

**SARA OLIVEIRA LISBOA**

**QUAL É O NÍVEL DE ALFABETISMO EM SAÚDE BUCAL NECESSÁRIO PARA  
ESCOLHER E QUANTIFICAR APROPRIADAMENTE O DENTIFRÍCIO  
FLUORETADO PARA CRIANÇAS?**

**Faculdade de Odontologia  
Universidade Federal de Minas Gerais  
Belo Horizonte- MG  
2019**

Sara Oliveira Lisboa

**QUAL É O NÍVEL DE ALFABETISMO EM SAÚDE BUCAL NECESSÁRIO PARA  
ESCOLHER E QUANTIFICAR APROPRIADAMENTE O DENTIFRÍCIO  
FLUORETADO PARA CRIANÇAS?**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Odontologia – área de concentração em Odontopediatria.

**Orientador:** Prof. Dra. Fernanda Morais Ferreira

**Coorientador:** Prof. Dr. Saul Martins de Paiva

Belo Horizonte  
2019

## Ficha Catalográfica

L769q Lisboa, Sara Oliveira.  
2019 Qual é o nível de alfabetismo em saúde bucal necessário  
D para escolher e quantificar apropriadamente o dentifrício  
fluoretado para crianças? / Sara Oliveira Lisboa. -- 2019.

57 f. : il.

Orientador: Fernanda Morais Ferreira.  
Coorientador: Saul Martins de Paiva.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Odontologia.

1. Alfabetismo em saúde. 2. Saúde bucal. 3. Fluoretos.  
4. Cárie dentária. 5. Fluorose dentária. I. Ferreira,  
Fernanda Morais. II. Paiva, Saul Martins de. III.  
Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de  
Odontologia. IV. Título.

BLACK - D517



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA



## FOLHA DE APROVAÇÃO

**Qual é o nível de alfabetismo em saúde bucal necessário para escolher e quantificar apropriadamente o dentífrico fluretado para crianças?**

**SARA OLIVEIRA LISBOA**

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, como requisito para obtenção do grau de Mestre, área de concentração Odontopediatria.

Aprovada em 12 de junho de 2019, pela banca constituída pelos membros:

Prof(a). Fernanda de Moraes Ferreira - Orientadora  
FO-UFMG

Prof(a). Márcia Gomes Penido Machado  
UFMG

Prof(a). Saul Martins de Paiva  
FO-UFMG

Prof(a). Eliete Rodrigues de Almeida  
Universidade Cruzeiro do Sul

Belo Horizonte, 12 de junho de 2019.

Dedico este trabalho aos meus pais Paulo e Cida pelo esforço incansável, amor incondicional, apoio, motivação e carinho. Foram suas renúncias que me fizeram chegar até aqui.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus na pessoa de Jesus por me permitir realizar esse sonho, por me levantar nos momentos de cansaço e de desânimo, por me dar forças para seguir em frente. Por me cercar de pessoas maravilhosas que me deram motivação, e foram verdadeiros instrumentos divinos para demonstrar o seu amor.

Agradeço a minha família pela compreensão e afeto, por sempre me impulsionar para ser minha melhor versão e nunca desistir dos meus sonhos.

Aos meus pais, Paulo Roberto de Lisboa e Maria Aparecida Oliveira Lisboa: não tenho palavras para descrever a gratidão que tenho por vocês, todo sacrifício que fizeram para eu chegar até aqui, o apoio, o colo amigo e protetor, sempre prontos para dar uma palavra de incentivo.

A minha irmã Juliana que também é amiga e sócia, obrigada por suprir minha ausência nos serviços administrativos do consultório, seu apoio foi fundamental. A minha irmã Francielley pela amizade, instinto protetor e incentivo. Aos meus cunhados Walter e Bruno e a minha sobrinha Mariely pela torcida.

Ao meu irmão Lucas por ceder seu carro emprestado por 40 dias para que eu percorresse o trajeto da minha casa à UFMG.

A minha orientadora Prof. Dra. Fernanda de Moraes Ferreira, pelo exemplo de zelo pela pesquisa e docência, você é uma inspiração para mim. Obrigada pela orientação cuidadosa e paciência.

Ao meu co-orientador Prof. Dr. Saul Martins Paiva, por cada contribuição tão rica de conhecimento.

Agradeço as queridas Prof. Dra. Clarissa Lopes Drumond e Prof. Dra. Cristiane Meira Assunção, vocês foram verdadeiros presentes de Deus pra mim nessa pesquisa. Obrigada pelas dicas, contribuições, suporte e palavras amigas. Em especial agradeço a Prof. Dra. Cristiane por se tornar tão disponível como apoio na elaboração do projeto e correções do trabalho final.

Agradeço à Prof. Dra. Júnia Maria Cheib Serra-Negra, por mediar nosso acesso ao Projeto ACRIAR, pelas dicas no desenvolvimento do projeto de pesquisa.

A Prof. Dra. Márcia Gomes Penido por conceder que a pesquisa ocorresse no Projeto ACRIAR e sempre facilitar nosso acesso.

Ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, no nome de sua coordenadora Profa. Isabela Almeida Pordeus, pela estrutura e suporte.

As alunas de iniciação científica Nathalia e Joice, a ajuda de vocês foi de extrema importância.

Aos meus colegas do mestrado e doutorado que tornaram a caminhada mais leve.

A todos os professores que estiveram envolvidos nessa jornada pela inspiração.

Aos meus amigos do grupo de oratória da IBNJ Central pelas orações e incentivo.

## RESUMO

Dentifrícios fluoretados são os principais veículos para o flúor, e o seu uso adequado pode ajudar no equilíbrio do processo de des-remineralização, mantendo baixo o risco de fluorose. O nível de Alfabetismo em Saúde Bucal (ASB) de pais interfere nos desfechos de saúde de suas crianças. Este estudo objetivou avaliar qual o nível de alfabetismo necessário para selecionar e aplicar a quantidade adequada de dentifrício fluoretado indicado para crianças. Participaram do estudo 171 pais/responsáveis alfabetizados de crianças de 0 a 10 anos de idade atendidas no Ambulatório de Criança de Risco do HC-UFMG que possuíam português como língua materna e não haviam recebido orientação sobre uso de dentifrício. O ASB foi mensurado através do BREALD-30 (adequado 26-30) e da versão brasileira do OHL-AQ (adequado 14-17). As tarefas que servem para categorizar cada nível de habilidade são aquelas realizadas corretamente por 75% das pessoas naquela faixa de alfabetismo. Os pais/responsáveis receberam orientações padronizadas sobre quantidade de dentifrício a ser dispensada na escova (0,03g) e concentração ideal de Flúor (1100 ppm). Em seguida, os participantes foram convidados a quantificar um dentifrício em uma escova infantil e a escolher dentre quatro dentifrícios para crianças (com diferentes concentrações de flúor) os que estivessem de acordo com a orientação recebida. A porcentagem de pais/responsáveis com nível de ASB adequado pelo BREALD-30 foi 34%, destes 45,8% acertaram a quantidade e 78% escolheram corretamente o dentifrício. Utilizando o OHL-AQ, 30% dos pais obtiveram nível adequado de ASB, destes 54,9% quantificaram e 70,6% escolheram o dentifrício corretamente. Houve associação do nível de ASB medido pelo OHL-AQ com a quantificação do dentifrício: os pais/responsáveis que acertaram a quantificação apresentaram escores do OHL-AQ mais altos do que os que erraram ( $p = 0,034$ , teste de Mann Whitney). Pais/responsáveis com nível adequado de ASB tiveram dificuldade de dispensar a quantidade adequada, porém escolheram corretamente o dentifrício. Os demais pais/responsáveis não demonstraram habilidade para desempenhar nenhuma das duas tarefas. Não houve associação do desempenho dos pais/responsáveis na quantificação e na escolha do dentifrício com as variáveis socioeconômicas e demográficas nem com a capacidade de reconhecimento de palavras da área odontológica.

**Palavras-chave:** Alfabetismo em saúde. Saúde bucal. Fluoretos. Cárie dentária. Fluorose dentária. Dentifrícios. Criança. Medidas de resultados relatados pelo paciente.

## ABSTRACT

### **What level of oral health literacy is necessary to choose and quantify properly the fluoride toothpaste for children?**

Fluoride toothpaste are the major carriers for fluoride, and their proper use can help balance the de-remineralization process while keeping the risk of fluorosis low. The level of Oral Health Literacy (OHL) of parents interferes in the health outcomes of their children. This study aimed to evaluate the level of literacy required to select and apply the appropriate amount of fluoride toothpaste indicated for children. A total of 171 literate parents/caregivers of children aged 0 to 10 years-old who were attended at the HC-UFGM Children's in risk Outpatient Clinic, had Portuguese as their mother language and had not received guidance on the use of dentifrice participated in the study. OHL was measured using BREALD-30 (adequate 26-30) and the Brazilian version of OHL-AQ (adequate 14-17). The tasks that serve to categorize each skill level are those performed correctly by 75% of the people in that literacy level. Parents/caregivers received standardized guidelines on the amount of toothpaste to be dispensed at the toothbrush (0.03g) and ideal concentration of fluorine (1100 ppm). Then, they were asked to quantify a toothpaste in a children's toothbrush and to choose from four toothpastes for children (with different concentrations of fluoride) which were in accordance with the orientation received. The percentage of parents/caregivers with adequate OHL level measured with BREALD-30 was 34%, of these 45.8% matched the amount and 78% correctly chose the toothpaste. Using OHL-AQ, 30% of the parents/caregivers had an adequate level of OHL, of these 54.9% quantified and 70.6% chose the toothpaste correctly. There was an association between the OHL level measured by the OHL-AQ and the toothpaste quantification: the parents/caregivers who correctly quantified had higher OHL-AQ scores than those who did it wrong ( $p = 0.034$ , Mann Whitney test). Parents/caregivers with an adequate OHL level had difficulty dispensing the adequate amount, but correctly chose the toothpaste. The other parents did not demonstrate ability to perform either of the tasks. There was no association between the performance of the parents/ guardians in the quantification and the choice of the toothpaste with the socioeconomic and demographic variables nor with the ability to recognize words in the dental area.

**Keywords:** Health literacy. Oral health. Fluoride. Dental caries. Fluorosis, dental. Toothpastes. Child. Patient reported outcome measures.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Valores de Kappa do BREALD-30 .....	20
Tabela 2 -	Interpretação dos valores do coeficiente Kappa .....	20
Tabela 3 -	Distribuição da frequência de pais/ responsáveis de crianças atendidas no Projeto Ambulatório da Criança de Risco do Hospital das Clínicas em Belo Horizonte, de acordo com as variáveis demográficas, 2019 (n=171) .....	27
Tabela 4 -	Escore total do BREALD-30 e do OHL-AQ de pais/ responsáveis (n = 171) de crianças atendidas no Projeto Ambulatório da Criança de Risco do Hospital das Clínicas em Belo Horizonte, 2019 .....	28
Tabela 5 -	Escores de alfabetismo em saúde bucal, medidos pelo BREALD-30 e pelo OHL-AQ, de acordo com o desempenho dos pais/ responsáveis na quantificação e escolha do dentifrício (n=171) .....	28
Tabela 6 -	Distribuição da frequência dos pais/ responsáveis (n =171) de acordo com seu desempenho na quantificação e escolha do dentifrício, por nível de alfabetismo em saúde bucal (ASB) .....	29
Tabela 7 -	Distribuição da frequência dos pais/ responsáveis (n =171) de acordo com seu desempenho na quantificação e escolha do dentifrício e com variáveis sócio econômicas e demográficas .....	30

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACRIAR	Ambulatório da Criança de Risco
ASB	Alfabetismo em Saúde Bucal
BREALD-30	Brazilian Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry
COEP/UFMG	Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais
OHL-AQ	Oral Health Literacy Adults Questionnaire
OHLI	Oral Health Literacy Instrument
REALD-30	Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	14
2.1	Alfabetismo em saúde bucal.....	14
2.2	<i>Brazilian Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry (BREALD-30)</i> ....	15
2.3	<i>Oral Health Literacy Adults Questionnaire (OHL-AQ)</i> .....	16
2.4	Dentifrício fluoretado na primeira infância.....	16
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	18
3.1	Objetivos geral .....	18
3.2	Objetivos específicos .....	18
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	19
4.1	Estudo piloto.....	19
4.2	Desenho e população de estudo.....	19
4.2.1	Critérios de inclusão.....	20
4.2.2	Critérios de exclusão .....	20
4.3	Treinamento e calibração do entrevistador para utilização do instrumento BREALD-30.....	20
4.4	Aplicação do instrumento BREALD-30.....	22
4.5	Aplicação de questionário “ <i>Oral Health Literacy Adults Questionnaire</i> ” (OHL-AQ).....	22
4.6	Dados socioeconômicos e demográficos.....	23
4.7	Orientação sobre o uso racional de fluoretos.....	23
4.8	Aplicação de dentifrício fluoretado.....	23
4.9	Avaliação da quantidade de dentifrício por registro de peso em balança de previsão em cada aplicação.....	24

4.10	Seleção de dentifrício infantil.....	24
4.11	Análise estatística.....	24
4.12	Considerações éticas.....	25
4.13	Fluxograma com protocolo de realização da pesquisa.....	26
<b>5</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>27</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>32</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>35</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>36</b>
	<b>Apêndice A.....</b>	<b>41</b>
	<b>Apêndice B.....</b>	<b>42</b>
	<b>Apêndice C.....</b>	<b>44</b>
	<b>Anexo A.....</b>	<b>45</b>
	<b>Anexo B.....</b>	<b>46</b>
	<b>Anexo C.....</b>	<b>50</b>
	<b>Anexo D.....</b>	<b>54</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Os estudos sobre alfabetismo em saúde começaram na área médica em diferentes partes do mundo, como União Européia (*The European Health Literacy Project*, 2009), Brasil (CARTHERY-GOULART *et al.*, 2009) e Estados Unidos (KUTNER *et al.*, 2006). A Organização Mundial de Saúde definiu o alfabetismo em saúde como “habilidades sociais e cognitivas que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos de ter acesso, entender e utilizar as informações para promover e manter uma boa saúde” (KUTNER *et al.*, 2006). O termo alfabetização em saúde indica um conhecimento superior ao entendimento básico de informações relacionadas à saúde, engloba a ação sobre as questões de saúde com base em seu entendimento (SORENSEN *et al.*, 2012).

Um estudo europeu revelou que, nos oito países da pesquisa, quase metade de toda população possuía competências de alfabetização em saúde problemáticas ou inapropriadas (KICKBUSCH *et al.*, 2013). Os resultados de uma baixa competência em alfabetismo em saúde são hábitos de risco, dificuldade de buscar por atendimento e de comunicação com os profissionais, limitação de entendimento quanto as orientações e informações, dificuldade de seguir recomendações, preferências pouco saudáveis, pior condição de saúde, maiores taxas de hospitalização, e pior autogestão de saúde (CARTHERY-GOULART *et al.*, 2009; KICKBUSCH *et al.*, 2013; KUTNER *et al.*, 2006; *The European Health Literacy Project*, 2009). Conseqüentemente, o sistema de saúde tem seus recursos financeiros e humanos onerados (KICKBUSCH *et al.*, 2013).

A alfabetização em saúde fundamenta um princípio essencial para a melhoria da qualidade de vida das pessoas em geral, e não é diferente na esfera odontológica (MARTINS *et al.*, 2015). A alfabetização em saúde bucal é o grau em que os indivíduos possuem habilidade de absorver, processar e compreender noções e serviços básicos de saúde oral e craniofacial elementares para tomada de decisões em saúde apropriadas (UNITED NATIONS. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2010). O conceito de alfabetização em saúde bucal surgiu da necessidade de elevar o empoderamento de indivíduos com respeito ao seu cuidado em saúde (KICKBUSCH *et al.*, 2013).

No cenário odontológico define-se o alfabetismo em saúde bucal (ASB) como a capacidade individual de estabelecer comunicação com prestadores de serviços

odontológicos, entender os motivos de uma saúde bucal debilitada, captar e assimilar o autocuidado, seguir prescrições medicamentosas, encontrar o caminho de uma clínica de tratamento dentário, bem como inserir o nome em listas de atendimento odontológico (PARKER; JAMIESON, 2010).

É sabido que as orientações repassadas pelo cirurgião dentista aos pais e/ou responsáveis de crianças na primeira infância são de extrema importância, tendo em vista a dependência de cuidados nessa idade e contato com as informações que poderão modular seu comportamento em saúde. Uma destas recomendações é com respeito ao uso de dentifrício fluoretado, proposto pelo Ministério da Saúde desde 2009 (BRASIL, 2009), o qual deve ter uma concentração mínima de 1000 ppm de flúor e ser usado em pequenas quantidades de acordo com a idade (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY 2011; BRASIL, 2009; DAVIES *et al.*, 2003; DAVIES *et al.*, 2017; ELLWOOD; CURY, 2009; OLIVEIRA *et al.*, 2012).

As tarefas que servem para categorizar cada nível de habilidade são aquelas realizadas corretamente por 75% das pessoas naquela faixa de alfabetismo (RIBEIRO; SOARES, 2008). Como há relatos de que pais com baixo alfabetismo em saúde bucal demonstram limitação no entendimento das informações transmitidas pelo cirurgião dentista, este estudo se propõe a avaliar se existe associação entre o nível de alfabetismo em saúde bucal e a execução de medidas preventivas sobre uso racional de fluoretos, mediante orientação prévia do cirurgião dentista.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Alfabetismo em saúde bucal

Embora a associação entre Alfabetismo em Saúde e piores condições de saúde esteja bem clara na literatura (SORENSEN *et al.*, 2012), permanece uma lacuna no conhecimento sobre ASB e diferentes desfechos em saúde bucal (FIRMINO *et al.*, 2017 e FIRMINO *et al.*, 2018).

Alguns estudos atestam que há uma importante relação entre o alfabetismo em saúde bucal dos pais/responsáveis e a condição de saúde bucal de suas crianças, especialmente daquelas em fase pré-escolar ou primeira infância (BRIDGES *et al.*, 2014; DIVARIS *et al.*, 2012; DIVARIS *et al.*, 2011; FIRMINO *et al.*, 2018; JUNKES *et al.*, 2015; MILLER *et al.*, 2010; PARTHASARATHY *et al.*, 2014; VANN JR *et al.*, 2010). Pais/responsáveis com alfabetismo em saúde bucal inadequado mostraram hábitos prejudiciais à saúde bucal de seus filhos como não realizar a escovação diária dos dentes da criança e usar inapropriadamente a mamadeira noturna (VANN JR *et al.*, 2010). Esses pais/responsáveis também demonstraram limitação no entendimento da importância das informações transmitidas pelo cirurgião dentista e dificuldade de inseri-las no seu dia a dia (VANN JR *et al.*, 2010). Similarmente, há uma tendência em procurar os serviços odontológicos para seus filhos apenas em casos emergenciais, enquanto pais com níveis de alfabetismo em saúde bucal maiores direcionam seus recursos em saúde bucal para a prevenção e intervenções restauradoras de seus filhos (VANN JR *et al.*, 2013). Contudo essas associações entre desfechos em saúde bucal e ASB ainda não estão bem estabelecidos, apresentando resultados contraditórios ou com fraco poder metodológico de acordo com revisão sistemática realizada (FIRMINO *et al.*, 2018).

As tarefas que servem para categorizar cada nível de habilidade são aquelas realizadas corretamente por 75% das pessoas naquela faixa de alfabetismo (RIBEIRO; SOARES, 2008). Contudo, ainda não há estudo sobre a relação entre ASB e execução de tarefas preventivas relacionadas ao uso racional de fluoretos, após orientação por cirurgião-dentista.

Em ensaio clínico randomizado realizado em Curitiba, Paraná, gestantes com baixo nível de alfabetismo em saúde bucal tiveram maior dificuldade em reter informações transmitidas pelo cirurgião dentista quanto a alimentação e saúde bucal

de crianças até 2 anos de idade comparadas a gestantes com nível de alfabetismo em saúde bucal mais elevado (VILLELA *et al.*, 2017).

Existe na literatura atual uma diversidade de métodos para mensuração do ASB incluindo reconhecimento de palavras, conhecimento conceitual, compreensão de leitura e numeracia (FIRMINO *et al.*, 2017; FIRMINO *et al.*, 2018 a; FIRMINO *et al.*, 2018 b; FIRMINO *et al.*, 2018 c; FLYNN *et al.*, 2016; GONG *et al.*, 2007; JONES *et al.*, 2015; JUNKES *et al.*, 2015; LEE *et al.*, 2007; MACEK *et al.*, 2010; SABBAHI *et al.*, 2009; SISTANI *et al.*, 2014).

## 2.2 *Brazilian rapid estimate of adult literacy in dentistry* (BREALD-30)

O BREALD-30 é a versão em língua portuguesa do instrumento “*Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry*” (REALD-30, JUNKES *et al.*, 2015; LEE *et al.*, 2007).

O instrumento é específico para classificar o nível de alfabetismo em saúde bucal de adultos através do reconhecimento de palavras e contém 30 palavras relacionadas à Odontologia, associadas a tratamento e prevenção de condições bucais, etiologia e anatomia. As palavras estão dispostas em ordem crescente de dificuldade, com base no número de sílabas, comprimento médio das palavras e dificuldade de combinar sons. A lista de palavras deve ser lida em voz alta pelo entrevistado ao entrevistador.

Para cada palavra pronunciada de maneira acertiva um ponto é atribuído, e para cada palavra pronunciada erroneamente, é atribuído o valor zero. A soma das pontuações de cada palavra gera o escore total, que pode variar de 0, menor grau de alfabetização, a 30, maior grau de alfabetização (JUNKES *et al.*, 2015; LEE *et al.*, 2007).

A tradução, adaptação transcultural e teste das propriedades psicométricas da versão brasileira foi realizada por JUNKES *et al* (2015).

### 2.3 Oral health literacy adults questionnaire (OHL-AQ)

O instrumento foi construído com o intuito de incorporar os quatro constructos que são considerados de importância na avaliação do OHL: compreensão de texto, numeracia, escuta e tomada de decisão.

O questionário é composto por questões abertas e de múltipla escolha que somam 17 questões. Para cada resposta correta é atribuído o escore 1 e para aquelas respondidas incorretamente o escore 0. O escore total do instrumento é computado a partir da soma dos escores dos itens individuais e pode variar de 0 a 17 pontos, sendo que escores maiores correspondem a um nível mais alto de alfabetismo (SISTANI *et al.*, 2014).

Inicialmente, foi criado e aplicado em população de língua persa (SISTANI *et al.*, 2014), posteriormente em língua inglesa (FLYNN *et al.*, 2016), hindu (VYES *et al.*, 2016; YAZDANI *et al.*, 2018) e recentemente em português para população brasileira (ALMEIDA *et al.*, 2018).

O questionário teve tradução e adaptação transcultural para língua portuguesa, atestando boas propriedades psicométricas e confiabilidade (ALMEIDA *et al.*, 2018). Em população brasileira a média dos escores de ASB utilizando o OHL-AQ foi de 11,8 (ALMEIDA *et al.*, 2018).

Em testes de dimensionalidade, o instrumento mostrou ter propriedade unidimensional, o que torna a soma da pontuação dos quatro constructos simplificada e facilita sua utilização (FLYNN *et al.*, 2016; FLYNN *et al.*, 2018).

### 2.4 Dentifício fluoretado na primeira infância

Os dentifícios fluoretados são os principais veículos para o flúor, e o seu uso adequado pode ajudar no equilíbrio do processo de des-remineralização (JARDIM; MALTZ, 2005). Na primeira infância, é comum a deglutição da maior parte do dentifício pela criança, o que representa um risco ao desenvolvimento de fluorose na dentição permanente, dada a simultânea fase de formação dos dentes permanentes (PAIVA *et al.*, 2003; VILLENA *et al.*, 2000). Por esse motivo o dentifício com concentração de 1100ppm de flúor foi por algum tempo contra-indicado nessa faixa de idade (VILLENA *et al.*, 2000). Entretanto, atualmente o seu uso é preconizado desde o irrompimento do primeiro dente na cavidade oral, uma vez que usado em quantidade adequada não ocasionará danos à formação do

dentos permanentes (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 2011; BRASIL, 2009; DAVIES *et al.*, 2003; DAVIES *et al.*, 2017; ELLWOOD; CURY, 2009; OLIVEIRA *et al.*, 2012). Para garantir que a relação risco-benefício do uso do dentifrício fluoretado na primeira infância seja favorável, os pais devem ser orientados e treinados para utilizá-lo da maneira correta, principalmente no que se refere à quantidade (LIMA; CURY, 2001; VILLENA *et al.*, 2000; WONG *et al.*, 2010; WRITGHT *et al.*, 2014).

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1. Objetivo geral

Avaliar qual o nível de alfabetismo necessário para selecionar e aplicar a quantidade adequada de dentifrício fluoretado indicado para crianças de 0 a 4 anos.

#### 3.2. Objetivos específicos

- Mensurar o nível de alfabetismo em saúde bucal de pais e responsáveis de crianças de 0 a 10 anos de idade atendidas no Ambulatório da Criança de Risco do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).
- Analisar a associação das condições socioeconômicas e demográficas com a execução de medidas preventivas como o uso racional de fluoretos, mediante orientação prévia do cirurgião dentista.
- Avaliar a competência de pais/responsáveis para aplicar a quantidade adequada de dentifrício fluoretado a ser dispensada em escova dental, de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde e Associação Americana de Odontopediatria.
- Avaliar a competência de pais/responsáveis para escolher uma marca comercial de dentifrício para crianças menores de 04 anos, de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde e Associação Americana de Odontopediatria.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Estudo piloto

Foi desenvolvido um estudo piloto a fim de avaliar a metodologia e adequá-la, se necessário. Os indivíduos da amostra foram 38 pais e/ou responsáveis de crianças de 0 a 13 anos tratadas nas clínicas de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da UFMG.

A partir deste estudo piloto foi possível identificar a necessidade de um novo local para coleta de dados. A amostra encontrada nas clínicas de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da UFMG pareceu pouco heterogênea no quesito alfabetismo em saúde bucal (ASB), com a maior parte da amostra possuindo nível adequado de ASB (83%). Isso pode ser explicado pelo fato de ser de uma população que recebe com frequência orientações e ações coletivas em saúde bucal. Por esse motivo não foi possível desenvolver o cálculo amostral a partir do estudo piloto.

### 4.2 Desenho e população de estudo

Foi realizado um estudo transversal, através da aplicação dos questionários sócio econômicos, instrumentos de avaliação do ASB e instrução sobre uso racional de fluoretos.

Pais e/ou responsáveis legais de crianças de 0 a 10 anos acompanhadas no projeto de extensão “Ambulatório da Criança de Risco” do Hospital das Clínicas da UFMG (ACRIAR) durante o período de coleta de dados (agosto de 2018 a abril de 2019) foram considerados elegíveis.

O ACRIAR é um projeto de extensão da Faculdade de Medicina da UFMG, o qual completou 30 anos em outubro de 2018. Nesse projeto crianças recém-nascidas prematuras, com peso menor ou igual a 1500g e/ou idade gestacional inferior a 34 semanas, provenientes da Unidade de Cuidados Progressivos Neonatal da Maternidade Otto Cirne do Hospital das Clínicas da UFMG, tem follow-up multiprofissional na área da saúde. O projeto conta com atendimento médico pediátrico e neurologista, serviços de fonoaudiologia, enfermagem, terapia ocupacional e fisioterapia. O acompanhamento começa desde a alta hospitalar do recém nascido e vai até os sete anos de idade. Baseado na terceira etapa da Atenção ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru, proposta pelo

Ministério da Saúde, o projeto ACRIAR integra a rede de assistência ao recém nascido prematuro.

#### 4.2.1 Critérios de inclusão

Pais e/ou responsáveis alfabetizados, que tinham o português como língua natal.

#### 4.2.2 Critérios de exclusão

Pais e/ou responsáveis analfabetos, com deficiência cognitiva, problema visual não corrigido, deficiência auditiva ou sinais óbvios de intoxicação por drogas ou álcool no momento da entrevista.

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

Para calibração e treinamento dos examinadores, foram projetados vídeos da aplicação do instrumento BREALD-30 (JUNKES *et al.*, 2015) em indivíduos com diferentes níveis de alfabetismo em saúde bucal. Os vídeos utilizados foram os mesmos aplicados no estudo de validação e tradução do instrumento BREALD-30 para língua portuguesa do Brasil (JUNKES *et al.*, 2015) e foram cedidos gentilmente pelos pesquisadores da Universidade Federal do Paraná.

A fase de calibração e treinamento foi dividida em quatro etapas distintas:

*1º etapa* – Treinamento teórico, nele foi apresentado os parâmetros para identificação de falhas de leitura: palavras irregulares lidas como regulares (exemplo: enxaguatório por ensaguatório), falha no uso das regras de correspondência (exemplo: erosão por erossão), substituição por palavra visualmente similar, com troca ou alteração no número de sílabas (exemplo: escovar por escova), situações em que houve necessidade de voltar sílabas ou mesmo a palavra toda para conseguir lê-la, e palavras lidas de maneira lenta e não ritmada, erro na identificação da sílaba tônica (exemplo: genética por genetica), omissão ou adição de letras (exemplo: gengiva por gengiba, bruxismo por bruximo).

*2º etapa* – Treinamento prático: Dez vídeos da aplicação do instrumento a indivíduos com diferentes níveis de alfabetismo em saúde bucal foram projetados.

Os resultados dos examinadores foram confrontados com os de um pesquisador padrão ouro no assunto, e as diferenças foram discutidas.

3° etapa – Calibração propriamente dita: Outros 15 vídeos foram projetados, desta vez sem comunicação entre os examinadores e padrão-ouro.

4° etapa – Discussão dos resultados.

A concordância dos examinadores com o padrão-ouro foi avaliada por meio do coeficiente *Kappa* (concordância inter-examinador) e a consistência da sua avaliação foi medida com a re-projeção dos vídeos após 7 dias (concordância intra-examinador). Os valores de concordância encontrados por meio do coeficiente *Kappa* e os valores de interpretação encontram-se na Tabela 1 e 2 respectivamente.

**Tabela 1- Valores de Kappa do BREALD-30**

Examinadores	Intra examinador	Inter examinador / padrão-ouro (1º. dia)	Inter examinador / padrão-ouro (2º. dia)
C.L.D.	0,849	0,844	0,876
C.M.A.	0,933	0,911	0,924
S.O.L.	0,897	0,893	0,907

Fonte: o autor, Belo Horizonte, 2019.

**Tabela 2 - Interpretação dos valores do coeficiente Kappa**

Kappa	Concordância
< 0,00	Ruim
0,00 - 0,20	Fraca
0,21 – 0,40	Sofrível
0,41 – 0,60	Regular
0,61 – 0,80	Boa
0,81 – 0,99	Ótima
1,00	Perfeita

Fonte: Pereira, 1995; p.365.

#### 4.4 Aplicação do instrumento BREALD-30

Anteriormente às orientações sobre o uso racional de fluoretos, foi aplicado aos pais e/ou responsáveis participantes do estudo o instrumento BREALD-30, validado para língua portuguesa do Brasil (JUNKES *et al.*, 2015), que avalia o alfabetismo em saúde bucal através do reconhecimento de palavras. Esse instrumento é formado 30 palavras relacionadas à área de saúde bucal que precisam ser lidas em voz alta pelos participantes do estudo ao entrevistador (ANEXO A). Recebem a pontuação de 1 as palavras lidas corretamente e pontuação 0 as palavras lidas incorretamente. Portanto, os escores finais oscilam de 0 (alfabetismo mais baixo) a 30 (alfabetismo mais alto).

#### 4.5 Aplicação de questionário “*Oral Health Literacy Adults Questionnaire*” (OHL-AQ)

Foi empregada versão brasileira do questionário OHL-AQ (ALMEIDA *et al.* 2018), o qual é composto por quatro sessões: compreensão de leitura, numeracia, escuta e tomada de decisão (SISTANI *et al.*, 2014) (ANEXO B).

*Compreensão de leitura* (leitura e habilidades de conhecimento): Composta por três questões que contém frases com lacunas em branco, as quais devem ser preenchidas com as palavras faltantes. Para cada lacuna há uma lista com cinco opções de resposta, quatro possibilidades de palavras ou a resposta “não sei”.

*Numeracia* (leitura, escrita e capacidade de cálculo): Composta por quatro questões, duas com respeito a uma receita de antibiótico modificada do questionário OHLI (SABBAHI *et al.*, 2009) e outras duas relacionadas a orientações de uso de enxaguatório bucal. Tanto a receita de antibiótico quanto as orientações do enxaguatório estão escritas em um quadro próximo às referentes questões, e a partir deles os participantes são instruídos a escrever ou selecionar as respostas.

*Escuta* (escuta, leitura, escrita e capacidade de cálculo): Algumas frases sobre orientação após extração dentária são lidas em voz alta por um dos pesquisadores para o participante do estudo. A partir dessa orientação o participante deverá responder duas questões, uma aberta e outra de múltipla escolha.

*Tomada de decisão* (leitura, escrita e capacidade de cálculo): Possui cinco questões de múltipla escolha baseadas em problemas comuns de saúde bucal e da área médica. O entrevistado é orientado a escolher a opção correta dentre quatro opções de resposta.

Para cada resposta correta é atribuído o escore 1 e para aquelas respondidas incorretamente 0. O escore total do instrumento é computado a partir da soma dos escores dos itens individuais e pode variar de 0 a 17 pontos, sendo que escores maiores correspondem a um nível mais alto de alfabetismo.

#### 4.6 Dados socioeconômicos e demográficos

Foi empregado um formulário para coleta de dados socioeconômicos e demográficos que incluía a idade, o número de filhos, estado civil, o grau de escolaridade, renda e o número de pessoas morando na mesma casa (APÊNDICE B). No formulário também foram incluídas questões sobre auto-percepção de saúde bucal e motivo pelo qual o responsável procura o dentista (APÊNDICE B).

#### 4.7 Orientação sobre o uso racional de fluoretos

Os pais e/ou responsáveis receberam orientação pelo cirurgião dentista a respeito da quantidade adequada de dentifrício fluoretado a ser colocado na escova dental em cada escovação, considerando o uso de dentifrício com no mínimo 1000 ppm de flúor. O volume de dentifrício fluoretado foi considerado de acordo com a idade e capacidade de cuspir de uma criança até 4 anos de idade, sendo o volume ideal de um esfregaço, equivalente a 0,03g (BONECKER *et al.*, 2018).

#### 4.8 Aplicação de dentifrício fluoretado

Em seguida às orientações realizadas pelo cirurgião dentista, o participante do estudo foi convidado a dispensar a quantidade de dentifrício adequada de acordo com as instruções recém recebidas.

A padronização da escova e do dentifrício e a subtração do peso inicial da escova seguiram os critérios descritos a seguir.

Para isso foi utilizada uma escova dental infantil padrão para todos os participantes. Previamente a cada aplicação a escova foi pesada na balança de precisão e o seu peso subtraído para subsequente mensuração da quantidade de dentifrício.

O dentifrício usado foi fornecido pelo próprio pesquisador, em embalagem nova para cada participante, padronizado da mesma marca e modelo para todas as orientações, para evitar variação na aplicação entre os participantes pela densidade

do creme dental, modelo ou consistência do tubo e abertura aplicadora.

Em seguida, a escova foi recolhida pelo pesquisador para registro da quantidade de dentifrício aplicada pelo participante.

#### 4.9 Avaliação da quantidade de dentifrício por registro de peso em balança de previsão em cada aplicação

A escova de dente utilizada para dispensar o dentifrício pelo participante foi pesada em balança semi-analítica de precisão 0,001g (modelo SP6020, Scout Pro – Ohaus® – Toledo do Brasil®) previamente a cada aplicação de dentifrício pelo participante. Posteriormente a cada aplicação, a escova foi pesada novamente na mesma balança. O valor final foi subtraído pelo peso inicial da escova, a fim de determinar a quantidade de dentifrício utilizada. As medidas em gramas foram computadas e comparadas à referência de 0,03 gramas de dentifrício fluoretado (BONECKER *et al.*, 2018).

#### 4.10 Seleção de dentifrício infantil

Os participantes foram convidados a escolher dentre quatro dentifrícios para crianças, com diferentes concentrações de flúor, os que estivessem de acordo com a recomendação do Ministério da Saúde e da Associação Americana de Odontopediatria, onde a concentração deve ser superior ou igual a 1000ppm. Os dentifrícios comerciais foram entregues aos pais, e estes foram orientados a ler o rótulo. As opções eram Galinha Pintadinha® - Oralgift (sem flúor), Oral-B Stages® - GSK (500ppmF), Tandy® - Colgate Palmolive (1100ppmF), Malvatrikids Junior® - Daudt (1450ppmF), representando dentifrícios comumente encontrados no mercado de Belo Horizonte. Não foi limitado o número de dentifrícios que poderiam ser escolhidos. Foi considerado acerto total quando os dois dentifrícios acima de 1000ppm eram selecionados, acerto parcial quando apenas um era selecionado e erro quando algum dentifrício com menos de 1000ppm foi selecionado.

#### 4.11 Análise estatística

A variável resposta "quantificação de dentifrício fluoretado para escovação dental de crianças" foi dicotomizada em "correta" (0,02g a 0,08g) ou "incorreta" (< 0,02g ou > 0,08g). A variável "escolha do dentifrício" foi dicotomizada como

“correta” na escolha de um ou dois dentifrícios adequados ou “incorreta” na escolha de pelo menos um dentifrício inadequado.

Foi feita a análise descritiva das variáveis. Como escores do BREALD-30 e OHL-AQ não aderiram à curva normal (teste de Kolmogorov-Smirnov;  $p < 0,05$ ), foi utilizado o teste não paramétrico de Mann Whitney para verificar a relação entre os escores de ASB totais com o desempenho dos pais/responsáveis na quantificação e escolha do dentifrício. A avaliação da associação das variáveis de resposta e o nível de ASB medidos pelos dois instrumentos foi realizada utilizando o teste qui-quadrado de tendência linear. A avaliação da associação das variáveis socioeconômicas com as variáveis de resposta foi medida pelo teste qui-quadrado (variáveis categóricas nominais) e qui-quadrado de tendência linear (variáveis categóricas ordinais).

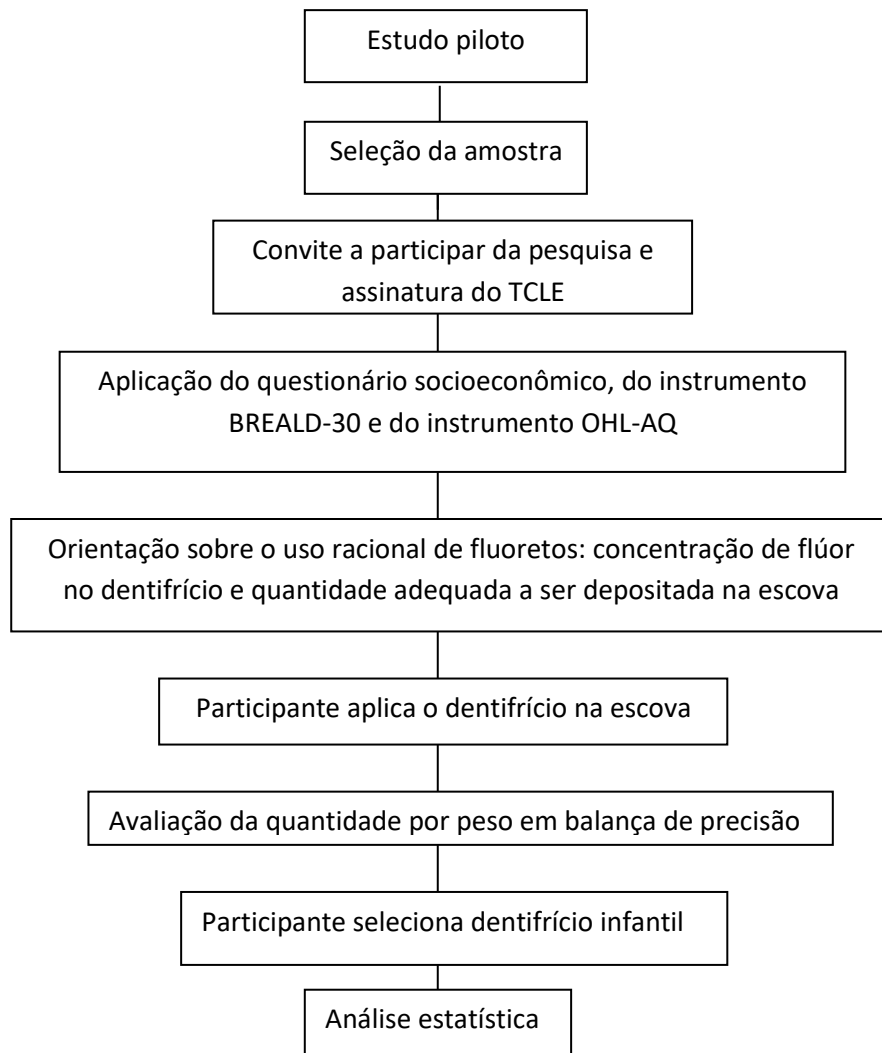
O nível de significância adotado foi de 5% e foram empregados testes bicaudais para todas as análises. Os dados foram analisados pelo programa SSPS versão (Statistical Package for the Social Sciences, versão 20.0 IBM®).

#### 4.12 Considerações éticas

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG), CAAE: 85109918.8.0000.5149 (ANEXO D). Todos os pais e/ou responsáveis participantes autorizaram sua participação oralmente e de forma escrita através do TCLE (APÊNDICE A).

O estudo apresentou risco mínimo aos participantes, de constrangimento durante a entrevista e execução de ações orientadas pelo cirurgião dentista em relação ao uso racional de fluoretos. Esses riscos foram amenizados através da confidencialidade das informações transmitidas pelo participante, bem como por meio da realização da entrevista e ações em ambiente reservado, contando apenas com a presença do participante e pesquisador.

## 4.13 Fluxograma com protocolo de realização da pesquisa



## 5 RESULTADOS

A amostra total do estudo compreendeu 171 pais/ responsáveis de crianças de 0 a 10 anos atendidas no Projeto ACRIAR do Hospital das Clínicas em Belo Horizonte. A idade média destes pais/ responsáveis foi 32,5 anos (desvio padrão = 8,6, 17-59), 88,3% da amostra eram mães das crianças, a idade média das crianças foi de 31,09 meses (TABELA 3).

A descrição dos escores de ASB medidos pelos dois instrumentos (BREALD-30 e OHL-AQ) encontra-se na Tabela 4. A relação entre os escores de ASB, de acordo com o BREALD-30 e o OHL-AQ, e o desempenho dos pais/ responsáveis na quantificação e na escolha do dentifrício encontra-se na Tabela 5. A classificação do nível de ASB se deu a partir da distribuição (tercis) dos escores dos instrumentos na amostra (SISTANI *et al.*, 2014; WEHMEYER *et al.*, 2014). Assim, os escores do BREALD-30 foram classificados como: ASB inadequado (0-21), ASB marginal (22-25) e ASB adequado (26-30); e os do OHL-AQ como: ASB inadequado (0-11), ASB marginal (12-13) e ASB adequado (14-17).

A porcentagem de pais com nível de ASB adequado pelo BREALD-30 foi 34%, destes 45,8% acertaram a quantidade e 78% escolheram corretamente o dentifrício. Utilizando o OHL-AQ, 30% dos pais obtiveram nível adequado de ASB, destes 54,9% quantificaram e 70,6% escolheram o dentifrício corretamente (TABELA 6). Houve associação do nível de ASB medido pelo OHL-AQ com a quantificação do dentifrício: os pais que acertaram a quantificação apresentaram escores do OHL-AQ mais altos do que os que erraram ( $p= 0,034$ , teste de Mann Whitney) (TABELA 5). Da mesma forma, com a variável categorizada, o percentual de acertos na quantificação da pasta foi maior para categoria de ASB adequado ( $p= 0,050$ , teste qui-quadrado de tendência linear) (TABELA 6). A escolha da pasta não se associou com o nível de ASB medido pelo OHL-AQ ( $p=0,243$  e  $0,344$ , testes Mann Whitney e qui-quadrado de tendência linear respectivamente) (TABELAS 5 e 6).

Não houve associação do desempenho dos pais/ responsáveis na quantificação e na escolha do dentifrício com o nível de ASB medido pelo BREALD-30 ( $p > 0,05$ ) (TABELAS 5 e 6). Também não houve associação entre as variáveis socioeconômicas e demográficas (sexo, ocupação, estado civil, etnia e escolaridade dos responsáveis, renda familiar, motivo da procura por consulta ao dentista e

classificação da saúde bucal dos responsáveis;  $p > 0,05$ ) (TABELA 7). Houve tendência a um maior de acerto na quantificação de dentifício para os participantes do sexo feminino (48,4%) em relação ao sexo masculino (25%), porém não estatisticamente significativa ( $p = 0,075$ , teste qui-quadrado) .

**Tabela 3 - Distribuição da frequência de pais/responsáveis de crianças atendidas no Projeto Ambulatório da Criança de Risco do Hospital das Clínicas em Belo Horizonte, de acordo com as variáveis socioeconômicas, 2019 (n = 171).**

*Características das crianças*

Sexo - n (%)	
Masculino	83 (48,5)
Feminino	88 (51,5)
Idade em meses	
Média (DP- mín- máx)	31,09 (27,59 – 0 -124)
1° quartil (25%)	9,65
2° quartil (50%)	23,0
3° quartil (75%)	47,30

*Características dos pais/responsáveis*

Sexo - n (%)	
Masculino	16 (9,4)
Feminino	155 (90,6)
Idade em anos	
Média (DP- mín- máx)	32,48 (8,6– 17 - 59)
1° quartil (25%)	26,80
2° quartil (50%)	31,70
3° quartil (75%)	38,20
Grau de parentesco – n (%)	
Mãe	151 (88,3)
Pai	14 (8,2)
Avó/Avô	4 (2,3)
Outros	2 (1,2)
Número de filhos	
Média (DP- mín- máx)	1,9 (1 – 0 - 6)
1° quartil (25%)	1
2° quartil (50%)	2
3° quartil (75%)	2
Número de pessoas em casa	
Média (DP- mín- máx)	4,20 (1,5 – 2 – 13)
1° quartil (25%)	3
2° quartil (50%)	4
3° quartil (75%)	5

Fonte: o autor, Belo Horizonte, 2019.

**Tabela 4 - Escore total do BREALD-30 e do OHL-AQ de pais/ responsáveis (n = 171) de crianças atendidas no Projeto Ambulatório da Criança de Risco do Hospital das Clínicas em Belo Horizonte, 2019.**

	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	1º Tercil (Percentil 33)	Mediana (Percentil 50)	3º Tercil (Percentil 66)
BREALD-30	23,43	3,84	13	30	22	24	26
OHL-AQ	11,46	3,03	2	17	10	12	13

Fonte: o autor, Belo Horizonte, 2019.

**Tabela 5 - Escores de alfabetismo em saúde bucal, medidos pelo BREALD-30 e pelo OHL-AQ, de acordo com o desempenho dos pais/ responsáveis na quantificação e escolha do dentifrício, Belo Horizonte, 2019 (n=171).**

		Quantificação do dentifrício			Escolha do dentifrício		
		Erro	Acerto	Valor de p*	Erro	Acerto	Valor de p*
BREALD-30	1º quartil (25%)	20	21		20	21	
	Mediana (Mín-Máx)	24 (13-30)	24 (13-30)	0,629	24 (13-30)	24,5 (13-30)	0,148
	3º quartil (75%)	26	26		25	27	
OHL-AQ	1º quartil (25%)	9	10		9	10	
	Mediana (Mín-Máx)	11 (2-17)	12 (4-16)	<b>0,034</b>	11 (2-16)	12 (2-17)	0,243
	3º quartil (75%)	13	14		14	14	

\*Teste de Mann-Whitney

Fonte: o autor, Belo Horizonte, 2019.

**Tabela 6 - Distribuição da frequência dos pais/ responsáveis (n =171) de acordo com seu desempenho na quantificação e escolha do dentifrício, por nível de alfabetismo em saúde bucal (ASB).**

	Quantificação do dentifrício		Valor de p*	Escolha do dentifrício		Valor de p*
	Erro n (%)	Acerto n (%)		Erro n (%)	Acerto n (%)	
<b>ASB (BREALD-30)</b>						
Adequado (Escores 26-30)	32 (54,2)	27 (45,8)	0,585	13 (22,0)	46 (78,0)	0,104
Marginal (Escores 22-25)	30 (48,4)	32 (51,6)		26 (41,9)	36 (58,1)	
Inadequado (Escores 0-21)	30 (60,0)	20 (40,0)		18 (36,0)	32 (64,0)	
<b>ASB (OHL-AQ)</b>						
Adequado (Escores 14-17)	23 (45,1)	28 (54,9)	<b>0,050</b>	15 (29,4)	36 (70,6)	0,344
Marginal (Escores 11-13)	32 (51,6)	30 (48,4)		20 (32,3)	42 (67,7)	
Inadequado (Escores 0-10)	37 (63,8)	21 (36,2)		22 (37,9)	36 (62,1)	

\* Teste de qui-quadrado de tendência linear

Fonte: o autor, Belo Horizonte, 2019.

**Tabela 7 - Distribuição da frequência dos pais/responsáveis (n =171) de acordo com seu desempenho na quantificação e escolha do dentífrico e com variáveis sócio econômicas e demográficas.**

	Quantificação do dentífrico		Valor de p	Escolha do dentífrico		Valor de p
	Erro n (%)	Acerto n (%)		Erro n (%)	Acerto n (%)	
<i>Sexo do responsável</i>						
Masculino	12 (7,5)	4 (2,5)	0,074*	4 (2,5)	12 (7,5)	0,458*
Feminino	80 (51,6)	75 (48,4)		53 (34,2)	102 (65,8)	
<i>Ocupação do responsável</i>						
Não trabalha fora de casa	38 (48,7)	40 (51,3)	0,702*	28 (35,9)	50 (64,1)	0,972*
Trabalho manual	18 (52,9)	16 (47,1)		11 (32,4)	23 (67,6)	
Comércio	14 (66,7)	7 (33,3)		6 (28,6)	15 (71,4)	
Educação	3 (42,9)	4 (57,1)		3 (42,9)	4 (57,1)	
Saúde	4 (66,7)	2 (33,3)		2 (33,3)	4 (66,7)	
Serviço administrativo	8 (57,1)	6 (42,9)		4 (28,6)	10 (71,4)	
<i>Estado civil</i>						
Solteiro	22 (61,1)	14 (38,9)	0,542*	14 (38,9)	22 (61,1)	0,841*
Casado	38 (52,8)	34 (47,2)		24 (33,3)	48 (66,7)	
Mora com parceiro (a)	28 (53,8)	24 (46,2)		16 (30,8)	36 (69,2)	
Separado	4 (36,4)	7 (63,6)		3 (27,3)	8 (72,7)	
<i>Etnia</i>						
Amarelo	0 (0)	5 (100)	0,054*	4 (80)	1 (20)	0,178*
Negro	16 (48,5)	17 (51,5)		10 (30,3)	23 (69,7)	
Indígena	1 (100)	0 (0)		0 (0)	1 (100)	
Pardo	56 (53,8)	48 (46,2)		32 (30,8)	72 (69,2)	
Branco	19 (67,9)	9 (32,1)		11 (39,3)	17 (60,7)	
<i>Renda familiar</i>						
Até 3 SM	77 (53,1)	68 (46,9)	0,831†	51 (35,2)	94 (64,8)	0,960†
3 a 5 SM	9 (64,3)	5 (35,7)		3 (21,4)	11 (78,6)	
5 a 10 SM	3 (50)	3 (50)		1 (16,7)	5 (83,3)	
Mais que 10 SM	1 (50)	1 (50)		0 (0)	2 (100)	
<i>Escolaridade do responsável</i>						
Primário Incompleto	5 (83,3)	1 (16,7)	0,131†	1 (16,7)	5 (83,3)	0,206†
Primário	8 (57,1)	6 (42,9)		9 (64,3)	5 (35,7)	
Ginásial	18 (58,1)	13 (41,9)		9 (29)	22 (71)	
Colegial	52 (53,1)	46 (46,9)		33 (33,7)	65 (66,3)	
Superior	9 (45)	11 (55)		4 (20)	16 (80)	
<i>Motivo pelo qual responsável procura o dentista</i>						
Prevenção/Manutenção	52 (51,5)	49 (48,5)	0,545*	35 (34,7)	66 (65,3)	0,424*
Tratamento/Dor	30 (56,6)	23 (43,4)		15 (28,3)	38 (71,7)	
<i>Autoclassificação da saúde bucal</i>						
Excelente	7 (43,8)	9 (56,3)	0,573†	6 (37,5)	10 (62,5)	0,871†
Muito boa	11 (55)	9 (45)		5 (25)	15 (75)	
Boa	33 (51,6)	31 (48,4)		22 (34,4)	42 (65,6)	
Regular	30 (60)	20 (40)		19 (38)	31 (62)	
Ruim	8 (47,1)	9 (52,9)		5 (29,4)	12 (70,6)	

\* Teste de qui-quadrado; † Teste de qui-quadrado de tendência linear; SM = Salários mínimos brasileiros a época da coleta de dados

Frequências menores do que 171 se devem a ausência de dados para a variável.

Fonte: o autor, Belo Horizonte, 2019.

## 6 DISCUSSÃO

O uso de dentifrício fluoretado com no mínimo 1000 ppmF na primeira infância é uma medida importante na prevenção de cárie em populações de risco, e sua implementação já é associada à redução dos índices de cárie (DAVIES *et al.*, 2017). Grande parte da pesquisa sobre dentifrícios concentra-se na avaliação de diferentes formulações, concentração de fluoreto e o seu uso em estudos laboratoriais ou clínicos controlados. No entanto, pouca ênfase é dada as instruções de como usar o dentifrício fluoretado na rotina diária. Este é o primeiro estudos que avaliou a capacidade de quantificar corretamente o dentifrício fluoretado relacionando com o nível de ASB. O uso adequado é essencial para permitir que os efeitos preventivos do dentifrício fluoretado sejam alcançados com risco mínimo para fluorose.

É sabido que quanto menor a idade maior a quantidade de creme dental deglutida por escovação, aumentando o risco à fluorose, a qual tem fase crítica para o desenvolvimento entre 0 a 30 meses (VILLENA *et al.*, 2000). Com a finalidade de reduzir o risco à fluorose, a aplicação da pasta dental fluoretada deve ser feita em pequenas quantidades por escovação, obtendo-se assim a melhor relação risco-benefício (LIMA; CURY, 2001; VILLENA *et al.*, 2000; WONG *et al.*, 2010; WRITGHT *et al.*, 2014), sempre sob a supervisão de um adulto.

Os achados deste estudo sugerem que grande parte da população não executa corretamente medidas preventivas relacionadas ao uso de fluoretos para crianças de 0 a 4 anos. Isso pode comprometer a prevenção de cárie, pela escolha inadequada de dentifrício, e/ou facilitar a manifestação de fluorose, pelo excesso de volume de creme dental por escovação, tornando-se um problema de saúde pública.

O ASB inadequado é relacionado com pouco entendimento e menor absorção das orientações passadas pelo cirurgião dentista (VILLELA *et al.*, 2017), portanto poderia afetar a execução das tarefas recomendadas por ele. Contudo, mesmo o nível adequado de ASB não foi suficiente na execução correta das propostas sobre o uso racional de fluoretos. Segundo Ribeiro e Machado (2008), as tarefas que servem para categorizar cada nível de habilidade são aquelas realizadas corretamente por 75% das pessoas naquela faixa de alfabetismo. No nosso estudo apenas 54,9% (45,8% se considerarmos o escore BREALD-30) de pais com ASB adequado conseguiram quantificar o dentifrício corretamente e 70,6% (78% se considerarmos o escore BREALD-30) escolheram a pasta adequada. Portanto,

escolher e quantificar corretamente o dentifrício fluoretado para crianças de 0 a 4 anos parece ser uma tarefa muito difícil, mesmo para aqueles com ASB adequado.

Este é o primeiro estudo de ASB que investiga sua associação com a execução de tarefas, tornando-o inovador.

A maioria dos estudos de ASB utiliza instrumentos de mensuração apenas de reconhecimento de palavras, o que pode ser fator limitante para definição real do ASB (FIRMINO *et al.*, 2017, FIRMINO *et al.*, 2018). Este estudo apresenta como vantagem a utilização de dois instrumentos de mensuração, sendo um de reconhecimento de palavras (BREALD-30) e o outro (OHL-AQ) que avalia compreensão de leitura, numeracia, escuta e tomada de decisão. Nossa pesquisa também é a primeira no Brasil a utilizar o OHL-AQ.

Neste estudo a média dos escores do BREALD-30 foi de 23,4; semelhante à obtida por Wehmeyer *et al.* (2014) que foi 23 em população norte-americana; próxima a de Vilella *et al.* (2017) e Firmino *et al.* (2018) de 22,3 e 21,9, respectivamente, ambos em população brasileira; e de Garret *et al.* (2012) de 21,8 em população norte-americana. Nossa média de escore em OHL-AQ foi 11,46, bem próximo a de Almeida *et al.* (2018) de 11,84, e um pouco mais elevada que a de Sistani *et al.* (2013) e Sistani *et al.* (2014) ambos de 10,5 em população iraniana.

Os resultados deste estudo apontam a necessidade de tornar as instruções do uso racional de fluoretos mais clara e acessível para a população de forma geral. Bem como aponta para a problemática da falta de padronização das embalagens de dentifrício infantil. Pela legislação brasileira diversos produtos de saúde bucal incluindo o dentifrício fluoretado são classificados como cosméticos, podendo ser comprados sem prescrição odontológicas em farmácias, supermercados e outros estabelecimentos comerciais. Isso se reflete na falta de padronização das embalagens, as quais não apresentam de forma clara a concentração de fluoreto existente no dentifrício. Uma vez que o creme dental fluoretado é recomendado como medida preventiva importante no controle de cárie, e o seu excesso pode causar fluorose, essa falta de padronização da embalagem prejudica sua escolha e uso correto. Neste estudo verificou-se que apenas 66,7% de todos os pais/responsáveis escolheram corretamente, mesmo após a orientação. Diante desse fato sugere-se que o dentifrício fluoretado seja classificado como medicamento para que um maior controle na rotulagem e na sua indicação e assim seu uso pela população geral seja adequado. Nas embalagens, assim como em uma

possível bula, poderia conter a concentração de fluoreto e posologia de dentifrício por faixa etária, bem como advertências sobre o risco de fluorose e necessidade de acompanhamento por cirurgião-dentista.

É importante salientar a necessidade de repetição freqüente das orientações sobre o uso racional de fluoretos, a fim de consolidar as instruções e melhorar a execução das medidas de prevenção.

Este estudo possui como limitação o desenho transversal, o qual impede o estabelecimento de fator causal. Também é limitado por possuir amostra de conveniência e provinda de um ambiente hospitalar, quando o ideal seria uma amostragem de base populacional.

Firmino *et al.* (2017) reforçam a importância do ASB como um fator mediador, e não causal, de piores desfechos em saúde bucal. Nossos resultados podem confirmar essa hipótese. O nível inadequado de ASB leva a uma pior escolha de dentifrício (36% e 37,9% de erro mensurado pelo BREALD-30 e OHL-AQ respectivamente) e quantificação de dentifrício (60% e 63,8% de erro mensurado pelo BREALD-30 e OHL-AQ). Consequentemente isso pode aumentar os índices de cárie e fluorose dentária.

A ausência de relação entre os dados socioeconômicos e os desfechos de escolha e quantificação do dentifrício provavelmente se devem ao tamanho limitado da amostra. São necessárias outras pesquisas com amostragens maiores e de base populacional e com outros desenhos de estudo para consolidar a evidência dos resultados encontrados.

## 7 CONCLUSÃO

Pode se concluir, a partir dos resultados deste estudo, que nem o nível mais alto de ASB foi suficiente para garantir a competência dos pais na escolha e quantificação adequada de dentifrício para crianças. Pais/responsáveis com nível adequado de ASB tiveram dificuldade de dispensar a quantidade adequada, porém escolheram corretamente o dentifrício. Os demais pais/responsáveis não demonstraram competência para desempenhar nenhuma das duas tarefas, sugerindo que a quantificação correta do dentifrício ainda é uma tarefa difícil de ser executada, assim como a escolha de dentifrício através da análise do rótulo. O acerto na quantificação adequada de dentifrício foi significativamente maior entre os pais/responsáveis com nível de ASB (medido pelo questionário OHL-AQ) mais alto.

Não houve associação do desempenho dos pais/responsáveis na quantificação e na escolha do dentifrício com as variáveis socioeconômicas e demográficas nem com a capacidade de reconhecimento de palavras da área odontológica.

Maior esforço nas orientações transmitidas aos pais/responsáveis quanto ao uso racional de fluoreto deve ser incorporado na prática preventiva, com repetição frequente das instruções e demonstrações de escolha e quantificação de dentifrício.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, E. R. et al;. . *Cross-cultural Adaptation of the OHL-AQ to the Brazilian Portuguese Language*. In: 2018 IADR/PER General Session (London/England), 2018, Londres. Journal of Dental Research. Alexandria, EUA: Journal of Dental Research, 2018. v. 97 B. p. 0780.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. *American Academy of Pediatric Dentistry reference manual 2011-2012*. Pediatr Dent 2011;33(6 reference manual):1-349.
- BONECKER, M. *et al. Odontopediatria: evidências científicas para a conduta clínica em bebês e pré-escolares*. São Paulo: Quintessence Editora Brasil, 2018. p. 31-35.
- BRASIL. Guia de Recomendações para o uso de Fluoretos no Brasil. *Ministério da Saúde. Guia de recomendações para o uso de FLUORETOS no Brasil*, p. 56, 2009. Disponível em: <[www.saude.gov.br/dab](http://www.saude.gov.br/dab)>.
- BRIDGES, S. M. *et al.. The relationship between caregiver functional oral health literacy and child oral health status*. Patient Educ Couns 2014;94(3):411-6.
- CARTHERY-GOULART, M. T. *et al. Performance of a Brazilian population on the test of functional health literacy in adults*. Rev Saude Publica 2009;43(4):631-8.
- Comparative report of Health literacy in eight member states Europe: The European Health Literacy Project. Hls-Eu Consortium 2009.
- DAVIES, R. M.; ELLWOOD, R. P.; DAVIES, G. M. *The rational use of fluoride toothpaste*. Int J Dent Hygiene, v. 1, p. 3–8, 2003.
- DAVIES, G. M. *et al. Why are caries levels reducing in five-year-olds in England ?* British Dental Journal, v. 3, p. 1–5, 2017.
- DIVARIS, K. *et al. The relationship of oral health literacy with oral health-related quality of life in a multi-racial sample of low-income female caregivers*. Health Qual Life Outcomes 2011;9:108.

DIVARIS, K. *et al.* Caregivers' oral health literacy and their young children's oral health-related quality-of-life. *Acta odontologica Scandinavica* 2012; 70(5):390-7.

ELLWOOD, R. P.; CURY, J. A. How much toothpaste should a child under the age of 6 years use ? *European Archives of Paediatric Dentistry*, v. 10, n. 3, p. 181–187, 2009.

FIRMINO, R. T., *et al.* Oral health literacy and associated oral conditions: A systematic review. *J Am Dent Assoc.* 2017 3. S0002-8177(17)30347-1.

FIRMINO, R. T. *et al.* Is parental oral health literacy a predictor of children ' s oral health outcomes ? *Systematic review of the literature.* p. 1–13, 2018a.

FIRMINO, R. T. *et al.* Association of oral health literacy with oral health behaviors , perception , knowledge , and dental treatment related outcomes : a systematic review and meta-analysis. n. 8, p. 1–15, 2018b.

FIRMINO, R. T. *et al.* Impact of oral health literacy on self - reported missing data in epidemiological research. n. March, 2018c.

FLYNN, P. *et al.* Psychometric properties of the English language version of the Oral Health Literacy Adult Questionnaire. *Commun Dent Health* 2016 33: 274–280.

FLYNN, P. M. *et al.* Confirmation of the unidimensional structure of the Oral Health Literacy Adults Questionnaire. *International Dental Journal*, p. 1–7, 2018.

GARRETT, G. M.; CITI, A. M.; GANSKY, S. A. Parental functional health literacy relates to skip pattern error and to child oral health. *J Calif Dent Assoc* 2012; 40: 423–430.

GONG, D. *et al.* Development and testing of the test of functional health literacy in dentistry (TOFHliD). *Journal of Public Health Dentistry*, v. 67, p. 105-112.

JARDIM, J. J.; MALTZ, M. O papel do flúor no processo de formação e controle da lesão de cárie *The role of fluoride on lesion fomatation and arrestment.* R. Fac. Odonto., v. 46, p. 64–69, jul 2005.

JONES, K. *et al.* Development of a short-form Health Literacy Dental Scale. *Community Dent Oral Epidemiol*, v. 43, p. 143–151, 2015.

JUNKES, M. C. *et al.* *Validity and reliability of the Brazilian version of the Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry - BREALD-30.* PLoS ONE, v. 10, n. 7, p. 1–11, 2015.

KICKBUSCH, I. *et al.* *Health literacy: the solid facts.* Copenhagen: WHO Regional Office for ..., p. 7–8, 2013. Disponível em:  
<<http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Health+literacy+The+solid+facts#1%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Health+literacy:+the+solid+facts#1>>.

KUTNER, M. E. *et al.* *The health literacy of America's adults: results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy.* Washington: National Center for Education Statistics; 2006. U.S. Department of Education, National Center for Education Statistics publication 2006:483.

LEE, J. Y. *et al.* *Development of a word recognition instrument to test health literacy in dentistry: the REALD-30—A brief communication.* J Public Health Dent 2007; 67: 94–98.

LEE, J. Y. *Review Analysis And Evaluation // Etiology / Other Lower Oral Health Literacy May Lead To Poorer Oral Health Outcomes Reviewer.* The Journal of Evidence-Based Dental Practice, p. 3–5, 2018. Disponível em:  
<<https://doi.org/10.1016/j.jebdp.2018.05.003>>

LIMA, Y. B. O.; CURY, J. A.: *Fluoride intake by children from water and dentifrice.* Rev Saúde Publica 2001; 35: 576–581.

MACEK, M. D., *et al.* *Measuring conceptual health knowledge in the context of oral health literacy: Preliminary results.* J Public Health Dent 2010; 70: 197–204.

MARTINS, M. T., *et al.* *Dental caries and social factors: impact on quality of life in Brazilian children.* Braz Oral Res. 2015;29(1):S1806.

MILLER, E. *et al.* *Impact of Caregiver Literacy on Children's Oral Health Outcomes.* Pediatrics 2010; 126(1):107-14.

OLIVEIRA, B.; SANTOS, A.; NADANOVSKY, P. *Uso de dentifrícios fluoretados por pré-escolares: o que os pediatras precisam saber?* Residência Pediátrica, v. 2, n. 2, p. 12–19, 2012.

PAIVA S. M.; LIMA Y. B.; CURY J. A. *Fluoride intake by Brazilian children from two communities with fluoridated water*. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003 Jun;31(3):184-91.

PARKER E. J.; JAMIESON L. M. *Associations between indigenous Australian oral health literacy and self-reported oral health outcomes*. *BMC Oral Health*. 2010;10:3.

PARTHASARATHY, D. S. *et al. The Relation Between Caregivers' Multiliterate Reading Habits and Their Children's Oral Health Status*. *Interact J Med Res* 2014;3(3):e13

RIBEIRO, V. M.; SOARES, T. *Construção de escala combinada para a medição do alfabetismo em contexto não escolar*. p. 449–464, 2008.

SABBAHI, D. A. *et al. Development and evaluation of an oral health literacy instrument for adults*. *Community Dent Oral Epidemiol* 2009; 37: 451–462.

SISTANI, M. M. *et al. New oral health literacy instrument for public health: development and pilot testing*. *J Investig Clin Dent* 2014 5: 313–321.

SØRENSEN, K. *et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models*. *BMC Public Health*, v. 12, p. 80, jan. 2012.

UNITED NATIONS.DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Healthy People 2010: General Data Issues*. p. 56, 2010. Disponível em: <[https://www.cdc.gov/nchs/data/hpdata2010/hp2010\\_general\\_data\\_issues.pdf](https://www.cdc.gov/nchs/data/hpdata2010/hp2010_general_data_issues.pdf)>.

VANN JR, W. F. *et al. Oral health literacy among female caregivers: impact on oral health outcomes in early childhood*. *J Dent Res*. 2010; 89(12):1395-400.

VANN JR, W. F. *et al. Caregivers' health literacy and their young children's oral-health-related expenditures*. *J Dent Res* 2013; 92: 55S–62S.

VILELLA, K. D. *et al. Training and calibration of interviewers for oral health literacy using the BREALD-30 in epidemiological studies*. *Braz Oral Res*. 2016;30:e90.  
 VILLENA, R. S. *An investigation of the transverse technique of dentifrice application to reduce the amount of fluoride dentifrice for young children*. *Pediatric Dentistry*, v. 22, n. 4, p. 312–317, ago. 2000.

VYAS, S. *et al.* *Linguistic adaptation and psychometric evaluation of original oral health literacy-adult questionnaire (OHL-AQ).* J Adv Med Educ, v. 4, n. 4, p. 163–169, 2016.

WONG, M. C. *et al.* *Topical fluoride as a cause of dental fluorosis in children.* Cochrane Database Syst Rev 2010(1):CD007693.

WEHMEYER, M. M. *et al.* *The impact of oral health literacy on periodontal health status.* J Public Health Dent. 2014;74:80-87.

WRIGHT, J. T. *et al.* *Fluoride toothpaste efficacy and safety in children younger than 6 years: a systematic review.* JADA. 2014, p. 182–189.

YAZDANI, R.; ESFAHANI, E. N.; KHARAZIFARD M. J. *Relationship of Oral Health Literacy with Dental Caries and Oral Health Behavior of Children and Their Parents.* J Dent (Tehran). 2018; v. 15, n. 5, p. 275-282.



## APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido

### **ESTUDO: Avaliação da influência do nível de alfabetismo em saúde bucal na execução de medidas preventivas sobre uso racional de fluoretos: ensaio clínico controlado e randomizado**

Você está sendo convidado a participar voluntariamente da pesquisa acima citada, de responsabilidade da Prof. Dra Fernanda Morais Ferreira da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais. Este estudo é importante para que possamos entender se a comunicação entre dentista e paciente está sendo boa ou se é preciso mudar a forma como o dentista faz orientações sobre o uso de pasta de dente. Abaixo são apresentadas informações sobre a pesquisa, mas se você ainda tiver qualquer dúvida antes, durante ou após a sua participação no estudo, você pode entrar em contato com as pesquisadoras pelos telefones informados no fim deste documento. Sua colaboração será muito importante para nós!

Estou ciente que:

- I) Para participar precisarei apenas responder a um questionário com perguntas simples sobre minhas condições de vida e ler algumas palavras sobre saúde bucal;
- II) Precisaréi também seguir uma orientação simples sobre o uso de pasta de dente, na presença da pesquisadora;
- III) A pesquisa acontecerá na sala de espera, durante o atendimento da minha criança, e terá a duração de aproximadamente 20 minutos. Como existe um risco mínimo de que eu me sinta constrangido (a) ao responder à alguma das perguntas ou ao executar a orientação da pesquisadora sobre o uso de pasta de dente, a pesquisadora procurará um canto reservado da sala de espera, longe dos demais pais/responsáveis, onde tenhamos mais privacidade;
- IV) As minhas respostas não serão reveladas a ninguém (sigilo), apenas a pesquisadora terá acesso a elas;
- V) Os resultados da pesquisa serão utilizados somente em trabalhos científicos publicados ou apresentados em congressos e palestras, sem revelar minha identidade (meu nome), e não serão usados para outros fins;
- VI) Tenho a liberdade de desistir ou interromper a colaboração neste estudo no momento em que eu desejar, sem necessidade de qualquer explicação, e a desistência não causará a mim nenhum prejuízo, nem ao atendimento da minha criança;
- VII) Não terei qualquer tipo de despesa para participar da pesquisa e não receberei remuneração por minha participação;
- VIII) Caso eu desejar, poderei tomar conhecimento dos resultados ao final da pesquisa:
  - ( ) Desejo conhecer os resultados da pesquisa
  - ( ) Não desejo conhecer os resultados da pesquisa

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo de livre e espontânea vontade em participar do estudo “**Avaliação da influência do nível de alfabetismo em saúde bucal na execução de medidas preventivas sobre uso racional de fluoretos: ensaio clínico controlado e randomizado**”, e esclareço que obtive todas as informações necessárias.

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_ .

Assinatura do responsável: \_\_\_\_\_

#### **Pesquisador responsável pelo projeto:**

Professora Fernanda Morais Ferreira \_\_\_\_\_

**Telefone para contato:** (31) 3409-2470 **Email:** femoraisfe@gmail.com

Sara Oliveira Lisboa (mestranda) \_\_\_\_\_

Programa de Pós-Graduação em Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da UFMG

**Endereço:** Av. Pres. Antônio Carlos, 6627, Campus Pampulha. CEP 31270-901. Belo Horizonte, MG.

**Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP):**

**Endereço:** Av. Pres. Antônio Carlos, 6627, Unidade administrativa II, 2º andar, Sl. 2005 – Campus Pampulha. CEP 31270-901. Belo Horizonte, MG. **Telefone:** (31) 3409-4592 **Email:** [coep@prpq.ufmg.br](mailto:coep@prpq.ufmg.br)

## APÊNDICE B - Formulário com dados demográficos, socioeconômicos e de saúde bucal

A equipe de Odontopediatria da Universidade Federal de Minas Gerais agradece por você ter aceitado participar do estudo intitulado “Avaliação da influência do nível de alfabetismo em saúde bucal na execução de medidas preventivas sobre uso racional de fluoretos”. A seguir estão as perguntas sobre sua família e sua criança, especialmente sobre sua saúde bucal. Estas perguntas são bem simples de serem respondidas. Não existem respostas certas ou erradas, apenas queremos conhecê-los um pouco melhor!

**Muito obrigada por sua colaboração!**

**Esta primeira etapa envolve questões básicas sobre você e sua criança.**

1. Nome da criança: \_\_\_\_\_
2. Sexo da criança: ( ) Masculino ( ) Feminino
3. Data de nascimento da criança: \_\_\_\_\_
4. Seu Nome: \_\_\_\_\_
5. Sua data de nascimento: \_\_\_\_\_
6. Grau de parentesco: ( ) Mãe ( ) Pai ( ) Avô/Avó ( ) Outros
7. Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino
- Telefones: \_\_\_\_\_
- Data: \_\_\_\_\_

**Esta segunda etapa envolve questões sobre você e sua família.**

8. Qual é o seu trabalho?	
9. Qual é o seu estado civil?	
( ) Solteiro(a)      ( ) Casado(a)      ( ) Mora com parceiro(a)      ( ) Separado(a)      ( ) Viúvo(a)	
10. Quantos filhos você tem?	
11. Quantas pessoas vivem na sua casa (incluindo você?)	
12. Qual é a sua etnia?	
( ) Amarelo      ( ) Negro      ( ) Indígena      ( ) Pardo      ( ) Branco	
13. Você estudou até qual série?	
( ) Não estudei	
( ) Primário incompleto ( ) Primário completo	<i>Primário = 1ª a 4ª série do 1º grau ou ensino fundamental</i>
( ) Ginásial incompleto ( ) Ginásial completo	<i>Ginásial = 5ª a 8ª série do 1º grau ou ensino fundamental</i>
( ) Colegial incompleto ( ) Colegial completo	<i>Colegial = 1ª, 2ª e 3ª séries do 2º grau ou ensino médio</i>
( ) Superior incompleto ( ) Superior completo	<i>Superior = faculdade</i>
14. Qual é a renda mensal (em Reais R\$) da sua casa?	
(Incluir o total da casa: Salários, Bolsa Família, Seguro desemprego e “bicos”)	

**Esta terceira etapa envolve questões sobre a saúde bucal da sua criança.**

15. Quando foi a última vez que sua criança foi ao dentista?	
<input type="checkbox"/> Nunca foi <input type="checkbox"/> Mais que 3 anos <input type="checkbox"/> Entre 1 e 3 anos <input type="checkbox"/> Há menos de 1 ano	
16. Nessa consulta, por qual motivo você levou sua criança ao dentista?	
<input type="checkbox"/> Para consulta preventiva ou de manutenção <input type="checkbox"/> Para tratamento ou por dor	
17. Por qual motivo você geralmente procura o dentista?	
<input type="checkbox"/> Para consulta preventiva ou de manutenção <input type="checkbox"/> Para tratamento ou por dor	
18. Como você classifica a sua saúde bucal?	
<input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Muito bom <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim	
19. Como você classifica a saúde bucal da sua criança?	
<input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Muito bom <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim	
20. Sua criança tem cárie?	21. Os dentes da sua criança são escovados?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
22. Em quais momentos do dia?	
23. Sua criança usa pasta de dente?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
24. Sua criança costuma engolir a pasta de dente durante a escovação?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
25. Se ele (a) usa pasta de dente, qual a marca que ele (a) usa com mais frequência?	
26. Quais outras marcas de pasta de dentes que sua criança já usou?	
27. A pasta de dente que sua criança usa é a mesma que você usa?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
28. A pasta de dente que sua criança usa tem flúor?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
29. Você escova os dentes sua criança à noite, antes de dormir?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> As vezes <input type="checkbox"/> Sempre

**MUITO OBRIGADO POR SUA PARTICIPAÇÃO!**

## APÊNDICE C- Critério fotográfico para avaliação da quantidade dentifrício

Figura 1: Quantificação do dentifrício na técnica do esfregaço.



Fonte: o autor, Belo Horizonte, 2019.

## ANEXO A – Teste de alfabetismo funcional em Saúde Bucal (BREALD-30)

Nome: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Examinadora: \_\_\_\_\_

Tempo inicial: \_\_\_\_\_ Tempo final: \_\_\_\_\_ Tempo total: \_\_\_\_\_

Pontuação BREALD-30: \_\_\_\_\_

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

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

### Erros de pronúncia:

- 1) Substituição por palavra similar. Ex : Escovar por escova
- 2) Palavras irregulares lidas como regulares. Ex: Enxaguatório por ensaguatório
- 3) Substituição, omissão ou adição de letras. Ex: Gengiva por gengiba
- 4) Falha no uso das regras de correspondência. Ex: Erosão por erossão
- 5) Erro na identificação da sílaba tônica. Ex: Genética por genetica
- 6) Palavra lida de maneira lenta e não ritmada
- 7) Repetição da palavra ou de alguma sílaba na leitura
- 8) Disse 'não saber' ou não leu a palavra

## ANEXO B – Questionário OHL

### ALFABETIZAÇÃO EM SAÚDE BUCAL - QUESTIONÁRIO PARA ADULTOS

#### Compreensão de leitura (habilidades de leitura e conhecimento)

Nessa parte você verá questões sobre o conhecimento em saúde bucal. Preencha o espaço em branco escolhendo uma palavra que você acha que seja correta e circule a letra correspondente.

Q1- Pesquisas mostram que pode haver uma relação entre doenças bucais e outros problemas de saúde, como \_\_\_\_\_.

- A) Doença de pele
- B) Infarto
- C) Doença mental
- D) Distrofia muscular
- E) Não sei

Q2- A cárie dentária é uma das doenças bucais mais comuns. Escovar os dentes com pasta de dente que contenha \_\_\_\_\_ pelo menos duas vezes por \_\_\_\_\_, usar fio dental e evitar alimentos com muito \_\_\_\_\_ podem prevenir a cárie dentária.

- |               |             |            |
|---------------|-------------|------------|
| A) Sabor      | A) Mês      | A) Sal     |
| B) Clareador  | B) Refeição | B) Tempero |
| C) Detergente | C) Dia      | C) Gordura |
| D) Flúor      | D) Semana   | D) Açúcar  |
| E) Não sei    | E) Não sei  | E) Não sei |

Q3- Toda pessoa tem 32 dentes \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ aparece na boca aos seis anos de idade.

- |                |                     |
|----------------|---------------------|
| A) Incisivos   | A) A maioria deles  |
| B) Decíduos    | B) O primeiro deles |
| C) Molares     | C) O último deles   |
| D) Permanentes | D) Todos eles       |
| E) Não sei     | E) Não sei          |

#### Numeracia (habilidades de leitura, escrita e cálculo)

Nessa parte você verá uma receita para o uso de antibiótico. Por favor, escreva ou selecione as respostas abaixo de cada cartão.

Diagnóstico: Infecção e abscesso dentário  
 Tratamento: Amoxicilina (500 mg) em cápsulas (21)  
 Tome uma cápsula via oral três vezes ao dia (a cada 8 horas) por 7 dias

Diagnóstico: Infecção e Abscesso dentário  
 Tratamento:  
 Amoxicilina (500mg) \_\_\_\_\_ em cápsulas (21)  
 Tomar uma cápsula via oral três vezes ao dia (a cada 8 horas) por 7 dias



Q4- Se você tomar a primeira cápsula às 14 horas, quando você deverá tomar a próxima?

Às \_\_\_\_\_

Não sei

Q5- Se os seus sintomas desaparecerem no 4º dia após iniciar a medicação, você deverá parar de tomar a medicação?

Sim

Não

Não sei

Nessa parte você verá uma orientação sobre o uso de enxaguatório bucal. Por favor, escreva ou selecione as respostas abaixo de cada cartão.

Enxaguatório bucal com fluoreto de sódio a 0,2 %.  
 Faça bochecho com 5 ml por 1 minuto e cuspa, uma vez por semana.  
 Em seguida, não coma e nem beba nada por 30 minutos.



Q6- Com relação a esta orientação, você pode engolir o enxaguatório?

Sim

Não

Não sei

Q7- Se você fizer o bochecho às 12 horas, quando você poderá comer ou beber?

Às \_\_\_\_\_

Não sei

### **Escuta (habilidades de escuta, leitura, escrita, cálculo e comunicação)**

Nessa parte, você escutará algumas frases sobre orientações após extração dentária. Por favor, escreva ou selecione as respostas.

Q8- Se o seu dente foi extraído às 8 horas da manhã, quando você deverá retirar a gaze da sua boca?

Às \_\_\_\_\_

Não sei

Q9- Se o seu dente foi extraído às 8 horas da manhã, você poderá comer alimentos quentes às 2 horas da tarde?

Sim  Não  Não sei

**Tomada de decisão apropriada e conhecimento conceitual  
(habilidades de leitura, compreensão e tomada de decisões)**

Nesta parte, você verá algumas perguntas sobre problemas de saúde bucal e prontuário odontológico. Escolha a melhor resposta e circule a letra na frente da frase.

Q10- Qual é a melhor decisão se um pequeno sangramento acontecer após escovar os dentes ou usar o fio dental?

- A) Não escovar os dentes nem usar fio dental diariamente
- B) Mascar chiclete em vez de escovar os dentes ou usar fio dental
- C) Continuar escovando os dentes e usando fio dental diariamente
- D) Usar palito de dente em vez de escovar os dentes e usar fio dental
- E) Não sei

Q11- Qual é a melhor decisão se você tiver dor e inchaço na boca?

- A) Tomar antibiótico
- B) Tomar analgésico
- C) Consultar a família
- D) Ir ao médico ou ao dentista
- E) Não sei

Q12- Qual é a melhor maneira de remover manchas e tártaro dos dentes de uma pessoa?

- A) Comer alimentos duros como maçã
- B) Bochechar com enxaguatório bucal
- C) Usar pasta de dente anti-tártaro e extra clareadora
- D) Fazer uma limpeza dentária
- E) Não sei

Q13- Na sua opinião, qual é o significado da frase “Eu isento o meu dentista de complicações não intencionais do tratamento”?

- A) Meu dentista é responsável por complicações não intencionais do tratamento
- B) Eu estou de acordo com o tratamento proposto pelo meu dentista
- C) Eu dou permissão ao meu dentista para realizar qualquer tratamento necessário
- D) Meu dentista não é responsável por complicações não intencionais do tratamento
- E) Não sei

Q14- Na sua opinião, qual o significado da frase “Eu tenho um histórico de alergia a alguns medicamentos”?

- A) Eu tenho problema em falar e sofro convulsões após o consumo de alguns medicamentos
- B) Eu tenho dores fortes no peito após o consumo de alguns medicamentos
- C) Eu sinto dificuldade de respirar e vermelhidão na minha pele após o consumo de alguns medicamentos
- D) Eu sinto ansiedade e tontura após o consumo de alguns medicamentos
- E) Não sei

## ANEXO C - Questionário OHL- Gabarito

### ALFABETIZAÇÃO EM SAÚDE BUCAL - QUESTIONÁRIO PARA ADULTOS

#### Compreensão de leitura (habilidades de leitura e conhecimento)

Nessa parte você verá questões sobre o conhecimento em saúde bucal. Preencha o espaço em branco escolhendo uma palavra que você acha que seja correta e circule a letra correspondente.

Q1- Pesquisas mostram que pode haver uma relação entre doenças bucais e outros problemas de saúde, como \_\_\_\_\_.

- A) Doença de pele
- B) Infarto**
- C) Doença mental
- D) Distrofia muscular
- E) Não sei

Q2- A cárie dentária é uma das doenças bucais mais comuns. Escovar os dentes com pasta de dente que contenha \_\_\_\_\_ pelo menos duas vezes por \_\_\_\_\_, usar fio dental e evitar alimentos com muito \_\_\_\_\_ podem prevenir a cárie dentária.

- |                 |               |                  |
|-----------------|---------------|------------------|
| A) Sabor        | A) Mês        | A) Sal           |
| B) Clareador    | B) Refeição   | B) Tempero       |
| C) Detergente   | <b>C) Dia</b> | C) Gordura       |
| <b>D) Flúor</b> | D) Semana     | <b>D) Açúcar</b> |
| E) Não sei      | E) Não sei    | E) Não sei       |

Q3- Toda pessoa tem 32 dentes \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ aparece na boca aos seis anos de idade.

- |                       |                            |
|-----------------------|----------------------------|
| A) Incisivos          | A) A maioria deles         |
| B) Decíduos           | <b>B) O primeiro deles</b> |
| C) Molares            | C) O último deles          |
| <b>D) Permanentes</b> | D) Todos eles              |
| E) Não sei            | E) Não sei                 |

#### Numeracia (habilidades de leitura, escrita e cálculo)

Nessa parte você verá uma receita para o uso de antibiótico. Por favor, escreva ou selecione as respostas abaixo de cada cartão.

Diagnóstico: Infecção e abscesso dentário  
 Tratamento: Amoxicilina (500 mg) em cápsulas (21)  
 Tome uma cápsula via oral três vezes ao dia (a cada 8 horas) por 7 dias

Diagnóstico: Infecção e Abscesso dentário  
 Tratamento:  
 Amoxicilina (500mg) \_\_\_\_\_ em cápsulas (21)  
 Tomar uma cápsula via oral três vezes ao dia (a cada 8 horas) por 7 dias



Q4- Se você tomar a primeira cápsula às 14 horas, quando você deverá tomar a próxima?

Às 22 horas

Não sei

Q5- Se os seus sintomas desaparecerem no 4º dia após iniciar a medicação, você deverá parar de tomar a medicação?

Sim

**Não**

Não sei

Nesta parte você verá uma orientação sobre o uso de enxaguatório bucal. Por favor, escreva ou selecione as respostas abaixo de cada cartão.

Enxaguatório bucal com fluoreto de sódio à 0,2 %.  
 Faça bochecho com 5 ml por 1 minuto e cuspa, uma vez por semana.  
 Em seguida, não coma e nem beba nada por 30 minutos.



Q6- Com relação à esta orientação, você pode engolir o enxaguatório?

Sim

**Não**

Não sei

Q7- Se você fizer o bochecho às 12 horas, quando você poderá comer ou beber?

Às 12 horas e 30 minutos (considerar certo tb 12h e 31 minutos)

Não sei

### **Escuta (habilidades de escuta, leitura, escrita, cálculo e comunicação)**

Nessa parte, você escutará algumas frases sobre orientações após extração dentária. Por favor, escreva ou selecione as respostas.

Morda uma gaze úmida por 30 minutos no local do dente extraído.  
 Evite cuspir por 12 horas.  
 Coma alimentos frios e moles, como sorvete ou sopa fria, por 12 horas após a extração do dente.  
 (Este quadro será lido pelo entrevistador e o entrevistado não verá o mesmo)



Q8- Se o seu dente foi extraído às 8 horas da manhã, quando você deverá retirar a gaze da sua boca?

Às 8 horas e 30 minutos (considerar certo tb 8h e 31 minutos)

Não sei

Q9- Se o seu dente foi extraído às 8 horas da manhã, você poderá comer alimentos quentes às 2 horas da tarde?

Sim

Não

Não sei

**Tomada de decisão apropriada e conhecimento conceitual  
(habilidades de leitura, compreensão e tomada de decisões)**

Nesta parte, você verá algumas perguntas sobre problemas de saúde bucal e prontuário odontológico. Escolha a melhor resposta e circule a letra na frente da frase.

Q10- Qual é a melhor decisão se um pequeno sangramento acontecer após escovar os dentes ou usar o fio dental?

A) Não escovar os dentes nem usar fio dental diariamente

B) Mascar chiclete em vez de escovar os dentes ou usar fio dental

C) Continuar escovando os dentes e usando fio dental diariamente

D) Usar palito de dente em vez de escovar os dentes e usar fio dental

E) Não sei

Q11- Qual é a melhor decisão se você tiver dor e inchaço na boca?

A) Tomar antibiótico

B) Tomar analgésico

C) Consultar a família

D) Ir ao médico ou ao dentista

E) Não sei

Q12- Qual é a melhor maneira de remover manchas e tártaro dos dentes de uma pessoa?

A) Comer alimentos duros como maçã

B) Bochechar com enxaguatório bucal

C) Usar pasta de dente anti-tártaro e extra clareadora

D) Fazer uma limpeza dentária

E) Não sei

Q13- Na sua opinião, qual é o significado da frase “Eu isento o meu dentista de complicações não intencionais do tratamento”?

- A) Meu dentista é responsável por complicações não intencionais do tratamento
- B) Eu estou de acordo com o tratamento proposto pelo meu dentista
- C) Eu dou permissão ao meu dentista para realizar qualquer tratamento necessário
- D) Meu dentista não é responsável por complicações não intencionais do tratamento
- E) Não sei

Q14- Na sua opinião, qual o significado da frase “Eu tenho um histórico de alergia a alguns medicamentos”?

- A) Eu tenho problema em falar e sofro convulsões após o consumo de alguns medicamentos
- B) Eu tenho dores fortes no peito após o consumo de alguns medicamentos
- C) Eu sinto dificuldade de respirar e vermelhidão na minha pele após o consumo de alguns medicamentos
- D) Eu sinto ansiedade e tontura após o consumo de alguns medicamentos
- E) Não sei

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Avaliação da influência do nível de alfabetismo em saúde bucal na execução de medidas preventivas sobre o uso racional de fluoretos: ensaio clínico controlado e randomizado

**Pesquisador:** Fernanda de Moraes Ferreira

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 85109918.8.0000.5149

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.762.196

#### **Apresentação do Projeto:**

O termo alfabetização em saúde indica um conhecimento superior ao entendimento básico de informações relacionadas à saúde, ele engloba a ação sobre as questões de saúde com base em seu entendimento. A alfabetização em saúde bucal é o grau em que os indivíduos possuem habilidade de absorver, processar e compreender noções e serviços básicos de saúde oral e craniofacial elementares para tomada de decisões em saúde apropriadas. Este estudo se propõe a avaliar se existe associação entre o nível de alfabetismo em saúde bucal e a execução de medidas preventivas sobre uso racional de fluoretos, mediante orientação prévia do cirurgião dentista. Será desenvolvido um estudo piloto a fim de avaliar a metodologia e adequá-la. A partir deste estudo piloto se desenvolverá o cálculo amostral para o estudo principal. Serão recrutados pais e/ou responsáveis legais de crianças de 0 a 4 anos ambulatório da criança de risco (ACRIAR) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), conforme cálculo amostral a ser realizado. Anteriormente a aplicação do instrumento BREALD-30 (JUNKES et al., 2015), pais e/ou responsáveis serão convidados a dispensar em uma escova dental a quantidade de dentífrico que consideram adequada para a escovação da criança, de 0 a 4 anos, a qual ele é responsável. Será feita uma inspeção visual pelo examinador quanto à quantidade depositada pelo participante. Participantes que executem a ação corretamente, previamente à orientação, serão excluídos do estudo. Anteriormente às orientações sobre o uso racional de

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II

**CEP:** 31.270-901

**UF:** MG

**Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 2.762.196

fluoretos, será aplicado aos pais e/ou responsáveis participantes do estudo o instrumento BREALD-30, validado para língua portuguesa do Brasil (JUNKES et al., 2015), que avalia o alfabetismo em saúde bucal através do reconhecimento de palavras. Esse instrumento é formado 30 palavras relacionadas à área de saúde bucal que precisam ser lidas em voz alta pelos participantes, recebendo pontuação 1 se pronunciadas corretamente e 0 se lidas incorretamente (escores finais entre 0 e 30). Será empregado um formulário para coleta de dados socioeconômicos e demográficos do baseline.

### **Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo geral: Avaliar a influência do nível de alfabetismo em saúde bucal de pais/responsáveis na execução de medidas preventivas que levem ao uso racional de dentifrício fluoretado em crianças, após orientação. Objetivo específico: Mensurar o nível de alfabetismo em saúde bucal de pais e responsáveis de crianças de 0 a 4 anos atendidas na clínica de odontopediatria da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas

Gerais (UFMG). Avaliar a influência das condições socioeconômicas e demográficas no nível de alfabetismo em saúde bucal da população estudada. Analisar a associação dos aspectos socioeconômicas e demográficos na execução de medidas preventivas como o uso racional de flúor, mediante orientação prévia do cirurgião dentista. Avaliar a capacidade de pais / responsáveis de dosar a quantidade adequada de dentifrício fluoretado a ser dispensada em escova dental, de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde para faixa etária

até 9 anos. Comparar a eficácia de diferentes linguagens usadas na orientação de pais/responsáveis com um baixo nível de alfabetismo em saúde bucal sobre dosagem de dentifrício fluoretado para escovação dental de crianças.

### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: O estudo apresenta risco mínimo aos participantes, de constrangimento durante a entrevista e execução de ações orientadas pelo cirurgião dentista em relação ao uso racional de fluoretos. Esses riscos serão amenizados através da confidencialidade das informações transmitidas pelo participante, bem como por meio da realização da entrevista e ações em ambiente reservado, contando apenas com a presença do participante e pesquisador. Benefícios: Participantes receberão orientação específica sobre prevenção com uso racional de fluoretos. Posteriormente receberão uma cartilha de orientações sobre saúde bucal de crianças de 0 a 3 anos de idade.

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II

**CEP:** 31.270-901

**UF:** MG

**Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 2.762.196

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto está bem escrito e as questões éticas estão alinhadas e respeitadas.

Foi apresentada uma carta resposta com a correção do TCLE sob a forma convite, e não auto declarativa, ressaltando a inclusão do trecho final caracterizando consentimento pós informado.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os documentos apresentados foram: Informações básicas do projeto, Carta resposta, Projeto original, TCLE corrigido, formulário ABEP, Informações socio econômicas, INSTR\_BREALD30.pdf, Parecer, Folha de rosto.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final). De acordo com a Norma Operacional 01/2013, de 30 de setembro de 2013, o COEP aguarda a resposta até 30 (trinta) dias a partir da entrega deste parecer via Plataforma Brasil, para que o pesquisador atenda às pendências. Ao final deste prazo o projeto será arquivado. Solicita-se, ainda, que uma carta resposta seja enviada, via Plataforma Brasil, de forma ordenada, conforme os itens das considerações deste parecer, indicando-se também a localização das possíveis alterações no protocolo, inclusive no TCLE.

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos,6627 2º Ad SI 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II

**CEP:** 31.270-901

**UF:** MG

**Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 2.762.196

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1083366.pdf	17/05/2018 11:07:13		Aceito
Outros	Carta_Reposta_ao_Parecer.pdf	17/05/2018 11:05:35	SARA OLIVEIRA LISBOA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_AlfabetismoCoep_versaomaio.pdf	17/05/2018 11:04:14	SARA OLIVEIRA LISBOA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_versaomaio.pdf	17/05/2018 11:03:27	SARA OLIVEIRA LISBOA	Aceito
Outros	formularioABEP.pdf	12/03/2018 15:08:29	SARA OLIVEIRA LISBOA	Aceito
Outros	Socioeconomico_informa_gerais.pdf	12/03/2018 15:07:59	SARA OLIVEIRA LISBOA	Aceito
Outros	INSTR_BREALD30.pdf	12/03/2018 15:07:13	SARA OLIVEIRA LISBOA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	parecer.pdf	04/03/2018 23:41:45	SARA OLIVEIRA LISBOA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	28/02/2018 12:56:07	Fernanda de Moraes Ferreira	Aceito
Outros	85109918aprovacaoassinada.pdf	09/07/2018 16:44:05	Vivian Resende	Aceito
Outros	85109918parecerassinado.pdf	09/07/2018 16:44:16	Vivian Resende	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BELO HORIZONTE, 09 de Julho de 2018

---

**Assinado por:  
Vivian Resende  
(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II

**CEP:** 31.270-901

**UF:** MG

**Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br