



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ODONTOLOGIA INTEGRADA

LAÍSE CECOTE GARCIA

**Práticas de educação em saúde para a prevenção da cárie dentária:
um estudo qualitativo**

MARINGÁ 2016

LAÍSE CECOTE GARCIA

Práticas de educação em saúde para a prevenção da cárie dentária: um estudo qualitativo

Trabalho de dissertação de mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia Integrada da Universidade Estadual de Maringá, como requisito à obtenção do título de Mestre em Odontologia Integrada.

Orientadora: Profa. Dra. Mitsue Fujimaki

MARINGÁ 2016

LAÍSE CECOTE GARCIA

Práticas de educação em saúde para a prevenção da cárie dentária: um estudo qualitativo

Trabalho de dissertação de mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia Integrada da Universidade Estadual de Maringá, como requisito à obtenção do título de Mestre em Odontologia Integrada.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Luzia Marta Bellini

Departamento de Fundamentos da Educação / Universidade Estadual de Maringá – UEM

Prof^a. Dra. Lucimar Aparecida Britto Codato

Departamento de Odontologia / Universidade Estadual de Londrina

Prof^a. Dra. Mitsue Fujimaki

Departamento de Odontologia / Universidade Estadual de Maringá – UEM.

MARINGÁ 2016

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus que permitiu que tudo isso acontecesse ao longo de minha vida, que me deu forças e iluminou, não me deixando abater pelas dificuldades do meu caminho.

Aos meus pais João e Diva, meus mais sinceros e emocionados agradecimento. Obrigada pelo incentivo, pela força, por não me deixarem desanimar nos momentos mais difíceis. Sonharam e sofreram comigo. Essa conquista é para vocês e por vocês.

Aos meus irmãos Gustavo e Natalia, pelo apoio que me deram, pelas conversas, pelo companheirismo e por entenderem o motivo de nem sempre estar presente como eu gostaria.

As minhas avós, Palmira e Dircelina, sempre atenciosas, cativantes, amorosas.

Agradeço a minha orientadora Mitsue Fujimaki, pela orientação, mas principalmente por partilhar comigo suas experiências, seu conhecimento, pela paciência e confiança que teve em mim. Digo e repito, o mundo precisa de mais pessoas como você, que vê o lado bom de todos e de tudo. A você, toda minha admiração e gratidão.

A Tânia Uchida e a Josely Umeda, que muito me apoiaram e contribuíram na realização deste trabalho

Aos meus amigos conquistados no mestrado, em especial à Amanda Giozet, Camila Fracalossi, João Paulo Martins e Thaís Pains. Partilhamos não só conhecimentos, mas angústias, anseios e dúvidas, momentos de descontração e amizade, que estarão sempre guardados em minha memória. Obrigada por tornarem mais divertida essa jornada.

A todos os professores, pela dedicação e empenho a nos proporcionar não só conhecimento, mas suas experiências profissionais.

À minha banca examinadora, que me concedeu uma parte de seu tempo precioso para poder contribuir com o meu trabalho e com a minha formação.

A esta universidade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram minha formação.

A CAPES, pela concessão da bolsa que possibilitou a realização desta pós-graduação.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

RESUMO

A cárie dentária é uma doença de grande prevalência em todo mundo, que causa impacto negativo na qualidade de vida dos indivíduos. A diminuição do alto custo do seu tratamento, assim como da prevalência desta doença, é possível por meio de medidas eficazes de prevenção e promoção de saúde. O objetivo deste trabalho foi identificar a percepção dos cirurgiões dentistas do Sistema Único de Saúde pertencentes à 15^o Regional de Saúde do Paraná quanto as práticas de educação em saúde para prevenção da cárie dentária, por meio de uma pesquisa qualitativa. Para este estudo foi realizada a análise de um banco de dados composto por entrevistas realizadas com 18 cirurgiões dentistas (CDs) atuantes nos municípios da 15^a Regional de Saúde do Paraná. As entrevistas foram realizadas face a face, baseadas em um roteiro semi-estruturado e gravadas. A transcrição das gravações foi realizada de forma manual e as falas foram categorizadas segundo o método da análise de conteúdo proposta por Bardin, utilizando-se o software Atlas.ti 7.0. Os CDs relataram realizar práticas de educação em saúde, demonstrando o entendimento da importância destas atividades. As estratégias utilizadas foram a transmissão de informações, a demonstração de técnicas de escovação para o autocuidado, o entendimento da importância da motivação e da persistência para um resultado eficaz do processo educativo, além da utilização de métodos interativos para melhorar a comunicação com a comunidade. No entanto, observou-se que ainda há um entendimento parcial do processo educativo, em diferentes graus de compreensão da potencialidade das ações educativas, sendo necessário a superação do modelo hegemônico pautado na transmissão de informação, um desafio a ser vencido pelos profissionais e comunidade. O desenvolvimento de habilidades e competências em comunicação na graduação e pós-graduação são necessárias, bem como a capacitação dos profissionais nos serviços de saúde, para uma atuação com efetividade nas ações de educação em saúde, visando uma população mais consciente e saudável.

Palavras chaves: Pesquisa qualitativa, odontologia preventiva, cárie dentária, educação em saúde.

ABSTRACT

Dental caries is a highly prevalent disease worldwide, causing negative impact on quality of life of individuals. The decrease in the high cost of treatment, as well as the prevalence of this disease, it is possible by means of effective prevention and health promotion. The objective of this study was to identify the perception of dentists in the Unified Health System belonging to the 15th Regional of Health of Paraná as the health education practices for preventing tooth decay by means of a qualitative research. For this study was carried out the analysis of a database composed of interviews with 18 Dental Surgeons (CDs) active in the municipalities of the 15th Regional of Health of Paraná. Interviews were conducted face to face, based on a semi-structured and written script. The transcript of the recordings was done manually and the lines were categorized according to the method of content analysis proposed by Bardin, using the Atlas.ti 7.0 software. CDs reported doing health education practices, demonstrating an understanding of the importance of these activities. The strategies used were the transmission of information, demonstration of brushing techniques for self-care, understanding the importance of motivation and persistence for an effective result of the educational process, and the use of interactive methods to improve communication with the community. However, it was observed that there is still a partial understanding of the educational process, in varying degrees of understanding of the potential of educational activities, it is necessary to overcome the hegemonic model based on the transmission of information, a challenge to be overcome by the professionals and the community. The development of skills and competencies in communication at the undergraduate and graduate levels are needed, as well as the training of professionals in health care, for a performance with effectiveness in health education activities, aiming at a more conscious and healthy population.

Keywords: Qualitative research, preventive dentistry, dental caries, health education.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	21
----------	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CD – Cirurgião-Dentista

SUS – Sistema Único de Saúde

PAC – Programa de Agentes Comunitários

PSF – Programa de Saúde da Família

ESF – Equipe de Saúde da Família

UBS – Unidade Básica de Saúde

UEM – Universidade Estadual de Maringá

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	9
2- OBJETIVOS	11
2.1 Objetivos Gerais	11
2.2 Objetivos Específicos	11
3- CONTEXTUALIZAÇÃO	12
3.1 Educação em Saúde: Conceito e Histórico	12
4- METODOLOGIA	18
4.1 Delineamento da Pesquisa	18
4.2 Aspectos Éticos	18
4.3 Sujeitos da Pesquisa	18
4.4 Coleta de Dados	19
4.5 Procedimento de Análise de Dados	20
5- RESULTADOS E DISCUSSÃO	22
6- CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
7- REFERÊNCIAS	34
8- ANEXOS	38
ANEXO 1	38
ANEXO 2	39
ANEXO 3	40

1- INTRODUÇÃO

A cárie dentária é uma doença de grande prevalência. Em todo o mundo, 60-90% das crianças em idade escolar e quase 100% dos adultos já foram acometidos pela doença. No Brasil, apesar de uma expressiva redução do CPOD, segundo os resultados apresentados pela Pesquisa Nacional de Saúde Bucal em 2010, os números ainda são alarmantes e apresentam-se aquém das metas preconizadas pela Organização Mundial de Saúde que em 2010 foi de 90% das crianças livre de cárie, e para 2020 é de 100% das crianças livres de cárie¹. Dentre as crianças de cinco anos, 53,4% já tiveram alguma experiência de doença cárie. Já no grupo dos idosos, 99,8% dos pesquisados já perderam a maioria dos dentes². A doença causa impacto negativo na qualidade de vida dos indivíduos, levando a um prejuízo na execução das atividades diárias pela ocorrência de dor, perda de sono, dificuldade em se alimentar, interferência nas relações sociais e diminuição da autoestima³.

O elevado custo dos tratamentos dentários pode ser evitado, bem como a diminuição da prevalência de cárie, por meio de medidas de prevenção e promoção de saúde eficazes⁴. Em uma recente revisão sistemática que avaliou condutas do cirurgião-dentista (CD) para a prática da prevenção da cárie dentária, utilizando a metassumariação de dados de pesquisas qualitativas e quantitativas, a educação em saúde e a formação profissional mostraram-se fatores relevantes para a adesão às medidas preventivas e os influenciaram na sua percepção de como conduzir as atividades de prevenção⁵. O conhecimento e compreensão das razões que conduzem os CDs a realizarem medidas preventivas e os fatores que facilitam a sua realização, podem contribuir para a implementação de estratégias de prevenção da cárie dentária e consequente diminuição da prevalência das doenças e suas sequelas. Vários trabalhos têm mostrado que a educação em saúde tem apresentado resultados positivos na saúde bucal dos indivíduos e desponta como um dos principais e mais efetivo método preventivo à cárie dentária^{6,7,8,9,10}. Entretanto, poucos trabalhos na literatura discutem o entendimento dos profissionais da Odontologia em relação ao seu papel de educador para apoiar a manutenção da saúde bucal e prevenção de doenças.

A educação em saúde até a década de 70 foi baseada na culpabilização do indivíduo pela sua condição e as ações pautadas na transmissão de informação e na normatização por meio da imposição de deveres^{11,12}. A partir da década de 70, iniciaram-se discussões sobre a necessidade de reorientação do modelo de educação em saúde vigente até então, tendo como referencial a metodologia de educação popular fundamentada por Paulo Freire, que defendia

a construção do conhecimento por meio da dialogicidade, o respeito aos valores e experiência de vida de cada sujeito, sendo ambos, educador e educando, sujeitos do processo de educação, que crescem juntos^{13,14}.

Dessa forma, conhecer as razões que conduzem os CDs a realizarem medidas preventivas e os fatores que facilitam a sua realização, contribuem para a implementação de estratégias de prevenção da cárie dentária⁶. O objetivo deste trabalho foi identificar as percepções dos cirurgiões-dentistas que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS), pertencentes aos municípios da 15^a Regional de Saúde do Paraná, quanto às práticas de educação em saúde para a prevenção da cárie dentária, por meio de uma pesquisa qualitativa.

2- OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Identificar as percepções dos cirurgiões-dentistas que atuam no Sistema Único de Saúde, pertencentes aos municípios da 15^a Regional de Saúde do Paraná, quanto às práticas de educação em saúde para a prevenção da cárie dentária, por meio de uma pesquisa qualitativa.

2.2 Objetivos Específicos

1. Identificar a percepção dos cirurgiões-dentistas quanto às práticas de educação em saúde por meio da transmissão de informação;
2. Identificar a percepção dos cirurgiões-dentistas quanto às práticas de educação em saúde por meio da demonstração de técnicas de escovação;
3. Identificar a percepção dos cirurgiões-dentistas quanto às práticas de educação em saúde por meio da motivação e da persistência com o paciente;
4. Identificar a percepção dos cirurgiões-dentistas quanto às práticas de educação em saúde por meio da comunicação com a comunidade

3- CONTEXTUALIZAÇÃO

3.1 Educação em Saúde: Conceito e Histórico

A educação em saúde é de um campo que permite que o conhecimento científico produzido no campo da saúde, alcance a vida cotidiana das pessoas, de modo que os condicionantes do processo saúde doença ofereçam subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas¹¹. Segundo Costa e Lopes (1996)¹⁵, esse campo disciplinar é constituído por um conjunto de conhecimentos e de práticas com vistas à prevenção de doenças e a promoção da saúde.

A prática de educação em saúde não é uma proposição recente. Como política, surgiu em 1909 nos Estados Unidos da América. Na Europa desde o século XVIII eram elaborados almanaques populares, com o objetivo de difundir cuidados higiênicos, enfatizando inúmeras recomendações sobre comportamentos certos ou errados, relacionados à vivência das doenças e sua prevenção. No Brasil, teve início durante a República Velha, em meados do século XX, por influência francesa com predomínio do enfoque bacteriológico da doença, buscando combater as epidemias que causavam transtorno à exportação do café. Com o início da influência norte americana no Brasil, o enfoque passou a ser o da “consciência sanitária”. O responsável pelo processo saúde-doença passou a ser o indivíduo, cabendo a ele conhecer as medidas preventivas de suas doenças. O profissional de saúde assume então o papel de educador, devendo transformar comportamentos e hábitos dos indivíduos, sem transformar suas condições de dominados. As práticas de educação em saúde eram baseadas em processos impositivos e normativos. A efetividade das ações educativas ficava restrita à capacidade dos indivíduos em absorver as informações transmitidas pelos profissionais de saúde e recaía sobre os indivíduos a responsabilidade pelas condições materiais e de saúde^{16,17,18,19}.

Na década de 20, Oswaldo Cruz liderou a imposição de uma política sanitária que utilizava recursos como a vacinação compulsória e a vigilância sobre atitudes e moralidades dos pobres, visando ao controle da disseminação de doenças. O Estado exercia função moralizadora e civilizadora da grande massa da população, para que a população fosse domesticada e obediente a normas estabelecidas^{11,20}. Essas medidas autoritárias se deram principalmente devido às exigências da economia agroexportadora vigente. As enfermidades constituíam, um entrave à proposta do Estado, levando à necessidade de controle sanitário, principalmente sobre as classes populares, tidas como ignorantes e ameaça às oligarquias

rurais¹⁸.

Até a década de 60, a educação em saúde ainda era baseada em medidas autoritárias e na culpabilidade. A população era tida como a responsável pela resolução de seus problemas, passando nessa época da individualidade para a coletividade, ou seja, o apelo passou a ser feito não mais aos indivíduos, mas a comunidade para a resolução dos problemas em saúde^{11,12}.

A partir de 1970, as fortes influências das ideias de Paulo Freire sobre a participação da população no processo educativo por meio da exposição dialogada dos conteúdos levou a mudanças na educação²². Houve aumento na preocupação em relação à autonomia do indivíduo. A insatisfação da população era muito grande, e por meio de movimentos rurais e sindicatos buscaram interromper a tradição da relação autoritária entre os serviços de saúde e a população. Em contraposição a concepção bancária de educação, defendiam a educação problematizadora que ampara a dialogicidade^{12,13,19}.

Freire¹³ critica a educação bancária por ser antidialógica, domesticadora, conservadora e por inibir a criatividade humana. Para ele, é muito danoso às pessoas uma sociedade sem diálogo, sem a troca de experiência na qual o “eu” é detentor da verdade absoluta, e o outro não deve interferir em seus conceitos. Sem diálogo a sociedade reproduz a divisão entre os opressores e oprimidos no qual a liberdade é impensável. Defende portanto, a educação libertária (problematizadora ou popular), que é dialógica servindo, assim, como instrumento a libertação. É revolucionária, crítica, estimulando reflexão ativa dos educandos. O diálogo não anula o “eu” pois parte das nossas próprias experiências, mas em comunhão com o outro, que também trazendo sua experiência constrói uma nova visão nessa troca de saberes. A liberdade é alcançada pela consciência crítica nas práxis, na relação entre o eu e o outro em um constante diálogo para e na transformação da realidade.

A Constituição Federal de 1988 (Constituição Cidadã), um importante marco para a área de saúde no Brasil, criou o Sistema Único de Saúde, e a saúde passou, então, a ser direito de todos e dever do Estado. Se fez necessário a criação de alguns programas estratégicos, para que a teoria de reorganização da atenção em saúde fosse incluída na prática diária de serviço. O trabalho educativo precisou ser reestruturado para a melhoria de qualidade de vida da população. Na década de 90, foi fortalecida a proposta para criação de uma articulação nacional entre os movimentos de educação popular em saúde, desencadeando

a criação da ANESPS - Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação e Saúde, que contribuiu para o fortalecimento dos movimentos sociais em saúde e implementação dos princípios do SUS, além da possibilidade da utilização da metodologia de educação popular pelas Instituições. Nos momentos de encontros coletivos, os integrantes da referida articulação discutiam sobre temáticas de educação popular, educação permanente, concepção de estado, sociedade civil e políticas públicas, análise de conjuntura, SUS e participação popular^{20,21,23}.

Foi criado também o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e, posteriormente o Programa de Saúde da família (PSF) em 1991, com o referencial da educação popular para uma nova prática educativa e buscando reorganizar a prática de atenção à saúde²¹. O PACS e PSF representaram importantes estratégias de aprimoramento e consolidação do SUS, a partir da assistência ambulatorial e domiciliar, inspirados em prevenção de doenças na atenção básica. As metas desses programas contribuíram para a reorganização dos serviços municipais de saúde e para a integração das ações entre diversos profissionais, aproximando a comunidade e as unidades básicas de saúde²⁴. Dessa forma, a educação em saúde figura como uma prática prevista nos serviços de atenção básica. Vale ressaltar, que a prática da educação em saúde no PSF, atualmente chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF), é atribuída a todos os profissionais que compõem a Equipe de Saúde da Família, os quais devem participar de processos educativos para a saúde, na busca da melhoria do autocuidado e prestando assistência de forma integral e contínua dos indivíduos adscritos²⁵.

A educação em saúde, como assunto de suma importância, foi tema da X Conferência Nacional de Saúde em 1996. Nessa ocasião, novas propostas foram formuladas para criar consciência frente à importância da formação dos trabalhadores da saúde, agora orientada pelos problemas e necessidades sociais em saúde da população e pela mudança da relação entre o profissional e o paciente, buscando o diálogo permanente²⁰. As deliberações da X Conferência Nacional de Saúde contemplaram os temas: Gestão e Organização dos serviços de saúde; Saúde, Cidadania e Políticas Públicas; Controle Social na Saúde; Conselhos de Saúde; Financiamento da Saúde; Recursos Humanos para Saúde e a Atenção Integral a Saúde. Essas deliberações possibilitaram a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS e de Seguridade Social, garantindo os direitos de cidadania, de Políticas Públicas intersetoriais que ampliassem a saúde e reduzissem as desigualdades sociais. Desta forma, os

participantes da X Conferência Nacional de Saúde defenderam e lutaram pela implantação de Políticas Públicas que garantissem os direitos de cidadania e uma sociedade mais justa. O acesso às informações e conhecimentos de direito do cidadão também foram defendidos, assim como as ações e programas educativos para promoção do conhecimento de políticas sociais e o acesso às ações que incidiram sobre a qualidade de vida dos cidadãos²⁶.

No início do ano 2000, foi criada a Política Nacional de Saúde Bucal - Programa Brasil Sorridente. Pautada na dificuldade e demora do acesso a tratamentos odontológicos, que fazia da extração dentária um dos principais tratamentos oferecidos, a política foi criada para mudar esse quadro. O programa constitui-se em uma série de medidas que visam a prevenção, a promoção e a recuperação da saúde bucal da população. Sua principal linha de ação é a reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção. O conceito *cuidado* é o eixo dessa reorientação do modelo; traz consigo a responsabilização de trabalhadores e de usuários em construir conhecimento, responsabilização e autonomia de cada indivíduo²⁷.

Nas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, a educação em saúde está inserida no grupo de atuação de ações de promoção e proteção da saúde do Programa Brasil Sorridente e trazem recomendações em relação aos aspectos práticos como também às ações de educação realizadas no programa como a realização do trabalho em equipe multiprofissional, os diversos métodos de realização (debates, teatros, vídeos, conversa), os diferentes campos a serem praticadas as atividades e profissionais envolvidos, sendo responsabilidades do cirurgião-dentista o planejamento, organização, supervisão e avaliação das ações, e do técnico em saúde bucal²⁷.

Nas últimas décadas, houve claro desenvolvimento e uma reorientação crescente das reflexões teóricas e metodológicas que tem incitado mudanças no campo de estudo da educação em saúde. Porém, essas reflexões não vêm sendo traduzidas em intervenções educativas concretas na prática diária, na mesma velocidade que se desenvolvem nos modelos teóricos²⁸. A organização das ações educativas ainda demonstra fragilidade em sua operacionalização, aliada a falta de discussão mais aprofundada sobre os referenciais teóricos para sua estruturação¹⁶. É comum que os profissionais de saúde atuem de uma forma tradicional na educação em saúde, baseando-se em práticas de transmissão de informação prontas, aplicáveis em todos os lugares, idades e condição social. Porém a informação

fornecida, nem sempre condiz com a realidade do local em que atuam. E essas informações nem sempre levam a uma transformação de hábitos de higiene, de alimentação e vícios nocivos a saúde. Sem essa transformação, a condição de saúde se mantém estagnada, os pacientes são culpabilizados, pela apatia, desinteresse e precárias condições de vida e, como consequência, o paciente sente-se envergonhado ou amedrontado²⁹.

Quando há vigência predominante de um modelo assistencial que privilegia ações curativas centradas no atendimento médico, que foca questões biológicas do adoecer, trabalho técnico e especializado e a realização de procedimentos complexos que utilizem equipamentos com algum grau de sofisticação, o modelo coletivo, o social, a comunidade não são considerados no processo saúde doença. Nele, as práticas de educação buscam modificar hábitos dos indivíduos considerados inadequados pelos profissionais. Essas práticas são baseadas principalmente na transmissão de informação, com predomínio de palestras organizadas a partir de temas previamente definidos, sem consulta ou adaptação às necessidades da população, com limitado espaço para a troca de saberes, e manifestações que não sejam dúvidas pontuais a serem respondidas pelos profissionais^{16,30}.

Vale ressaltar que para além da educação formulada pela transmissão de informação a educação em saúde não deve ser centrada na culpabilização do indivíduo. A transmissão de informação é sempre unidirecional. A educação para a saúde deve ser fundamentada na análise da realidade, na discussão coletiva a fim de promover uma reflexão crítica da realidade. Além disso, deve propiciar experiências de aprendizagem para construir conhecimentos desenvolver habilidades e integrar valores. Dessa forma, levará a uma transformação social em que os indivíduos optem espontaneamente por uma vida mais saudável^{20,28}.

É comum que autores discorram sobre a necessidade de uma reformulação no sistema de formação dos profissionais de saúde por meio de projetos curriculares integrados, com foco na interdisciplinaridade para que os futuros profissionais desenvolvam um pensamento que responda pela complexidade que caracteriza o mundo atual. A integração de disciplinas permitirá a formação de profissionais mais comprometidos com a realidade da saúde e com sua necessidade de transformação. A prática da interdisciplinaridade está comprometida com a melhoria dos indicadores de saúde e qualidade de vida das famílias; se dispõe a corrigir distorções provocadas pelo excesso de especializações e a fragmentação do conhecimento. Nesse caminho, é importante saber que a construção da prática interdisciplinar é um desafio

diário; que tem alcançado bons resultados nas reflexões teóricas e metodológicas a medida que as dificuldades vão sendo vencidas pelo do exercício do diálogo e do trabalho em equipe^{30,31,32}.

A relação da academia e sociedade deve ser reorientada para a íntima relação entre pesquisa e problemas de nossa sociedade, contrária a situação atual em que a maior parte do conhecimento científico vem de outros países e pouca relação tem com a nossa sociedade, o que dificulta a ruptura do ensino por orientação bancária. O ensino deve capacitar docentes, discentes e representantes da comunidade para discutir os problemas relevantes e buscar soluções. A saúde deve ser o eixo da estrutura curricular, formação de profissionais aptos a diagnosticar as deficiências da realidade do indivíduo e da comunidade, buscando a sua transformação. Uma reformulação nos métodos de ensino aprendizagem na formação acadêmica dos cirurgiões dentistas, vão ao encontro das diretrizes curriculares propostas para o curso de Odontologia, aprovadas pela Resolução CNE/CES no 3/20022, que dizem: “o Curso de Graduação em Odontologia tem como perfil do formando egresso/ profissional o CD capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade”^{32, 33}.

Além da reorientação na formação profissional, existe também a necessidade de formação dos profissionais trabalhadores de saúde no Brasil, para a realização de ações populares de educação na saúde. Uma exigência do SUS é que esta seja praticada em escolas e centros de saúde público. Para suprir essa necessidade de formação dos profissionais, o Ministério da Saúde criou a Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde³⁴. Várias iniciativas com o intuito de promover as mudanças necessárias na formação profissional (na graduação, na qualificação profissional e técnica) tem sido protagonizadas pelo Ministério da Saúde, como o Pró-Saúde, PET-Saúde, Provab, Telesaúde, UnaSUS, InovaSUS, Comunidade de Práticas, Portal de Saúde baseada em Evidência, Mais Médicos, as quais são políticas indutoras que apontam caminhos para avanços na formação e no cuidado da população.

4- METODOLOGIA

4.1 Delineamento da Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, realizada com 18 CDs, atuantes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos municípios da 15ª Regional de Saúde do Paraná.

A pesquisa qualitativa tem sido utilizada de forma crescente no campo da saúde. Esse tipo de pesquisa tem o ambiente natural como fonte direta das informações, o pesquisador é instrumento fundamental, apresenta caráter descritivo, tendo relevância para o entrevistador o significado que as pessoas atribuem às coisas e a sua vida e o enfoque é indutivo. Para Van Maanen (1979)³⁵, compreende um conjunto de diferentes técnicas interpretativas que visam a descrever e a decodificar os componentes de um sistema complexo de significados. Tem por objetivo traduzir e expressar os fenômenos do mundo social, trata-se de reduzir a distância entre indicado e indicador, entre teorias e dados e entre contexto e ação. A opção metodológica baseou-se no fato de que a análise de conteúdo favorece o entendimento do que está por trás dos conteúdos manifestos. A unidade de registro tema foi escolhida por ser uma unidade maior e por acreditar-se que facilitaria a análise dos dados obtidos.

4.2 Aspectos Éticos

O estudo foi submetido ao Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos - COPEP - da Universidade Estadual de Maringá – UEM, seguindo as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e aprovado obtendo o CAAE No 0299.0.093.000-11.

4.3 Sujeitos da Pesquisa

Trata-se de amostra por conveniência, onde os entrevistados foram selecionados por meio da “snow ball technique”. Amostra não probabilística, em que a partir de um primeiro sujeito entrevistado, este indicava outro também atuante no SUS para ser entrevistado e assim sucessivamente, até a obtenção de um número suficiente de entrevistas. Não foram

estabelecidos critérios de inclusão para sexo ou idade. Foram excluídos da amostra, profissionais que trabalhavam nas UBSs a menos de um ano, pelo curto tempo de vivência na rotina de trabalho do local, assim como a realidade da condição de saúde bucal da população assistida.

A amostra foi composta por 18 CDs de UBSs da 15^o Regional de Saúde do Paraná, homens e 10 mulheres, apresentando uma idade média de 39 anos. 11 cirurgiões dentistas atuavam em Maringá e os outros 7, nas cidades pertencentes a regional, porém de menor porte.

Quanto ao regime de trabalho dos participantes, 6 deles eram contratados por 20 horas semanais, 7 por 40 horas por serem integrantes da Estratégia de saúde da Família, 4 atuavam concomitantemente na ESF e na coordenação de saúde bucal do município e 1 era contratado por 20 horas e também atuava na coordenação de saúde bucal.

O tempo médio de atuação profissional dos sujeitos foi de 17 anos, sendo o tempo médio de atuação no SUS 11 anos. Em relação à formação profissional dos sujeitos, 12 foram formados em instituições de ensino superior públicas e, 6 em instituições privadas. Apenas 7 dos participantes da pesquisa, eram pós-graduados em saúde pública, e 11 em áreas clínicas. 12 entrevistados atuavam concomitantemente ao serviço público e em consultório particular.

O contato inicial com os profissionais selecionados foi realizado por telefone ou e-mail. A abordagem dos profissionais para a realização das entrevistas foi feita nas clínicas odontológicas das UBSs em que atuavam. Todos os sujeitos de pesquisa foram entrevistados após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO), o qual de forma clara, trazia informações dos pesquisadores e da pesquisa: objetivos, forma de realização, justificativa para a realização. A participação dos profissionais foi voluntária, com liberdade para desistir ou interromper a participação no estudo.

3.1 Coleta de Dados

As entrevistas foram conduzidas durante o ano de 2012, por um único entrevistador, graduado em odontologia e pós-graduando em mestrado em odontologia integrada na UEM. Portanto, familiarizado com os termos utilizados tanto nas perguntas, quanto nas respostas obtidas. O pesquisador recebeu treinamento prévio sobre temática da pesquisa e semiótica de comunicação, para uma adequada condução do trabalho.

Não houve vínculo de interesse ou de trabalho entre entrevistado e entrevistador. Os entrevistados foram esclarecidos quanto a identidade do entrevistador, sua formação e situação atual, objetivos e importância da pesquisa e forma que seria conduzida.

O tempo previsto para a realização de cada entrevista foi de 20 a 40 minutos. Os áudios obtidos nas entrevistas foram gravados utilizando gravador portátil “SAMSUNG GT 53350”, e posteriormente registradas no Software “Camtasia Studio 7.1.1 build 1785”. A transcrição das entrevistas foi realizada manualmente pelo entrevistador e posteriormente revisada por uma pesquisadora com experiência em pesquisa qualitativa e com treinamento em transcrição de entrevistas. A confidencialidade dos dados foi mantida e foi garantido o anonimato dos entrevistados. Cada entrevistado recebeu um código para a identificação de sua fala (E01 a E018).

A dinâmica das entrevistas seguiu um roteiro de perguntas, que adaptava-se à dinâmica e particularidades de cada entrevista, porém todos os aspectos do roteiro foram contemplados em todas as entrevistas, visando a obter informações que lhe fossem de interesse, porém, sem fugir do objetivo. Cada entrevistado teve total liberdade de expressão.

3.2 Procedimentos para Análise dos Dados

Foram realizadas codificação e análise de conteúdo de Bardin³⁶ por meio da técnica de análise temática³⁷, utilizando o software Visual Qualitative Data Analysis 7.0 (Atlas.ti® Scientific Software Development, Berlim, Alemanha). O processo de análise dos dados se deu por meio da leitura das entrevistas transcritas. As falas foram pré-codificadas e pré-analisadas, até o ponto de saturação, em que não se constatava nenhuma nova informação relevante.

Para Bardin³⁶ (1979), a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens. Ou seja, a análise objetiva, refere-se as regras preestabelecidas e obedecendo a diretrizes suficientemente claras para que qualquer investigador possa replicar os procedimentos e obter os mesmos resultados; sistemática, de tal forma que o conteúdo seja ordenado e

integrado nas categorias escolhidas, em função dos objetivos e metas anteriormente estabelecidos³⁷.

As expressões chaves e as ideias centrais, designadas como unidades de registro, foram identificadas de acordo com o contexto inserido, designado de unidade de contexto. As unidades de registro foram agrupadas de acordo com o mesmo sentido, sentido equivalente ou sentido complementar em categorias (ou códigos) referentes ao tema em questão.

Quadro 1: Organização e definição das categorias de dados (códigos).

Categoria de Dados	Referência	Definição Constitutiva
Práticas educativas por transmissão de informação	(Silva et al., 2015)	Ensinar por meio da transmissão de informação
Práticas educativas por meio de demonstração de técnicas de escovação	(Garcia et al, 2004)	Ensinar por meio de demonstração de técnicas de escovação
Processo educativo baseado na motivação e persistência	(Ferreira, 2004)	Educar os indivíduos com motivação e persistência, entendendo o processo como lento e progressivo
Processo educativo baseado na comunicação eficaz com o indivíduo e comunidade	(Silva, 2015)	Educar o indivíduo e comunidade, por meio de uma interação horizontal, escuta qualificada e intervenção de acordo com as necessidades identificadas

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

A educação em saúde representa uma ferramenta imprescindível para a conscientização e para mudança do comportamento da população em prol da promoção de saúde³⁸. Este estudo identificou as percepções de CDs, pertencentes à 15ª Regional de Saúde do Paraná, quanto às práticas de educação em saúde para a prevenção da cárie dentária. Para isso, buscou-se compreender as abordagens dos usuários e os processos educativos existentes e foram pré- definidas quatro categorias de análise, a partir dos objetivos deste estudo, sendo elas: transmissão de informação, demonstração, motivação e comunicação (Quadro 1). Observou-se que a maioria dos CDs relataram realizar práticas educativas de transmissão de informação e demonstração. O monitoramento e motivação do paciente foram pontuados diversas vezes e apontados como uma prática importante nas ações de prevenção. E por fim, a comunicação eficaz, que deve estar presente em todos os fatores supracitados.

As falas oriundas das entrevistas com os CDs não podem ser consideradas absolutas. Cada uma das falas apresentam percepções que podem apresentar sentidos diferentes. O termo “sentido” refere-se ao material linguístico das respostas dadas ao questionário pelos entrevistados. Esse material linguístico diz respeito ao modo como os conteúdos das respostas são formulados. Tomamos de Fonseca (2011)³⁹ a noção de nível textual, nível superficial de uma fala ou escrita, e nível discursivo, neste aparecem as reflexões dos sujeitos, o conhecimento do que fala, os juízos de valor, as posições políticas, ideológicas entre outras. Fonseca (2011)³⁹ chama esses níveis de estratégias formulativas e metadiscursivas.

As estratégias formulativas agem no nível da superfície linguística, isto é, no nível textual, e metadiscursivas, quando afetam o nível discursivo. As estratégias formulativas são responsáveis pela organização do texto e objetivam facilitar a compreensão dos enunciados ou provocar adesão dos ouvintes e/ou leitores ao que é dito, buscando garantir o sucesso da interação. E ocorrem por meio de: inserções; repetições e parafraseamentos retóricos; deslocamento de constituintes (tematização e rematização). As estratégias metadiscursivas, por seu turno, “são aquelas que tomam por objeto o próprio ato de dizer”. Isto é, ao colocar em ação tais estratégias, o locutor avalia, corrige, ajusta, comenta a forma do dizer; ou, então reflete sobre sua enunciação, expressando a sua posição, o grau de adesão, de conhecimento, atenuações, juízos de valor, tanto em relação àquilo que ele está a dizer, como em relação a outros dizeres (FONSECA, 2011)³⁹.

Práticas Educativas por Transmissão de informação

A transmissão de informação como prática rotineira no processo de educação em saúde bucal, foi repetidas vezes relatada pelos profissionais entrevistados neste trabalho como podemos observar nas falas a seguir:

E09 ## : “[...] Na triagem todos os pacientes passam por uma palestra com a doutora ou com a TSB, e dentro dessa palestra, com slide e com fotos, nós temos a parte preventiva, que fala sobre toda a composição da cárie, origem, e a prevenção da doença [...]”

E011 ## : “[...] Nós fazemos bastante palestra com grupos de hipertensos e diabéticos, que chama hiperdia, palestras para as gestantes, orientando como deve ser o procedimento dela quanto a higiene bucal, orientando ela sobre a importância da saúde bucal, tanto para ela quanto para bebê, ou seja, para toda a sua família [...]”

Para grande parte dos entrevistados, a estratégia da transmissão de informações tem sido a principal atividade de educação realizada. Porém os profissionais que limitaram a incluir a transmissão de informação como única ou como principal atividade de educação em sua prática de prevenção, demonstraram um entendimento restrito do processo educativo.

Paulo Freire¹³ afirma que ensinar vai muito além de depositar, transferir, transmitir conhecimento. A educação baseada nessa prática de ensino narrativa, tendo como protagonista apenas o educador - educação bancária - reflete que quanto mais se exercita a deposição de informações, menos se desenvolve sua consciência crítica, mais se estimula sua ingenuidade, o que resulta seres adaptados ao mundo em que vivem. Essa falta de criticidade torna o homem passivo a sua realidade, impedindo-o de ser inserido no mundo como transformador dele, como sujeito. É importante encorajar os profissionais a utilizarem outras técnicas, que incluam o contexto social, político e ambiental da saúde, pois, para que a educação seja efetiva é necessário ir além de conceitos e recomendações superficiais.

Corroborando com este resultado, o estudo de Milori *et al*⁶, que avaliou o comportamento de diferentes programas preventivos de controle de placa bacteriana. Avaliaram 90 crianças, divididas em 3 grupos. O grupo 1 recebeu palestras de educação sanitária e métodos preventivos práticos (escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor), o grupo 2

recebeu somente palestras de educação sanitária e por fim, o grupo 3, recebeu apenas métodos preventivos práticos. Os resultados apontaram que o grupo 1, foi o que apresentou os melhores índices, seguido do grupo 3 e por último o grupo 2, grupo que recebeu apenas palestras de educação sanitária pontuais. O estudo enfatizou a necessidade de combinação de estratégias para alcançar resultados satisfatórios, e a limitação dos resultados das práticas apoiadas na simples transmissão de informação, sem grande preocupação com a problematização da saúde bucal para o grupo populacional focado. O que também foi apontado por Queluz⁴⁰, que vê a transmissão de informação como uma limitação para um impacto realmente significativo em programas de educação em saúde. Sinkoç⁴¹ pontuou sobre a necessidade de prudência nas abordagens educativas, para que não haja desrespeito aos valores de cada ser, principalmente no que se refere a imposição de conceitos. A transmissão de informações segundo Couto⁴² deve ser realizada por meio de orientações indiretas, de maneira discreta, sem discriminação para que seus resultados sejam expressivos.

A transmissão de informação tem resultados ínfimos quando isolada, podendo não gerar as mudanças de comportamento desejadas. A utilização deste método como única estratégia de educação em saúde bucal, pode estar relacionada a uma formação deficitária dos CDs em relação às disciplinas que trabalham o aspecto social e preventivo. Muitos cursos ofertados eram e alguns ainda são, influenciados pelo Relatório Flexner, em que as ideologias de formação profissional preconizam o mecanicismo, o biologicismo, assistência individual, tratamentos altamente tecnificados, e no âmbito curativo. As Diretrizes Nacionais Curriculares atendem e atentam para a necessidade de revisão e reformulação dos currículos de graduação da área da saúde, na busca de formar um profissional mais humano e sensível, que tenha entendimento dos fatores sociais, comportamentais, culturais e econômicos e saiba construir formas de melhorar a saúde bucal da população^{43,44}.

Práticas educativas por meio de demonstração de técnicas de escovação

Neste estudo verificou-se que os CDs demonstraram estar indo além das práticas educativas pautadas em transmissão de informação, atribuindo importância para as ações de educação em saúde bucal e realização de atividades preventivas, como a escovação supervisionada, o que pode ser observado nas falas a seguir:

E08 ##: “[,,] Mesmo em uma escovação supervisionada, feita em uma escola, é muito diferente você mandar as crianças escovarem e largarem elas lá, do que você falar e vendo quem tá conseguindo fazer, quem tá fazendo certo, quem tá fazendo errado, quem não tá conseguindo fazer.”

E015 ##: “[...] É muito importante, tanto é, que eu fico um tempão ali na pia orientando, explicando, é assim, é desse jeito, tem que escovar melhor, esse movimento circular aqui, é menorzinho, uma bolinha menor. Você tem que entrar nos detalhes, pega aqui, vai pra cá, assim vai removendo melhor”.

Este resultado aponta que entre os entrevistados a demonstração tem sido uma estratégia educativa importante e que resulta na incorporação de hábitos saudáveis. Auxilia o ganho de habilidades motoras e cognitivas, a partir da troca de experiências e informações entre o profissional e o paciente, enriquecendo o momento desta interação.

A escovação supervisionada, é parte da atividade prática do processo de educação, que possibilita o desenvolvimento de habilidades motoras. O controle do biofilme por meios mecânicos é considerado um recurso importante para o combate direto aos agentes etiológicos da cárie e da doença periodontal. A remoção do biofilme por meio da escovação é a forma mais usada de higiene bucal. Vários autores afirmam que, para tornar-se eficaz no combate ao biofilme, esta deve ser orientada e supervisionada pelo profissional, por motivar o paciente^{45,46,47}.

Resultados encontrados no estudo de Garcia *et al*⁸, vão a favor desse trabalho. Ao avaliarem um programa de educação sobre o conhecimento e comportamento de higiene bucal, identificaram que os pacientes que receberam instruções de higiene e escovação supervisionada, obtiveram uma melhoria comportamental relacionadas aos hábitos de higiene bucal. Houve também um aumento no número de pacientes que passaram a escovar e a utilizar o fio dental corretamente e com mais frequência. Kunert *et al*⁴⁸, descreveram um programa direcionado aos alunos da Academia de Polícia da Brigada Militar no Rio Grande do Sul, no qual a revelação de placa bacteriana mostrou-se de grande valia nas orientações individuais do melhor método de higienização, melhorando a higiene bucal sem utilizar técnicas padronizadas de escovação. Esses estudos corroboram com os resultados desta pesquisa quanto à importância que os CDs pesquisados atribuem à realização escovação supervisionada para uma efetiva educação em saúde bucal resultando na prevenção da cárie.

Nessa perspectiva, a escovação supervisionada é uma importante estratégia de educação em saúde para a prevenção da cárie dental. Apresenta fácil aplicabilidade, pois exige poucos recursos, além de ser de fácil execução. Frazão⁴⁹, calculou o custo da realização da escovação supervisionada e o resultado mostrou um baixo valor, apresentando um ótimo custo-benefício.

Processo educativo baseado na motivação e persistência

Dentre as práticas realizadas pelos entrevistados, foi relatada a importância na realização da repetição das abordagens educativas, de motivação e do monitoramento dos resultados obtidos. Buscando uma real efetividade na construção do conhecimento, que acontece de forma lenta e progressiva e o desenvolvimento de habilidades de higienização, como pode ser constatado nas falas abaixo:

E08 ##: *“O que não funciona, por exemplo, é ensinar uma vez a fazer, e não fazer a repetição, porque mudar o hábito é complicado, não é uma vez ou duas que ele vai mudar [...] Todas as vezes que ele (paciente) voltar, tem que fazer evidenciação e tem que fazer escovação supervisionada.... Então, não é efetivo fazer uma vez e achar que ele aprendeu, ele pode até aprender mas não vai conseguir assimilar e não vai conseguir mudar o hábito dele.”*

E02 ##: *“[...] Pra você mudar o pensamento não é com dois anos, [...] tem que fazer um trabalho intenso, com toda a população e por muito tempo [...]”*

E010 ##: *“[...] Então, o que eu percebo que não funciona é trabalhos isolados, você ir uma vez só naquela escola, fazer uma atividade naquele dia e nunca mais aparecer, [...] o que garante o controle da doença, o que dá resultado em atividades de educação e prevenção é o tratamento a longo prazo, com continuidade [...]”*

E015 ##: *“[...] A prevenção é uma sementinha que você não sabe quando vai brotar [...]”*

Os CDs entrevistados neste estudo, demonstraram em suas falas reconhecerem a importância da motivação e da persistência na realização das ações educativas. Ao relatarem que as atividades pontuais não surtem os resultados esperados em longo prazo, demonstram o entendimento da educação como um processo lento, tanto em nível individual quanto

coletivo. Esta consciência do papel do cirurgião-dentista como responsável por planejar, coordenar, implementar e incentivar as atividades de educação em saúde voltadas para a prevenção das doenças bucais, não foram encontradas na maioria das entrevistas de maneira sistemática.

A educação em saúde bucal é uma ação importante do processo de promoção da saúde, exigindo características específicas que envolvem práticas e conhecimento⁵⁰. No Brasil, a educação em saúde bucal surge como um grande desafio aos CDs, haja vista a necessidade de substituição de um modelo assistencial curativo, de alto custo e baixo impacto epidemiológico, que ainda é vigente em diversos municípios⁵¹. No entanto, o conceito de educação em saúde bucal precisa ser ampliado para que o trabalho de conscientização alcance todos os grupos sociais. De acordo com Sheiham⁵², a educação para a saúde bucal, deve ser integrada à educação para a saúde geral, com ênfase no processo educacional. Logo, é importante que o CD reconheça o seu papel como educador e busque constantemente exercê-lo de maneira efetiva.

A motivação é um fator necessário para estimular o paciente a modificar seu comportamento, instituindo hábitos satisfatórios no controle do biofilme⁴². Contudo, os profissionais devem ser flexíveis na maneira de apresentação das práticas educativas. Se os limites de percepção e assimilação forem ultrapassados, as pessoas poderão reagir negativamente ao processo educativo⁹. Para isso é necessário dispor de métodos e estratégias de motivação, buscando o reforço das informações, que serão fixadas e incorporadas ao cotidiano por meio da continuidade das ações⁵³.

Resultados de um estudo realizado por Garcia *et al*⁸ corroboram com os aqui encontrados, mostrando que após um determinado período de tempo sem monitoramento, ocorre um descuido no rigor da higiene bucal, confirmando que a educação e a motivação devem ser reforçadas periodicamente. Resultado parecido foi encontrado por Ferreira *et al*⁹, em um programa educativo desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Campinas, São Paulo. Ao discutir os tópicos relativos à educação em saúde bucal para adultos, concluíram que, a motivação contínua é mais efetiva que a imposição de técnicas padronizadas. Martins *et al*⁵⁴ em um estudo qualitativo realizado com Técnicos em Saúde Bucal mostraram que o monitoramento e avaliação do paciente, são estratégias importantes para analisar o aprendizado do paciente e a ressaltar a necessidade de reforçar as

orientações de higiene bucal instituídas previamente. Dessa forma, o monitoramento do paciente atua como um fator fundamental no processo educativo, necessário para a mudança de hábitos relativos à saúde bucal, além de auxiliar a avaliação do seu nível de entendimento das questões básicas de higiene bucal⁵⁴.

Processo educativo baseado na comunicação eficaz com o indivíduo e comunidade

Um resultado que chamou à atenção neste trabalho diz respeito à abertura de diálogo com a comunidade, mediante realização de práticas educativas baseadas na comunicação interativa:

E08 ##: “[...] Os grupos se reúnem geralmente em igrejas, em espaços onde não é possível fazer escovação. São rodas de conversa e eu acho até mais efetivo que palestra, porque elas participam, elas falam das dificuldades delas, então não fica assim uma coisa de cima pra baixo é uma conversa mesmo, essas rodas de conversa eu acredito que seja bem efetivas[...]”

De acordo com os depoimentos, apenas um relato foi identificado evidenciando a abertura do profissional para trocas de experiências, percepções com a comunidade, na prática da educação em saúde. Nestas atividades coletivas, é possível valorizar e identificar as experiências de vida de cada indivíduo, assim como seus valores e crenças, potencializando o crescimento individual e do grupo. Como relatado neste estudo, esta estratégia pode ser mais efetiva que a transmissão de informação em uma palestra, quando esta não promove uma interação com o público e limita-se à fala de um orador com um conhecimento científico maior. A dificuldade dos profissionais em experimentar estratégias não habituais e inovar no processo educativo, poderia ser superada por meio de treinamentos e capacitações voltados para ganho de habilidades de comunicação.

Nessa perspectiva as formas de se trabalhar a educação, a comunicação se destaca como um processo interpessoal no qual são envolvidas trocas verbais e não-verbais de informações e ideias. A comunicação eficaz não se refere somente ao conteúdo, não é baseada somente em queixas e condutas, mas também aos sentimentos e emoções que as pessoas podem transmitir num relacionamento interpessoal. É considerado um dos mais importantes fatores utilizados para estabelecer um relacionamento de confiança entre profissional-paciente, que irá repercutir na qualidade do cuidado ao paciente^{16,55,56}.

Em consonância com os resultados aqui apresentados, Moimaz et al⁵⁷, realizaram um estudo em que avaliaram os métodos de prevenção e educação em saúde bucal realizados por CDs da rede pública e particular. Os resultados deste estudo demonstrou que a maioria dos profissionais utilizavam satisfatoriamente medidas preventivas, porém, a educação em saúde não estava sendo realizada de maneira sistemática. Além disso, o tempo destinado a essa atividade foi considerado insuficiente (20 a 25 minutos), impossibilitando uma comunicação eficaz capaz de promover reflexão e resultar em construção de conhecimento e mudança de hábitos. Segundo Freire¹³ a educação problematizadora rompe com esquemas verticais característicos da educação bancária a qual é comprometida com a liberdade, com a criticidade, estimula a criatividade e a reflexão e tem no diálogo a indispensável relação. A capacidade de aprender supera o autoritarismo da educação bancária e a falsa consciência do mundo.

É fato que a comunicação é o principal meio de veiculação do processo educativo em saúde. Dessa forma, torna-se indispensável que ocorra de maneira eficaz para atingir o objetivo de cuidado à saúde. A comunicação dialógica possibilita a criação de vínculo de confiança entre profissional e usuário do serviço de saúde. Pode ser empregada como recurso terapêutico para lidar com a insegurança e resistência dos pacientes por meio da interação e vínculo entre as pessoas envolvidas desenvolvendo habilidades de escutar, observar, perguntar e responder, para identificação e atendimento das necessidades individuais e coletivos¹⁶.

Segundo Sousa⁵⁸, a educação em saúde busca o aperfeiçoamento integral da unidade de cuidado com vistas à saúde e ao bem estar por meio de um processo dialógico. Quando realizado com grupos coletivos constitui-se como técnica facilitadora para a conscientização crítica dos indivíduos em suas trocas de experiências, percebem suas limitações e possibilidades no contexto social, facilitando a organização e concretização de ações de mudança.

Todos os pontos levantados no presente trabalho de práticas de educação em saúde são importantes para alcançar o objetivo de prevenção da cárie dentária e promoção da saúde bucal. A interação dos métodos supracitados, pode propiciar resultados de maior relevância, como apresentado no estudo realizado por Tomita et al⁷, que ao aplicar um programa educativo em escolares adolescentes de diferentes inserções sociais, por meio de uma associação de métodos, realizando palestra, evidenciação de biofilme e escovação,

atividades educativas dinâmicas com jogos em formato de gincanas e competições e por fim uma oficina pedagógica em que os participantes expressaram seus conhecimentos e percepções. Os autores concluíram que programas compostos por diferentes métodos e com atividades participativas têm fundamental importância na mudança de hábitos de higiene bucal em adolescentes, independente de sua inserção social.

Para Pauleto *et al*⁵⁹, existe um despreparo teórico e prático dos profissionais da odontologia em relação às medidas de educação em saúde bucal. Dessa forma torna-se importante ressaltar a necessidade de uma reestruturação da formação profissional em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia para que o CD desenvolva competências de comunicação, e esteja preparado para trabalhar com educação em saúde. Em um estudo realizado por Santos e colaboradores⁶⁰, que, por meio de uma pesquisa quantiquantitativa, analisou as percepções de graduandos de um curso de odontologia sobre o tema "Educação em Saúde Bucal" e investigou o valor e a importância que eles atribuem a essa prática. Os resultados revelaram que os acadêmicos consideram que a participação em atividades de educação em saúde em outros cenários de trabalho trouxe impacto positivo em sua formação e também na vida pessoal e um reconhecimento dos mesmos, sobre a importância desses programas de educação. Porém, os alunos apresentaram uma visão reducionista do conceito de educação em saúde. Logo são aspectos que devem ser trabalhados na graduação.

Estudo realizado por Guterman⁶¹, corrobora com o de Santos et al⁶⁰, no qual para a maioria dos pesquisados, cirurgiões dentistas e graduandos em Odontologia a educação em saúde é entendida como prevenção. Os dois trabalhos dizem respeito à formação universitária que necessita de investimentos em relação à ampliação da compreensão da educação em saúde. Se o entendimento do conceito é deficiente, é possível que as ações realizadas por estes profissionais em relação a educação em saúde sejam inadequadas.

Além da reestruturação da formação dos CDs, é importante que os profissionais já atuantes, sejam capacitados para atuarem na perspectiva da integralidade da atenção. É inquestionável a necessidade da formulação de novas estratégias, para capacitação dos trabalhadores, articuladas no contexto dos serviços, visando gestão humanizada e qualificada⁶². Com vistas à essa necessidade, o Ministério da Saúde, pelo Departamento de Gestão de Educação na Saúde instituiu a Política Nacional de Educação na Saúde, com uma proposta ético- político-pedagógica, que tem buscado transformar e qualificar a atenção à

saúde, os processos formativos, as práticas de educação em saúde e incentivado a organização das ações e dos serviços numa perspectiva intersetorial⁶³. Contudo, em estudos de Silva *et al*⁶⁴ e L'abbate⁶⁵ apontam para uma inadequação nas metodologias empregadas nas capacitações, com necessidade de revisão urgente nas políticas de capacitação, que atendem para os momentos, antes, durante e após os cursos, visando a qualificação e o entendimento dos trabalhadores em relação à complexidade do cuidar, com competência e cidadania em direção a integralidade e humanização nos serviços.

O trabalho em equipe interprofissional representa um dos pontos centrais na reorganização da atenção à saúde no SUS, sustentada por projetos assistenciais mais integrals e resolutivos que promovam mudanças nos processos de trabalho e nas formas de atuar sobre o processo saúde-doença através de uma maior interação entre os profissionais⁶⁶. O trabalho em equipe surge como uma estratégia para redesenhar os processos de trabalho e promover a qualificação dos serviços. É preciso desenvolver um trabalho conjunto no qual todos os profissionais se envolvam no cuidado⁶⁷. Logo, existe a necessidade que os CDs em conjunto com os demais profissionais da área da saúde, para que compreendam a importância e participem do trabalho interprofissional na atenção à saúde.

A Linha Guia de Saúde Bucal, elaborada pela Secretaria da Saúde do Estado do Paraná (2016)⁶⁸ traz como objetivo da educação em saúde, a mudança de comportamento do sujeito, transformando-o em ator ativo do processo saúde doença, isso por meio do incentivo e fortalecimento da autonomia dos indivíduos, instrumentando-os para mudança de hábitos e controle da manutenção da sua saúde. Ainda na busca de um empoderamento dos indivíduos para que autogerenciem sua saúde e a atenção à saúde prestada para se alcançar a educação em saúde, a Guia de Saúde Bucal fala em Autocuidado apoiado, que vai além de dizer o que cada indivíduo deve ou não fazer, mas reconhecer nessas pessoas sua centralidade na atenção à saúde e desenvolver um sentido de autoresponsabilidade sanitária. O autocuidado apoiado, não tem início e fim em uma aula, é contínuo, com enfoque de cooperação entre os profissionais da saúde, e pessoas usuárias do sistema, para que juntos, definam os problemas, encontrem soluções, estabeleçam metas e elaborem os planos de cuidado e monitoramento dos resultados.

Até o momento, poucos são os estudos qualitativos realizados sobre as práticas educativas em saúde bucal para a prevenção da cárie dentária com CDs, entretanto, o desenvolvimento de habilidades para se obter o efetivo resultado do processo educativo é de

fundamental importância para a mudança de comportamento das pessoas, com o objetivo de atuar sobre as causas desta doença.

6- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os cirurgiões dentistas têm realizado práticas de educação em saúde bucal voltadas à prevenção da cárie dentária por meio de diferentes estratégias, principalmente a transmissão de informações e demonstração de técnica de escovação para o desenvolvimento de habilidades motoras para o autocuidado. Há o entendimento da importância da motivação e da persistência para um resultado eficaz do processo educativo, além da utilização de métodos interativos para melhorar a comunicação com a comunidade. Contudo, é possível perceber dentre as práticas realizadas, diferentes graus de entendimento do processo educativo, sendo ainda este um desafio a ser vencido pelos profissionais e pela comunidade. Existe a necessidade de superação do modelo hegemônico limitado à transmissão de informações, para que práticas preventivas e educativas individuais ou coletivas de atuação uni e multiprofissional no campo intersetorial e multidimensional levem a um nível de saúde almejado à população. O desenvolvimento de habilidades e competências de comunicação na graduação e pós-graduação são necessárias, bem como a capacitação dos profissionais nos serviços de saúde, para uma atuação de excelência na temática educação em saúde, visando uma população mais consciente e saudável.

7- REFERÊNCIAS

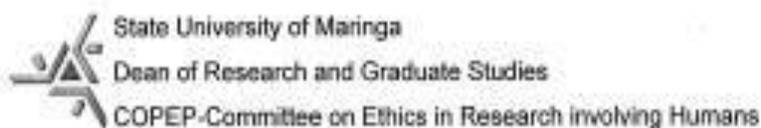
- 1- World Health Organization (2012) Oral Health Fact Sheet. n. 318, April 2012.
Available:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/en/>. Acesso:01/02/2016
às 21:30 horas
- 2- Ministério da Saúde. SB Brasil 2010- Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Resultados Principais. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção Básica, Ministério da Saúde; 2011.
- 3- Patel RR, Tootla R, Inglehart MR. Does oral health affect self perceptions, parental ratings and video-based assessments of children's smiles? *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35(1):44- 52
- 4- Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31(1):3–24.
- 5- Suga USG, Terada RSS, Ubaldini ALM, Fujimaki M, Pascotto RC, et al. Factors That Drive Dentists towards or Away from Dental Caries Preventive Measures: Systematic Review and Metasummary. *PLoS ONE* 2014; 9(10).
- 6- Milori AS, Nordi PP, Vertuan V, Carvalho J. Answers aí a preventive program aí dental plaque.
Rev. Odontol. UNESP 1994; 23 (2):325-331.
- 7- Tomita NE, Pernambuco RA, Lauris JRP, Lopes ES. Educação em saúde bucal para adolescentes: uso de métodos participativos. *Rev Fac.Odontol. Bauru* 2001; 9 (1/2): 63-69.
- 8- Garcia PPNS, Campos FP, Rodrigues JA, Santos PA, Dovigo. Avaliação dos efeitos da educação e motivação sobre o conhecimento e comportamento de higiene bucal em adultos. *Cienc. Odontol. Bras.* 2004; 7 (3):30-39
- 9- Ferreira RI, Morano Jr. M, Meneghim MC, Pereira AC. Dental health education for adult patients: report of an experience. *Rev Odontol UNESP* 2004; 33(3):149-56.
- 10- Silva JRA, Lemos EC, Hardman CM, Santos SJ, Antunes, MBC. Educação em saúde na Estratégia de Saúde da Família: Percepção dos profissionais. *Rev Bras Promoç Saúde* 2015; 28(1):75-81
- 11- Alves VS. A health education moldel for the Family Health Program: towards comprehensive health care and model reorientation, *Interface - Comunic., saúde, Educ.* 2005; 9(16):39-52
- 12- Melo JAC. Educação Sanitária: uma visão crítica. *Caderno do CEDES*, 1987; 4:28-43
- 13- Freire P. Pedagogia do oprimido. 43a ed. São Paulo: Paz e Terra; 1999
- 14- Albuquerque PC, Stotz EN. A educação popular na atenção básica a saúde no município: em busca da integralidade. *Interface - Comunic., Saúde, Educ;* 2004, 8(15): 259- 74.
- 15- Costa M, López E. Educación para la salud. Madrid: Pirámide, 1996. p.25-58.
- 16- Chiesa AM, Veríssimo MDLR. A educação em saúde na prática do PSF. Manual de enfermagem, 1995.
- 17- Flores O., Educação em saúde ou “prática de saúde enquanto prática social”. *Ação Coletiva*, 1999; 2(2):19-24
- 18- Vasconcellos EM. Educação popular e a atenção a saúde da família. 2.ed. São Paulo: Sobral, Ucitec Uvas, 2001. p29-31
- 19- Smeke ELM, Oliveira NLS. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: Lima KA, Costa FNA. Educação em saúde e pesquisa qualitativa: relações possíveis. *Alimentos e*

- Nutrição*, 2005, 16(1):33-38. Araraquara
- 20- Alves GG, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a *estratégia Saúde da Família. Ciênc. e Saúde Coletiva*, 2011; 16(1):319-325.
- 21- Fiocruz. Educação Popular em Saúde. Reunião, análise e difusão de informação sobre saúde, 2001; 21p.8-9.
- 22- Reis DC. Educação em saúde aspectos históricos e conceituais. In: Grazinelli MF, Marques RC, organizadores. *Educação em saúde: teoria, métodos e imaginação*. UFMG; 2006. P.19-24.
- 23- Severo DO, Cunha AP, Da Ros MO. Articulação Nacional de movimentos e práticas de educação popular e saúde no Estado de Santa Catarina: fortalezas e fragilidades. *Texto Contexto Enferm*, 2007, Florianópolis, 16(2): 239-45.
- 24- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde. 40p, 2001. 26-
- 25- Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
- 26- Brasil. Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 98p, 1998.
- 27- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004.
- 28- Gazzinelli MF, Gazzinelli A, Reis DC, Penna CMM. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experienciais da doença. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2005; 21(1)200-206 .
- 29- Moysés ST, Watt R. Promoção de Saúde Bucal - definições. In: Costa SM, Neto JFR, Duraes SJA. Educação e, saúde: análise e reflexão das práticas educativas na odontologia. *Unimontes Científica*. Montes Claros; 2005; 7(1) .
- 30 - Vilela EM, Mendes IJM. Interdisciplinaridade e saúde: Estudo bibliográfico. *Rev. Latino-am. de enfermagem*. v.11, n.4. 525:31 jul.-ago 2003.
- 31- Vieira LJES. Pluralidade da educação e saúde na prática interdisciplinar . *Revista Brasileira em promoção da saúde*. v.19, n.2, 2006, Fortaleza - Ceará, Brasil
- 32- Araujo ME. Palavras e silêncios na educação superior em odontologia. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 11, n. 1, p. 179-182, Mar. 2006 .
- 33- Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3 de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2002
- 34- Silva JAM, Ogata MN, Machado MLT. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. *Revista Eletrônica de Enfermagem [serial online]* 2007 MaiAgo; 9(2): 389-401. Available from: [URL:http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a08.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a08.htm)
- 35- Van Maanen, M. Reclaiming Qualitative Methods for Organizational Research: A Preface. *Administrative Science Quarterly*, 24, 4, 1979.
- 36- Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2,011.
- 37- Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13. ed. - São Paulo: Hucitec, 2013.
- 38- Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT.

- Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciênc. saúde coletiva* 2007, 12(2):335-342
- 39- Fonseca, RS. A construção de sentidos no texto escrito: um estudo das estratégias textuais discursivas na crônica de Iya Luft. *Cadernos de Letras da UFF – Dossiê: Linguagens em diálogo* 2011, 109 (42):109-131.
- 40- Queluz DP 1995. Cárie e conhecimento do flúor “na prevenção de escolares”. *RGO* 43(3):167- 170
- 41- Sinkoç C. Educação em Saúde Bucal e a motivação do paciente. *Revista Odontológica da Universidade de Santo Amaro* 2001; 6(½):40-43
- 42- Couto JL, Couto RS, Duarte CA. Motivação do paciente. *RGO*. 1992; 40:143-50
- 43- Sanchez HF, Drumond MM, Vilaça EL. Adequação de Recursos Humanos ao PSF: percepção de formandos de dois modelos de formação acadêmica em odontologia. *Ciência & Saúde Coletiva* 2008 13(2):523-531
- 44- Fonseca, EP. As Diretrizes Curriculares Nacionais e a formação do cirurgião dentista brasileiro. *J Manag Prim Health Care* 2012; 3(2):158-178.
- 45- Saliba, CA, Saliba NA, Almeida AL, Freire M, Moimaz SAL. Estudo comparativo entre a eficácia da escovação orientada e supervisionada e a profilaxia profissional no controle da placa bacteriana dentária. *Rev. Odontol. UNESP* 1998; 27(1): 185-192.
- 46- Moreira SG, Hahn MAA importância dos hábitos de higiene bucal em programas que visam a promoção de saúde. *RGO* 1994; v.42, p.161-3.
- 47- Silva CMC et al . Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. *Ciênc. saúde colet* 2010; 15(5) 2539-2550.
- 48- Kunert IR, Alves OP, Muller JO, Ott HA. Motivação em saúde bucal: programa “Saúde pela Boca”. *RGO* 1990; 38: 450-6.
- 49- Frazão, P. Custo-efetividade da escovação dental supervisionada convencional e modificada na prevenção da cárie em molares permanentes de crianças de 5 anos de idade. *Cad Saúde Pública* 2012 28(2):281-290.
- 50- Pinto VG. *Saúde bucal coletiva*. 4 Edição. Santos, São Paulo; 2000.
- 51- Cangussu MCT, Magnavita R, Rocha MCBS. Educação e construção da cidadania em um programa de saúde bucal em Salvador – Ba. *Rev ABOPREV* 2001; 4(1):15-20
- 52- Sheiham A. Public health approaches to promoting periodontal health. *Rev Bras Odontol Saúde Coletiva* 2001; 2(2):61-82.
- 53- Santos PA, Rodrigues JÁ, Garcia PPNS. Conhecimento sobre prevenção de cárie e doença periodontal e comportamento de higiene bucal de professores de ensino fundamental. *Cienc Odontol Brasil* 2003; 6(1):67-74.
- 54- Martins BP, Uchida TH, Terada RSS, Pascotto RC, Fujimaki M. Análise Qualitativa da percepção dos técnicos em saúde bucal sobre o desenvolvimento do papel do educador. *Arch Health Invest* 2015; 4(5):28-35.
- 55- Potter PA, Perry AG. *Fundamentos de enfermagem*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
- 56- Linard AG, Rodrigues MSP, Fernandes AFC. Comunicação na consulta ginecológica de enfermagem. *Rev Tend Enferm Prof*. 2009; 1(2):89-92.
- 57- Moimaz SAS, Saliba NA, Saliba O & Almeida JCF. Educação para saúde bucal e prevenção. Avaliação entre cirurgiões-dentistas de serviço público e particular. *RGO* 1994 42(2):71-74
- 58- Sousa LB, Aquino PS, Fernandes JFP, Vieira NFC, Barroso MGT. Educação, cultura e participação popular: abordagem no contexto da educação em saúde. *R Enferm UERJ* 2008; 16(1):107-12
- 59- Pauleto ARC et al. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações

- educativas para escolares. *Ciê & Saúde Colet* 2004; 9(1):121-130.
- 60- Santos KT, Pacheco F, Antonio C, Garbin CAS. Educação em saúde bucal na visão de acadêmicos de Odontologia. *Arq. Odontol.* 2012 48(2):96-101
- 61- Guterman N. O cirurgião-dentista como educador em saúde bucal: explorações em torno de uma prática. *Revista da ABENO* 2005; 5(2):115-124.
- 62- Nunes TCM, Martins MICM, Sório RER. Proposições e estratégias de transformação dos recursos humanos em profissionais de saúde comprometidos com um sistema de saúde acessível, qualificado, sensível e humanizado. *Cadernos da 11a Conferência Nacional de Saúde, Brasília: Ministério da Saúde* 2000; 313-331.
- 63- Ministério da Saúde (BR). *Ato Portaria n.198/GM, de 13 de fevereiro de 2004*. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 49.
- 64- Silva JAM, Ogata MN, Machado MLT. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. *Rev Eletrônica de Enferm* 2007; 9(2):389-401. Available from: URL: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a08.htm>
- 65- L'Abbate S. Educação e serviços de saúde:avaliando a capacitação dos profissionais. *Cad. Saúde Pública* 1999; 15(2):15-27, 1999
- 66- Costa RKS, Enders BC, Menezes RMP . Trabalho em equipe de saúde: uma análise contextual. *Ciê & Saúde Colet* 2008; 7(4):530-536.
- 67- Colomé ICS, Lima MAD, Davis R. Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família. *Rev da Escola de Enfermagem da USP* 2008; 42(2):256-261
- 68- Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. Linha Guia Rede de Saúde Bucal. Curitiba, 2016

ANEXOS

**Certificate**

Certify that the Protocol CAAE 299/2011, entitled "A qualitative study of professionals, students and users of the area of oral health policy for the prevention of dental caries", under the responsibility of the researcher **Fujimaki Hayacibara Mitsue**, is in accordance with the Ethical Principles in Human Research and was approved by the Ethics in Research (COPEP), State University of Maringá, on 30 September 2011.

Maringá, August 18, 2013.

Universidade Estadual de Maringá
Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação
Comitê de Ética e Biossegurança
Michelle Silveira de Brito Carvalho
Michelle Silveira de Brito Carvalho



ANEXO 2
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o Sr(a) _____ para participar do projeto de pesquisa intitulada “Estudo qualitativo com profissionais e usuários da área de saúde bucal sobre políticas de prevenção da cárie dentária”. O projeto será conduzido pelo aluno João Paulo Guilherme de Lima, pós-graduando do mestrado em Odontologia Integrada da Universidade Estadual de Maringá, juntamente com a Prof^a. Dr^a. Mitsue Fujimaki Hayacibara, professora da disciplina de Saúde Coletiva do Curso de Odontologia da UEM.

O objetivo deste trabalho será avaliar as atitudes e visão dos pacientes e profissionais de odontologia em relação à prevenção da cárie dentária.

Na devida ocasião será realizada uma entrevista, utilizando como parâmetro algumas questões previamente formuladas. Essa entrevista será gravada e transcrita para que o conteúdo seja analisado. Após seu uso, o registro de voz e sua transcrição serão apagados da memória do computador.

A realização dessa pesquisa contribuirá para um maior conhecimento da postura dos profissionais de saúde bucal na abordagem da cárie, sua opinião quanto a importância da prevenção bem como as principais barreiras que dificultam a implementação dos procedimentos preventivos, sendo possível planejar medidas para uma mudança de postura, visando um melhor controle da doença cárie.

Os resultados obtidos servirão como base de dados para a realização, publicação e apresentação de trabalhos científicos, mantendo-se sempre em sigilo a identidade do participante. É direito do participante o esclarecimento de qualquer dúvida relacionada à realização da pesquisa. A participação será isenta de qualquer gasto ou recompensa, sendo totalmente voluntária. Além disso, o participante terá a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo.

Eu, _____ após ter lido e compreendido todas as informações e não restando qualquer dúvida referente a este estudo com a Profa. Dra. Mitsue Fujimaki Hayacibara **CONCORDO VOLUNTARIAMENTE** em participar da pesquisa proposta, **AUTORIZANDO A GRAVAÇÃO** da entrevista.

Por estarem de acordo firmam o presente termo.

Maringá, ___ de _____ de 20__

Assinatura do participante ou impressão datiloscópica

Eu, _____, responsável pela pesquisa, declaro que prestei todas as informações necessárias para a participação do voluntário.

Assinatura: _____ data: / / ___ **Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com o pesquisador, conforme os endereços abaixo:**

Equipe:

1- Profa. Dra. Mitsue Fujimaki Hayacibara – Telefone (44) 3031-2717 / 9118-6464

Rua Luiz Gama, 144 apto 1601 – Zona 1 – Maringá –PR – CEP 87.0114-110

2- João Paulo Guilherme de Lima - Telefone (44) 9814-0793

Rua Osvaldo Cruz, 324 apto 303 – Zona 7- Maringá-PR-CEP 87020-200

ANEXO 3

Nome:
Idade:
Cargo:
Sexo:
Instituição que se formou:
Especialidade:
Tempo que está formado:
Horas de trabalho/semana:
Quantas instituições trabalha atualmente: Há
quanto tempo trabalha no SUS:
Data da entrevista:
Local:

Questões a serem abordadas:

1. Experiência em práticas adotadas no controle da cárie dental e o que funciona e não funciona.
2. Visão em relação ao tratamento preventivo.
3. Relacionamento com o paciente tratando-se da prevenção.
4. Experiência sobre medidas preventivas durante a graduação e pós graduação (no caso dos gestores, somente se forem graduados na área da saúde).
5. Incentivos financeiros para a prevenção em saúde bucal na sua UBS.
6. Como as ações coletivas influenciam a prevenção de cárie na sua UBS.
7. Razões de realizar ou não realizar procedimentos preventivos.