamente e agir pastoralmente (25).

No contexto sócio-político e eclesial de 1992, em que ocorreu a Conferência de São Domingos, República Dominicana, os bispos e demais participantes foram formalmente proibidos de trabalhar segundo o método indutivo do “ver, julgar e agir”, sendo imposto um método dedutivo característico da teologia clássica (26). Recentemente, durante a preparação da V Conferência Geral do Episcopado Latino-americano, realizada no Brasil em 2007, levantaram-se muitas vozes para pedir explicitamente o retorno ao método. Na apresentação das Conferências Episcopais, ao princípio da 5ª. Assembléia, ficou claro que este método ajudou muito a identificar e assumir caminhos de libertação. Por isso mesmo tem feito parte do trabalho pastoral da Igreja, de modo mais constante nas CEB e Pastorais Sociais (27). Diante desta polêmica percebe-se que não se trata de uma mera técnica de trabalho grupal, ao contrário, esse método tem o claro objetivo de desenvolver a consciência crítica e a autonomia dos indivíduos e grupos, o que o aproxima do conceito de empoderamento.

Estas idas e vindas do método “ver, julgar e agir” refletem o que Marcondes (28) denomina a ambigüidade da questão social na Igreja. A abertura crescente da Igreja às preocupações sociais a partir do Concílio Vaticano II expressa concessões, principalmente em sua crítica ao capitalismo. As inquietações em relação ao trabalho se configuraram mais em um apelo para que se evitasse aumentar a pobreza de forma demasiada do que, propriamente, uma contestação à exploração dos trabalhadores. Quando em Puebla, foi adotada uma posição de consenso sobre a opção preferencial pelos pobres, possibilitou-se um equilíbrio entre as correntes mais conservadoras que interpretaram “pobres” como objetos de suas ações assistencialistas, enquanto os teólogos progressistas os entendiam como sujeitos históricos das lutas por melhores condições de vida. Boff & Boff (29) ressaltaram a importância da participação popular para ampliação do panorama crítico. Afinal são os oprimidos que mais conhecem a opressão que sofrem e, portanto, são capazes de realizar estratégias de resistência e sobrevivência como as empreendidas pelo catolicismo popular. Daí a importância da consolidação de uma ampla base popular que permita, ainda sob a aparente lentidão e ambigüidade dos processos históricos, a continuidade das mudanças sociais, mesmo em épocas de recuo da Igreja a uma posição teológica mais tradicional, ou em períodos de repressão política, como a ocorrida sob os governos militares.

Análise dos Materiais de Apoio

O Guia do Líder é utilizado tanto como roteiro das capacitações iniciais, como material de apoio nas atividades educativas realizadas posteriormente. A tendência pedagógica não está descrita no material, mas algumas características indicam seu direcionamento para a vertente da problematização, utilizando a metodologia do VER-JULGAR-AGIR, que na Pastoral da Criança agrega mais duas etapas, AVALIAR E CELEBRAR. Algumas destas características são descritas a seguir.

Discussão da realidade antes da teorização e atitude dialógica

No início de cada ciclo teórico da capacitação, sob o título VER, são propostas algumas questões para discussão antes do início das atividades. Esta discussão leva ao segundo passo do método que é o JULGAR, que aqui tem o sentido de compreender melhor a realidade a ser transformada. Da mesma forma, o Guia incentiva os líderes a assumirem uma postura dialógica, procurando reconhecer a realidade, os conhecimentos e valores das pessoas como no trecho: “As conversas sobre amamentação podem se basear no que a gestante e seu companheiro querem saber...um bom começo é conversar sobre as experiências de amamentação que a gestante conhece...” (30).

Integração da teoria e prática

O Guia está estruturado de forma que durante a capacitação alternam-se momentos de concentração teórica e momentos de dispersão, onde os líderes em formação realizam atividades práticas em suas próprias comunidades. Ao final de cada período de concentração é apresentada uma sugestão de tarefa para a dispersão – momento do AGIR. No início de cada nova etapa teórica encontra-se uma série de perguntas sob o título – AVALIAR E CELEBRAR que estimulam o relato da realidade encontrada nas comunidades, uma avaliação da atividade realizada e a comemoração dos avanços conseguidos.

Adequação da linguagem e ilustrações ao público-alvo

A linguagem utilizada em todo o material é muito clara e os conceitos técnicos foram convertidos em explicações bastante simplificadas. Observa-se que existiu um cuidado extremo para que os desenhos e fotos refletissem a realidade sócio-econômico-cultural das comunidades nas quais este material será utilizado.

A linguagem adotada e a consonância das fotos e desenhos com a realidade da população acompanhada são fatores extremamente positivos do ponto de vista pedagógico, de acordo com as considerações do educador Frei Betto (31).

Falando sobre um programa do governo para faveladas sobre uma nova concepção de maternidade, Frei Betto afirma: os médicos falavam em FM e as mulheres captavam em AM, não conseguiam se sintonizar. Chamado para ver onde estava o curto-circuito, percebeu que havia grande falha no uso do material pedagógico. O material dos médicos era sofisticado... belas mulheres dos audio visuais...as fotos de bebês tipo propaganda da Johnson. Diante daquilo, qual era o raciocínio das mulheres? Não tem nada a ver comigo, esse é o mundo da patroa. Depois, no meu trabalho das comunidades de base e, hoje, no meu trabalho de educação popular, cada vez mais isto se confirma: o material pedagógico não é neutro.

O Processo de Capacitação

O processo de capacitação inicia-se com a capacitação no Guia do Líder e adquire caráter processual e permanente por meio das reuniões de coordenação, jornal mensal, programas radiofônicos, capacitações em temas específicos e nas reuniões para reflexão e avaliação. Nestas, as diversas líderes de uma mesma comunidade se reúnem mensalmente para compilar os indicadores colhidos nas visitas, avaliar os resultados, discutindo os problemas encontrados e alternativas de superação. O próprio Guia indica que nestas reuniões deve ser utilizado o mesmo método de estudo e reflexão usado nas capacitações: o “ver-julgar-agir-avaliar e celebrar”.

Durante a observação participante da capacitação no Guia do Líder constatou-se que não foram realizadas as etapas do VER, momento de buscar na realidade o tema a ser estudado, antes de iniciar a teorização. Pode-se considerar que o momento do JULGAR, no sentido de ampliar a compreensão dos determinantes maiores dos problemas foi estimulado, já que discussões sobre condições de vida e trabalho e sua relação com a saúde, bem como o papel da liderança na luta pela transformação destas condições, foram desencadeadas pelos momentos de espiritualidade e alguns conteúdos presentes no Guia. Entremeados aos conteúdos técnicos observam-se conteúdos sociais e de formação para o exercício da cidadania. Logo nas páginas iniciais onde aborda a “missão do líder” encontra-se uma análise das condições de vida no país, a citação da Constituição no capítulo II - os direitos sociais - e vincula o trabalho dos líderes à luta por acesso a estes direitos, temas que são retomados em outros pontos do material.

O AGIR esteve presente nas atividades práticas realizadas nas comunidades, porém, em menor número do que o previsto no Guia, que alterna permanentemente teoria e prática.

Assim, as fases do AVALIAR E CELEBRAR, após cada atividade prática, ficaram reduzidas. Os momentos presenciais de capacitação focaram prioritariamente os conteúdos técnicos presentes no guia. Desta forma, embora o Guia seja estruturado com tendência participativa, partindo da realidade e alternando teoria e prática, a capacitação observada adotou uma abordagem pedagógica mais tradicional.

Nas discussões dos grupos focais o termo “passar informação” foi corriqueiramente utilizado e alguns líderes demonstraram em suas falas posturas verticalizadas características da educação tradicional *‘...tem mãe que a gente sofre um pouco pra por na cabeça delas a importância a respeito de tudo’*. Outros refletiram uma tendência dialógica, considerando o contexto da família acompanhada *‘...às vezes a gente diz: - Aquela mãe não é interessada... mas por que? Como que tá a vida daquela mãe, como é que tá a auto-estima daquela mãe, de repente ela tá com dificuldade do marido desempregado...não ta interessada, mas de repente aquela pessoa está com alguma dificuldade grande que vai daí a gente saber. Não, vamos lá. Saber trabalhar, saber conversar, saber chegar até ela’*.

Estes resultados podem estar refletindo o pouco enfoque dado ao método “ver, julgar e agir” nas capacitações, já que como afirma Freire (24), “se na experiência de minha formação, que deve ser permanente, começo por aceitar que o formador é o *sujeito* em relação a quem me considero *objeto*...terei a possibilidade, amanhã, de me tornar o falso sujeito da “formação” do futuro objeto de meu ato formador.”. Ao ser adotada uma concepção tradicional nas capacitações, a maior probabilidade é de que os líderes a reproduzam em seu dia-a-dia, mesmo porque esta é a concepção dominante na educação formal que vivenciaram desde sua infância. Trapé e Soares estudando as concepções de educação em saúde dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), profissionais cujas funções assemelham-se às dos líderes, também encontraram predominantemente posturas transmissivas e em menor frequência, concepções dialógicas pautadas no respeito aos conhecimentos da população. As autoras atribuíram este resultado à ênfase no caráter técnico das capacitações e uma compreensão política limitada do processo educativo (32).

Quando questionada sobre quem são os capacitadores na Pastoral da Criança a assessora de capacitações afirmou que *‘Os capacitadores na Pastoral da Criança são pessoas que se destacam no trabalho da Pastoral, no acompanhamento das famílias, que tem uma facilidade de se comunicar, que sabem manejar grupos, são pessoas que sabem ler e escrever e que conseguem, de alguma forma, reproduzir o que eles tiveram nas capacitações deles pra outras pessoas’*.

Sobre a existência de capacitação pedagógica para os líderes ou para os capacitadores declarou não existir *‘...um trabalho específico, durante a capacitação do Guia do Líder existem vários momentos em que é falado o como agir, o como trabalhar com a família, o como ser com a família, mas não existe uma capacitação só pra isso, diferenciada’*. E complementa *‘...depende muito do jeito de cada um...o que nós sempre orientamos nas capacitações é que eles ouçam bastante, troquem experiências e também algumas atitudes que eles devem evitar como criticar, julgar, penalizar estas famílias por não estarem entendendo suas orientações ou não seguirem o que eles falaram’*.

Assim sendo percebeu-se que existe a preocupação desta instituição com o tipo de postura educativa adotada pelo líder em seu trabalho e ao mesmo tempo a Pastoral da Criança já assumiu seu caminho pedagógico ao produzir o Guia do Líder utilizando o método “ver-julgar-agir”. Buscando o “nó crítico” que vem dificultando a aplicação desta metodologia, a equipe avaliadora apontou a falta de formação pedagógica para os capacitadores. Avaliou-se que eles têm que compreendê-la profundamente, seus objetivos e os porquês de utilizá-la nas capacitações, tornando-se capazes de estimular esta postura pedagógica nas diversas atividades dos líderes.

Abordando a capacitação dos ACS, Nascimento e Correa (33) relatam que visando qualificar sua formação foi realizada, além da capacitação técnica, a formação pedagógica de seus capacitadores. Objetivou-se que os mesmos se apropriassem da metodologia da problematização. Esta foi adotada por potencializar a aprendizagem do aluno que, como agente de transformação social, deve ser capaz de detectar problemas reais e buscar para eles soluções originais. Ou seja, se o objetivo é formar educadores críticos e criativos, os capacitadores devem, não apenas utilizar o método nas capacitações, mas, reforçar a importância desta dinâmica de trabalho durante as atividades do líder.

Uma das coordenadoras entrevistadas apontou um tipo de atividade que os líderes são estimulados a realizar nas comunidades: as rodas de conversa. *‘A Pastoral orienta a fazer roda de conversa. Não são duas ou três pessoas não. É reunir a comunidade, fazer uma roda com uma pessoa orientando, coordenando, pra ver aquilo que é necessário’*. Nos jornais mensais e na publicação “Dicas”, dirigida aos coordenadores, foram encontradas várias citações sobre esta atividade, porém nos grupos focais e oficinas não foram feitas referências a esta estratégia, sugerindo que sua importância precisa ser reforçada com as lideranças. Processos educativos, que tenham como meta o empoderamento das comunidades, demandam abordagens que valorizem a criação de espaços de participação para identificação e análise crítica de seus problemas (3).

Outro ponto levantado como dificultador da utilização do método foi a limitação de tempo nas capacitações. Os coordenadores apontaram dificuldades de abordar todos os assuntos e realizar todas as atividades previstas. *‘Em capacitações mais antigas eram divididos em grupos, feitas dramatizações sobre visita domiciliar...agora é tudo passado muito rápido...na pressa de capacitar muita gente em muitos lugares e são poucos capacitadores, se perdem algumas coisas’*. Os líderes confirmam *‘...porque a gente faz a capacitação, mas é muito tema no livro...muita coisa, vai corridinho’*..

A utilização do método tradicional calcado na “transmissão” de conteúdos, sem dúvida se mostra mais rápido. Logicamente, a abertura de canais de diálogo para problematização dos conteúdos e busca de soluções demanda mais tempo. Daí a importância da discussão, com os capacitadores, do perfil de líder que se pretende formar. Enquanto a primeira abordagem se liga a um perfil mais técnico, voltado para repasse de informação, a segunda se mostra fundamental para formação de agentes de transformação social (7, 33).

Ainda em relação ao empoderamento, dois outros depoimentos mostraram-se importantes. O primeiro refere-se à percepção dos líderes sobre o impacto das ações. *‘Tem umas (famílias) que acham que a gente só por ser líder não é nada, elas acreditam mais na agente comunitária do que na líder’*. Quando foi discutido sobre a busca de parcerias para a realização das atividades, a percepção se repetiu. *‘Pra gente ir atrás como uma simples líder procurar este apoio...então teria que ser de cima, porque a gente não vai ter força’*. Os termos *‘só por ser líder’* e *‘uma simples líder’* denotam a percepção de impotência por parte destes entrevistados e revelam, de certo modo, um “paradoxo” diante do conceito de liderança.

Durante a segunda oficina de avaliação, analisando as causas desta percepção o grupo concluiu que a auto-estima dos líderes está baixa e que deveria ser feito um trabalho que levasse ao reconhecimento do valor pessoal. A fala de uma coordenadora é bastante esclarecedora *‘O valor pessoal precisa ser resgatado, que se chama cidadania... você descobrir que é um cidadão. Esta fala - eu sou só uma líder - é de uma pessoa que não se identificou, não se descobriu. Então nós, capacitadores, temos que trabalhar a auto-estima, o valor pessoal e levar que ela consiga identificar-se... eu faço parte de uma nação, um país, com direitos, acesso...’*. Este depoimento vem ao encontro do que Paulo Freire denomina: assumir-se. “Uma das tarefas mais importantes da prática educativo-crítica é propiciar as condições em que os educandos...ensaíam a experiência profunda de assumir-se. Assumir-se como ser social e histórico, como ser pensante, comunicante, transformador, criador, realizador de sonhos...” (34).

A própria OMS (35) reconhece que garantir o acesso à informação, ampliando o conhecimento em saúde, sem aumentar a capacidade de controle e perspectivas de mudança, apenas contribui para gerar ansiedade e fomentar a sensação de impotência. Ou seja, apenas o conhecimento técnico não é suficiente para o empoderamento. Mais uma vez a resposta a este problema pode estar na estratégia utilizada na formação e atuação dos líderes. Uma das líderes presentes na segunda oficina declarou: *‘Eu acho que isto vem acontecendo mais por falta do nosso “ver-julgar e agir” e a falta de mais avaliações e reflexões em nossas reuniões’*. Esta líder constatou empiricamente que a otimização na utilização deste método é o caminho necessário e suficiente para a superação desta sensação de impotência. Boufleuer (36) aponta o método dialógico como forma de devolver a autoconfiança aos educandos. Só por meio da reflexão e ação sobre uma realidade a ser recriada pode se dar o processo de tornar-se sujeito.

Integralidade das Ações

Outro ponto fundamental diz respeito à forma como a saúde bucal é abordada nos materiais e capacitações. A análise dos materiais de apoio mostrou que os conteúdos específicos de saúde bucal não formam uma sessão à parte, mas foram sendo introduzidos em cada fase da gestação e do desenvolvimento da criança. Destaca-se que as questões de higiene bucal aparecem dentro do item higiene geral, estando sempre interligadas com orientações de higiene corporal e nunca isoladas. As orientações sobre dieta cariogênica ou alimentos protetores para a saúde bucal foram incorporadas no item alimentação. Sob o título de “alimentação saudável” encontram-se indicações sobre o papel da vitamina C na prevenção de problemas gengivais e do cálcio da formação dos dentes. As orientações sobre problemas oclusais foram conectadas à amamentação ou à alimentação. Dentre as vantagens do aleitamento materno destaca-se: “mamar desenvolve e fortalece a musculatura da boca do bebê, melhorando a mastigação, o ato de engolir e a fala” (30). Como anteriormente comentado, as ilustrações e orientações são adequadas ao contexto sócio-econômico, contemplando diferenças regionais. Desta forma, considera-se que estes materiais conseguem recolocar a boca dentro do corpo e esse dentro do contexto social das pessoas (37).

Alguns temas são recorrentes nos materiais e depoimentos na Pastoral da Criança: aleitamento materno, alimentação saudável, higiene corporal, prevenção de acidentes e violência doméstica. Estes são fatores comuns de risco para diversos problemas como: desnutrição, obesidade, cárie e trauma dentário. Assim sendo, constata-se que o trabalho

realizado, utilizando a abordagem de fatores de risco/fatores de saúde comuns a diversos problemas, acabam por favorecer a conexão entre saúde bucal e geral, promovendo a integralidade (11, 13).

Durante os grupos focais foram levantados os outros temas trabalhados nas capacitações que podem promover saúde bucal. O tema alimentação foi o mais relacionado pelos líderes. *‘Tem tudo a ver. Tem que ter uma alimentação saudável, comer bastante verduras, frutas ...A alimentação é a base, seria importante fazer esse reforço.’* Foram correlacionados ainda problemas bucais e gerais, *‘não adianta só tratar a desnutrição se não tem a higiene na boca também. A desnutrição pode ser dos próprios dentes...por causa dos dentes estragados’*. Contudo, percebeu-se certa limitação na capacidade dos líderes em fazer estas conexões, indicando a necessidade de aprofundar estas relações durante as capacitações iniciais, bem como na capacitação específica de saúde bucal que será estruturada. Esta inter-relação da promoção da saúde bucal com outros temas poderá ser reforçada, ainda, nas outras capacitações específicas que já são ofertadas, em especial nas de alimentação enriquecida, hortas caseiras e comunitárias, brinquedos e brincadeiras e remédios caseiros.

Finalmente, é importante ressaltar a existência de ações complementares que dão suporte às ações básicas, como a alfabetização de jovens e adultos, voltada às próprias líderes e às famílias acompanhadas. Os programas de geração de renda são adaptados às características regionais e na diocese pesquisada acontece o projeto de qualificação das líderes e mães em serviços domésticos. Outra ação complementar é a formação para o controle social. O objetivo do desenvolvimento desta estratégia é a capacitação de um articulador no Conselho de Saúde, em cada município onde a Pastoral da Criança atua. O articulador é responsável pelo preenchimento e envio mensal da Folha de Acompanhamento do Conselho de Saúde, FAC – Saúde. Além da capacitação, os conselheiros são subsidiados por uma base de dados na Internet e boletins impressos sobre estatísticas por município e novidades sobre controle social.

Percebeu-se a preocupação desta organização com a integralidade das ações e a criação de um ambiente domiciliar e comunitário que dê suporte às ações educativas. Sabe-se porém, que este princípio da promoção da saúde está intimamente ligado a outro, como afirma Buss (2), as políticas saudáveis têm na intersectorialidade sua ferramenta operacional. Todas as Cartas da Promoção da Saúde (1) foram unânimes em indicar a construção de alianças para o enfrentamento de desafios tão amplos. A complexidade da realidade encontrada foi citada nos grupos focais como fator dificultador do desenvolvimento das ações, sendo estampada na fala de uma líder. *‘Eu faço visita de manhã às vezes. E daí você vê o marido dela lá. – Há, hoje tô*

sem ânimo, meu marido já correu fazer entrevista, correu atrás de emprego não conseguiu... uma casa de quatro paredes, duas peças, sete pessoas dentro da casa. O marido não consegue emprego, pela condição dele... já vem da baixa escolaridade...Então às vezes essa mãe tem isso de ter preguiça... porque a vida dela não é um mar de rosas. Não tem escova, não tem pasta, não tem uma alimentação saudável, não tem um sabão pra lavar a roupa, não é verdade?A realidade é dura’.

A declaração de uma coordenadora alia-se a esta constatação atestando ainda a insuficiência das ações educativas para a concretização do lema da organização - para que todas as crianças tenham vida e vida em abundância - ‘...a gente percebe que esta questão do líder chegar ...eu tenho para ensinar, vocês vão aprender, isso não funciona. O soro caseiro é uma coisa que funcionou bastante, porque é uma técnica simples de se fazer e que surtiu efeito contra a desidratação...hoje existem outros problemas que não é uma “tecnicazinha”... falar em anemia, não envolve só a colherzinha do soro e fazer com a água...tem que trabalhar a questão do ferro, como é que está o acesso da criança ao serviço de saúde, que alimentação a mãe está dando pra criança? Então, são outros fatores que envolvem a questão educativa e uma mudança de comportamento, que não é só o líder chegar lá com uma orientação que ele vai conseguir mudar’.

Estas considerações vêm ao encontro dos questionamentos de Meyer e colaboradores (9) quanto à necessidade dos processos educativos incorporarem as questões de vulnerabilidade:

O componente social da vulnerabilidade envolve o acesso às informações, as possibilidades de metabolizá-las e o poder de incorporá-las a mudanças práticas na vida cotidiana, condições estas diretamente associadas ao acesso a recursos materiais, a instituições sociais como escola e serviços de saúde, ao poder de influenciar decisões políticas...dentre outras, que precisam então ser incorporadas às análises de vulnerabilidade e aos projetos educativos às quais elas dão sustentação.

Assim sendo, buscou-se conhecer mais profundamente como os mecanismos de capacitação dos líderes têm fomentado o estabelecimento de parcerias para promoção de saúde. Ao trabalhar a questão do planejamento das atividades do líder, o Guia do Líder (30) coloca as seguintes questões: “Que recursos temos nas nossas comunidades? (Serviço de Saúde, escolas, Igrejas, associações de bairro, etc...). Que pessoas podem nos ajudar em nossa missão?”. Quando orienta a organização das Reuniões para Reflexão e Avaliação, retoma os questionamentos sobre outras ações mais amplas que deveriam ser empreendidas e sobre quem poderia ajudar. Afirma que para solucionar problemas que afetam várias famílias, pode ser necessário reunir entidades da comunidade.

Nos grupos focais os líderes manifestaram a necessidade de buscar parceiros para realização das ações, porém observou-se que as parcerias indicadas dirigiam-se majoritariamente à realização das atividades educativas. *‘Do próprio posto de saúde se a gente conseguisse fazer com que uma vez ou outra eles mesmos fossem lá e falassem...ou poderia ser até da universidade...pra vir alguém de fora fazer alguma coisa, porque a verdade é que a gente não consegue fazer tudo’.*

As coordenações divergiram quanto ao papel das lideranças na busca de parceiros, bem como sobre a abordagem deste tema nas capacitações. Uma das coordenações afirma: *‘...o líder quando é capacitado ele é orientado a nunca trabalhar sozinho, sempre procurar parcerias...com a unidade de saúde, com o conselho tutelar quando necessário...e isto é passado em capacitação. Inclusive se orienta que se trabalhe com as associações de moradores porque dali surgem melhorias pra própria comunidade. Aconselhamos que os nossos líderes participem de seus conselhos locais, distritais e municipais... porque a comunidade sozinha não resolve...ela tem que se unir a outras entidades, a outros órgãos, pra poder melhorar suas condições...’.*

Outra coordenação reitera a necessidade do trabalho em redes *‘...se não tiver a comunidade ajudando em outros sentidos, a associação de moradores, a prefeitura, o serviço de saúde, se não estiverem envolvidos os outros setores da comunidade... a gente vai ter menos resultados do que a gente espera’.* Afirma, contudo, que esta responsabilidade extrapola a função dos líderes e que este assunto não é focado na capacitação. *‘Não na capacitação do líder, como ele é um voluntário e ele vai ter determinado tempo do mês pra fazer este trabalho, ele tem as outras instâncias da Pastoral que vão ter que estar atuando neste sentido...os coordenadores de ramo têm uma capacitação específica, que foi montada justamente pra ele ter esta visão do todo. O líder não tem este papel, não por incapacidade, mas ele já tem as três atividades...então os coordenadores é que tem esse papel de movimentar a comunidade. E aí quando ele percebe nas reuniões de reflexão e avaliação quais são os problemas que acontecem, tem que chamar as outras instâncias da comunidade pra trabalhar junto’.*

Na segunda oficina, quando estes resultados foram analisados, o grupo consensuou que a construção de redes deve ser um trabalho descentralizado. Enfatizou-se que todo trabalho na Pastoral é conjunto, cada nível tem que buscar as parcerias correspondentes ao seu nível de atuação. As lideranças e coordenações de comunidade buscam parceiros nas comunidades que atuam, fazem contato com a unidade de saúde, grupos de jovens e outros

recursos locais. Já as demais coordenações devem fazer contatos maiores, como com a secretaria de saúde e prefeituras.

Concluiu-se que existe adesão da tendência pedagógica adotada pela instituição pesquisada com o princípio do empoderamento. Porém existe a necessidade de aprofundar questões pedagógicas, especialmente durante a formação dos capacitadores dos líderes, para que a filosofia educativa assumida possa ser evidenciada de modo mais efetivo na prática. Considera-se que a inserção da saúde bucal na Pastoral da Criança conseguiu superar uma falha grave e constante em outras propostas educativas ao integrar este tema aos demais conteúdos e ações já existentes, aderindo ao princípio da integralidade. A constatação de que os problemas sociais tornaram-se muito mais complexos, em relação ao início do trabalho da Pastoral da Criança há 25 anos, leva à conclusão que a formação e atuação focada na informação de conteúdos técnicos não tem mais o impacto esperado. Hoje, a capacitação tem que ultrapassar a dimensão técnica e alcançar uma dimensão política, formando lideranças capazes de acessar políticas públicas e buscar parcerias para construção de redes que dêem suporte e sustentabilidade às suas ações.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
2. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc saúde coletiva*. 2000;5(1):163-77.
3. Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção à Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004 jul./ago.;20(4):1088-95.
4. Gohn MG. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. *Saude soc*. 2004 may./aug.;13(2):20-29.
5. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference. WHO; 1986.
6. World Health Organization. What is evidence on effectiveness of empowerment to improve health? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Health Evidence Network; 2006.
7. Pereira ALF. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 2003;19:1527-34.
8. Bordenave JED. Alguns Fatores Pedagógicos. In: Brasil.Ministério da Saúde, ed. *Capacitação Pedagógica para Instrutor Supervisor da Área da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 1989. p. 19-26.
9. Meyer DEE, Mello DF, Ayres JRCM. "Você aprende. A gente ensina?" Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cad Saúde Pública*. 2006 jun.;22(6):1335-42.
10. Westphal MF. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Junior MD, Carvalho YM, eds. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-FIOCRUZ; 2006. p. 635-67.
11. Sheiham A, Moysés SJ. O papel dos profissionais de saúde bucal na promoção da saúde. In: Buichi YP, ed. *Promoção de saúde bucal na clínica odontológica*. São Paulo: Artes Médicas/APCD; 2000. p. 23-37.
12. Dickson M, Abegg C. Desafios e Oportunidades para a Promoção da Saúde Bucal. In: Buischi YP, ed. *Promoção de saúde Bucal na Clínica Odontológica*. São Paulo: Artes Médicas:EAP/APCD; 2000. p. 39-72.
13. Watt RG. From victim blaming to upstream action: tackling the social determinants of oral health inequalities. *Community Dental Oral Epidemiol*. 2007;35:1-11.
14. Mouradian WE, Huebner CE, Ramos-Gomes F. Links Beyond access:the role of family and community in children's oral health. *J Dent Educ*. 2007;71(5):619-31.

15. Sheiham A. Abordagens de Saúde Pública para Promover Saúde Periodontal. In: Bönecker M, Sheiham A, eds. Promovendo Saúde Bucal na Infância e Adolescência: Conhecimentos e Práticas. São Paulo: Santos; 2004. p. 27- 43.
16. Vasconcelos EM. Educação Popular nos Serviços de Saúde. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 1997.
17. Pastoral da Criança. Página Institucional. Disponível em: <<http://www.pastoraldacrianca.com.br>> Acesso em: 30 de abril de 2007.
18. Salazar L. Evaluación de Efetividad en promoción de la Salud: Guía de Evaluación Rápida. Santiago de Calli: Centro para el Desarrollo y Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud Pública / Centros para la Prevención y Control de Enfermedades / Organización Panamericana de la Salud; 2004.
19. Brandão DB, Silva RR, Palos CMC. Some reflections on building evaluation capacity on social initiatives. Ensaio: aval. pol. públ. Educ. 2005; 13: 361-73.
20. Wallerstein N., Maltrud K., Polacseck M. Participatory Evaluation Workbook for Community Initiatives. New Mexico: Department of Health, Public Health Division, Healthier Communities Unit; 1997.
21. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Hucitec; 2004.
22. World Health Organization. Health Promotion Evaluation: recommendations to polycemakers. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1898.
23. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa - Portugal: Edições 70; 1977.
24. Freire P. Pedagogia do Oprimido. 47ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2005.
25. Boran J. O senso crítico e o método ver-julgar-agir:para pequenos grupos de base. São Paulo: Loyola; 1981.
26. Boff L, Ramos-Regidor J, Boff C. A teologia da libertação:balanço e perspectiva. São Paulo: Ática; 1996.
27. Beozzo JO. A V Conferência Geral do Episcopado Latino-americano em Aparecida:contextos sociopolítico e eclesial. Rev Teologia Ciênc Religião. 2007 dez.;VI(6).
28. Marcondes WB. Tese de doutoramento. Participação popular na saúde pelos caminhos da prática educativa. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. Escola Nacional de Saúde Pública; 2007.
29. Boff L, Boff C. Como fazer teologia da libertação. Petrópolis: Vozes; 2001.
30. Pastoral da Criança. Guia do líder da Pastoral da Criança. 10ª ed. Curitiba: Pallotti; 2007.
31. Freire P, Frei Betto. Essa escola chamada vida. 5ª ed. São Paulo: Ática; 1987.

32. Trapé CA, Soares CB. A prática educativa dos agentes comunitários de saúde à luz da categoria práxis. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2007 jan./feb.;15(1):142-9.
33. Nascimento EPL, Correa CRS. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. *Cad Saúde Pública*. 2008 jun;24(6):1304-13.
34. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 29ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2004.
35. World Health Organization. Discussion document on the concept and principles. In: _____ed. *Health Promotion: concepts and principles, a selection of papers presented at Working Group on Concepts and Principles*. Copenhagen; 1984. p. 20-3.
36. Boufleuer JP. *Pedagogia Latino Americana: Freire e Dussel*. Ijuí: Unijuí; 1991.
37. Moysés ST, Kusma S. Promoção de Saúde e intersetorialidade na abordagem familiar. In Moysés ST, Kriger L, Moysés SJ, editors. *Saúde Bucal das Famílias Trabalhando com evidências*. São Paulo: Artes Médicas; 2008. p. 247-57.

CONCLUSÕES GERAIS

Na Pastoral da Criança, a capacitação é processual, iniciando com a formação no Guia do Líder e tornando-se permanente por meio de reuniões e jornais mensais, programas radiofônicos e capacitações em temas específicos.

Constatou-se que alguns temas são constantemente abordados nestes espaços formativos: aleitamento materno, alimentação saudável, higiene corporal, prevenção de acidentes domésticos e violência. Como estes temas estão diretamente ligados à promoção da saúde e prevenção de problemas da boca concluiu-se que o processo de capacitação na Pastoral da Criança é favorecedor da formação de líderes promotores de saúde bucal.

A inserção de temas específicos da área veio reforçar este potencial, contemplando o princípio da integralidade e superando uma falha constante em outros processos educativos que é a separação da saúde bucal do restante do corpo e do contexto de vida das pessoas. No entanto, a capacitação inicial no Guia do Líder mostrou-se insuficiente para desencadear a realização de práticas de saúde bucal pela totalidade dos líderes na diocese pesquisada. Os mecanismos de educação permanente foram apontados como fundamentais para a complementação da formação e motivação para o desempenho da ação.

Concluiu-se que não é possível abordar profundamente todos os temas presentes no Guia do Líder durante a capacitação inicial. Nesta primeira aproximação o essencial é destacar a inter-relação da saúde bucal com os demais temas da Pastoral da Criança, discutindo a abordagem de fatores comuns de risco. Num segundo momento torna-se importante o aprofundamento do tema em capacitação específica para o incremento de ações promotoras de saúde bucal pelas lideranças.

Constatou-se nos materiais produzidos bem como nas “falas” dos entrevistados, sejam coordenadores ou líderes, uma concepção ampliada do processo saúde-doença, em que a determinação social dos problemas é constantemente abordada. Percebeu-se ainda a preocupação da instituição com a implementação de ações complementares que dêem suporte às ações educativas. Apesar de estar incorporada no “discurso” da instituição, uma ação mais ampliada sobre os determinantes sociais dos problemas de saúde ainda não é a tônica do trabalho dos líderes. Assim sendo, os líderes têm consciência da complexidade dos problemas sócio econômicos das famílias e que estes atuam como fatores dificultadores de sua ação. No entanto, os depoimentos apontam que as ações de grande parte da liderança permanecem focadas nos determinantes proximais dos problemas e em ações educativas voltadas para mudanças de comportamentos individuais. Isto pode estar gerando a percepção de impotência

relatada pelos líderes quando questionados sobre o impacto de seu trabalho. Fazendo um paralelo com o método utilizado na Pastoral: o “ver-julgar-agir”, pode-se dizer que os líderes vêem os problemas de forma ampliada, julgam ou compreendem sua determinação de forma ampliada, mas ainda agem de forma restrita.

Verificou-se que existe uma dificuldade de ampliação do foco da ação, ou seja, uma maior capacidade de resposta aos complexos problemas enfrentados no dia-a dia dos líderes. Os documentos sobre Promoção da Saúde são unânimes em apontar a impossibilidade de enfrentamento desta complexidade sem a criação de atividades de colaboração e formação de redes de apoio em prol da saúde e qualidade de vida. Assim sendo, concluiu-se que esta dificuldade pode ser decorrente da articulação limitada do trabalho do líder com outras ações dentro da própria Pastoral da Criança, com outras pastorais sociais, bem como com parceiros externos.

Embora tenha ocorrido uma convergência de opiniões quanto à necessidade de estabelecimento destas alianças, ocorreu uma divergência quanto ao papel de líderes e coordenadores nesta tarefa. Da mesma forma, ocorreu disparidade nos relatos de como este tema é trabalhado nas capacitações. Assim sendo, verificou-se a necessidade de retomada desta questão pela instituição, redefinido em que momentos dos processos formativos de líderes e coordenadores ela será abordada.

Quanto à vertente pedagógica assumida pela Pastoral da Criança para formação e atuação dos líderes, concluiu-se que está alinhada aos fundamentos da educação popular e ao princípio do empoderamento. No entanto, apesar da opção pedagógica estar explícita nos documentos produzidos, observou-se dificuldade de aplicação do método preconizado. Dentre as razões levantadas para este problema destaca-se a falta de formação pedagógica, especialmente para aqueles que assumem a função de capacitadores. A postura “tradicional” de transmissão de conteúdos é dominante em nossa sociedade. Assumir um referencial educativo diferente significa “nadar contra a maré”. Por isso torna-se fundamental a realização de momentos específicos de discussão sobre as diferentes opções pedagógicas e suas conseqüências para os indivíduos e para a sociedade.

Concluiu-se que a otimização do método “ver-julgar-agir-avaliar-celebrar” nas capacitações e posteriormente nas atividades dos líderes, poderá se conformar no caminho necessário para reforçar o processo de empoderamento de líderes e famílias acompanhadas. Considera-se que existindo uma limitação de tempo para a capacitação inicial dos líderes, deveria ser dada prioridade para a aplicação do método a partir de alguns temas fundamentais. Estes “temas geradores” poderiam ser priorizados a partir da realidade de cada comunidade,

deixando o aprofundamento de outros conteúdos técnicos para capacitações posteriores. Tendo o domínio do método, os próprios líderes podem recorrer aos materiais de apoio para dirimir as possíveis dúvidas técnicas.

Finalmente, pode-se considerar que o método utilizado na proposta avaliativa mostrou-se adequado aos objetivos e a pergunta de avaliação. Por seu caráter participativo constituiu-se em um importante espaço de reflexão e acabou por extrapolar o âmbito da ação a ser avaliada, trazendo questionamentos e luzes sobre aspectos mais amplos da capacitação e atuação dos líderes. Recomenda-se que, a partir da capacitação em saúde bucal, sejam incluídos indicadores específicos sobre as ações de promoção da saúde bucal na folha de acompanhamento e avaliação mensal das ações básicas de saúde (FABS), bem como sejam mantidos espaços avaliativos participativos, priorizando abordagens qualitativas e possibilitando o monitoramento e constante aperfeiçoamento da ação avaliada.

REFERÊNCIAS

- BRANDÃO, Daniel Braga, SILVA, Rogério Renato, et al. Da construção de capacidade avaliatória em iniciativas sociais: algumas reflexões. **Ensaio: aval. pol. públ. Educ**, Rio de Janeiro, v. 13, n.48, p. 361-373, jul./set. 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- CARVALHO, Sérgio Rezende. As contradições da promoção da saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 9, n. 3, p. 669-678, jul./set. 2004.
- FREIRE, Paulo. Criando métodos de pesquisa alternativa: aprendendo a fazê-la melhor através da ação. **Pesquisa Participante**. In: Carlos Rodrigues BRANDÃO. (Org.) São Paulo: Brasiliense, 1999.
- KICKBUSH, Ilona, PAYNE, Lea. Twenty-first Century Health Promotion: the Public Health Revolution Meets the Wellness Revolution. **Health Promot. Int**, Oxford, v.18, n.4, p. 275-278, 2003.
- LOPES, Claudia Rabelo. Movimento contra as iniquidades. **RADIS: comunic. saúde**, Rio de Janeiro, n. 45, p. 11-21, mai. 2006.
- MINAYO, Maria Cecília Souza, ASSIS, Simone Gonçalves, et al. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.
- MOYSÉS, Samuel Jorge, MOYSÉS, Simone Tetu, et al. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 9, n. 3, p. 627-641, jul./set. 2004.
- PASTORAL DA CRIANÇA. **Página Institucional**. Disponível em: <<http://www.pastoraldacrianca.com.br>> Acesso em: 30 de abril de 2007.
- SALAZAR, Lúgia de. **Evaluación de Efectividad en promoción de la Salud: Guía de Evaluación Rápida**. Santiago de Calli: CEDETES/CDC/OPS, 2004
- WATT, Richard Gettie. From victim blaming to upstream action: tackling the social determinants of oral health inequalities. **Community Dental Oral Epidemiol**, v. 35, p. 1-11, 2007.
- WHO. World Health Organization. **Ottawa Charter for Health Promotion**. First International Conference. World Health Organization, 1986.
- WHO. World Health Organization. **The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World**. Sixth Global Conference on Health Promotion. World Health Organization, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A - DETALHAMENTO DA METODOLOGIA DA AVALIAÇÃO RÁPIDA

Este método foi estruturado pelo Centro para o Desenvolvimento e Avaliação de Políticas e Tecnologia em Saúde Pública (CEDETES) da Universidade do Valle, Colômbia, com o apoio do Centro para Prevenção e Controle de Enfermidades (CDC - USA) e da Organização Pan-americana de Saúde (OPS - USA), para avaliação de efetividade de intervenções em promoção da saúde. O CEDETES, com o objetivo de contribuir na construção da capacidade avaliativa nesta área, desenvolve um programa de treinamento sobre este método de avaliação. O programa contempla três fases: duas tutoriais à distância em que se emprega uma modalidade virtual interativa e uma fase presencial intermediária. A participação da coordenadora do grupo avaliador neste treinamento foi uma das fases da execução desta pesquisa conforme certificação (anexo A).

A seguir estão descritos os passos da Avaliação Rápida e as tarefas realizadas em cada fase do processo avaliativo.

PASSO 1 CARACTERIZAÇÃO DO PROJETO PARA AVALIAÇÃO

Tarefa 1 Seleção do projeto ou intervenção para avaliação. É de Promoção da Saúde?

a)Enfoque de Promoção da Saúde

A página institucional da Pastoral da Criança relata que seus voluntários desenvolvem ações de saúde, nutrição, educação, cidadania e espiritualidade de forma ecumênica nas comunidades pobres. As atividades visam promover o desenvolvimento integral das crianças, desde a concepção aos seis anos de idade, e a melhoria da qualidade de vida das famílias. Os líderes da Pastoral da Criança atuam na sua própria comunidade e desenvolvem suas atividades orientados pelo Guia do Líder que inclui conteúdos específicos de saúde bucal. Para dar suporte às atividades educativas, a entidade desenvolve algumas ações complementares que ajudam a reduzir a mortalidade infantil e promovem melhorias no contexto familiar e comunitário em que a criança está inserida. São elas: Alfabetização de jovens e Adultos; Brinquedos e Brincadeiras; Controle Social das Políticas Públicas; Capacitação para o trabalho; Comunicação Popular. Esta descrição indica que a proposta se alinha aos princípios da Promoção da Saúde, especialmente no que se refere ao empoderamento individual e comunitário.

b) Estado de desenvolvimento do projeto

A Pastoral da Criança, visando o princípio da integralidade, inseriu a temática da saúde bucal em suas ações básicas. Desde a reformulação do Guia do Líder em 2000, este tema passou a fazer parte das capacitações, sendo contemplado em diversos materiais de apoio. Após sete anos mostra-se importante a realização de uma avaliação da implementação desta ação pelos líderes. Assim sendo, a ação encontra-se em estágio intermediário.

c) Disponibilidade de informação

Existe disponibilidade de acesso a fontes de informação secundária como: projeto original, relatórios, materiais de apoio utilizados pelos líderes. Existe ainda a possibilidade de coleta de informação primária. O apoio à realização da pesquisa foi manifestado oficialmente pela coordenação da Pastoral da Criança (anexo B)

d) Governabilidade para a tomada de decisão no processo avaliativo

O próximo passo da ação básica - Saúde Bucal - na Pastoral são as capacitações específicas neste tema e o encaminhamento destas será decisivo para a definição do rumo que a ação tomará. É de interesse da instituição a utilização dos resultados da pesquisa para adequação das futuras capacitações e ações, visando à consolidação e ampliação do projeto. A coordenadora do grupo avaliador é voluntária da Pastoral há 10 anos, prestando assessoria à coordenação de Saúde Bucal da instituição. Assim sendo, a governabilidade para tomada de decisão está favorecida neste processo avaliativo.

Tarefa 2 Análise dos componentes do projeto

Para esta análise foi construído o marco lógico da intervenção, conforme o quadro 1.

QUADRO 1 MATRIZ DE MARCO LÓGICO

<p>1. Objetivo de desenvolvimento:</p> <p>1- Introduzir a temática - Saúde Bucal - nas ações básicas da Pastoral da Criança, colaborando para o alcance do seu objetivo maior que é o desenvolvimento integral das crianças, de suas famílias e comunidades. Grupo meta: comunidades acompanhadas pela Pastoral na arquidiocese de Curitiba</p>	<p>1. Indicadores:</p> <p>1- % de paróquias da diocese que implementaram a ação básica – saúde bucal</p>	<p>1. Meios e fontes de verificação dos indicadores.</p> <p>1- inquérito com as coordenadoras paroquiais</p>	<p>1. Fatores externos ou suposições</p> <p>1- Manutenção e ampliação de ações intersetoriais nos municípios visando a promoção da saúde</p>
<p>2. Objetivo imediato:</p> <p>1- Aumentar a capacidade de reconhecimento e de atuação das líderes sobre os determinantes de saúde bucal. Grupo meta: líderes da Pastoral na arquidiocese de Curitiba</p>	<p>2. Indicadores:</p> <p>1- nível de conhecimento das líderes sobre os determinantes da saúde bucal 2- identificação pelas líderes dos meios de promoção da saúde bucal e prevenção e controle das doenças da boca 3- motivação para atuação na área da saúde bucal</p>	<p>2. Meios e fontes de verificação dos indicadores.</p> <p>1- entrevistas com líderes</p>	<p>2. Fatores externos ou suposições:</p> <p>1- Manutenção e ampliação de ações locais de suporte social, especialmente aquelas relacionadas à condições de higiene, alimentação saudável, formação de conselheiros de saúde.</p>
<p>3. Produtos:</p> <p>1- Elaboração de materiais de apoio; 2- Capacitação das líderes no tema; 3- Realização da ação básica – saúde bucal – pelas líderes da Pastoral com a orientação das gestantes e mães/ cuidadores, sobre noções e práticas de promoção da saúde bucal; 4- atuação da líder no encaminhamento das famílias para os outros projetos que dão suporte às ações básicas na Pastoral; 5- Integração das líderes com serviços de saúde e outras fontes de suporte social nas comunidades. Grupo meta: líderes, gestantes, mães ou cuidadores das crianças, acompanhadas pela Pastoral na arquidiocese de Curitiba.</p>	<p>3. Indicadores:</p> <p>1- número e tipo de materiais em que foi inserida a temática; 2- % de líderes capacitadas no Guia, ed.2000; 3- % de líderes que realizam orientação/ aconselhamento em saúde bucal; 4- % de famílias da diocese participantes nos projetos de suporte da Pastoral, por indicação das líderes 5- número e tipo de projetos de suporte social em que as líderes desenvolvem trabalho colaborativo.</p>	<p>3. Meios e fontes de verificação dos indicadores.</p> <p>1- análise dos materiais produzidos a partir de 1998; 2- entrevistas com as líderes; 3- entrevistas com gestores dos serviços de saúde e de projetos sociais nas comunidades</p>	<p>3. Fatores externos ou suposições:</p> <p>1- Estabelecimento de parcerias com os serviços de saúde visando a formação continuada e trabalho conjunto das líderes com as equipes de saúde bucal e agentes comunitários de saúde 2- Estabelecimento de condições de atenção clínica nos serviços públicos de saúde bucal, que dêem suporte às ações educativas.</p>

<p>4. Atividades:</p> <p>1-Inclusão do tema - saúde bucal – no Guia do Líder</p> <p>2- Elaboração de material de apoio específico para as capacitações em Saúde Bucal</p> <p>3- Capacitação das líderes no novo guia que inclui a temática;</p> <p>4- Inclusão do tema Saúde bucal nas capacitações periódicas das líderes;</p> <p>5-Realização de contato com os serviços de saúde bucal que possam ser referência para as famílias acompanhadas.</p>	<p>5. Insumos:</p> <p>1- Materiais de trabalho: Guia do líder da Pastoral da Criança com inclusão do tema - Saúde Bucal - 4. ed., 2002 e 9.ed., revisada e ampliada 2007 e Guia - Prevenindo a cárie e as doenças da gengiva, 2006;</p> <p>2- Equipes de capacitadores da Pastoral;</p> <p>3- Infra-estrutura física: sedes/espços utilizados pela Pastoral nas dioceses, setores, paróquias e domicílios das famílias acompanhadas;</p> <p>4- Líderes capacitadas no Guia - ed. 2002; ed. 2007; e no Guia – Prevenindo a cárie e as doenças da gengiva, 2006;</p> <p>5- Equipe avaliadora do projeto - Saúde Bucal na Pastoral da Criança - para a fase de coleta, análise e uso da informação;</p> <p>6- Demais membros vinculados à outras ações e projetos da Pastoral.</p>	<p>4. Fatores externos ou suposições:</p> <p>1- manutenção e ampliação dos apoios técnicos financeiros e parcerias nos diversos níveis</p>
---	--	---

Tarefa 3 – Análise do contexto do projeto

a) Aspectos históricos

A Pastoral da Criança tem por objetivo o desenvolvimento integral das crianças, promovendo, em função delas, também suas famílias e comunidades. A metodologia da Pastoral sustenta-se na idéia de que a solução dos problemas sociais necessita da solidariedade humana, organizada e animada em rede, com objetivos definidos, e que o principal agente de transformação são as lideranças das comunidades pobres e miseráveis, capacitadas para mobilização das famílias em torno de um trabalho de promoção humana .

Tudo começou em 1982, em uma reunião da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre a paz mundial, na Suíça. James Grant, na época diretor executivo do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), sugeriu ao Cardeal Dom Paulo Evaristo Arns a criação de um projeto da Igreja para combater as altas taxas de mortalidade infantil no Brasil, provocadas principalmente pela diarreia. Em seu retorno, Dom Paulo procurou sua irmã, a Dra. Zilda Arns Neumann, e propôs-lhe que desenvolvesse o projeto. Em 1983, foi iniciada a Pastoral da Criança, como um projeto-piloto implantado em Florestópolis, Arquidiocese de Londrina, Paraná. Neste pequeno município, onde 74% do trabalho era realizado por lavradores bóias-frias, morriam 127 crianças para cada mil nascidas vivas. Após um ano de atividades, o trabalho dos líderes comunitários da Pastoral da Criança fez este índice cair para 28 mortes para cada mil crianças nascidas vivas. Em 1984 a Dra. Zilda Arns Neumann foi convidada a apresentar o trabalho aos Bispos do Brasil, em Assembléia Geral da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB). Com o seu apoio, a Pastoral da Criança cresceu, hoje está em todos os estados do país e sua metodologia foi levada a mais 15 países.

Nestes 25 anos de atuação, a Pastoral da Criança tem recebido inúmeros prêmios em reconhecimento à relevância do trabalho realizado. Em 2000, recebeu o Prêmio Unesco na categoria Direitos Humanos e Cultura de Paz, concedido a instituições e/ou pessoas que se destacaram por ações de elevada relevância social nessas áreas. Em 2003 recebeu, na Suécia, o Prêmio de Honra da organização sueca "Children's World", em reconhecimento aos serviços prestados para garantir os direitos da criança relativos à saúde, nutrição, educação e cidadania. Foi a Indicada Oficial do Governo Brasileiro ao Prêmio Nobel da Paz nos anos de 2001, 2002 e 2003.

Em 1993 a Pastoral empenhada em propiciar o desenvolvimento integral das crianças, sentiu a necessidade de intervir também na área da Saúde Bucal, saindo em busca das alternativas disponíveis, baseadas em evidências científicas, para atuação na sua faixa etária alvo: crianças de 0 a 6 anos. A Universidade de Londrina (UEL) já vinha desenvolvendo uma metodologia de atenção a esta faixa etária há mais de 10 anos. Assim sendo, em 1994 foi celebrado um acordo entre a Pastoral e a UEL para a transferência de tecnologias, visando a educação e prevenção das doenças da boca. Previa-se que o aumento da informação geraria concomitantemente o aumento da demanda às ações clínicas, porém, a maioria dos serviços públicos odontológicos não abrangia esta faixa etária, priorizando o atendimento do escolar. Diante disso, o projeto inicial caracterizou-se pelo foco na atenção clínica e foi denominado de Programa de Odontologia para Bebês da Pastoral da Criança. Contemplava além da ação educativa pelas líderes, a conformação de uma rede de apoio voltada ao atendimento clínico das crianças acompanhadas. Após várias reuniões, foi assinado em setembro de 1995, um convênio entre a Pastoral da Criança, a Universidade de Londrina (Bebê Clínica), o Conselho Regional de Odontologia do Paraná e a Prefeitura Municipal de Campo Largo, visando a implantação de um projeto-piloto, que previa ações básicas de saúde bucal pelas líderes e atenção clínica na Clínica de Bebês.

Em 1998 aconteceu o Primeiro Encontro de Saúde Bucal da Pastoral da Criança, com a participação de lideranças de 14 dioceses do Paraná e representantes de outros 5 estados das diversas regiões do país acompanhadas por um dentista voluntário. O objetivo principal era a sensibilização para a adesão ao projeto, visando tanto a capacitação das líderes para a incorporação da temática às suas atividades, quanto a busca de parcerias para viabilização da atenção clínica às crianças acompanhadas. Em 1999, aconteceu um novo encontro para avaliar os avanços da ação e novas adesões ao projeto, estando presentes todas as dioceses do Paraná e outros estados convidados. Um inquérito de julho de 1999 mostrou que 413 líderes

já haviam participado de capacitação em Saúde Bucal, trabalhando com um universo de 2.245 crianças.

A partir de então, alguns fatores começaram a delinear-se como complicadores da expansão do projeto. A dificuldade de adesão e permanência de novos dentistas voluntários frente ao número de líderes a serem capacitadas. A vinculação da viabilização da atenção clínica ao desenvolvimento das ações educativas pode ter desestimulado as equipes da Pastoral especialmente naqueles municípios onde não se teve respaldo da gerência dos serviços públicos de saúde.

Estas avaliações de processo levaram a uma reorientação do projeto, que passou a focar a formação e atuação das líderes em saúde bucal, desvinculando a Pastoral do compromisso de fomentar parcerias para a instalação das Clínicas do Bebê, significando uma importante retomada dos princípios básicos desta instituição. Nesta mesma época, o Governo do Estado do Paraná iniciou um projeto de implementação de Clínicas do Bebê em todos os municípios, enviando os equipamentos específicos para o atendimento desta população-alvo e promovendo a capacitação das equipes de saúde bucal, numa parceria com a Universidade de Londrina. Esta decisão conformou-se como um fator externo ao projeto da Pastoral, porém importante para seu desenvolvimento e sustentação. A partir de então as lideranças passaram a ser orientadas a fazer o encaminhamento para os serviços de saúde responsáveis pela área de atuação, quando detectadas necessidades de atenção clínica, sendo reforçada a necessidade das líderes trabalharem com as comunidades a temática da “saúde como direito e dever do Estado”.

b) Aspectos geográficos

A Pastoral da Criança baseia sua organização geográfico-administrativa na divisão hierárquica utilizada pela Igreja Católica, em dioceses e paróquias. A população-alvo desta avaliação é aquela abrangida pela diocese de Curitiba. Esta engloba além do município de Curitiba, mais nove municípios da região metropolitana. A situação de abrangência e um extrato dos indicadores da Pastoral nesta diocese estão descritos na tabela 1.

Tabela 1 - Extrato de Indicadores e Abrangência da diocese de Curitiba, 1º trim. de 2007

Crianças pobres-IBGE 2000-Munic-Setor	75.551
Nº crianças de 0 a < 6 anos cadastradas	12.531
%Cobertura de crianças pobres (<=2 SM)	17
Nº Líderes atuantes (média mensal)	1.053
Média mensal Pessoas de Apoio na Comun.	795
Nº gestantes cadastradas	592
Nº famílias cadastradas	10.248
Nº Comunidades	273
Nº Ramos	65
Nº Áreas	7
Nº Setores	4
Nº Paróquias	64
Nº Municípios com Pastoral da Criança	10
Emissoras que transmitem o Viva a Vida	1
Tempo semanal de veiculação (min)	15

Fonte: Sistema de Informação da Pastoral da Criança. Relatório Extrato de Indicadores

c) Aspectos socioeconômicos da população atendida pela Pastoral

A Pastoral da Criança atua especialmente, nas periferias das grandes cidades e nos bolsões de pobreza e miséria dos pequenos e médios municípios brasileiros, tendo como meta acompanhar todas as crianças das famílias pobres, ou seja, cuja renda do chefe de família for menor ou igual a dois salários mínimos. Os líderes são orientados a priorizar o acompanhamento daquelas famílias de maior risco social. Na tabela 2 observa-se uma variação da situação de pobreza entre os municípios que conformam a diocese em estudo, especialmente entre a capital e os demais municípios.

Tabela 2 –Situação de pobreza nos municípios da diocese de Curitiba

MUNICÍPIO	TAXA DE POBREZA	Índice de desenvolvimento econômico (IDH)
Curitiba	8,61%	0,856
Pinhais	14,18 %	0,815
Campo Largo	15,91%	0,774
Colombo	17,34 %	0,764
Porto Amazonas	19,22%	0,774
Campo Magro	21,48%	0,740
Balsa Nova	21,57%	0,781
Almirante Tamandaré	22,17%	0,728
Palmeira	27,97%	0,763
Rio Branco do Sul	31,87%	0,702
Itaperuçu	35,64%	0,675

Fonte: IPARDES (2007)

d) Aspectos políticos

A Pastoral da Criança alcançou um nível de credibilidade que lhe possibilitou contar com alguns ministérios como parceiros em seus projetos: Ministério da Saúde, do Desenvolvimento Social e Combate a Fome, da Educação e do Desporto. Conta ainda com o apoio financeiro de empresas como a Gol, Gerdau, HSBC, Novartis e Nestlé. Têm ainda como parceiros técnicos a UNICEF, OPAS, Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), Universidade Federal do Paraná (UFPR), Universidade de São Paulo (USP), Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde (CONASS e CONASEMS) e da Federação das Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAES). Desta forma, as condições de sustentabilidade das ações são favorecidas.

Especificamente em relação à ação de Saúde Bucal, um dos aspectos que podem favorecer ou dificultar as ações educativas é o acesso das crianças e gestantes acompanhadas às ações odontológicas clínicas. A falta de respaldo clínico em alguns municípios da diocese pode estar atuando como fator desmotivador para as líderes e famílias acompanhadas.

PASSO 2 ESTUDO DE VIABILIDADE E FACTIBILIDADE

Para execução deste passo foram realizadas duas tarefas:

Tarefa 1 Identificação e vinculação dos envolvidos

Tarefa 2 Conformação da equipe de avaliação

Com base nas informações colhidas nestas tarefas foi montado o quadro 2.

QUADRO 2 GRUPO ENVOLVIDO NA AVALIAÇÃO DO PROJETO: SAÚDE BUCAL

Nome e cargo do envolvido	Categoria a que pertence. (Tomador de decisão, avaliador, outro)	Ações a realizar para motivar e ganhar a aprovação do TD	Racionalidade do TD frente à avaliação (por que e para que avaliar o projeto)	Tipo de informação que necessita conhecer	Uso(s) que daria a avaliação
Coordenador de Saúde Bucal da Pastoral da Criança	Tomador de decisão e avaliador	Reunião em 26/04/07 para discutir a proposta de avaliação	Para buscar o caminho mais adequado para a ação, neste momento de desenvolvimento em que se encontra.	A percepção e expectativas das líderes sobre a ação de Saúde Bucal	Dar subsídios para o planejamento da capacitação específica na área

Coordenador Nacional Adjunto da Pastoral da Criança	Tomador de decisão	Reunião em 25/05/07 para discutir a proposta de avaliação	Apesar das atividades da Pastoral serem acompanhadas de forma permanente através de sistema de informações é importante a realização de avaliações independentes para medir seu impacto.	Especialmente a respeito do impacto da Capacitação no Novo Guia do Líder, que ainda não foi avaliado.	Embasamento para futuras reformulações no material de apoio e estratégias de capacitação
Coordenadora Geral da Diocese de Curitiba	Tomadora de decisão Avaliadora	Reunião em 06/06/07 para discutir a proposta de avaliação	Porque todo trabalho deve ser avaliado após um período de aplicação, para verificarmos as falhas, acertos e o que fazer para melhorar.	A aceitação e compreensão das informações contidas no guia do líder pelas líderes e mães.	Melhorar a capacitação das lideranças e se necessário aprimorar o conteúdo do Guia. Incentivar a prática da promoção da saúde nos vários níveis que se tem acesso.
Coordenadora do Setor Sul da Diocese de Curitiba	Tomadora de decisão Avaliadora	Participação na reunião de Coordenador as de Setor em 11/06/07 para discutir a proposta de avaliação	Porque sendo uma ação básica da Pastoral devemos sempre buscar intensificar os conhecimentos para as lideranças e conseqüentemente para as famílias acompanhadas	O nível atual de informação das líderes sobre o tema	Intensificar a capacitação nos pontos que se mostrarem deficientes
Coordenadora do Setor Norte da Diocese de Curitiba	Tomadora de decisão Avaliadora	Participação na reunião de Coordenador as de Setor em 11/06/07 para discutir a proposta de avaliação			
Coordenadora Paroquial do Setor Oeste	Tomadora de decisão Avaliadora	Participação na reunião do Setor em 12/06/07 para discutir a proposta de avaliação	Para verificar o que deu certo na ação e o que precisa melhorar	Saber se as líderes estão trabalhando as informações do guia com as famílias. Saber que tipos de parcerias (creches, escolas, associações) estão sendo buscadas pelas líderes para implementar o projeto.	Melhorar a capacitação das líderes, para que as mães possam vir a ter mais conhecimento sobre Saúde Bucal
Coordenadora Paroquial do Setor Norte	Tomadora de decisão Avaliadora	Participação na reunião do Setor em 14/06/07 para discutir a proposta de avaliação			
Coordenadora Paroquial do Setor Sul e Capacitadora	Tomadora de decisão Avaliadora	Participação na reunião do Setor em 14/06/07 para discutir a proposta de avaliação			

Coordenadora de área do Setor Oeste e Capacitadora	Tomadora de decisão Avaliadora	Participação na reunião do Setor em 12/06/07 para discutir a proposta de avaliação			
Coordenadora de área do Setor Norte e Capacitadora	Tomadora de decisão Avaliadora	Participação na reunião do Setor em 14/06/07 para discutir a proposta de avaliação	Porque é uma ação muito importante que em algumas comunidades já está caminhando bem, mas ainda precisa se consolidar em muitas outras.	Verificar com as lideranças como o trabalho está sendo realizado e caso não esteja sendo feito, verificar se esta rejeição ao projeto se deve a: desmotivação, falta de conhecimento, insegurança, vergonha da sua própria boca, ou outros.	Reavaliar junto com as líderes suas realidades, para que possamos verificar as diferenças de atuação e buscar soluções em conjunto.
Líder e Capacitadora Setor Noroeste	Tomadora de decisão Avaliadora	Participação na reunião do Setor em 12/06/07 para discutir a proposta de avaliação			
Líder e Capacitadora Setor Oeste	Avaliadora	Participação na reunião do Setor em 12/06/07 para discutir a proposta de avaliação			
Líder e Capacitador Setor Sul	Avaliador	Participação na reunião do Setor em 14/06/07 para discutir a proposta de avaliação			
Líder Setor Oeste	Avaliadora	Participação na reunião do Setor em 12/06/07 para discutir a proposta de avaliação	Porque é uma questão de mais informação e de saúde e assim é de interesse para as líderes, porque este é o nosso trabalho.	Se todas as líderes têm conversado com as famílias sobre as questões de saúde bucal.	Melhorar a capacitação das líderes e assim aumentar os conhecimentos para as famílias.
Líder Setor Norte	Avaliadora	Participação na reunião do Setor em 14/06/07 para discutir a proposta de avaliação			
Dentista Voluntária da Pastoral – Mestranda em Saúde Coletiva	Coordenadora do grupo avaliador	Participação em todas as reuniões para conformação do grupo avaliador e para ganhar o apoio dos tomadores de decisão	Porque a ação está num momento importante de consolidação e os resultados da avaliação podem ser decisivos para o sucesso da capacitação específica na área a ser realizada ainda este ano.	O quanto as lideranças já aderiram ao projeto, quais as potencialidades e fragilidades do processo de capacitação e atuação dos líderes	Subsidiar a próxima etapa do projeto, capacitação específica e colaborar para a ampliação e aperfeiçoamento da promoção de saúde bucal na Pastoral.

PASSO 3 DEFINIÇÃO DO ALCANCE DA AVALIAÇÃO

Tarefa 1 Formulação da pergunta e objetivo da avaliação

Uma pergunta e objetivo geral, preliminares, foram elaborados pela coordenação da equipe avaliadora. Estes foram submetidos à apreciação do grupo durante a Primeira Oficina de Avaliação.

Tarefa 2 Seleção e definição de variáveis e indicadores

Nesta oficina, além do refinamento da pergunta e objetivo iniciais, foram levantadas as variáveis e indicadores. A partir destes dados foi elaborado o quadro 3.

QUADRO 3 DEFINIÇÃO DO ALCANCE DA AVALIAÇÃO

Pergunta de Avaliação:	O processo de capacitação da líder está sendo efetivo para sua atuação na promoção da saúde bucal nas comunidades?			
Objetivo da avaliação:	Avaliar o processo de capacitação e atuação das líderes da Pastoral da Criança na promoção da saúde bucal.			
Variáveis:	Conceito	Variáveis específicas	Indicadores	Tipo de indicador
Processo de capacitação dos líderes da Pastoral da Criança	Processo por meio do qual os líderes devem adquirir conhecimentos e habilidades para reconhecer e atuar sobre os determinantes proximais e distais dos problemas bucais	1- metodologia utilizada 2- material de apoio 3- conhecimentos necessários para promoção da saúde bucal	1- características metodológicas do processo de capacitação 2.1- conteúdos de saúde bucal nos materiais de apoio 2.2- % dos líderes que utilizam os materiais de apoio durante suas atividades 3.1- percepção sobre a adequação dos conhecimentos para o desempenho da ação 3.2- conhecimentos sobre os determinantes, estratégias de prevenção e promoção da saúde bucal.	1- qualitativo 2.1- qualitativo 2.2- quantitativo 3.1- qualitativo 3.2- qualitativo

Atuação no estabelecimento de parcerias para a promoção da saúde bucal	Capacidade de articulação dos líderes com outros projetos dentro da Pastoral ou com outros órgãos governamentais ou não, que possam dar suporte às ações.	1- Papel da liderança na articulação 2- Articulação com outros projetos internos e externos.	1- percepção dos líderes da necessidade de articulação 2.1- % dos líderes que relatam encaminhamento para projetos internos e desenvolvimento de parcerias externas 2.2- número e tipos de parceiros internos e externos	1- qualitativo 2.1- quantitativo 2.2- qualitativo e quantitativo
Atuação dos líderes como promotores de saúde bucal	Desempenho das lideranças em atividades que impactem nos determinantes proximais e distais dos problemas de saúde bucal	1- Fatores que interferem na atuação dos líderes 2- Ações de promoção de saúde bucal realizadas	1.1- percepção dos líderes sobre os fatores facilitadores e dificultadores do desempenho da ação 1.2- auto percepção dos líderes sobre sua saúde bucal 2.1- tipos de ações promoção da saúde bucal realizadas 2.2- metodologia utilizada no desenvolvimento das ações	1.1- qualitativo 1.2- qualitativo 2.1- qualitativo 2.2- qualitativo

PASSO 4 DEFINIÇÃO DE FONTES E MÉTODOS DE COLETA DE INFORMAÇÕES

Tarefa 1 .Identificação, caracterização e seleção de fontes de informação

Ao final da Primeira Oficina de Avaliação foram levantadas as sugestões do grupo avaliador sobre com quem e onde obter as informações necessárias.

Tarefa 2 Métodos de coleta de informação

Ainda nesta oficina o grupo levantou as formas mais adequadas para coleta de dados, tendo em vista fatores contextuais como: reuniões que já fazem parte do cronograma de atividades e que poderiam ser utilizadas para coleta e o nível de escolaridade dos líderes.

Tarefa 3 Construir indicadores alternativos

Nesta avaliação não foi necessária a construção de indicadores alternativos, uma vez que existiu facilidade de acesso tanto a dados secundários quanto primários. Assim, a partir das discussões da Primeira Oficina, foi construído ainda o quadro 4.

QUADRO 4 INDICADORES, FONTES E MÉTODOS DE COLETA DE INFORMAÇÕES

Indicadores	Tipo de indicador	Fonte	Método de coleta da informação	Instrumento para coleta da informação
1-características metodológicas do processo de capacitação	1. qualitativo	1.1. Guia do Líder 1.2. Coordenação de capacitações 1.3.Capacitação no Guia do Líder	1.1 análise documental 1.2. entrevista 1.3. observação participante	1.1. roteiro de análise 1.2. roteiro de entrevista 1.3. roteiro de observação
2- conteúdos de saúde bucal nos materiais de apoio	2. qualitativo	2. materiais de apoio utilizados pelos líderes	2. análise documental	2. roteiro de análise de conteúdo
3- % dos líderes que utilizam os materiais de apoio durante suas atividades	3.quantitativo	3. líderes	3. inquérito com líderes	3. questionário
4- percepção sobre a adequação dos conhecimentos para o desempenho da ação	4.qualitativo	4. líderes	4.grupos focais	4. questões guia
5- conhecimentos sobre os determinantes, estratégias de prevenção e promoção da saúde bucal.	5. qualitativo	5.líderes	5. grupos focais	5. questões guia
6- percepção dos líderes da necessidade de articulação	6.qualitativo	6. líderes	6. grupos focais	6. questões guia
7- % dos líderes que relatam encaminhamento para projetos internos e desenvolvimento de parcerias externas	7. quantitativo	7. líderes	7. levantamento	7. questionário
8- número e tipos de parceiros internos e externos	8.quantitativo qualitativo	8. líderes	8. levantamento e grupos focais	8. questionário e questões guia
9- percepção dos líderes sobre os fatores facilitadores e dificultadores do desempenho da ação	9. qualitativo	9. líderes	9. grupos focais	9. questões guia

10- auto percepção dos líderes sobre sua saúde bucal	10.qualitativo	10. líderes	10. grupos focais	10. questões guia
11- número e tipos de ações promoção da saúde bucal realizadas	11.quantitativo e qualitativo	11. líderes	11. levantamento e grupos focais	11. questionário e questões guia
12- metodologia utilizada no desenvolvimento das ações	12. qualitativo	12. líderes	12. grupos focais	12. questões guia

PASSO 5 TRABALHO DE CAMPO

Tarefa 1 Planificação do trabalho de campo

Para o planeamento do trabalho de campo, a coordenadora do grupo avaliador participou de diversas reuniões nos quatro setores que compõem a diocese estudada. Foram utilizados os espaços das reuniões para apresentação da proposta de avaliação e definição dos locais e indivíduos participantes nos diferentes momentos de coleta de dados.

PASSO 6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DA INFORMAÇÃO

Tarefa 1 Processamento da informação quantitativa

Na execução desta tarefa foram seguidos os seguintes passos: codificação dos dados coletados, digitação e conformação do banco de dados, depuração e limpeza dos dados. Obtenção das frequências das variáveis de interesse e cruzamentos das variáveis para verificação das associações, utilizando o programa SPSS, versão 15.0.

Tarefa 2 Análise dos dados

Foram realizadas a análise descritiva dos dados e análise bivariada por meio do teste do Qui Quadrado, para apresentação ao grupo avaliador.

Tarefa 3 Processamento da informação qualitativa

Na execução desta tarefa foram seguidos os seguintes passos: transcrição das informações, revisão e ordenamento dos dados, segundo os objetivos e a pergunta de avaliação.

Tarefa 4 Análise dos dados

Realizou-se uma análise prévia dos dados segundo as categorias de análise e categorias interpretativas, utilizando a análise de conteúdo de Bardin, para apresentação ao grupo avaliador.

Tarefa 5 Integração das análises quantitativas e qualitativas

Para realização desta tarefa foi realizada uma Segunda Oficina de Avaliação. Foram apresentados os principais resultados, as primeiras análises quantitativas e qualitativas. Foram levantadas as possíveis causas dos resultados e as sugestões do grupo para superação dos fatores dificultadores e potencialização dos facilitadores. Nesta análise integrada, foi fundamental a retomada da análise contextual realizada durante a sistematização do projeto.

PASSO 7 COMUNICAÇÃO DOS RESULTADOS E TOMADA DE DECISÕES

Tarefa 1 Identificação dos decisores e seus interesses de informação

Tarefa 2 Definição dos objetivos da comunicação

Tarefa 3 Seleção das estratégias de comunicação

A partir da realização destas tarefas foi montado o quadro 5.

Quem necessita da informação?	O que necessita saber?	Por que necessita sabê-lo?	Como requer sabê-lo?	Para que necessita sabê-lo?	Quando necessita sabê-lo?
Coordenação Nacional da Pastoral da Criança	Resultados principais, conclusões e recomendações do grupo avaliador sobre as questões estudadas.	São os gestores da instituição e tomadores de decisão que podem influenciar na elaboração de material didático, andamento das capacitações e ações.	Reunião para apresentação oral, com uso de material de apoio escrito.	Tomar decisões sobre a capacitação específica em Saúde Bucal, sobre os rumos desta ação e sobre outros pontos da capacitação dos líderes como: aspectos pedagógicos e de trabalho em redes.	Resultados parciais ao longo do processo e informes finais imediatamente após a conclusão dos trabalhos.

Coordenação da Diocese e dos setores de Curitiba	Resultados principais, conclusões e recomendações do grupo avaliador sobre as questões estudadas.	Também tem papel decisório na instituição. Necessitam identificar estratégias exitosas que possam ser adaptada às diferentes realidades.	Resumo executivo da avaliação, com breve descrição dos passos do processo avaliativo, principais resultados, conclusões e recomendações. Formato curto e linguagem simples.	Vincular informação ao plano de atividades dos setores. Utilizar informação para planejamento das futuras capacitações.	Imediatamente após a conclusão da pesquisa, a ser retomado durante o planejamento das atividades semestrais nos setores.
Coordenações Paroquiais e de comunidade	Informações gerais sobre o processo avaliativo, seus resultados e recomendações.	Também são tomadores de decisões na sua esfera de atuação	Resumo executivo da avaliação, com breve descrição dos passos do processo avaliativo, principais resultados, conclusões e recomendações. Formato curto e linguagem simples.	Vincular informação ao plano de capacitações e atividades das paróquias e comunidades.	Imediatamente após a conclusão da pesquisa, a ser retomado durante o planejamento das atividades semestrais nas paróquias e comunidades.
Capacitadores	Informações gerais sobre o processo avaliativo, seus resultados e recomendações.	Para conhecer, discutir e utilizar as recomendações no planejamento de futuras capacitações.	Resumo executivo da avaliação, com breve descrição dos passos do processo avaliativo, principais resultados, conclusões e recomendações. Formato curto e linguagem simples.	Vincular informação ao plano de ação dos capacitadores.	Imediatamente após a conclusão da pesquisa, a ser retomado durante o planejamento de capacitações
Líderes	Informações gerais sobre o processo avaliativo, seus resultados e recomendações.	Para conhecer, discutir e implementar as recomendações na realização das ações.	Resumo executivo da avaliação, com breve descrição dos passos do processo avaliativo, principais resultados, conclusões e recomendações. Formato curto e linguagem simples.	Vincular informação ao planejamento local de atividades pelos líderes.	Imediatamente após a conclusão da pesquisa, a ser retomado durante as reuniões para reflexão e avaliação.
Comunidade acadêmica	Objetivos, método, resultados, discussão e conclusões da pesquisa.	Conhecer os passos da pesquisa avaliativa realizada.	Apresentação do trabalho em congressos. Publicação de artigos científicos.	Reconhecer experiências exitosas e dificuldades enfrentadas no processo avaliativo e na ação estudada, que possam ser utilizadas como referência em outros contextos.	Durante e após a realização da pesquisa.

RESUMO EXECUTIVO APRESENTADO À PASTORAL DA CRIANÇA

Sugere-se a utilização deste resumo executivo durante as reuniões de coordenação setoriais e de ramos, bem como nas reuniões de reflexão e avaliação para divulgação dos resultados da pesquisa intitulada: EFETIVIDADE DO PROCESSO DE CAPACITAÇÃO DOS LÍDERES DA PASTORAL DA CRIANÇA PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL EM CURITIBA, BRASIL.

INTRODUÇÃO

Dentre as ações básicas da Pastoral da Criança está a Saúde Bucal. No ano de 2007 e 2008 foi realizada uma pesquisa sobre esta ação na diocese de Curitiba. O objetivo foi avaliar como a saúde bucal estava sendo trabalhada nas capacitações e materiais de apoio (Guia do Líder, Laços de Amor, Jornal) e se os líderes já estavam realizando orientações sobre este tema nas visitas e dias da “Celebração da Vida”. Além disso, havia o interesse em verificar a aplicação do método de ensino utilizado para formação dos líderes: o “ver-julgar-agir” e outras ações da Pastoral da Criança que poderiam contribuir para promover saúde bucal.

MÉTODO

Para responder estas questões foi utilizada uma metodologia participativa. Foi formada uma equipe avaliadora com dezesseis pessoas: representantes da Coordenação Nacional, da coordenação dos setores da diocese, coordenadores de ramo, capacitadores e líderes. Foi realizada uma Primeira Oficina de Avaliação onde foram discutidos os objetivos da pesquisa e formas de buscar as informações. Durante o segundo semestre de 2007 e primeiro de 2008, foram feitos dois grupos de discussão com líderes, entrevistas com coordenadores, 312 líderes responderam um questionário. A pesquisadora que coordenou a equipe avaliadora observou uma capacitação no Guia do Líder e estudou mais profundamente todos os materiais de apoio utilizados pelas lideranças. A equipe se reuniu em uma Segunda Oficina de Avaliação para analisar os resultados, buscar suas causas e sugerir formas de superar as dificuldades encontradas. No segundo semestre de 2008 a pesquisadora reuniu todo o material para a elaboração de dois artigos científicos a serem publicados em revistas da área da saúde e elaborou este resumo para divulgação dos resultados dentro da Pastoral da Criança.

PRINCIPAIS RESULTADOS

Apenas 19% dos líderes afirmaram que as capacitações prepararam para esta ação, 46% que prepararam parcialmente e 35% que não prepararam. O questionário mostrou que 52% dos líderes realizaram orientações sobre saúde bucal nas visitas e 63% organizaram atividades no dia da “Celebração da Vida”. Para realizar estas atividades 52% buscaram parcerias na própria Pastoral (outros líderes e coordenações) e 55% buscaram apoios externos (principalmente nos serviços de

saúde). Quase metade (48%) dos líderes afirmaram que suas próprias condições de saúde bucal influenciavam na abordagem deste tema.

Os principais fatores dificultadores da ação foram o pouco enfoque dado ao assunto nas capacitações, dificuldade de buscar parcerias e a situação sócio-econômica das famílias. Embora as parcerias tenham sido apontadas como fundamentais, ocorreu uma discordância sobre quem deve buscá-las, se os líderes ou as coordenações. Todos os entrevistados afirmaram que as reuniões mensais de coordenações, de reflexão e o jornal são formas de educação permanente que podem facilitar a implementação de ações mais específicas como a saúde bucal.

Quanto ao método “ver-julgar-agir” observou-se que nem todos os capacitadores compreendem e aplicam este método nas capacitações, isto dificulta que o líder utilize depois o método nas suas atividades (especialmente nas reuniões de reflexão e avaliação). A capacitação observada utilizou um método de ensino mais tradicional, focando na leitura dos conteúdos técnicos do Guia.

Observou-se ainda que existem inúmeras ações que podem colaborar na promoção da saúde bucal, especialmente o incentivo ao aleitamento materno, alimentação enriquecida, hortas caseiras e comunitárias. Contudo, constatou-se certa limitação dos líderes em perceber as relações dessas ações com a saúde bucal.

PRINCIPAIS CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES DA EQUIPE AVALIADORA

1. Não é possível abordar profundamente todos os temas durante a capacitação inicial no Guia do Líder. Neste primeiro momento o essencial é destacar a relação da saúde bucal com os outros temas e ações da Pastoral da Criança. Discutir o que o aleitamento materno, alimentação saudável, prevenção de acidentes domésticos e violência e demais temas têm a ver com a saúde da boca.
2. Num segundo momento torna-se importante o aprofundar questões de saúde bucal em uma capacitação específica, para incentivar a realização de atividades pelas lideranças. Nesta capacitação é importante utilizar o método “ver-julgar-agir” e reforçar a relação da saúde bucal com os outros temas já trabalhados pelos líderes nas visitas e celebrações.
3. É importante estimular os líderes a procurarem os serviços públicos de saúde bucal, para conhecer seu trabalho (principalmente sobre atendimento de crianças de 0 a 6 anos e gestantes) e para realizarem seus próprios tratamentos, já que as lideranças afirmaram trabalhar fortemente apoiadas em exemplos pessoais. Devido ao fato de alguns municípios da diocese possuírem serviços odontológicos que não abrangem todas as faixas etárias e são de difícil acesso, cabe aos coordenadores buscar parcerias com as secretarias de saúde destes

municípios, divulgando os resultados desta pesquisa e a necessidade de apoio dos serviços ao trabalho realizado na Pastoral (inclusive priorizando o atendimento dos líderes).

4. Os líderes trabalham com famílias que têm situações sócio-econômicas muito complexas. Os documentos sobre Promoção da Saúde apontam a impossibilidade de enfrentar essa complexidade sem a busca de parcerias e formação de redes de apoio. É fundamental a articulação do trabalho do líder com outras ações dentro da própria Pastoral da Criança, com outras pastorais sociais, bem como com parceiros externos. O grupo concluiu que isto deve acontecer de forma descentralizada, enquanto o líder busca apoios na sua própria comunidade, as coordenações estabelecem os contatos mais amplos dentro e fora da Pastoral.
5. Observou-se dificuldade de aplicação do método previsto para formação e atuação dos líderes: o “ver-julgar-agir-avaliar-celebrar”. Dentre as razões levantadas para este problema destacou-se a falta de aprofundamento sobre esta metodologia, especialmente para aqueles que assumem a função de capacitadores. A postura “tradicional” onde o professor fala e os demais escutam é dominante em nossa sociedade. Assumir uma forma diferente de educar significa “nadar contra a maré”. Por isso é fundamental que os capacitadores compreendam melhor esta metodologia para que a utilizem nas capacitações e sejam capazes de estimular os coordenadores e líderes a também utilizá-la nas diversas atividades.
6. As reuniões mensais entre coordenadores e líderes, bem como as reuniões para reflexão e avaliação nas comunidades, mostraram-se importantes espaços de formação permanente. Porém, em alguns locais estes momentos são utilizados apenas para preenchimento de relatórios e prestação de contas. Concluiu-se que é fundamental reforçar a importância da utilização destes momentos para discussão dos problemas, busca conjunta de soluções e aprofundamento de temas específicos, como a saúde bucal.

A equipe avaliadora espera que esta pesquisa e a divulgação deste resumo possam contribuir para a ampliação e consolidação da ação - Saúde Bucal - na Pastoral da Criança e para que todas as crianças possam ter mais vida e sorrisos em abundância!

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO UTILIZADO NO INQUÉRITO**QUESTIONÁRIO SOBRE AS AÇÕES DE SAÚDE BUCAL Código da líder:**

1. Há quanto tempo você atua como líder da Pastoral?
 0.() 1 a 5 anos 1.() 6 a 10 anos 2.() mais de 10 anos
2. Você atua ou atuou como Agente Comunitário(a) de Saúde (ACS)? 0.() não 1.() sim

ATENÇÃO: VOCÊ PODE MARCAR MAIS DE UMA RESPOSTA EM CADA QUESTÃO

3. Depois da capacitação no Guia do Líder, você passou a dar alguma orientação **sobre saúde bucal** nas **visitas domiciliares**?
 0. () ainda não realizo nenhuma orientação sobre este tema
 1. () oriento sobre cuidados com a saúde bucal (limpeza e alimentação)
 2. () encaminhamento para atendimento pela equipe de saúde bucal (dentista)
 3. () outras.- escreva:
4. Você já fez alguma atividade **sobre saúde bucal** no dia da **Celebração da Vida**?
 0. () não realizei nenhuma atividade sobre saúde bucal no Dia da Celebração da Vida
 1. () palestra (alguém falou para todo o grupo)
 2. () teatrinho de fantoches
 3. () conversas com pais /responsáveis
 4. () outras - Escreva:.....
5. Caso já tenha feito, quem realizou a atividade no dia da Celebração da Vida?
 0. () a atividade foi realizada por mim
 1. () convidei outros líderes ou pessoas ligadas à Pastoral
 2. () convidei pessoas de fora da Pastoral
6. Para trabalhar **saúde bucal** nas visitas domiciliares ou no Dia da Celebração da Vida, você utiliza algum material de apoio?
 0. () Não costumo utilizar nenhum material de apoio
 1. () Guia do Líder
 2. () Laços de Amor
 3. () Jornal da Pastoral
 4. () Outros- escreva:
7. Você busca algum apoio **dentro da Pastoral** para realizar o trabalho de **saúde bucal**?
 0.() Não busquei nenhum apoio até o momento
 1.() Outro(a)s líderes
 2.() Coordenadores da Pastoral
 3.() Outras ações da Pastoral: alimentação enriquecida, brinquedos e brincadeiras, articuladores de saúde/políticas públicas
 4.() Outros - escreva:.....
8. Você busca alguma parceria **fora da Pastoral** para as atividades de **saúde bucal**?

APÊNDICE C – QUESTÕES GUIA PARA OS GRUPOS FOCAIS

Unidades de análise	Questões indutoras de debate
Percepção sobre a adequação do conhecimento para o desempenho da ação	Vocês acham que as capacitações no Guia do Líder preparam para realizar orientações sobre saúde bucal? Por quê?
Percepção sobre as ações de promoção de saúde bucal realizadas	Vocês acham que os líderes têm realizado orientações sobre saúde bucal nas visitas, dia da Celebração da Vida?
Percepção sobre fatores que interferem no desempenho da ação	O que tem facilitado a realização de orientações sobre saúde bucal pelos líderes?
Percepção sobre fatores que interferem no desempenho da ação	O que tem dificultado a realização de orientações sobre saúde bucal pelos líderes?
Percepção sobre fatores que interferem no desempenho da ação	A condição de saúde bucal do líder influencia na realização desse trabalho?
Percepção sobre necessidade de articulação	Existem outros temas trabalhados na capacitação que ajudam a promover saúde bucal?
Percepção sobre o impacto das ações	Vocês acham que os líderes da Pastoral da Criança têm ajudado as famílias a ter mais saúde bucal? Como?

APENDICE D – ROTEIROS DA ANÁLISE DOS MATERIAIS DE APOIO E DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE NO GUIA DO LÍDER

ROTEIRO DE ANÁLISE DOS MATERIAIS DE APOIO UTILIZADOS PELOS LÍDERES

- 1- Quais os principais conteúdos sobre saúde bucal contidos no material?
- 2- Eles estão separados ou são trabalhados de forma (conjunta/integrada) com os demais temas do material?
- 3- A tendência pedagógica está explicitada no material, ou pode ser detectada por algumas características? Quais?

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DA CAPACITAÇÃO NO GUIA DO LÍDER

- 1- Qual a tendência pedagógica da capacitação? Que características indicam esta tendência?
- 2- Como a saúde bucal é trabalhada na capacitação? De forma isolada? Integrada aos outros temas?
- 3- Quem trabalhou os temas? Um profissional da equipe de saúde bucal? Outro? Qual?
- 4- Surgiram dúvidas sobre os conteúdos de saúde bucal propostos? Quais?
- 5- Foi discutida a necessidade de buscar apoio /parceria dentro e fora da Pastoral, para realizar o trabalho de saúde bucal?
- 6- Foi discutido que outras ações já realizadas pelos líderes como o incentivo ao aleitamento materno e à alimentação enriquecida são formas de promover a saúde bucal?

APÊNDICE E – ROTEIROS DAS ENTREVISTAS

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM A COORDENAÇÃO DE SAÚDE BUCAL NA PASTORAL

- 1- Quando e como surgiu a idéia de inserir a temática da saúde bucal na Pastoral da Criança?
- 2- Quais os principais objetivos da ação básica - Saúde Bucal - na Pastoral?
- 3- Como esta ação é desenvolvida na Pastoral?
- 4- Como você avalia a implementação desta ação até o momento?
- 5- Você acha que as líderes e coordenações da Diocese de Curitiba incorporaram esta ação no seu dia-a-dia? Por quê?

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM A COORDENAÇÃO DE CAPACITAÇÕES NA PASTORAL – primeira parte

- 1- Qual a metodologia básica utilizada nas capacitações da Pastoral da Criança?
- 2- Quando e como a temática da saúde bucal foi inserida nas capacitações e materiais de apoio?
- 3- Quem são os capacitadores? Existe algum apoio técnico nas capacitações para as questões de saúde bucal?
- 4- Você acha que as capacitações no Guia do Líder têm sido suficientes para capacitar os líderes para orientação sobre a saúde bucal?
- 5- Você acha que as líderes e coordenações da Diocese de Curitiba incorporaram esta ação no seu dia-a-dia? Por quê?

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM A COORDENAÇÃO DE CAPACITAÇÕES NA PASTORAL – segunda parte

- 6- Já que os líderes atuam como educadores, existe alguma tendência pedagógica definida pela Pastoral para sua atuação?

- 7- Eles são preparados pedagogicamente para atuar como educadores? Ou seja, existe uma capacitação pedagógica ou dentro das outras capacitações é discutido sobre a forma como eles vão trabalhar os assuntos nas comunidades?
- 8- A Pastoral atua com famílias pobres e abaixo da linha de pobreza, muitas desempregadas, com baixa escolaridade, em condições de moradia, alimentação, vestuário e higiene muito precárias. Você acha que nestas condições as ações educativas tem conseguido levar às mudanças de comportamento esperadas?
- 9- Quando um líder encontra uma família nesta situação sócio-econômica tão precária, ou casos de violência familiar, problemas com álcool ou drogas, que dificultam até mesmo a continuidade do seu trabalho com a família, qual seria seu papel?
- 10- Tendo em vista que esta é uma situação bastante comum nas comunidades, nas capacitações é estimulado o trabalho em redes, a busca de parcerias com outras pastorais ou outras fontes de suporte social fora da Pastoral?

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM A COORDENAÇÃO DA DIOCESE DE CURITIBA

- 1- Quais os principais objetivos da ação básica - Saúde Bucal - na Pastoral?
- 2- Como esta ação acontece na Pastoral?
- 3- Você acha que as capacitações no Guia do Líder têm sido suficientes para capacitar os líderes para orientação sobre a saúde bucal?
- 4- Você acha que as líderes e coordenações da Diocese de Curitiba incorporaram esta ação no seu dia-a-dia? Por quê?
- 5- A Pastoral atua com famílias pobres e abaixo da linha de pobreza, muitas desempregadas, com baixa escolaridade, em condições de moradia, alimentação, vestuário e higiene muito precárias. Você acha que nestas condições as ações educativas tem conseguido levar às mudanças de comportamento esperadas?
- 6- Nestas situações o que os líderes são orientados a fazer? Ou seja, quando um líder encontra uma família nesta situação sócio-econômica tão precária, ou casos de violência familiar, problemas com alcoolismo, drogadição, que dificultam até mesmo a continuidade do seu trabalho com a família, qual seria seu papel?
- 7- Tendo em vista que esta é uma situação bastante comum nas comunidades, nas capacitações é estimulado o trabalho em redes, a busca de parcerias com outras pastorais ou outras fontes de suporte social fora da Pastoral?

APÊNDICE F – TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – GRUPO 1

Eu.....Rg nº _____, estou sendo convidado(a) a participar de um estudo denominado: “Efetividade do processo de capacitação dos líderes da pastoral da criança para seu desempenho na promoção da saúde bucal, diocese de Curitiba, Brasil.” cujo objetivo é avaliar o processo de capacitação e atuação dos líderes da pastoral da criança para a promoção da saúde bucal.

Sei que para o avanço da pesquisa a participação de voluntários é de fundamental importância. Caso aceite participar desta pesquisa eu serei entrevistado(a) pela pesquisadora.

Estou ciente de que a participação na pesquisa não oferece riscos, por se tratar de entrevista e que esta poderá ser gravada.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome, ou qualquer outro dado confidencial, será mantido em sigilo. A elaboração final dos dados será feita de maneira codificada, respeitando o imperativo ético da confidencialidade.

Estou ciente de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, nem sofrer qualquer dano.

A pesquisadora envolvida com o referido projeto é, Silvia Maria Prado Lopes Queiroz com quem poderei manter contacto pelos telefones: 3308-2669 e 9185-2166.

Estão garantidas todas as informações que eu queira saber antes, durante e depois do estudo.

Li, portanto, este termo, fui orientado quanto ao teor da pesquisa acima mencionada e compreendi a natureza e o objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. Concordo, voluntariamente em participar desta pesquisa, sabendo que não receberei nem pagarei nenhum valor econômico por minha participação.

Assinatura do sujeito de pesquisa

Assinatura da pesquisadora

Curitiba _____ de _____ de 2007.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – GRUPO 2

Eu _____ Rg
nº _____, estou sendo convidado(a) a participar de um estudo denominado:
“Efetividade do processo de capacitação dos líderes da pastoral da criança para seu desempenho na
promoção da saúde bucal, diocese de Curitiba, Brasil.” cujo objetivo é avaliar o processo de
capacitação e atuação dos líderes da pastoral da criança para a promoção da saúde bucal.

Sei que para o avanço da pesquisa a participação de voluntários é de fundamental importância.
Caso aceite participar desta pesquisa eu concordo que a pesquisadora observe a capacitação no
Guia do Líder da qual estarei participando como capacitador(a).

Estou ciente de que a participação na pesquisa não oferece riscos, por se tratar de simples
observação e que a capacitação poderá ser gravada.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome, ou qualquer outro
dado confidencial, será mantido em sigilo. A elaboração final dos dados será feita de maneira
codificada, respeitando o imperativo ético da confidencialidade.

Estou ciente de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a
qualquer momento, sem precisar justificar, nem sofrer qualquer dano.

A pesquisadora envolvida com o referido projeto é, Silvia Maria Prado Lopes Queiroz com quem
poderei manter contacto pelos telefones: 3308-2669 e 9185-2166.

Estão garantidas todas as informações que eu queira saber antes, durante e depois do estudo.

Li, portanto, este termo, fui orientado quanto ao teor da pesquisa acima mencionada e
compreendi a natureza e o objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. Concordo,
voluntariamente em participar desta pesquisa, sabendo que não receberei nem pagarei nenhum valor
econômico por minha participação.

Assinatura do sujeito de pesquisa

Assinatura da pesquisadora

Curitiba _____ de _____ de 2007.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – GRUPO 3

Eu _____ Rg
nº _____, estou sendo convidado(a) a participar de um estudo denominado:
“Efetividade do processo de capacitação dos líderes da pastoral da criança para seu desempenho na
promoção da saúde bucal, diocese de Curitiba, Brasil.” cujo objetivo é avaliar o processo de
capacitação e atuação dos líderes da pastoral da criança para a promoção da saúde bucal.

Sei que para o avanço da pesquisa a participação de voluntários é de fundamental importância.
Caso aceite participar desta pesquisa eu preencheri um questionário sobre as capacitações e meu
trabalho como líder da Pastoral da Criança.

Estou ciente de que a participação na pesquisa não oferece riscos, por se tratar de um
questionário.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome, ou qualquer outro
dado confidencial, será mantido em sigilo. A elaboração final dos dados será feita de maneira
codificada, respeitando o imperativo ético da confidencialidade.

Estou ciente de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a
qualquer momento, sem precisar justificar, nem sofrer qualquer dano.

A pesquisadora envolvida com o referido projeto é, Silvia Maria Prado Lopes Queiroz com quem
poderei manter contacto pelos telefones: 3308-2669 e 9185-2166.

Estão garantidas todas as informações que eu queira saber antes, durante e depois do estudo.

Li, portanto, este termo, fui orientado quanto ao teor da pesquisa acima mencionada e
compreendi a natureza e o objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. Concordo,
voluntariamente em participar desta pesquisa, sabendo que não receberei nem pagarei nenhum valor
econômico por minha participação.

Assinatura do sujeito de pesquisa

Assinatura da pesquisadora

Curitiba _____ de _____ de 2007.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – GRUPO 4

Eu _____ Rg
nº _____, estou sendo convidado(a) a participar de um estudo denominado:
“Efetividade do processo de capacitação dos líderes da pastoral da criança para seu desempenho na
promoção da saúde bucal, diocese de Curitiba, Brasil.” cujo objetivo é avaliar o processo de
capacitação e atuação dos líderes da pastoral da criança para a promoção da saúde bucal.

Sei que para o avanço da pesquisa a participação de voluntários é de fundamental importância.
Caso aceite participar desta pesquisa eu participarei em grupos focais (grupos de discussão) sobre as
capacitações e sobre o meu trabalho como líder da Pastoral da Criança..

Estou ciente de que a participação na pesquisa não oferece riscos, por se tratar de grupos de
discussão, que poderão ser gravados.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome, ou qualquer outro
dado confidencial, será mantido em sigilo. A elaboração final dos dados será feita de maneira
codificada, respeitando o imperativo ético da confidencialidade.

Estou ciente de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a
qualquer momento, sem precisar justificar, nem sofrer qualquer dano.

A pesquisadora envolvida com o referido projeto é, Silvia Maria Prado Lopes Queiroz com quem
poderei manter contacto pelos telefones: 3308-2669 e 9185-2166.

Estão garantidas todas as informações que eu queira saber antes, durante e depois do estudo.

Li, portanto, este termo, fui orientado quanto ao teor da pesquisa acima mencionada e
compreendi a natureza e o objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. Concordo,
voluntariamente em participar desta pesquisa, sabendo que não receberei nem pagarei nenhum valor
econômico por minha participação.

Assinatura do sujeito de pesquisa

Assinatura da pesquisadora

Curitiba _____ de _____ de 2007

ANEXOS

**ANEXO A – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO SEMINÁRIO/OFICINA
INTERNACIONAL DE AVALIAÇÃO DE EFETIVIDADE EM SAÚDE PÚBLICA**



Centro Colaborador de la OMS/OPS en Evaluación,
Capacitación y Abogacía en Promoción de la Salud



En atención a que:

Silvia María Prado Lopes Queiroz

Ha cumplido con las actividades programadas con una intensidad de 28 horas, le expide el presente


**CERTIFICADO DE ASISTENCIA
AL SEMINARIO TALLER INTERNACIONAL DE
EVALUACIÓN DE EFECTIVIDAD EN SALUD PÚBLICA**

En testimonio de ello, se firma en la ciudad de Santiago de Cali, a los 14 días del mes de julio de 2007




LIGIA DE SALAZAR
Directora CEDETES

ANEXO B - CARTA DE APOIO À REALIZAÇÃO DA PROPOSTA AVALIATIVA PELA COORDENAÇÃO NACIONAL DA PASTORAL DA CRIANÇA



Curitiba, 05 de julho de 2007

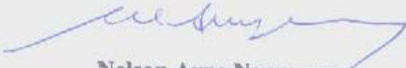
Att. Pontifícia Universidade Católica do Paraná
A/C Prof. Dr. Sérgio Vieira
Diretor do Programa de Pós-Graduação em Odontologia

Prezado Professor Sérgio,

Paz e Bem!

A Coordenação Nacional da Pastoral da Criança vem por meio desta declarar seu apoio à realização da avaliação “O TRABALHO DA LÍDER DA PASTORAL DA CRIANÇA E SEU IMPACTO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL” coordenada pela Cirurgiã-Dentista Silvia Maria P. L. Queiroz, voluntária desta instituição, como parte integrante do curso de Mestrado em Odontologia – área de concentração Saúde Coletiva e como trabalho de referência no Seminário Internacional de Avaliação de Efetividade em Saúde Pública, Cali, Colômbia. Para tanto, compromete-se a disponibilizar a informação pertinente em relação ao tema a ser avaliado, para o cumprimento das etapas previstas na avaliação.

Atenciosamente,



Nelson Arns Neumann
Coordenador Nacional Adjunto da Pastoral da Criança

Pastoral da Criança
Organismo de Ação Social da CNBB - Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
Rua Jacarezinho, 1691 • CEP: 80810-900 • Curitiba • Paraná • Brasil
Tel. (41) 2105-0250 • Fax: (41) 2105-0299
Home page: <http://www.pastoraldacrianca.org.br> • Email: pastor@pastoraldacrianca.org.br

ANEXO C – APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA NO COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ



PUCPR

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ

NÚCLEO DE BIOÉTICA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER CONSUBSTANCIADO DE PROTOCOLO DE PESQUISA

Parecer nº: 583/07 CEP PUCPR
Registro do projeto no CEP: 1953

Título do Projeto: EFETIVIDADE DO PROCESSO DE CAPACITACAO DOS
LIDERS DA PASTORAL DA CRIANÇA PARA SEU DESENPEMHO NA
PROMOÇÃO DA SAUDE BUCAL, DIOCESE DE CURITIBA , BRASIL.

Grupo: 3

Pesquisador responsável: SILVIA MARIA PRADO LOPES QUEIROZ

Instituição: PUCPR

Objetivos: AVALIAR A EFETIVIDADE DO PROGRAMA DE CAPACITACAO DE
LIDERS DA PASTORAL DA CRIANÇA EM QUALIFICAR O DESENPENHO DOS
LIDERS NA PROMOCAO DA SAUDE BUCAL.

Comentários: PROJETO ADEQUADO DO PONTO DE VISTA ÉTICO E
METOLOGICO.

Considerações:

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: ADEQUADO.

Recomendações:

Conclusões: APROVADO

Devido ao exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR, de acordo com as exigências das Resoluções Nacionais 196/96 e demais relacionadas a pesquisas envolvendo seres humanos, em reunião realizada no dia: 27/7/2007, manifesta-se pela **APROVAÇÃO** do projeto.

Situação: PROJETO APROVADO

Lembramos aos senhores pesquisadores que, no cumprimento da Resolução 196/96, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios anuais sobre o andamento do estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do estudo.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP-PUCPR de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificado e as suas justificativas.

Se a pesquisa, ou parte dela for realizada em outras instituições, cabe ao pesquisador não iniciá-la antes de receber a autorização formal para a sua realização. O documento que autoriza o início da pesquisa deve ser carimbado e assinado pelo responsável da instituição e deve ser mantido em poder do pesquisador responsável, podendo ser requerido por este CEP em qualquer tempo.

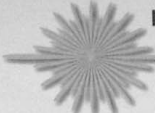
Curitiba, 12 de setembro de 2007



Prof. Dr. Sergio Surugi de Siqueira
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
PUC PR

ANEXO D – CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DO TRABALHO NO II SEMINÁRIO BRASILEIRO DE EFETIVIDADE DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

CERTIFICADO




II SEMINÁRIO BRASILEIRO DE EFETIVIDADE DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Certificamos que

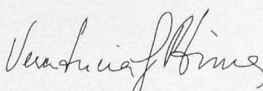
Silvia Maria Prado Lopes Queiroz; Samuel Jorge Moysés; Simone Tetü Moysés

participaram do II Seminário Brasileiro de Efetividade da Promoção da Saúde, promovido pela(s) União Internacional de Promoção da Saúde e Educação em Saúde/Oficina Regional Latino Americana – Sub-Região Brasil (UIPES/ORLA-BR), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ), Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP/CEPEDOC) e Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), no período de 13 a 16 de maio de 2008, na cidade do Rio de Janeiro – Brasil, na qualidade de autor do trabalho: "EFETIVIDADE DO PROCESSO DE CAPACITAÇÃO DOS LÍDERES DA PASTORAL DA CRIANÇA PARA SEU DESEMPENHO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL, DIOCESE DE CURITIBA, BRASIL.", apresentado na modalidade pôster.

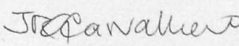
Rio de Janeiro, 16 de maio de 2008



Antônio Ivo de Carvalho
Diretor da ENSP/FIOCRUZ
Coordenador do GT de PS - ABRASCO

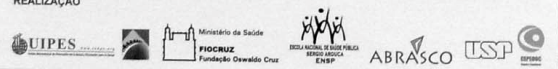


Vera Lúcia Góes P. Lima
Coordenação da UIPES/ORLA - BR




José da Rocha Carneiro
Presidente da ABRASCO


REALIZAÇÃO



PATROCÍNIO



APOIO



ANEXO E – CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DO TRABALHO NA 25ª REUNIÃO ANUAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PESQUISA ODONTOLÓGICA



**Reunião Anual
da SBPqO**



Certificado

Certificamos que

o trabalho Efetividade do processo de capacitação dos líderes da Pastoral da Criança para promoção da saúde bucal, Curitiba, Brasil. Queiroz SMPL*, Moysés SJ, França BHS, Bisinelli JC, Carvalho ML, Gaio DC, Spirandelli VMP, Moysés ST, foi apresentado

na 25ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica
no período de 30 de Agosto a 2 de Setembro de 2008
em Águas de Lindóia - SP - Brasil.


Kátia Regina Hostílio Cervantes Dias
Presidente


Ivo Carlos Correa
Secretário


Luiz Alberto Plácido Penna
Tesoureiro

ANEXO F – CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DO TRABALHO NO XVIII CONGRESSO MUNDIAL DE EPIDEMIOLOGIA E VII CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA



Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)