

Alessandra de Lima

PERFIL DO LÍDER COMUNITÁRIO DA
PASTORAL DA CRIANÇA
DA REGIÃO NORTE
DA CIDADE DE LONDRINA - PR

ARAÇATUBA - 2006

Alessandra de Lima

**PERFIL DO LÍDER COMUNITÁRIO DA
PASTORAL DA CRIANÇA
DA REGIÃO NORTE
DA CIDADE DE LONDRINA - PR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, como parte dos requisitos para obtenção do título de MESTRE.

Orientador: Profº Drº Renato Moreira Arcieri

ARAÇATUBA

2006

Dados Curriculares

NOME COMPLETO ALESSANDRA DE LIMA

NASCIMENTO 24.11.1970 – JANDAIA DO SUL/PR

FILIAÇÃO JAIR GOMES DE LIMA
ANGELINA NANUCIO DE LIMA

1992/1995 CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA –UNOESTE
PRESIDENTE PRUDENTE – SÃO PAULO

1996/1997 CURSO DE APERFEIÇOAMENTO EM ENDODONTIA
ASSOCIAÇÃO ODONTOLÓGICA DO NORTE DO PARANÁ-AONP /
LONDRINA-PR

1997/1999 DOCENTE DA DISCIPLINA DE ANATOMIA DENTAL
CURSO DE PROTESE DENTÁRIA DO COLÉGIO PARANÁ /
MARINGÁ-PR

1998 VOLUNTÁRIA DA PASTORAL DA CRIANÇA NA CIDADE DE
LONDRINA – PR
SITUAÇÃO: ATUANTE

2001/2002 CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CENTRO UNIVERSITÁRIO FILADÉLFIA- UNIFIL
LONDRINA-PR

2003 DENTISTA DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA
LONDRINA –PR

2004/2005 CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ODONTOLOGIA PREVENTIVA E
SOCIAL
NÍVEL DE MESTRADO: FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE
ARAÇATUBA –SP
UNIVERSIDADE ESTADUALPAULISTA - UNESP

Dedicatória

Este trabalho não poderia deixar de ser de dedicação ímpar aos meus pais, pois, através deles, consegui ter forças para vencer mais esta árdua batalha de minha vida. Por isso este trabalho é de vocês...pai e mãe...avô e avó...

JAIR e ANGELINA.

Ao meu filho, JOÃO VITOR, que soube compreender as minhas idas e vindas...Muito obrigada por ser tão amável comigo...e a me ensinar como se ama alguém; " do tamanho de um mamute".

A você, "VIDA", que sempre foi minha "via de escape" em todas as situações, obrigada pela compreensão e paciência comigo...Este trabalho também é seu...A vitória não é só minha...É nossa!!!

Agradecimentos Especiais

A Deus, que me carregou no colo desde o primeiro instante em que saí de casa, em Londrina, para enfrentar os 65.280 km percorridos em dois anos de curso. Obrigada, Senhor, pela proteção. Obrigada por ter enxugado minhas lágrimas por diversas vezes. Obrigada por tudo...

*Aos meus pais, **JAIR** e **ANGELINA**, que sempre estiveram presentes nas minhas mais difíceis decisões. Obrigada por terem me acolhido em sua casa e por cuidarem tão maravilhosamente da minha mais rara e preciosa jóia: **JOÃO VITOR**. Se hoje ele tem a educação e os princípios que tem, devo tudo isso a vocês. **AMO VOCÊS**.*

AVOPAI

*Homem De Pele Clara, Cabelos Grisalhos
Olhos Que Expressam Toda Sua Autoridade
Autoridade Essa Que
É Passada Em Forma De Experiência.*

*O Céu Com Seu Brilho Ilumina Seu Caminhar
E Com Isso Sua Luz Me Faz Permanecer Viva.
Se Eu Disser Que Esta Bem Resolvido,,
Você Diz Que É Bom Ter Cuidado.
Mas Pior Que Estar Longe É Estar Ausente.*

*Lembro-Me Do Terço
Que Minha Avó Usava
E Sempre Acreditava ...
Que Por Nós Ela Rezava.*

*Avô....
Pai....
Avôpai.*

*Sempre Presente
Na Educação
Na Formação....
Dos Seus Filhos
E Ainda, Se Tornou... Avopai.
Do Meu Filho (João Vitor).*

*Alessandra de Lima
08 de dezembro de 2005*

ANGELINA

Amar ao próximo como a si mesmo

Nunca deixar que seu filho se sinta desprotegido

Gentilmente doando todo seu tempo a ele

Eternamente fazendo o bem, mesmo quando não a compreendem

Liberando tudo aquilo que perante o pai não é permitido

Importando-se sempre com a harmonia do lar

Nem que para isso ela tenha que se privar de muitas coisa da vida

Amo você, apesar de não ter as palavras no saltar da voz, mas a amo muito.

Alessandra de Lima

19 de dezembro de 2005

Aos meus irmãos, CLÁUDIA e WENDEL, obrigada pela confiança em mim, pela dedicação ao meu filho. Perdoem-me pelas ausências, mas sei que compreendem, pois é o meu sonho que estava em jogo. E vocês sempre acreditaram que eu venceria.

*A você, **JOÃO VITOR**, meu filho, ser de suprema grandeza, coração que sempre acolhe mais um.. Obrigada pelas palavras ditas, pela mãozinha no meu rosto, pelos beijos de saudade na hora da minha chegada...pelas lágrimas contidas, para não me entristecer na saída, pelas conversas via internet, quando você sempre me dava forças para continuar a caminhada. Imagina uma criança, de 8 anos, incentivando a mãe a fazer tudo bem feito...Deveria ser ao contrário! Acredite, quero e terá o melhor para você e sei que já compreende isso. Perdoe-me por não ter jogado bola com você naquele momento em que você queria, mas o cansaço era muito grande... mas **MEU AMOR POR VOCÊ É MUITO, MAIS MUITO MAIOR QUE UM "MAMUTE"...AMO VOCÊ....***

Não poderia deixar passar a oportunidade de agradecer, em público, a você, MATIAS, (VIDA) pois sem seu ombro, suas palavras, seu gesto de carinho, sua tolerância, sua paciência e sua mais autêntica sabedoria de compreender a minha inquietação, eu não seria nada hoje. Quantas horas na frente do computador...e ainda..."Vida, pega água pra mim...Vida faz isso...faz aquilo...". Juro, não sei como conseguiu me suportar. Mas, acredite, você aprendeu tanto quanto, ou mesmo até mais que eu, nestes dois anos em Araçatuba. Aprendemos a valorizar os pequenos momentos a dois, as conversas, as discussões, tudo foi aprendido.

Amo muito você. Muito obrigada.

Ao meu orientador, Profº Drº Renato Moreira Arcieri, pelo carinho e compreensão em todas as horas de sufoco. Perdoe-me por alguma coisa que fiz. Acredite, nunca tive a intenção de magoá-lo, apesar da minha impaciência...Foi de fundamental importância o meu convívio com o Srº.

Obrigada por tudo.

À Profª Drª Cléa Adas Saliba Garbin, o meu muito obrigada. Você é uma pessoa maravilhosa, que aprendi a amar desde o primeiro contato, antes mesmo do início da Pós Graduação e hoje posso chamar de minha amiga. Muito obrigada pela preocupação e por todos os conselhos

À minha "mãe adotiva", Prof. Nemre Adas Saliba, pelo carinho, compreensão e acolhimento fraterno. Jamais conseguirei agradecer tudo que fez por mim e, saiba, não preciso dizer aos quatro cantos do mundo o quanto é maravilhosa. A Srª sabe que é muito importante na minha vida.

À Profª Suzely Adas Saliba Moimaz, por me ensinar o que é ser "MESTRE" com todas as letras. Obrigada.

Ao Professor Orlando Saliba, pelos ensinamentos que jamais serão esquecidos...nem mesmo a história da construção do muro em frente da faculdade....O Sr. é maravilhoso.

À querida Profª Drª Rosani Aparecida Alves Souza, a quem posso chamar de minha amiga. Obrigada pela iniciativa de ter feito com que eu me descobrisse como ser humano e encontrasse a Odontologia Coletiva.

Ao querido e amado Profº Carlos Eduardo dos Santos Peixoto, Coordenador Nacional da Saúde Bucal da Pastoral da Criança, pelos ensinamentos, pela convivência, pela instrução de vida e por ser sempre o mais entusiasmado com as nossas conquistas. Obrigada. Amo muito o Senhor.

Aos meus queridos colegas de turma de mestrado:

Bruno, posso dizer que você sempre foi meu companheir, nas boas e não tão boas horas. Espero sempre poder estar presente no seu caminhar, seja ele onde for. E, o mais importante:SEJA FELIZ...

Cláudio, o "lord" que sempre será especial. Seus ensinamentos, sempre os levarei comigo por toda a vida...e como esquecer um YAKISOBA tão maravilhoso!!!

Keila, não tenho como agradecê-la, pois você foi maravilhosa comigo neste últimos tempos. A princípio não nos conhecíamos tão bem, mas hoje sei quem realmente é a KEILA CHEOUD, uma amiga pra todas as horas. E como esquecer o "lambari"? Que força!!! Obrigada AMIGA.

Lívia, sinônimo de inteligência, de ser humano simples. A luz dos seus olhos sempre expressaram o valor da sua alma. Amiga, obrigada por tudo...

Patrícia – Paty, acho que jamais conseguirei chamar você de Patrícia.Pra mim, será sempre a Paty.Amo muito você. Como você mesma disse, minha irmã

em Araçatuba. Mais nova, mas irmã. Obrigada por tudo e que DEUS lhe permita realizar todos os sonhos e seja muito feliz..

Nelly, quanta delicadeza! Ah! Se eu conseguisse ter, pelo menos, 1/3 da delicadeza e da meiguice que você tem. Mas, ainda bem que as pessoas não são iguais. Obrigada pela convivência, pelo ensinamento...pelo EPI INFO....Obrigada por todas as vezes que se preocupou comigo....

Wanilda!!! O que escrever de uma poetisa maravilhosa. Jamais me esquecerei de você, do nosso desentendimento que, na verdade, só serviu para fortalecer a nossa amizade. E o bolo escondido atrás do carro e nada das velas acenderem. Gostaria muito de escrever algo do tamanho da sua grandeza, masimpossível. Já lhe disse...você é única, é importante, é amada.

À Regina Maura, que me acolheu em sua casa sem ao menos saber nada a meu respeito. Muito obrigada, Regina. Você estará sempre presente em minha vida. Foi importante, para mim, tê-la conhecido e aprendido tanto com você.

Família Sutherland, Marilene e Sr. Edson, obrigada pelos bons momentos.

*Ao meu mais novo amigo, Mestre Rodrigo Castellazzi Cella, companheiro de tantas viagens, cúmplices de muitos segredos Obrigada, Rodrigo, pela
companhia.*

*À Pastoral da Criança, que mais uma vez permitiu a realização deste trabalho científico, obrigada. Em especial gostaria de agradecer aos
LÍDERES COMUNITÁRIOS, que sempre me receberam de braços abertos, como se fôssemos uma única família. Obrigada! Vocês são maravilhosos. Meu
respeito por vocês é incalculável*

Agradecimentos

Meus agradecimentos,

Ao Prof. Dr. Paulo Roberto Botacin e ao Prof. Dr. Célio Percinoto, Diretor e Vice-diretor da Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual Paulista, campus de Araçatuba.

À Prof^a. Adj. Cléa Adas Saliba Garbin e à Prof^a. Adj. Suzely Adas Saliba Moimaz, coordenadora e vice-coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social.

Aos Professores Doutores Artênio José Isper Garbin, Cléa Adas Saliba Garbin, Dóris Hissako Sumida, Eliel Soares Orenha, Maria Lúcia Marçal Mazza Sundefeld, Nemre Adas Saliba, Orlando Saliba, Renato Herman Sundfeld, Renato Moreira Arcieri, Silvio José Mauro, Suzely Adas Saliba Moimaz e demais professores do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social.

Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social, Neusa Martins Rovina Antunes, Nilton César Souza, Sônia Maria Batista de Souza Costa (in memoriam) e Valderez Freitas Rosa.

Aos funcionários da Biblioteca da Faculdade de Odontologia da UNESP-Araçatuba, Izamar, Claudinha, Luzia e, em especial, à Ana Cláudia Martins Grieger Manzatti, pela correção deste trabalho.

Aos funcionários da Seção de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da UNESP-Araçatuba, Francisco Inácio Pinheiro, Marina Midori Sakamoto Kawagoe e Valéria de Queiroz Zagatto.

Aos colegas do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social, Ana Paula Dossi, Ana Valéria Pagliari, Andréia Antoniuk Presta, Adriana Beatriz S P Fernandes, Alessandro Aparecido Pereira, Bruno Cabus Góis, César Augusto Casotti, Cláudio Tanaka, Daniela Coelho De Lima, Eduardo Pizzatto, Fabíola Sira Jorqueira F. Bueno E Silva, Giancarlo Baggio Parisoto, Jeidson Antônio Moraes Marques, Joildo Guimarães Santos, Karina

Tonini Dos Santos, Livia Guimarães Zina, Maria De Lourdes Carvalho, Nelly Foster Ferreira, Natanael Barbosa Dos Santos, Patrícia Elaine Gonçalves, Keila Aziz Chehoud De Moraes, Renata Prata Cunha B. Rodrigues, Ricardo Takeda Lelis, Ronald Jefferson Martins, Wanilda Maria Meira Costa Borghi.

À Creche Santa Clara de Assis de Araçatuba e a Cirurgiã-dentista Angélica, minha amiga "GEL", pelo aprendizado e pelos momentos alegres e maravilhosos que contribuíram para que meu estágio de docência fosse, ainda, mais gostoso.

Aos alunos da graduação que fazem parte do "Projeto Sempre Sorrindo", pelo carinho, pela sabedoria, pela paciência que tiveram com todos aqueles "vozinhas e vozinhas". Vocês foram maravilhosos. Apendi demais com cada um de vocês. Muito obrigada pela convivência..

À CAPES, pelo financiamento da bolsa de estudos

PASTORAL DA CRIANÇA

Guardadora do rebanho infantil
Organização Não Governamental
Entidade sem fins lucrativos:
Terceiro Setor. *A pastorar o amor*
Eterno ao desnutrido:
Assistência pré-natal
Catequese do ventre materno
Aleitamento carinhoso e terno.
Trabalho eficiente reanimador.
Multimistura. Farelo: carro-chefe
Regional: rama de batata,
Folha de beterraba seca,
Cenoura,
Casca de ovo triturada.....
Complemento alimentar!
Pastoral da Criança. Espiral
Da esperança de um dia poder contar
Com a aliança de outros voluntários:
Estudantes ou profissionais
Que levem saúde bucal à infância!
Ajude a motivar!

Wanilda Maria Meira Costa Borghi

Out.2005



RESUMO

O Terceiro Setor vem se destacando desde 1978, principalmente no cenário econômico. É de fundamental importância nos dias atuais, pois alcança um público que há muito estava esquecido e é justamente nesse setor que a Pastoral da Criança iniciou sua atuação. Na cidade de Florestópolis – Pr, em 1983, foi fundada pela Dr^a. Zilda Arns, médica pediatra e sanitarista, motivada pelo alto índice de mortalidade infantil ocasionado pela desnutrição. Esse terceiro setor é uma imensa rede de solidariedade e a maior organização não governamental do mundo nas áreas de saúde e nutrição infantil. A Pastoral da Criança não pode atuar em outros países, não podendo transferir recursos, por ser um organismo nacional filantrópico. A Pastoral da Criança conta efetivamente com a atuação dos Líderes Comunitários frente às suas ações que é reconhecida como importante elo do processo de construção do capital social. Este trabalho pretende avaliar o Perfil do Líder Comunitário da Pastoral da Criança da Região Norte da cidade de Londrina – Paraná. A primeira parte deste trabalho apresenta um breve histórico da Pastoral da Criança e suas ações básicas, complementares e opcionais, especialmente ações de prevenção e educação em saúde bucal. O projeto piloto do programa de saúde bucal iniciou-se em Campo Largo – PR, por meio de um convênio de cooperação técnica entre Universidade Estadual de Londrina (UEL), CRO-Pr, Prefeitura Municipal de Campo Largo e Pastoral da Criança, no ano de 1993. Nesse

acordo, a UEL ficaria responsável pela capacitação dos líderes comunitários para atuar nas comunidades, sendo que a atuação deles seria a de acompanhar a família assistida pela Pastoral da Criança. A segunda parte deste trabalho teve como objetivo conhecer o perfil dos Líderes Comunitários da Pastoral da Criança da região norte da cidade de Londrina – PR, evidenciando importantes aspectos relacionados ao processo de atuação desses líderes junto à comunidade. Foram entrevistadas 74 Líderes da localidade acima citada. Em relação ao gênero, 97% eram mulheres e, apenas, 3% homens. Do total, 59% receberam treinamento em saúde bucal e tiveram a orientação sobre higienização dos bebês (35%) como estratégias de ações aprendidas. Nas visitas domiciliares, 62% conversavam sobre saúde bucal. Apenas 21% sabem o que é Conselho Municipal de Saúde e 88% não participam de espaços decisórios de saúde. Os dados sugerem que há necessidade de conscientização política e capacitação em saúde bucal objetivando ações efetivas dos Líderes Comunitários junto a sua comunidade, contribuindo para a promoção de saúde de forma integralizada.

Palavra-chave: Odontologia preventiva. Organizações não governamentais. Odontologia geral. Participação comunitária.



ABSTRACT

The Third Sector has been gaining importance since 1978, mainly in the economic context. This is of fundamental importance nowadays as it focuses on a type of public which had long been forgotten. The Children's Pastoral starts its work exactly at this point.

It was founded in Florestópolis, in 1983, by Dr Zilda Arns, a pediatrician and sanitary doctor who was worried about the high indexes of infant mortality in the city. This Third Sector is a huge net of solidarity and it is considered the biggest non-governmental organization in the world concerning infant's health and nutrition. However, it cannot operate in other countries or transfer funds as it is considered a national philanthropic organism. The job of the Community leaders in the Children's Pastoral can be recognized as an important element in the process of the construction of the social capital which has been generated as the result of the action of the pro-developmental society. This work aims to evaluate the profile of the Community Leader of the Children's Pastoral in the northern region of the city of Londrina – PR. The first part of this work is presented with a brief background history of the Children's Pastoral and its basic, complementary and optional actions, especially those related to the prevention and education of dental health. The pilot project of the dental health program started in 1993, in Campo Largo – Pr and it was based on a technical and cooperative partnership between the State University of Londrina, CRO-Pr, the City Hall of Campo Largo and the Children's Pastoral. The State University of Londrina agreed to be responsible for training the community leaders to work in the

communities by accompanying the assisted family. The second part of this work focused on getting to know the profile of the Community Leaders of the Children's Pastoral belonging to the northern region of the city, highlighting the important aspects related to the process of the action taken by these leaders in the community. 74 local leaders were interviewed, being 97% female and only 3% male. 59% received training in dental health and were instructed about the hygiene of the babies (35%). During the household visits, 62% talked about dental health. Only 21% knew what the local organ Health Council was and 88% haven't participated in the decision making when opportunities are offered in this area. The data suggest that there is a need of political awareness and training in dental health with the objective of effective actions taken by the Community leaders, this way promoting an integrated form of health.

Keywords: Preventive dentistry. Non-governmental organizations. General dental practice. Consumer participation.



LISTA DE QUADROS

Capítulo 2

- | | | |
|-----------|--|----|
| Gráfico 1 | Distribuição percentual de acordo com o gênero do Líder Comunitário da Pastoral da Criança, da região norte da cidade de Londrina- PR . 2005. | 88 |
| Gráfico 2 | Distribuição percentual segundo a faixa etária do Líder Comunitário da Pastoral da Criança, da região norte da cidade de Londrina- PR . 2005. | 90 |
| Gráfico 3 | Distribuição percentual de acordo com o tempo de residência do Líder Comunitário da Pastoral da Criança na região norte da cidade de Londrina- PR . 2005. | 91 |
| Gráfico 4 | Distribuição percentual de acordo com o tipo de moradia do Líder Comunitário da Pastoral da Criança da região norte da cidade de Londrina-PR. 2005. | 92 |
| Gráfico 5 | Distribuição de acordo com o número de cômodos existentes na residência do Líder Comunitário da Pastoral da Criança da região norte da cidade de Londrina-PR.2005. | 93 |
| Gráfico 6 | Distribuição segundo a renda familiar do Líder Comunitário da Pastoral da Criança da região norte da cidade de Londrina-PR. 2005. | 94 |

| | | |
|------------|--|-----|
| Gráfico 7 | Distribuição percentual de acordo com o tempo de atuação como voluntário dos Líderes Comunitários da Pastoral da Criança da região norte da cidade de Londrina-PR. 2005. | 95 |
| Gráfico 8 | Distribuição percentual das dificuldades encontradas para a realização do trabalho como Líder Comunitário da Pastoral da Criança da região norte da cidade de Londrina-PR. 2005. | 96 |
| Gráfico 9 | Distribuição percentual das facilidades encontradas pelos Líderes Comunitários para realizarem seu trabalho na Pastoral da Criança. Londrina-PR. 2005. | 97 |
| Gráfico 10 | Distribuição percentual segundo a participação dos Líderes Comunitários da Pastoral da Criança da região norte em espaços decisórios de sua comunidade. Londrina-PR. 2005. | 97 |
| Gráfico 11 | Distribuição dos Líderes Comunitários da Pastoral da Criança segundo o conhecimento sobre Conselho Local de Saúde, Londrina-PR. 2005. | 98 |
| Gráfico 12 | Distribuição percentual segundo a capacitação em Saúde Bucal dos Líderes Comunitários da Pastoral da Criança da região norte da cidade de Londrina-PR. 2005. | 99 |
| Gráfico 13 | Distribuição percentual segundo os assuntos abordados sobre Saúde Bucal, durante a capacitação para os Líderes Comunitários da Pastoral da Criança da região | 100 |

norte da cidade de Londrina-PR. 2005.

Gráfico 14 Distribuição percentual dos Líderes Comunitários segundo 101
orientações sobre Saúde Bucal durante as visitas
domiciliares na Pastoral da Criança da região norte da
cidade de Londrina-PR. 2005.

LISTA DE QUADROS

Capítulo 2

| | | |
|----------|---|----|
| Quadro 1 | Distribuição percentual segundo o grau de escolaridade dos Líderes Comunitários da Pastoral da Criança na região norte da cidade de Londrina – PR. 2005 | 94 |
|----------|---|----|

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

| | |
|---------|--|
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| LC | Líder Comunitário |
| LCs | Líder Comunitários |
| CNBB | Conferência Nacional dos Bispos do Brasil |
| CRO | Conselho Regional Odontologia |
| ONG | Organização Não Governamental |
| ONGs | Organizações Não Governamentais |
| OSCIPs | Organização Sociais Civas de Interesse Público |
| PC | Pastoral da Criança |
| REBIDIA | Rede Brasileira de Informação e Documentação sobre a Infância e Adolescência |
| TS | Terceiro Setor |
| UNICEF | Fundo das Nações Unidas para a Infância |

| | | |
|-----|--|-----|
| 1 | Introdução | 41 |
| 2 | Terceiro Setor-Pastoral da Criança: um breve histórico | 43 |
| 2.1 | Resumo | 44 |
| 2.2 | Abstract | 47 |
| 2.3 | Introdução e revisão da literatura | 49 |
| 2.4 | Considerações Finais | 63 |
| 2.5 | Referências | 65 |
| 3. | Perfil do Líder Comunitário da Pastoral da Criança na Região norte da Cidade de Londrina-Paraná. | 70 |
| 3.1 | Resumo | 71 |
| 3.2 | Abstract | 74 |
| 3.3 | Introdução e revisão da literatura | 75 |
| 3.4 | Objetivos | 82 |
| 3.5 | Material e método | 84 |
| 3.6 | Resultados e Discussão | 87 |
| 3.7 | Conclusão | 102 |
| 3.8 | Referência | 104 |
| | Anexos | 109 |

1 INTRODUÇÃO

Com o fortalecimento, cada dia maior, do Terceiro Setor, juntamente com ele a Pastoral da Criança começa a fazer parte do cenário nacional e internacional, como sendo uma das maiores organizações não governamentais do mundo, Terceiro Setor de extrema importância, principalmente no que se diz respeito à saúde e nutrição infantil (FERNANDES, 1994). E, quando fala-se em saúde infantil, não é possível deixar ao acaso a odontologia, pois ela é fruto de uma boa saúde e de uma melhor qualidade de vida, ainda mais quando essas crianças, acompanhadas pela Pastoral da Criança, alcançarem sua maioridade e obtiverem uma exposição perante a humanidade de forma mais adequada, deixando de ser excluídas da sociedade brasileira (NEUMAMM, 2003).

Os principais responsáveis pelo sucesso deste Terceiro Setor, que é a Pastoral da Criança, são os Líderes Comunitários (LC) que, por um trabalho voluntário, ajudam a milhares de crianças de zero a seis anos de idade e, de uma forma geral, toda a família (PASTORAL DA CRIANÇA, 2000). Essas pessoas moram em bolsões de pobreza, sem a mínima estrutura física e, muitas vezes, nem mesmo emocional. Os Líderes Comunitários (LCs) são moradores da própria localidade onde realizam seu trabalho. Muitas vezes, passam por dificuldades parecidas com as das famílias a quem prestam assistência, mas uma força maior os torna fortes, fazendo com que, a cada

dia, queiram mais melhorar a vida dessas pessoas (PASTORAL DA CRIANÇA, 2004a). Mesmo valendo-se, às vezes, apenas de palavras amigas, de um ouvido para escutar as reclamações, de uma orientação, estão sempre dispostos a ajudar o seu próximo, sem querer nada em troca.

A finalidade deste trabalho é conhecer o perfil do LC, sabendo que na atual situação em que nosso país se encontra ele é de suma importância. É ele quem deve ajudar na elaboração de um guia apropriado para a odontologia, que pode encontrar uma maneira fácil e clara de entendimento entre a comunidade, para que a prática educativa seja o mais eficaz possível.

O presente estudo foi desenvolvido e será apresentado em dois manuscritos, os quais abordam o conteúdo sobre Terceiro Setor, Pastoral da Criança, LC.

O primeiro capítulo será uma revisão bibliográfica, no qual estarão descritos conceitos, surgimento, importância do Terceiro Setor e, ainda, fases de implantação da Pastoral da Criança.

O segundo capítulo analisa os dados coletados nas entrevistas realizadas com os LCs, com a finalidade de obter informações necessárias para avaliar o perfil dos sujeitos da pesquisa realizada.

2 CAPÍTULO 1

“TERCEIRO SETOR - PASTORAL DA CRIANÇA: UM BREVE HISTÓRICO”

2.1 RESUMO

O Terceiro Setor vem se destacando desde 1978, principalmente no cenário econômico. É de fundamental importância nos dias atuais, pois alcança um público que há muito estava esquecido e é justamente nesse setor que a Pastoral da Criança iniciou sua atuação. Na cidade de Florestópolis – Pr, em 1983, foi fundada pela Dr^a. Zilda Arns, médica pediatra e sanitarista, motivada pelo alto índice de mortalidade infantil ocasionado pela desnutrição. Esse terceiro setor é uma imensa rede de solidariedade e a maior organização não governamental do mundo nas áreas de saúde e nutrição infantil. A Pastoral da Criança não pode atuar em outros países, não podendo transferir recursos, por ser um organismo nacional filantrópico. O objetivo deste trabalho é apresentar um breve histórico da Pastoral da Criança e suas ações básicas, complementares e opcionais, especialmente ações de prevenção e educação em saúde bucal.

O projeto piloto do programa de saúde bucal iniciou-se em Campo Largo – PR, por meio de um convênio de cooperação técnica entre Universidade Estadual de Londrina, CRO-Pr, Prefeitura Municipal de Campo Largo e Pastoral da Criança, no ano de 1993. Nesse acordo, a Universidade Estadual de Londrina ficaria responsável pela capacitação dos líderes comunitários para atuar nas comunidades, sendo que a atuação deles seria a de acompanhar a família assistida pela Pastoral da Criança. Para as gestantes, são transmitidos conhecimentos gerais e orientação sobre hábitos inadequados, como o uso de mamadeira e chupeta por tempo prolongado e, ainda, a importância da amamentação para o desenvolvimento tanto nutricional como facial da criança, através de uma sucção adequada. Essas informações são transmitidas às famílias durante a visita mensal que os líderes fazem na comunidade. Essas atividades educativas e preventivas realizadas pela Pastoral da Criança são pilares fundamentais para a promoção de saúde das comunidades por ela assistidas.

Palavras-chave: Desenvolvimento social. Organizações não governamentais. Participação comunitária. Saúde bucal.

2.2 ABSTRACT

The Third Sector has been gaining importance since 1978, mainly in the economic context. This is of fundamental importance nowadays as it targets on a type of public which had long been forgotten. The Children's Pastoral starts its work exactly at this point. It was founded in Florestópolis, in 1983, by Dr Zilda Arns, a pediatrician and sanitary doctor who was worried about the high indexes of infant mortality in the city. This Third Sector is a huge net of solidarity and it is considered the biggest non-governmental organization in the world concerning infant's health and nutrition. However, it cannot operate in other countries or transfer funds as it is considered a national philanthropic organism. The objective of this work is to present a brief background history of the Children's Pastoral and its basic, complementary and optional actions, especially those concerned with the prevention and education of the dental health. The pilot project of the dental health program started in 1993, in Campo Largo - Pr and it was based on a technical and cooperative partnership between the State University of Londrina, CRO-Pr, the City Hall of Campo Largo and the Children's Pastoral. The State University of Londrina agreed to be responsible for training the community leaders to work in the communities by accompanying the assisted family. Pregnant women were warned about the inadequate habits such as the use of the baby bottle and pacifier during a long period. Besides, they were made aware of the importance of breast feeding in the development of both the children's face and nutrition through an appropriate suction. This information is passed on to the families during the leaders' monthly visit. These educational and

preventive actions are the fundamental bases of the Children's Pastoral with a view to promote a health policy that will benefit the assisted communities.

Keywords: Non-governmental organizations. Social development. Social organization. Consumer participation.

2.3 INTRODUÇÃO E REVISÃO DA LITERATURA

Existem controvérsias em relação ao conceito de Terceiro Setor, sendo necessário um amplo esclarecimento a respeito do assunto. Fischer e Falconer (1998), ao constatarem algumas dificuldades na consolidação de parceria entre o Estado e organizações da sociedade civil, argumentam que “parte dessa dificuldade repousa na indefinição do que é esse Terceiro Setor, e de como são as organizações que podem ser consideradas como componentes dele”. Desse modo, ratificam a necessidade de se conhecer melhor esse universo organizacional.

O surgimento desse setor se deu por meio de John D. Rockefeller III, nos Estados Unidos da América (EUA), em 1978, ligado diretamente ao espaço econômico, como um sistema organizacional, independente (MONTANÕ, 2002). Ele se distingue pela natureza voluntária da adesão das pessoas, que procuram se associar ao trabalho, devido a uma identificação pessoal.

Na dinâmica da vida pública, existem três pólos - o setor Público (Estado, que é o Primeiro Setor), o setor privado (Segundo Setor) e o Terceiro Setor (que são todas as organizações, associações, entidades que não se enquadram nem no primeiro, nem mesmo no segundo setor) (FERNANDES, 1994). Segundo esse autor, terceiro setor pode ser conceituado como “... um conjunto de organizações e iniciativas privadas que visam à produção de

bens e serviços públicos", isto é, bens e serviços de consumo que não geram lucros e respondem a necessidades coletivas. Por isso, implica-se uma ampliação da idéia corrente sobre a esfera "*pública*", entendendo que a "*vida pública*" não é feita apenas de atos de governo, mas também de atividade cidadã. Mas, não se pretende com isso exercer uma "*função substitutiva*" em relação ao Estado - ainda que, de certa forma, a população tem abandonado o Estado como esfera pública de representação. O terceiro setor diferencia-se do primeiro setor porque suas políticas não são compulsórias, dependem da persuasão e se financiam através de doações voluntárias (FERNANDES, 1994).

Alguns autores descrevem o Terceiro Setor como aquele formado por organizações sem fins lucrativos, incluindo as entidades de defesa de causas específicas, fundações que investem na área social e instituições diversas que buscam dar respostas e soluções que o Estado não tem conseguido resolver (FERNANDES, 1994).

Em busca de uma definição sobre o terceiro setor, Salamon e Anheier (1992) fazem uma reflexão sobre o uso de termos análogos, como Organizações não governamentais (ONGs), Setor sem fins lucrativos, Setor Independente, Setor de Caridade, Setor Voluntário, Setor Isento de Impostos, Setor Associativo e Economia Social. Esses pesquisadores atestam que cada um dos termos enfatiza um aspecto da realidade, representada pelas organizações que o compõem, o que provoca limitações no seu uso. Desse modo, terceiro setor é um termo mais abrangente, representativo da diversidade que caracteriza esse universo organizacional.

O Terceiro Setor é considerado, hoje, ao lado do Estado e do Setor Privado, um importante sustentáculo da sociedade moderna. Muito embora as organizações da sociedade civil de caráter público existam desde há muito tempo, estas, curiosamente, não eram reconhecidas como pertencentes a um setor específico da economia. Somente a partir do início da década de 90, que passaram a ser conceituadas e mensuradas como um setor específico da economia, revelando também sua importância social (MADEIRA; BIANCARDI, 2003).

Segundo Teodósio (2001) o Terceiro Setor pode ser um trocadilho; entendido como aquilo que é público, porém privado ou então, aquilo que é privado, porém público. Esse trocadilho serve para nos mostrar que ele assemelha-se ao Estado, na medida em que tem, como objetivo e alvo de atuação, o espaço público, mas diferencia-se do Governo por ser uma iniciativa da própria sociedade. Além do que, existem várias organizações que podem ser definidas como pertencentes ao Terceiro Setor; tais como: associações comunitárias, organizações não governamentais (ONGs), organizações sociais civis de interesse público (OSCIPs), instituições filantrópicas, projetos de caridade, fundações e muitas outras. As instituições que compõem essa articulação têm grande importância para o desenvolvimento social, incluindo a promoção de ações no setor saúde.

O compromisso da sociedade civil, em correspondência a essa recente realidade social, conquistou alguns avanços na relação Estado e sociedade, a exemplo da Lei do Voluntariado, assinada em 18 de fevereiro de 1998, pelo então Presidente da República, Sr. Fernando Henrique Cardoso

(BRASIL, 2004). Sob a lógica da dimensão político-social, vale comentar que a Lei do Voluntariado pode ser contabilizada como sendo mais uma conquista no processo de valorização da participação cidadã, isto por reconhecer “o trabalho voluntário como peça importante do mosaico pró-desenvolvimento” (ALVES-SOUZA, 2003).

Em resgate a história do voluntariado no Brasil, torna-se possibilitada o comentário de que o país, seguindo a tendência internacional, passa a justificar por meio da solidariedade e da cidadania a fase de redefinição, a qual atravessa a questão do voluntariado (CASTRO et al., 2001). Dohme (2003) discorrendo a respeito da cidadania participativa, conceitua o voluntário como sendo “a pessoa que doa o seu trabalho, suas potencialidades e talentos em uma função que o desafia e gratifica em prol de uma realização pessoal”. A autora contribui com a análise dessa conceituação, apontando para a aceitação de quatro elementos, sendo eles: Qualificação, Satisfação, Doação e Realização. E complementa... “o trabalho voluntário é uma ação de qualidade, feito com prazer em direção a uma solução que não precisa ser necessariamente grande, mas precisa ser eficiente.”

Parece ser de senso comum a noção de que a capacidade de desenvolvimento de um país está intimamente ligada ao grau de participação e informação da sociedade, bem como com as condições de saúde da população que o constitui. Nesse sentido, compreende-se que o tema *desenvolvimento* traz embutido a questão da responsabilidade de

todos os cidadãos sobre os bens e serviços que lhes são comuns, de forma a gerar compromissos compartilhados na construção de uma sociedade significativamente evoluída. (PASTORAL DA CRIANÇA, 2004a)

No Brasil, a valorização da participação social no processo de desenvolvimento do país pode ser percebida diante da ocorrência, nos últimos anos, de inúmeras iniciativas da sociedade civil direcionadas ao combate das desigualdades nos diversos setores de atividade (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ORGANIZAÇÕES NÃO GOVERNAMENTAIS, 2004; CARDOSO, 1997; CASTRO, 2001).

Um terceiro setor reconhecido mundialmente é a Pastoral da Criança, que se destaca no cenário político-social do país por sua extrema capacidade de organização (planejamento, gestão e avaliação), pelo desenvolvimento de práticas consideradas de baixo custo, por uma participação ativa da comunidade, por valorizar a questão ética nos diferentes espaços trabalhados, além de muitos outros aspectos positivos (ARAÚJO, 2000). De caráter eficaz, bem como eficiente, e ainda como modelo de trabalho voluntário e ecumênico, surge no país a Pastoral da Criança sendo uma imensa rede de solidariedade, e a maior organização não governamental do mundo nas áreas de saúde e nutrição infantil (PASTORAL DA CRIANÇA, 2004a).

Com base no exposto, cumpre reconhecer a Pastoral da Criança como ícone de importância imensurável da grandeza das políticas sociais implementadas no país. O surgimento da Pastoral da Criança se deu por

meio de uma reunião ocorrida em 1982, em Genebra, em que participaram duas entidades de suma importância: *Fundo das Nações Unidas para a Infância* (UNICEF) e *Confederação Nacional de Bispos no Brasil* (CNBB). O tema dessa reunião era voltado para a pobreza e mortalidade infantil. Nesse evento, Sr. James Grant, presidente da UNICEF, em conversa, com Dom Paulo Evaristo Arns, a respeito das causas de mortalidade infantil no Brasil, sugeriu a realização de um trabalho em que se preconizava diminuir as mortes por doenças preveníveis (PASTORAL DA CRIANÇA, 2000). Voltando ao Brasil, Dom Paulo Evaristo Arns procurou a Dr^a Zilda Arns, médica pediatra e sanitarista da cidade de Curitiba – Paraná, com quem falou sobre o assunto. A médica prontamente aceitou o desafio e iniciou seu trabalho (ARAUJO, 2000; PASTORAL DA CRIANÇA, 2000). Inicialmente foi realizado um levantamento junto ao Governo do Estado, para se saber em qual cidade existia a mais alta taxa de mortalidade infantil. A pesquisa apontou a cidade foi Florestópolis (ARAUJO, 2000). Localizada a 70 km de Londrina, no Norte do Estado, com 15.000 habitantes, somando-se zona rural e urbana; cidade com população basicamente de trabalhadores rurais – cortadores de cana. No início do trabalho da Pastoral da Criança, em 1983, Florestópolis tinha uma média de 127 crianças que iam a óbito antes de completar um ano de vida, para cada mil nascidas vivas (NEUMANN, 2003). No ano de 2005, a cidade possuía apenas 25 óbitos para cada mil crianças nascidas vivas. A Pastoral da Criança tem um gasto mensal com cada criança de R\$ 1,44 reais (PASTORAL DA CRIANÇA, 2006a).

A Pastoral da Criança acompanha a gestante, a criança de zero a seis anos de idade, idosos e toda a família que divide a mesma moradia (PASTORAL DA CRIANÇA, 2000b). Ela atua, através de ações básicas, nas áreas de Saúde, Nutrição, Educação, Cidadania e Políticas Públicas. As ações básicas, que são primordiais para o funcionamento desse Terceiro Setor, são estas: apoio integral à gestante, incentivo ao aleitamento materno, vigilância nutricional, alimentação enriquecida (Multimistura), controle de doenças diarreicas, controle de doenças respiratórias, remédios caseiros, estímulo à vacinação de rotina de crianças e de gestantes, prevenção de acidentes domésticos, prevenção da violência contra a criança no ambiente familiar, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, saúde bucal e catequese do ventre materno (PASTORAL DA CRIANÇA, 2004b). Existem, ainda, as ações complementares que têm como função completar as ações básicas que já estão incorporadas na atuação da Pastoral da Criança. Estas têm como objetivo atuar na educação de líderes, jovens, adultos e mães das crianças acompanhadas pela Pastoral da Criança; realizar oficinas de brinquedos e brincadeiras nas comunidades; orientar as famílias na participação das atividades da comunidade e suas interações nas atitudes políticas (PASTORAL DA CRIANÇA, 2004b). Ainda existem as ações opcionais, como a Comunicação e Mobilização Social, que pode ser através de material educativo, da Rede Brasileira de Informação e Distribuição da Infância e Adolescência (REBIDIA), programas de rádio, jornal, acompanhamento da terceira idade, projetos de geração de renda, montagem de brinquedoteca (PASTORAL DA CRIANÇA, 2004a).

Essas atividades dependem, principalmente, de cada comunidade assistida pela Pastoral da Criança.

A atuação desse Terceiro Setor abrange todos os estados brasileiros e Distrito Federal, acabando por desenvolver “uma rede de solidariedade”, condição que pode ser ilustrada por números referentes ao terceiro trimestre do ano de 2005, a saber: 1.397.795 famílias acompanhadas; 23.401.863 visitas realizadas; 259.027 voluntários; 142.533 líderes comunitários atuantes, de ambos os sexos; 108.135 equipes de coordenação e treinamento; 39.783 comunidades acompanhadas; 1.717.737 crianças menores de 6 anos de idade acompanhadas/mês e 80.825 gestantes (PASTORAL DA CRIANÇA, 2006b). No Paraná, esse número se resume a aproximadamente 194.995 crianças, 157.992 famílias cadastradas; 9.629 gestantes; 17.489 líderes comunitários e 13.189 demais voluntários (PASTORAL DA CRIANÇA, 2006b).

A atuação dos líderes comunitários frente às ações da Pastoral da Criança pode ser reconhecida como importante elo do processo de construção do capital social, o qual está sendo gerado no país como fruto de uma movimentação da sociedade civil pró-desenvolvimentista (ALVES-SOUZA, 2003). O Líder Comunitário deve possuir as seguintes características, que são essenciais para o desenvolvimento de seu trabalho: morar na comunidade à qual se dedica e possuir contato direto com a população local. Não é obrigatório ter formação escolar completa (ARAUJO, 2000; PASTORAL DA CRIANÇA, 2000).

O Líder Comunitário possui uma ferramenta básica de trabalho que é o Guia do Líder. Esse material é preparado para que ele tenha um instrumento de orientação a ser seguido durante a realização de seu trabalho (ARAUJO, 2000). A cada cinco anos ele é reformulado, e é feita uma nova capacitação dos Líderes Comunitários (PEIXOTO, 2005). Existe uma rotina de trabalho utilizada pelo Líder Comunitário, que deve ser seguida, e é dividida em três momentos. No primeiro momento, chamado de "*visita domiciliar*", que é realizada mensalmente, observa-se o ambiente familiar: se não existe nenhum indício de maus tratos nas crianças acompanhadas; se a gestante está fazendo pré-natal corretamente e faz-se o acompanhamento da carteira de vacinação da criança e da gestante. Esse é o momento ideal para repassar informações sobre o funcionamento da Unidade Básica de Saúde, sobre reuniões do Conselho Local de Saúde, além de esclarecer outras dúvidas durante a visita (PASTORAL DA CRIANÇA, 2004b). O segundo momento é conhecido como "*dia da celebração da vida*" ou "*dia do peso*". É realizado uma vez ao mês, sendo que a pessoa responsável pela criança a leva até o local onde é verificado se esta ganhou ou se perdeu peso. Nessa oportunidade, é promovida uma confraternização entre as famílias, para celebrar a vida. O terceiro momento é chamado de "*reunião mensal para reflexão*", que serve para os Líderes Comunitários discutirem os assuntos pertinentes aos fatos decorridos no mês de trabalho, principalmente sobre os benefícios realizados e as dificuldades encontradas (PASTORAL DA CRIANÇA, 2004a).

A Pastoral da Criança não pode atuar em outros países, não podendo transferir recursos, por ser um organismo nacional filantrópico. Pode, entretanto, ajudar a capacitar e estimular pessoas a implantarem atividades baseadas nesse modelo. A transferência de conhecimentos já existe em alguns países, tais como: Angola, Guiné-Bissau, Moçambique, Argentina, Bolívia, Chile, Equador, Paraguai, Peru e Venezuela, que já utilizam a sua metodologia (PASTORAL DA CRIANÇA, 2004a).

Pelo fato deste Terceiro Setor atuar em bolsões de pobreza e miséria, depara-se, na sua atuação diária, com os efeitos da desigualdade social que aumenta a cada dia que passa. Dentre eles podemos citar: o desemprego, falta de moradia, saneamento básico, alimentação inadequada, analfabetismo, baixa escolaridade e desagregação familiar (ALVES-SOUZA, 2003).

Nos tempos atuais, observa-se que a cada dia que passa os órgãos governamentais realizam um número maior de parcerias com instituições do Terceiro Setor que, por sua vez, têm apresentado bons resultados, principalmente no que se diz respeito aos benefícios proporcionados à comunidade (LOPES, 2004).

Lopes (2004) ressalta que em alguns Estados estão implantando, como uma nova ferramenta de gestão, a introdução do Terceiro Setor na Saúde, através de Organizações Sociais Civis de Interesse Público - OSCIP, pois resulta na redução de custos empresariais e da necessidade de ter Balanço Social, com projetos de Responsabilidade Social (MADEIRA, 2003). Existem municípios onde a contratação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS),

de Agentes da Dengue e outros profissionais da área da saúde já são realizados via OSCIPs (MEREGE; ALVES,1997).

A inserção da Saúde Bucal, como ação básica da Pastoral da Criança, deu-se no ano de 1993, através de uma parceria da Universidade Estadual de Londrina (UEL)–Paraná e Pastoral da Criança. A UEL seria a responsável pela capacitação dos Líderes Comunitários para atuarem nos bolsões de misérias¹.

O projeto piloto foi realizado na cidade de Campo Largo, Paraná. Esse local foi escolhido devido à proximidade da sede da Pastoral da Criança, devido ser uma localidade em que ainda não havia “*odontologia para bebês*” e, também, pelo fato de possuir o apoio da Secretaria de Bem Estar Social da Cidade de Campo Largo do Conselho Regional de Odontologia do Paraná (CRO-PR) e da Prefeitura Municipal de Campo Largo. Os objetivos do projeto piloto foram os seguintes: melhoria das condições de vida da população infantil, em especial até 3 anos; conscientização da população às práticas educativas e preventivas da Saúde Bucal; manutenção da Saúde Bucal; redução da cárie dentária da população de 0 a 36 meses do município de Campo Largo – PR².

Todos os estados brasileiros, possuem, hoje, a odontologia inserida nas ações básicas da Pastoral da Criança, com exceção dos estados Roraima, Amazonas, Pará, Maranhão, Rio Grande do Norte, Paraíba e Espírito Santo, que estão em processo de implantação². O Líder Comunitário passa por um

¹Peixoto CES. Comunicação Pessoal, 2005.

treinamento em odontologia, para atuar junto às famílias atendidas pela Pastoral da Criança. Durante esse treinamento, ele deve estar apto a repassar informações sobre os meios e técnicas de higienização; orientar sobre dieta; alertar quanto a importância da amamentação; verificar a organização e o funcionamento da assistência em saúde nas Unidades Básicas de Saúde.

Quanto às gestantes, ele deve estar mais atento com relação à saúde bucal destas, uma vez que lida muito com os "*mitos populares*", por isso é preciso orientá-las de forma mais clara e eficaz sobre higiene bucal, sangramento gengival, amamentação por, pelo menos, os seis primeiros meses do bebê. Também deve usar métodos alternativos na ausência de um dos métodos preventivos, que vão desde a utilização da "*tira de sacola plástica*", substituindo o fio dental, à "*bucha vegetal*", quando não houver possibilidade de se adquirir uma escova dental (PASTORAL DA CRIANÇA, 2000).

Já o desenvolvimento infantil e a higiene do bebê devem estar sempre relacionados ao hábito de incentivar adequadamente a criança, demonstrar tranquilidade no momento da higienização, já que sempre tem um modelo a ser seguido e este, normalmente, é de quem realiza, com ela, esses afazeres rotineiros.

Ainda em relação às crianças, Holm (1990) cita que os hábitos relevantes para a saúde bucal são facilmente incorporados durante o

²Peixoto CES. Comunicação Pessoal, 2001.

período de socialização primária do indivíduo, portanto é importante que a educação para saúde comece durante esse período.

2.4 *CONSIDERAÇÕES FINAIS*

A

Pastoral da Criança vem se destacando mundialmente nos cenários nacional e internacional. Foi reconhecida pelo UNICEF, no ano de 1987, como a maior organização não-governamental do mundo nas áreas de saúde, educação, nutrição e cidadania (ARAUJO, 2000; NEUMANN, 2003; PASTORAL DA CRIANÇA, 2004b). Resta-nos, agora, juntar forças e realizar um trabalho digno e de responsabilidade, para que ocorra a inclusão social dos menos favorecidos e uma melhora na qualidade de vida, visto que os principais alicerces são educação, prevenção e a promoção da saúde.

2.5 REFERÊNCIAS¹

Alves-Souza RA. A prática odontológica na perspectiva do terceiro setor: o caso das organizações da sociedade civil de interesse público – Londrina-PR[tese].Araçatuba:Universidade Estadual Paulista;2003.

Araújo E. Pastoral da criança: a força da solidariedade. Londrina: Livre Iniciativa, 2000.

Associação Brasileira de Organizações Não Governamentais. Porque e como constituir uma ONG? [acesso 2004 abr 26]. Disponível em URL: <http://www.abong.org.br/>

Brasil. Senado Federal. Secretaria-Geral da Mesa. Constituição Federal 1988 [acesso 2004 abr 20]. Disponível em URL: <http://www.senado.org.br/bdtextual/const88/Con1988br.pdf>

Cardoso R. O que é terceiro setor? In: loschpe EB, Org. 3º Setor: desenvolvimento social sustentado. São Paulo: Paz & Terra; 1997. cap.1,p.7-12.

Centro Integrado e Apoio Profissional. Ciap assina Termo de Parceria em Araçatuba – SP [acesso 2005 out 17]. Disponível em URL: <http://www.ciap.org.br/regional.asp?skin=noticias&rid=3>

¹ Normalização segundo as normas da Vancouver

Dohme VD. Voluntariado e sua administração nas organizações sociais [acesso 2003 jul 10]. Disponível em URL: <http://integracao.fgvsp.br/ano4/5/download/administrando.doc>

Falconer AP. A promessa do terceiro setor: um estudo sobre a construção do papel das organizações em fins lucrativos e do seu campo de gestão [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1999.

Fernandes RC. Privado porém público. o terceiro setor na América Latina. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1994.

Fischer RM, Falconer AP. Desafios da parceria governo e terceiro s [acesso 2000 abr 7]. Disponível em URL: <http://www.rits.org.br>

Holm AK. Education and diet in the prevention of caries in the preschool child. J Dent 1990 Dec;18(6): 308-14.

Lopes JR. Terceiro setor: a organização das políticas sociais e nova esfera pública. São Paulo Perspec 2004;18(3):57-66.

Madeira FR, Biancardi MR. O Desafio das estatísticas do Terceiro Setor. São Paulo Perspec 2003; 17(3-4):177-184.

Merege LC, Alves MA. Desenvolvendo a filantropia empresarial através da educação: uma experiência brasileira. São Paulo: FGV/EAESP; 1996.

Montanõ C. Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social. São Paulo: Cortez. 2002.

Neumann ZA. Zilda Arns Neumann: ela criou uma rede de solidariedade que salva centenas de milhares de crianças brasileiras. Belo Horizonte: Leitura; 2003.

Pastoral da Criança. Guia do líder da Pastoral da Criança. Curitiba: Posigraf; 2000.

Pastoral da Criança. Pastoral da Criança, CNBB: para que todas as crianças tenham vida [acesso 2004a fev 26]. Disponível em URL: <http://www.pastoraldacrianca.org.br/portugues/apresentacao/ecumenismo.htm>

Pastoral da Criança. Pastoral da Criança, CNBB: para que todas as crianças tenham vida [acesso 2004b fev 15]. Disponível em URL: <http://www.pastoraldacrianca.org.br/apresentacao/acoespaises.htm>

Pastoral da Criança. Pastoral da Criança, CNBB: para que todas as crianças tenham vida [acesso 2006a jan 03]. Disponível em URL: <http://www.pastoraldacrianca.org.br/htmltonuke.php?filnavn=financeiro/moedas.htm>

Pastoral da Criança. Pastoral da Criança, CNBB: para que todas as crianças tenham vida [acesso 2006b jan 06]. Disponível em URL: http://www.pastoraldacrianca.org.br/htmltonuke.php?filnavn=quem_atendemos/quem.htm

Salamon LM, Anheier HK. In search of the non-profit sector. I: the question of definitions. *Voluntas* 1992; 13(2):125-52.

Tenório FG.org. Gestão de ONGs: principais funções gerenciais. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 2001.

Teodósio ASS. Pensar pelo avesso o terceiro setor: mitos, dilemas e perspectivas da ação organizada no Brasil. In: Castro MCG, Marques ME. Políticas públicas de apoio sociofamiliar: curso de capacitação de conselheiros municipais e tutelares. Belo Horizonte: PUC Minas; 2001.p. 85-124

3 CAPÍTULO 2

“PERFIL DO LÍDER COMUNITÁRIO DA PASTORAL DA CRIANÇA DA REGIÃO NORTE DA CIDADE DE LONDRINA – PARANÁ”

3.1 RESUMO

A atuação dos Líderes Comunitários frente às ações da Pastoral da Criança pode ser reconhecida como importante elo do processo de construção do capital social. Elo este que está sendo gerado no país como fruto da movimentação da sociedade civil pró-desenvolvimentista. É objetivo deste trabalho conhecer o perfil dos Líderes Comunitários da Pastoral da Criança da região norte da cidade de Londrina-PR, avaliá-los e, posteriormente, orientá-los, evidenciando importantes aspectos relacionados ao processo de atuação desses líderes junto à comunidade. Foram entrevistadas 74 líderes da Região Norte da cidade de Londrina – PR. Em relação ao gênero, 97% eram mulheres e, apenas, 3% homens. Do total, 59% receberam treinamento em saúde bucal e tiveram a orientação sobre higienização dos bebês (35%) como estratégias de ações aprendidas. Nas visitas domiciliares, 62% conversavam sobre saúde bucal. Apenas 21% sabem o que é Conselho Municipal de Saúde e 88% não participam de espaços decisórios de saúde. Os dados sugerem que há necessidade de

conscientização política e capacitação em saúde bucal objetivando ações efetivas dos Líderes Comunitários junto a sua comunidade, contribuindo para a promoção de saúde de forma integralizada.

Palavra-chave: Desenvolvimento Social. Organizações não governamentais. Saúde Bucal. Participação comunitária. Cuidados primários de saúde.

3.2 ABSTRACT

The job of the Community leaders in the Children's Pastoral can be recognized as an important element in the process of the construction of the social capital and has been generated as the result of the action of a pro-developmental society. This work aims to get to know the profile of the Community Leader of the Children's Pastoral in the northern region of the city of Londrina - PR, evaluate and later guide them highlighting the important aspects related to the process of action of these leaders in the community. 74 local leaders were interviewed, being 97% female and only 3% male. 59% received training in dental health and were instructed about the hygiene of the babies (35%). During the household visits, 62% talked about dental health. Only 21% knew what the local organ Health Council was and 88% hasn't participated in the decision taking when opportunities are available in the area. The data suggest that there is a need for political awareness and training in dental health with the objective of effective actions taken by the Community leaders, this way promoting an integrated form of health.

Keywords: Social development. Non-governmental organizations. Oral health. Consumer participation. Primary health care.

3.3 INTRODUÇÃO E REVISÃO DA LITERATURA

Novas realidades requerem novos mecanismos e procedimentos. O surgimento de um Terceiro Setor - não governamental e não lucrativo - redefine o Estado e o Mercado. Por outro lado, o Terceiro Setor também se vê, ele próprio, confrontado ao desafio de qualificar e expandir suas ações de promoção de uma solidariedade eficiente. A solidariedade, sempre presente nas relações inter-pessoais, nas redes de vizinhança e ajuda mútua, inspira a ação de movimentos voltados para a melhoria da vida comunitária, defesa de direitos e luta pela democracia (OLIVEIRA, 2005). E ainda é um conceito, uma expressão de linguagem entre outras. Existe, portanto, no âmbito do discurso e na medida em que as pessoas reconheçam o seu sentido num texto ou numa conversação. Terceiro Setor é uma expressão ainda pouco utilizada no Brasil. Na verdade, quase ninguém a reconhece (FERNANDES, 2005).

O surgimento ocorreu, nos anos 90, enquanto expressão de um novo padrão de relacionamento entre os três setores da sociedade, que são o setor público (Estado / Primeiro Setor), o setor privado (Segundo Setor) e o Terceiro Setor (FERNANDES, 1994).

O Estado começa a reconhecer que o Terceiro Setor acumula um capital de recursos, experiências e conhecimentos sobre formas inovadoras de enfrentamento das questões sociais que as qualificam como interlocutores e parceiros das políticas governamentais. O Setor Privado,

antes distante, para não dizer indiferente às questões de interesse público, começa a ser penetrado pela noção de responsabilidade social e passa a ver canais para concretizar o investimento do setor privado empresarial na área social, ambiental e cultural (CARVALHO, 2005; OLIVEIRA, 2005).

Através da experimentação de ações em parceria, Governo e sociedade começam a aprender a pensar e agir juntos, identificando o que cada um faz melhor e somando esforços em prol de objetivos de interesse comum. Valorizar a co-responsabilidade dos cidadãos não significa tampouco eximir o Governo de suas responsabilidades. Significa, isso sim, reconhecer que a parceria com a sociedade é que permite ampliar a mobilização de recursos para iniciativas de interesse público. No mundo contemporâneo, a democracia, como exercício cotidiano, não é mais possível sem a presença e ação fiscalizadora dos cidadãos. O papel de uma sociedade informada e atuante não é o de esperar tudo do Estado. Cuidar junto aparece, cada vez mais, como alternativa eficiente e democrática (BUSS, 2000; CARVALHO, 2005; OLIVEIRA, 2005).

O voluntariado entendido, pelos cidadãos, como doação de tempo, trabalho e talento para causas de interesse social e comunitário, sempre presente na tradição brasileira está passando por um processo profundo de transformação e revalorização. Historicamente circunscrito ao ambiente religioso, motivado que era pelos valores da caridade, compaixão e amor ao próximo, o conceito hoje se alarga com a inclusão de todos aqueles para quem voluntariado é expressão de uma ética da solidariedade e da

participação cidadã (OLIVEIRA, 2005). Voluntariado não é só o trabalho assistencial de apoio aos grupos mais vulneráveis da população. Inclui as múltiplas iniciativas dos cidadãos nas áreas de educação, saúde, cultura, defesa de direitos, meio ambiente, esporte e lazer. O trabalho voluntário é, também cada vez mais, uma via de mão dupla: não só generosidade e doação mas também abertura a novas experiências, oportunidade de aprendizado, prazer de se sentir útil (OLIVEIRA, 2005).

Atualmente o Terceiro Setor com o maior reconhecimento nas áreas de Saúde e Nutrição Infantil é a Pastoral da Criança, que surgiu a partir da idéia de levar a Igreja Católica a assumir seu papel na luta contra a mortalidade infantil e a pobreza, esse fato ocorreu no ano de 1982, em Genebra, na Suíça, num debate sobre miséria. Durante uma conversa informal, Sr. James Grant, então secretário executivo da UNICEF, sugeriu ao cardeal Dom Paulo Evaristo Arns que a Igreja poderia reverter a situação de mortalidade infantil no Brasil. Em sua volta, Dom Paulo procura e fala com a Dr^a Zilda Arns Neumann, médica pediatra e sanitarista da cidade de Curitiba – Paraná, que prontamente aceita o desafio. E em 1983, funda a Pastoral da Criança. (NITRINI, 2003; PASTORAL DA CRIANÇA, 2000). O projeto piloto foi na cidade de Florestópolis, cidade localizada a 70 km de Londrina – Paraná. Iniciou-se nesta localidade pelo alto índice de mortalidade infantil que, no período, era de 127 óbitos no primeiro ano de vida para cada mil nascidos vivos (PASTORAL DA CRIANÇA, 2000).

A Pastoral da Criança se destaca no cenário político-social do país pela sua capacidade de planejamento, gestão e avaliação. Este Terceiro Setor conta com os recursos financeiros de dois parceiros: o Ministério da Saúde, que colabora com 80% dos recursos da entidade e o Programa Criança Esperança (Rede Globo / UNICEF), que repassa anualmente uma porcentagem do total arrecadado (NITRINI, 2003).

A Pastoral da Criança consegue realizar suas atividades através de sua maior "mão de obra" que é o Líder Comunitário (LC), sendo que é totalmente voluntária a sua atividade na Pastoral da Criança (ARAÚJO, 2000). Seu papel é ímpar na realização de todos os projetos da Pastoral da Criança. Sem ele nada seria possível uma vez que, através da multiplicação do conhecimento, promovendo a autonomia na prevenção de doenças, acaba se tornando um *agente de transformação* (NEUMANN, 2003).

Não é válido pensar que toda a construção do saber social do papel de formação dos Líderes Comunitários (LCs) foi fácil, pois muitas pessoas não acreditavam na possibilidade de transformação desses agentes sociais em multiplicadores de saber (ALVES-SOUZA, 2003). Acreditava-se que era papel do Estado salvar a vida das crianças que morriam por doenças preveníveis, e não de um grupo de voluntários, sem instrução suficiente para esse ato tão sério, mas, com carinho e fé é possível salvar vidas, pois eles, muitas vezes, vivenciam as mesmas situações das famílias assistidas pela Pastoral (PASTORAL DA CRIANÇA, 2004; NEUMANN, 2003).

O LC possui a missão de estar, no dia-a-dia, junto com o seu povo, sempre em busca de uma *"sociedade nova e um homem novo"* (PASTORAL

DA CRIANÇA, 2000); cria condições para se tornar agentes de promoção de si mesmo, de sua família e da sociedade; leva às gestantes e as famílias acompanhadas os conhecimentos e a prática das Ações Básicas de Saúde, Nutrição, Educação e Cidadania, que são essenciais ao desenvolvimento da vida (PASTORAL DA CRIANÇA, 2000).

O LC possui formação continuada e suas capacitações ocorrem sempre que são realizadas alterações no seu instrumento de trabalho, que é o Guia do Líder (PASTORAL DA CRIANÇA, 2000). Nas reuniões e capacitações entre líderes e coordenação, a oportunidade de se estar aprendendo e ensinando é muito ampla, já que a troca de informações enriquece os conhecimentos que serão repassados à comunidade (PASTORAL DA CRIANÇA, 2000).

O papel do LC perante a comunidade é semelhante ao do Agente Comunitário de Saúde (ACS), porque este é, antes de tudo, alguém que se identifica, em todos os sentidos, com a sua própria comunidade, principalmente na cultura, linguagem, costumes. Também precisa gostar do trabalho, principalmente, de aprender e repassar as informações e entender que ninguém nasce com destino de morrer ainda criança. Nós vivemos conforme o ambiente. É obrigação dos ACS lutar e aglomerar forças em sua comunidade, município, estado e país, em defesa dos serviços públicos de saúde e pensar na recuperação e democratização desses serviços, Tornando-os de boa qualidade. Precisamos lutar por outros fatores que são determinantes para a saúde, como: trabalho, salário justo, moradia,

saneamento básico, terra para trabalhar e participação nas esferas de decisão dos serviços públicos (BRASIL, 1991a; SILVA, 2005).

As atividades do LC na sociedade atual vêm de encontro ao descaso e ao acaso de uma sociedade totalmente capitalista, em que o “*ser humano*” está esquecido. O LC, então, vem tentar devolver um pouco deste sentimento a esta população que tanto necessita.

3.4 OBJETIVO

O objetivo do presente trabalho foi verificar o Perfil do Líder Comunitário da Pastoral da Criança da Região Norte da cidade de Londrina – Paraná.

3.5 MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo transversal-descritivo foi realizado no município de Londrina – PR. Dentre as cinco regiões da cidade, optou-se pela região norte, por ser uma área onde a população apresenta características sócio-econômicas baixas, sendo predominantemente uma classe trabalhadora e de muitos desempregados.

Foram, portanto, entrevistados 74 LCs, correspondendo a 85% do total da Região Norte da cidade de Londrina. O dia escolhido para realizar as entrevistas foi o “Dia da Celebração da Vida”, pois nesse momento, encontram-se reunidos todos os LCs. Aqueles que, por algum motivo, não foram encontrados nesse dia, foram localizados em suas residências. A entrevista foi realizada por um único examinador, obtendo-se, inicialmente, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos participantes. Foi realizado um estudo piloto, para validação e adequação do instrumento de coleta de dados, aferição das dificuldades encontradas e capacitação do pesquisador envolvido no projeto, com alguns LCs da zona oeste da cidade de Londrina.

Esse estudo se enquadra na modalidade de pesquisa de risco mínimo, de acordo com a resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, relativa à pesquisa em seres humanos, e teve a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP (Proc. FOA 2005-01087)) (Anexo 2).

Nessa pesquisa, utilizou-se um formulário semi-estruturado, incluindo questões abertas e fechadas com os seguintes itens: sexo, idade, tipo e tempo de residência, grau de escolaridade, renda familiar, se exerce alguma atividade remunerada e qual o tipo, qual o tempo de atuação como LC, quais as dificuldades e facilidades encontradas para realizar seu trabalho, se participa em espaços decisórios de sua comunidade e, ainda, se sabe o que é Conselho Local de Saúde, se recebeu treinamento em Saúde Bucal e quais foram as estratégias aprendidas, se durante as visitas conversa sobre Saúde Bucal, e se existe dentista voluntário na sua comunidade (Anexo 1).

Para análise quantitativa dos dados foi utilizado o *software* Epi Info versão 3.2, através da distribuição das frequências.

3.6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diante da escassez de material científico sobre o respectivo assunto pesquisado, tornou-se necessário utilizar, como parâmetro para nossa discussão, o ACS, que possui características semelhantes ao LC da Pastoral da Criança.

Dos 87 LCs da região norte da cidade de Londrina, 74 foram entrevistados, o que correspondeu a 85% da população estudada, e 15% não participaram do presente estudo. Alguns por timidez; outros por não serem localizados e outros se negaram a participar, afirmando não terem tempo para responder as questões.

No presente estudo, 97% dos LCs é do sexo feminino e apenas 3%, do masculino (Gráfico 1).

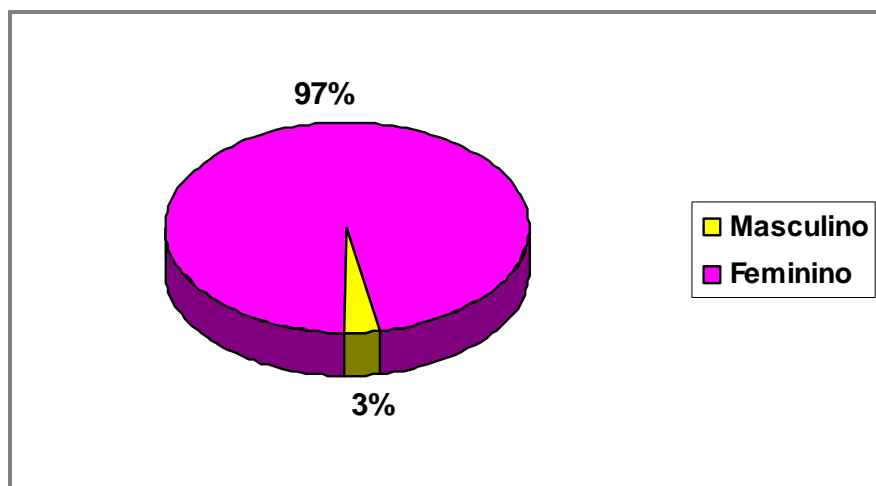


GRÁFICO 1 - Distribuição percentual de acordo com o gênero do Líder Comunitário da Pastoral da Criança da região norte da cidade de Londrina-PR. 2005

Estes resultados estão bem próximos aos de Silva (2004), que após analisar o perfil do ACS do Programa Saúde da Família, da cidade de Araçatuba, constatou que 90,1% eram do sexo feminino e apenas 9,9%, do masculino. Ainda, Faria e Viana (2002) apresentou resultados semelhantes em seu estudo do perfil dos profissionais das equipes de Saúde da Família dos Pólos de Capacitação em 12 estados brasileiros, prevalecendo o sexo feminino, na porcentagem de 67%. Crippa et al., (2003b) relata que 82% dos ACS da cidade de Londrina são do sexo feminino. A mulher, como usuária freqüente da rede pública, tem se tornado mais capaz de estar próxima da vida familiar, ficando responsável pelos interesses da saúde de sua família (UNFER; SALIBA, 2000). Ferraz e Borges (2003) conseguem visualizar que ela busca melhoras em seu conhecimento e crescimento, tanto profissional como intelectual, assumindo, muitas vezes, o papel de líder na comunidade.

A faixa etária do LC não é um fator que determina sua atividade, em suas atribuições cotidianas na PC. Muitas vezes, os conhecimentos são passados de mãe para filho, quando este ainda é um adolescente. No presente estudo, observamos uma alta prevalência de LCs para a faixa etária superior aos 30 anos de idade (72%), quando comparado com os 28% até esse limite de idade (Gráfico 2).

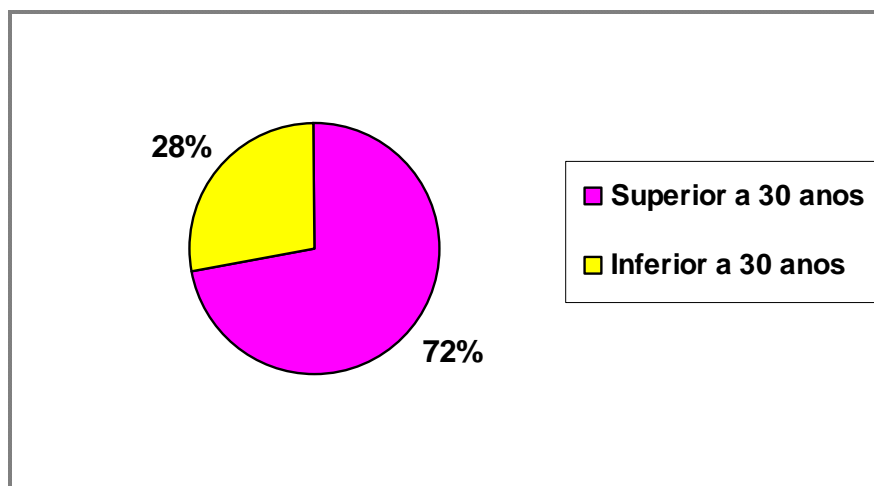


GRÁFICO 2- Distribuição percentual segundo a faixa etária do Líder Comunitário da Pastoral da Criança da região norte da cidade de Londrina-PR. 2005.

Segundo Silva (2004), a faixa etária predominante em seu estudo sobre ACS foi a de 18 a 29 anos, correspondendo a 43,4% dos entrevistados, sendo essa a faixa etária pré-determinada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1991a). Crippa et al. (2003a) apresentam em seu estudo, que 47% dos ACS estão na faixa etária de 18 a 29 anos, o que comprova os pré-requisitos do Ministério da Saúde (BRASIL 2002 b). Acreditamos que essa diferença nos resultados se deve pela atividade remunerada do ACS, havendo maior procura por uma população de adultos jovens, quando comparados com os LCs que realizam seu trabalho de forma voluntária, sem remuneração.

Segundo as normas da Pastoral da Criança, o LC deve morar na comunidade e, de acordo com os nossos resultados, verificamos que 60% dos mesmos residem na mesma localidade há mais de 10 anos (Gráfico 3).

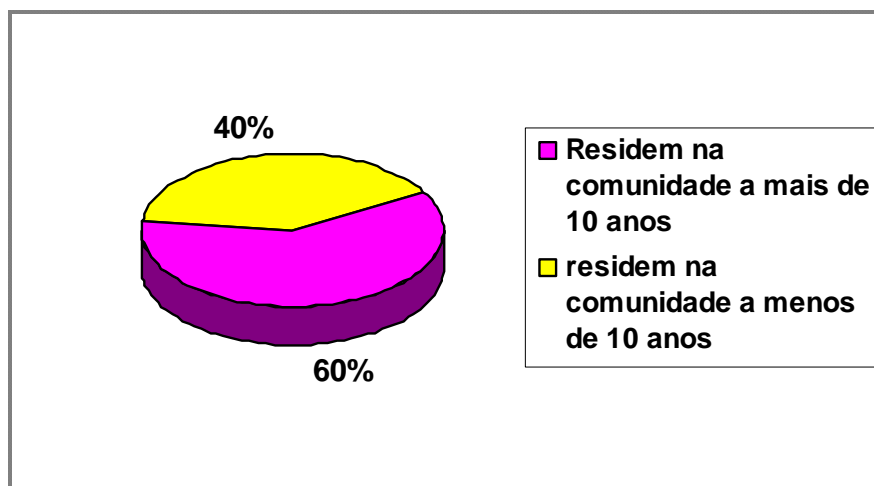


GRÁFICO 3- Distribuição percentual de acordo com o tempo de residência na área de atuação como Líder Comunitário da Pastoral da Criança da região norte da cidade de Londrina-PR. 2005.

O LC, estando mais próximo da comunidade, poderá vivenciar o *dia-a-dia* da população local, aumentando sua chance de liderança e fazendo com que esse fator se transforme em ações que possam melhorar a qualidade de vida da população local. Silva (2004) nos mostra que 93,4% dos ACS de Araçatuba residem em sua área de abrangência, pois o compartilhamento da mesma realidade entre eles e os moradores faz com que estes se sintam mais à vontade para falar de seus problemas, fato este evidenciado, também, em programas de outras localidades (SILVA, 2002; LEVY et al., 2004).

De acordo com o Art 3ª, da Lei nº 10507, de 10 de julho de 2002, que cria a profissão de ACS, estes deverão preencher alguns requisitos para o exercício da profissão:

- I- residir na área da comunidade que atua;

II- haver concluído, com aproveitamento, o curso de qualificação básica para a formação de ACS;

III- haver concluído o ensino fundamental (CRIPPA et al.,2003a).

Quanto ao tipo de moradia, verificou-se que 95% dos LC possuem casa própria (Gráfico 4), sendo que 57% moram em residências com cinco cômodos, entre quartos, sala, cozinha e banheiro (Gráfico 5). O fato de encontrarmos 95% dos LCs com residência própria, nos leva a crer que a possibilidade de mudança de um endereço para outro é ainda mais remota. O LC que possui endereço residencial fixo há muitos anos, normalmente, vive nessa mesma localidade até seu falecimento, ou apenas irá se mudar por algum motivo muito forte.

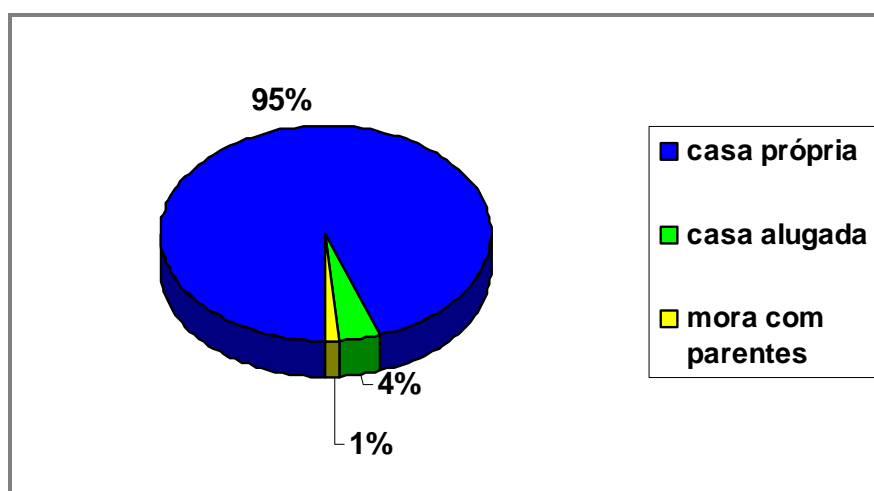


GRÁFICO 4- Distribuição percentual de acordo com o tipo de moradia do Líder Comunitário da Pastoral da Criança da região norte da cidade de Londrina-PR. 2005.

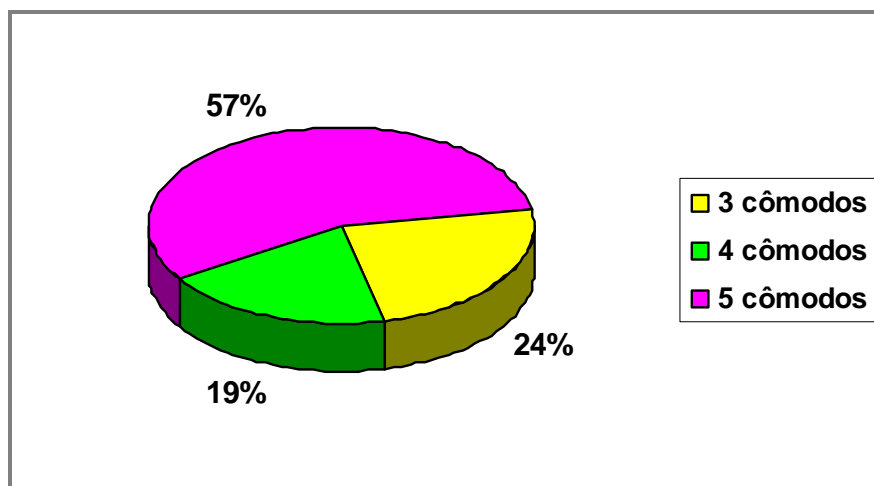


GRÁFICO 5- Distribuição de acordo com o número de cômodos existentes na residência do Líder Comunitário da Pastoral da Criança da região norte da cidade de Londrina-PR.2005.

Sabe-se que o LC não é obrigado a ter formação escolar (ARAÚJO, 2000), mas os resultados obtidos em nosso trabalho demonstram que 30% possuem o ensino médio completo e apenas 12% não possuem instrução (Quadro 1). De acordo com Silva (2004), o grau de escolaridade dos ACS da cidade de Araçatuba corresponde ao esperado pelo Ministério da Saúde. De acordo com a Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002, o ensino fundamental passa a ser pré-requisito para a adesão ao Programa Saúde da Família (BRASIL, 2001b). Crippa et al. (2003b) relata que 69,8% dos ACS da cidade de Londrina possuem o ensino médio completo, resultado superior aos obtidos na presente pesquisa realizada com LC.

QUADRO 1- Distribuição percentual segundo o grau de escolaridade dos Líderes Comunitários da Pastoral da Criança da região norte da cidade de Londrina-PR. 2005.

| ESCOLARIDADE | N | % |
|----------------------------|-----------|-------------|
| Sem instrução | 9 | 12 % |
| Ensino fund. Incompleto | 12 | 16% |
| Ensino fund. Completo | 10 | 14% |
| Ensino médio incompleto | 12 | 16% |
| Ensino médio completo | 22 | 30% |
| Ensino superior incompleto | 9 | 12% |
| Ensino superior completo | 0 | 0 |
| TOTAL | 74 | 100% |

Apesar de termos encontrado 30% dos LCs com ensino médio completo, nos deparamos com uma realidade assustadora, visto que 29% estão desempregados e 44% possuem renda mensal familiar de dois salários mínimo (Gráfico 6).

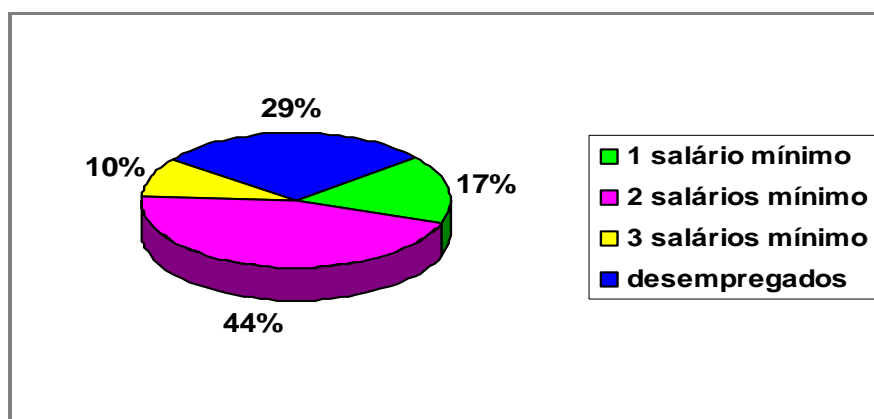


GRÁFICO 6 Distribuição segundo a renda familiar do Líder Comunitário da Pastoral da Criança da região norte da cidade de Londrina-PR. 2005.

Em relação ao tempo de atuação como LC, verificamos que 69% atuam há menos de 05 anos como voluntário na Pastoral da Criança (Gráfico 7). Observamos que, o percentual de voluntários que trabalham, há mais de 05 anos é de 31%. Observa-se que os iniciantes são em numero maiores, mostrando que o ato de trabalhar por vontade própria, tem caráter benéfico, sendo que muitas vezes este benefício é maior ao voluntário do que a própria pessoa que está sendo ajudada. E, ainda, eles se mantêm como voluntários quando suas ações realizadas são reconhecidas e surgem efeitos benéficos para a sua comunidade.

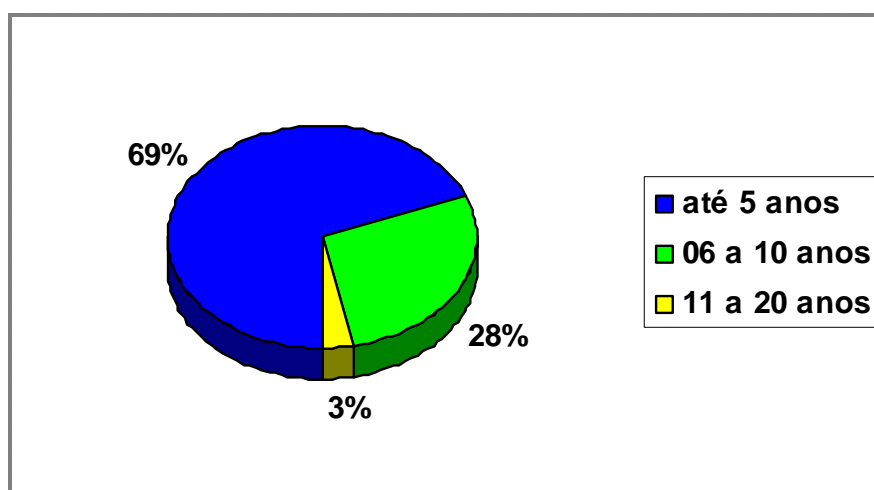


GRÁFICO 7- Distribuição percentual de acordo com o tempo de atuação como Líder Comunitário da Pastoral da Criança da região norte da cidade de Londrina-PR. 2005.

A falta de tempo (55%) foi a principal dificuldade relatada pelos LCs, para realização do seu trabalho (Gráfico 8). Neste estudo, verificou-se que muitos deles disseram que gostariam de ter mais tempo para atuarem como

voluntários, mas que era uma missão árdua, pois o trabalho profissional e os afazeres do lar, exigem muito tempo.

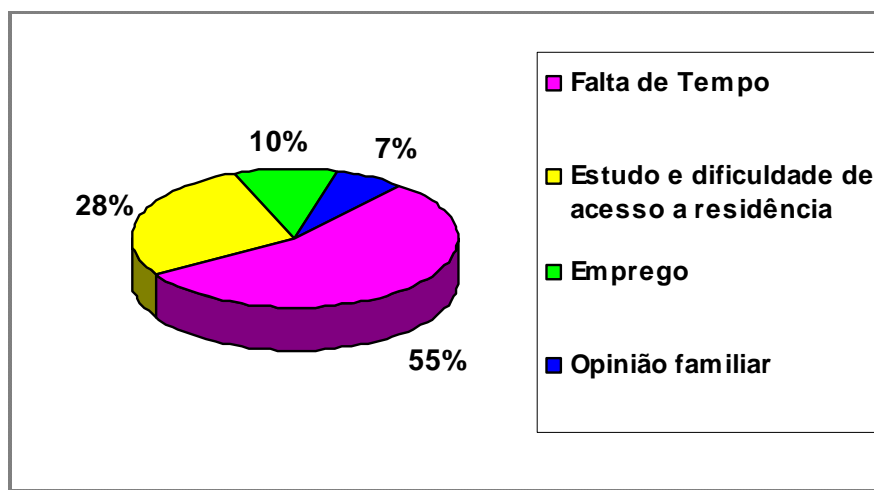


GRÁFICO 8- Distribuição percentual das dificuldades encontradas para a realização do trabalho como Líder Comunitário da Pastoral da Criança da região norte da cidade de Londrina-PR. 2005.

Existem, todavia, as facilidades. Muitos deles (54%) deixam bem claro que o fator mais importante é morar na própria comunidade (Gráfico 9). Levy et al. (2004) afirmam em seu estudo, que o fato do ACS residir na comunidade é de fundamental importância para a construção de uma relação de confiança com os moradores, pois estes se sentem mais seguros e até mesmo mais à vontade para falar dos seus problemas.

Com esses dados, verificamos que tanto o LC da Pastoral da Criança, quanto o ACS exercem um elo de ligação muito semelhante, visto que servem de “ponte” entre dois universos: o do saber científico e o do saber popular.

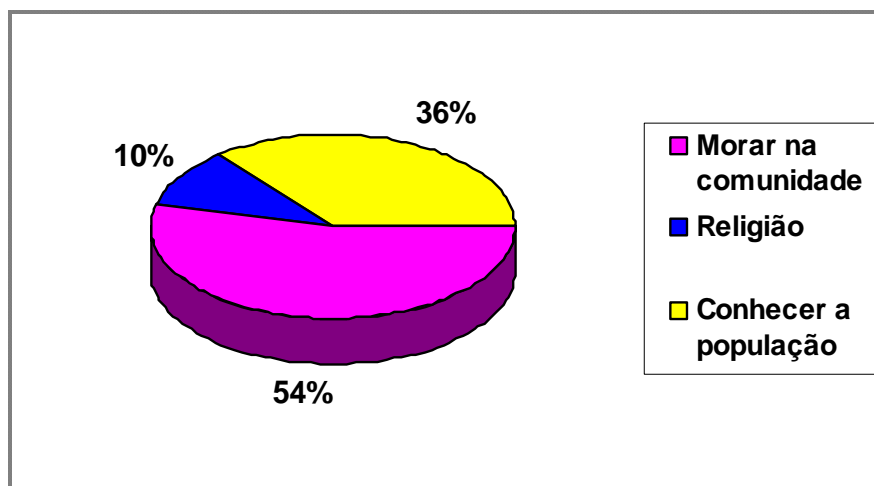


GRÁFICO 9- Distribuição percentual das facilidades encontradas pelos Líderes Comunitários para realizarem seu trabalho na Pastoral da Criança. Londrina-PR. 2005.

Apesar de ser fundamental a participação do LC como agente de informações da comunidade para a comunidade, conseguimos averiguar que 87% não participam de nenhum tipo de espaço decisórios de sua comunidade (Gráfico 10).

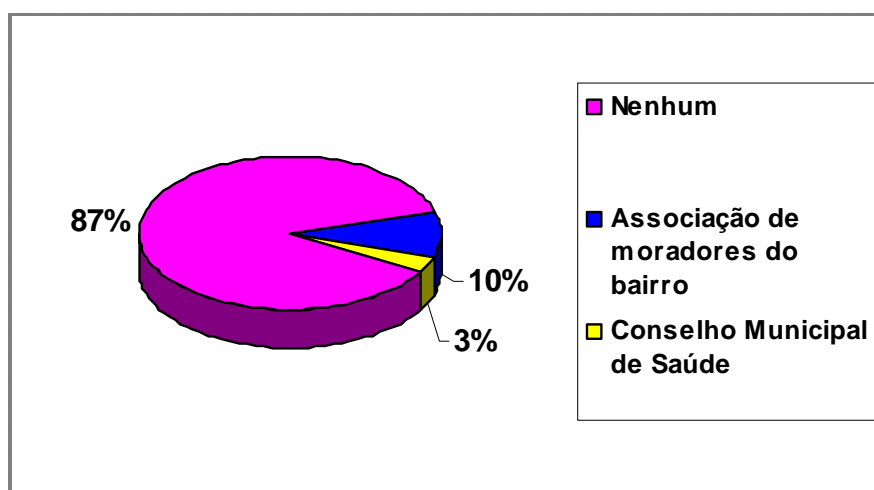


GRÁFICO 10- Distribuição percentual segundo a participação dos Líderes Comunitários da Pastoral da Criança da região norte em espaços decisórios de sua comunidade. Londrina-PR. 2005.

Quando questionados sobre o que é Conselho Municipal de Saúde, 79% informaram que sabem o que é, 21% não têm conhecimento e nunca ouviram falar (Gráfico 11). Com esses dados, verifica-se que existe a necessidade de um maior esclarecimento a essa parcela da população, que deveria ser realizada pela Pastoral da Criança, quanto a sua participação e inserção nos espaços decisórios de sua comunidade. Apesar de que 79% dos LC informaram que sabem o que é Conselho Municipal de Saúde, verificou-se que apenas 3% participam de reuniões do mesmo. Isso nos mostra que existe um desconhecimento por parte dos LCs, e que deveriam ser informados a respeito da necessidade e da importância de participar dessas reuniões.

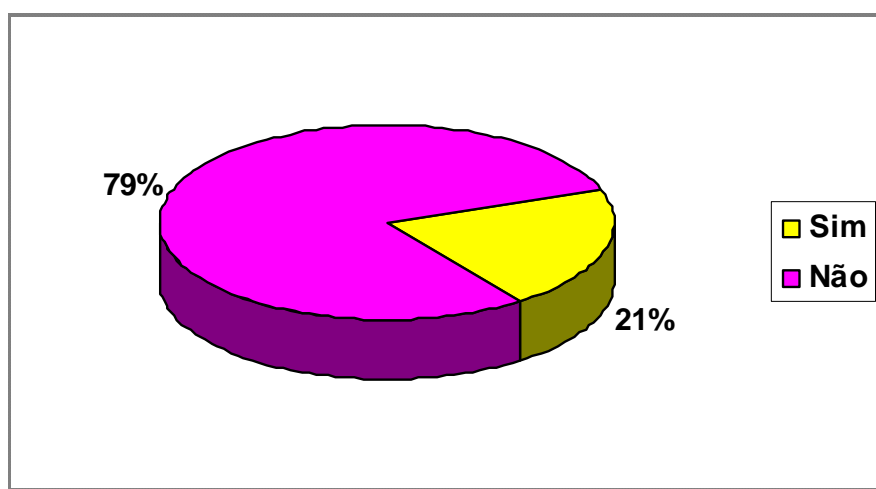


GRÁFICO 11- Distribuição percentual dos Líderes Comunitários da Pastoral da Criança segundo o conhecimento sobre Conselho Municipal de Saúde, Londrina-PR. 2005.

Quando questionados a respeito do treinamento em Saúde Bucal, apenas 41% responderam que o receberam (Gráfico 12), sendo que, de acordo com a Pastoral da Criança (2000), o mesmo foi realizado a todos que

fizeram a capacitação (ARAÚJO, 2000).

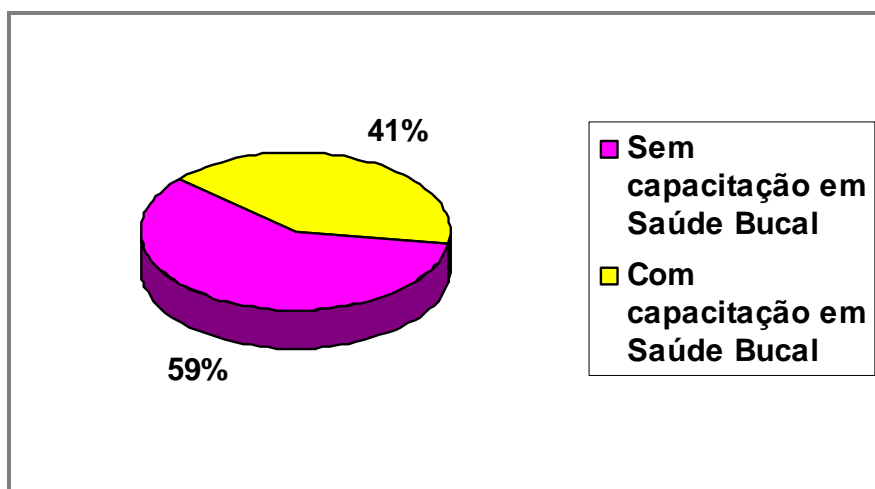


GRÁFICO 12- Distribuição percentual segundo a capacitação em Saúde Bucal dos Líderes Comunitários da Pastoral da Criança da região norte da cidade de Londrina-PR. 2005.

Presumimos que a Saúde Bucal ainda não esteja inserida como Saúde Geral, fazendo com que os capacitadores não dêem tanta ênfase à Saúde Bucal, razão do relato de não terem recebido treinamento nessa área. Silva (2005) afirma que 89,5% dos ACS de Araçatuba, participam de capacitações e recebem orientações sobre Saúde Bucal. Em um estudo realizado por Levy et al (2004) na cidade de Bauru, quando os ACS foram questionados se obtiveram capacitação no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) para o desenvolvimento de atividades, visando promover a saúde bucal das famílias cadastradas, o resultado não foi diferente do nosso trabalho. Segundo o autor não houve uma capacitação, no PACS, para o desenvolvimento de atividades visando promover a saúde bucal, e as orientações restringem-se às gestantes e aos bebês, não havendo uma programação definida.

Quanto às estratégias aprendidas durante o treinamento, os principais foram a *higienização dos bebês* (49%) e as *técnicas de escovação* (34%), como podemos observar no Gráfico 13. Alguns autores ressaltam que, o início de um tratamento odontológico é através da prevenção, de programas educativos destinados à gestantes e lactantes, e através do controle diário da mãe a alimentação do bebê, de uma higienização adequada do bebê (GOESFERD 1989; MORINUSHI et al., 1982; WALTER 1997). Com os resultados obtidos em nosso trabalho, verificamos a importância dada aos cuidados em relação ao bebê, comprovando a preocupação dos LCs da Pastoral da Criança, sobre esse assunto. Pois, se mostram cientes da necessidade de fazer um acompanhamento rigoroso a higienização do bebê.

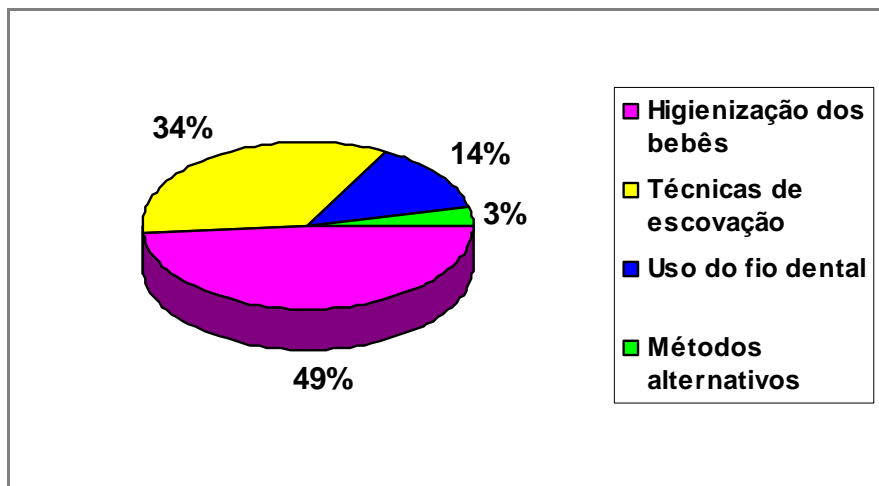


GRÁFICO 13- Distribuição percentual segundo os assuntos abordados sobre Saúde Bucal, durante a capacitação para os Líderes Comunitários da Pastoral da Criança da região norte da cidade de Londrina-PR. 2005.

Quando o LC da Pastoral da Criança foi questionado a respeito das orientações sobre Saúde Bucal durante a visita domiciliar, 62% afirmaram

que o realizam (Gráfico 14). Entretanto, 59% dos LCs afirmaram não haver recebido capacitação nesse campo (Gráfico 12). Esses dados nos levam a supor que as orientações durante as visitas são feitas aleatoriamente, sem nenhum protocolo de ação. E o que é mais agravante: em nenhuma comunidade pesquisada encontrou-se o Cirurgião Dentista voluntário, que é o ator principal na capacitação desses multiplicadores de saber.

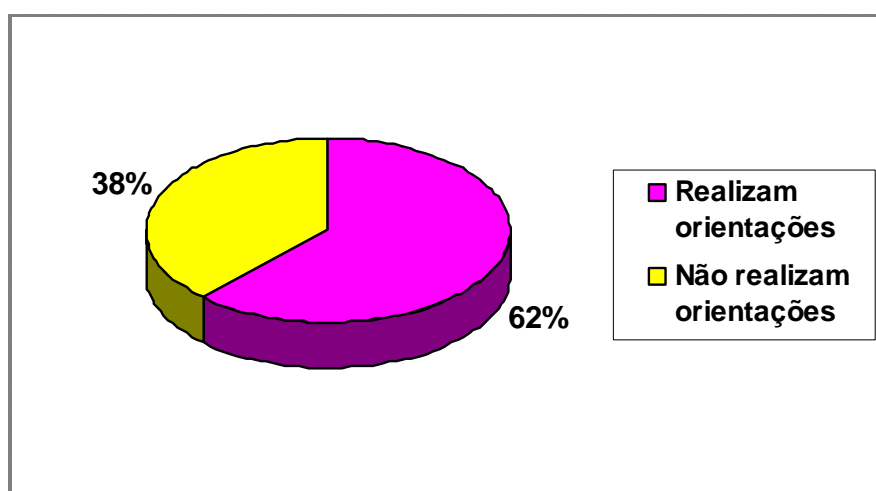


GRÁFICO 14- Distribuição percentual dos Líderes Comunitários segundo orientações sobre Saúde Bucal durante as visitas domiciliares na Pastoral da Criança da região norte da cidade de Londrina-PR. 2005.

Esses dados sugerem a necessidade de conscientização política da Pastoral da Criança para a capacitação mais adequada em Saúde Bucal, objetivando ações efetivas dos LCs junto a sua comunidade, contribuindo para a promoção de saúde de forma integralizada.

É imprescindível também, a conscientização dos cirurgiões-dentistas sobre a importância da sua inserção nos trabalhos voluntários, pois, além de ajudar seu semelhante, melhora a sua auto-estima.

3.7 CONCLUSÃO

Diante das evidências do presente trabalho, vimos que, mesmo os Líderes Comunitários estando dentro do perfil pré-estabelecidos por esse Terceiro Setor, fica clara a necessidade de conscientizá-los quanto à importância de sua inserção nos espaços decisórios de sua comunidade. São necessários, também, esclarecimentos quanto à participação efetiva nos Conselhos Municipais de Saúde e um preparo mais adequado em relação à Saúde Bucal.

A falta de cirurgiões-dentistas voluntários deve ser analisada com o maior rigor por parte da Pastoral da Criança, pois é clara a necessidade de profissionais qualificados para capacitação dos Líderes Comunitários.

3.8 REFERÊNCIA¹

Alves-Souza RA. A prática odontológica na perspectiva do terceiro setor: o caso das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – Londrina-PR. 2003. 257f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, São Paulo.

Araújo E. Pastoral da criança: a força da solidariedade. Londrina: Livre Iniciativa; 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde. Manual do Agente Comunitário de Saúde. Brasília, 1991a.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Agentes Comunitários de saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 1991b, 12 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família – PSF. Brasília: Ministério da Saúde; 2001a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretarias de Políticas de Saúde. 50 milhões de brasileiros atendidos. Rev Bras Saúde Família. 2002a; 2(5).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Concepção, seleção e lotação de equipes. Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde, Brasília, outubro 2001 b.

¹ Normalização segundo as normas da Vancouver

Brasil. Senado Federal. Secretaria-Geral da Mesa. Constituição Federal 1988 [acesso 2004 abr 20]. Disponível em URL: <http://www.senado.org.br/bdtextual/const88/Con1988br.pdf>

Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc Saúde Coletiva* 2000;5(1):163-77.

Carvalho CP, Oliveira MD. Centros de voluntários transformando necessidades em oportunidades de ação.[acesso 2005 set 16]. Disponível em URL: http://www.rits.org.br/areas_site_teste/asite_home_intro.cfm

Crippa SMT, Freitas GTR, Santos IT. O perfil dos agentes comunitários de saúde do programa saúde da família do município de Londrina-PR [monografia] Londrina: Universidade Estadual de Londrina,2003a

Crippa SMT, Freitas GTR, Santos IT, Silva AMR . Quem são os agentes comunitários de saúde do programa saúde da família do município de Londrina – PR [resumo PT 0394]. *Ciênc Saúde Coletiva* 2003b; 8(1):385.

Dias NMO. Mulheres: sanitaristas de pés descalços. São Paulo: Hucitec; 1991.

Faria R, Viana ALD. Experiências inovadoras de capacitação de pessoal para atenção básica no Brasil: balanço, limites e possibilidades dos Pólos. In: Negri B, Faria R, Viana ALD. Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: UNICAMP, 2002. p128-159.

Fernandes RC. Privado porém público: o terceiro setor na América Latina. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1994.

Fernandes RC. O que é terceiro setor [acesso 2005 jun 2]. Disponível em URL: http://www.rits.org.br/areas_site_teste/asite_home_intro.cfm

Ferraz CRR, Borges ALV. Agente Comunitários de Saúde: histórias de vida em transformação [resumo PT 795]. Ciênc Saúde Coletiva 2003; 8(1):387.

Goesferd SJ. An infant oral health program: the first 18 months. Oral Health.1989.79(1):21-5.

Levy FM, Matos TES, Tomita NE . Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. Rev Cad Saúde Publica 2004; 20(1):197-203.

Morinushi T, Mastuno T, Fukuda M, Ivone M. Effective dental health care guidance for the infant aged 4 months. Jap J. Ped.1982;20(3):401

Neumann ZA. Zilda Arns Neumann: ela criou uma rede de solidariedade que salva centenas de milhares de crianças brasileiras. Belo Horizonte: Leitura; 2003.

Nitrini S. Lições da Pastoral da Criança: entrevista com Zilda Arns Neumann. Rev Estud Av 2003; 17(48): 63-75.

Oliveira MD. Terceiro setor: os recursos da solidariedade [acesso 2005 nov 24]. Disponível em URL: http://www.rits.org.br/areas_site_teste/asite_home_intro.cfm

Pastoral da Criança. Guia do líder da Pastoral da Criança. Curitiba: Posigraf, 2000.

Pastoral da Criança. Pastoral da Criança, CNBB: para que todas as crianças tenham vida [acesso 2004 fev 26]. Disponível em URL: <http://www.pastoraldacrianca.org.br/portugues/apresentacao/ecumenismo.htm>

Silva FSJFB. Perfil, ações e relações dos agentes comunitários de saúde integrantes do Programa de Saúde da Família do município de Araçatuba – SP [dissertação]. Araçatuba: Universidade Estadual Paulista; 2004.

Silva JA, Dalmaso ASW. Agente comunitário de saúde: o ser , o saber , o fazer . 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.

Silva MJ, Rodrigues RM. O agente comunitário de saúde no processo de municipalização da saúde. Rev *Eletr Enfermagem* (online) 2000 jan-jun [acesso 2005 abr 12]. Disponível em URL: http://www.fen.ufg.br/revista/revista_2_1/Agente.html

Unfer B, Saliba O. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. Rev Saúde Pública. 2000; 34(2): 190-5.

Walter FRL, Ferelle A, Issao M. Odontopediatria: odontologia para o bebê. 1.Ed. São Paulo: Artes Médicas, 1997.



ANEXO A

QUESTIONÁRIO

O presente questionário é parte integrante de um projeto de pesquisa. Os dados obtidos deverão ser divulgados em publicações e reuniões científicas. O sigilo de sua identidade será assegurado. Sua participação neste trabalho, respondendo as questões a seguir, é voluntária.

1-Sexo:

- 1 Feminino 2 Masculino

2-Idade:

- 1 menos de 30 anos
2 acima de 30 anos

3-Tipo de moradia:

- 1 casa própria
2 casa alugada
3 mora com parentes
4 outros: Especifique: _____

4-Tempo de residência:

- 1 até 5 anos
2 de 6 a 10 anos
3 de 11 a 20 anos
4 de 21 a 30 anos
5 mais de 31 anos

5-Quantos cômodos possui sua casa?

- 1 3 cômodos
2 4 cômodos
3 5 cômodos
4 6 cômodos
5 7 ou mais

6-Qual a renda mensal da família?

- 1 1 salário mínimo
- 2 2 salários mínimo
- 3 3 salários mínimo
- 4 4 salários mínimo
- 5 5 salários mínimo
- 6 desempregados

7-Escolaridade:

- 1 sem instrução
- 2 ensino fundamental incompleto
- 3 ensino fundamental completo
- 4 ensino médio incompleto
- 5 ensino médio completo
- 6 ensino superior incompleto
- 7 ensino superior completo

8- Tempo de atuação como Líder Comunitário:

- 1 até 5 anos
- 2 de 6 a 10 anos
- 3 de 11 a 20 anos

9-Quais as dificuldades que você encontra para realizar o seu trabalho como Líder Comunitário?

- 1 financeira
- 2 falta de tempo
- 3 emprego
- 4 opinião familiar

10 – Quais as facilidades que você encontra para realizar o seu trabalho como Líder Comunitário?

- 1 morar na comunidade
- 2 religião
- 3 conhecer a população

11 – Você participa de algum tipo de espaço decisório com a sua comunidade?

- 1 sim
- 2 não

