

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA**

ANA GARDÊNIA ALVES SANTOS E SILVA

**TRANSLAÇÃO DO CONHECIMENTO: ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL BASEADA EM
EVIDÊNCIAS**

RECIFE

2018

Ana Gardênia Alves Santos e Silva

**TRANSLAÇÃO DO CONHECIMENTO: ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL BASEADA EM
EVIDÊNCIAS**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz como requisito a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública

Orientadora: Prof.(a) Dra. Sydia Rosana de Araújo Oliveira

**Recife
2018**

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

S586t Silva, Ana Gardênia Alves Santos e.
Translação do conhecimento: atenção em saúde bucal baseada em evidências /Ana Gardênia Alves Santos e Silva. — Recife: [s. n.], 2018.

88 p.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Sydia Rosana de Araújo Oliveira

1. Saúde Bucal.2. Odontologia Preventiva – métodos.3. Pesquisa Médica Translacional. I. Oliveira, Sydia Rosana de Araújo. II. Título.

CDU 616.314

Ana Gardênia Alves Santos e Silva

**TRANSLAÇÃO DO CONHECIMENTO: ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL BASEADA EM
EVIDÊNCIAS**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz como requisito a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública

Aprovada em: 31/07/2018

BANCA EXAMINADORA

Prof.(a) Dra Sydia Rosana de Araújo Oliveira
Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz

Prof.(a) Dra Ana Lucia Ribeiro de Vasconcelos
Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz

Prof.(a) Dra Juliana Martins Barbosa da Silva Costa
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

*Dedico esse trabalho aos meus pais Osmano e
Ivonete (in memoriam), exemplos de vida.
Inspirações de amor.....*

AGRADECIMENTOS

A conclusão deste Mestrado não teria sido possível sem a colaboração, estímulo e empenho de diversas pessoas. Gostaria, por este fato, de expressar toda a minha gratidão e apreço a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para que esta tarefa se tornasse uma realidade. A todos quero manifestar os meus sinceros agradecimentos.

A DEUS, que é fonte de vida e inspiração para meus dias

Ao meu esposo Carlos Anderson e ao meu filho Carlos Arthur pelo **AMOR E CARINHO** que me proporcionam e por aceitarem as minhas ausências e se esforçarem em compreendê-las

Aos meus familiares e amigos, sobretudo a amiga Mauricéa Santana, grande exemplo de afetividade e amor ao próximo, que me acolheu em sua casa e em seu coração. Seu apoio e incentivo na realização deste Mestrado foram muito importantes para mim

À minha Orientadora Prof.(a) Dr(a) Sydia Rosana A. Oliveira, cujos conhecimentos transmitidos, total disponibilidade e cordialidade com que sempre me recebeu, foram notáveis. Agradeço a compreensão e paciência na construção desta dissertação. Com sua ajuda e empenho tudo se tornou possível, muitíssimo obrigada!!!

Aos Docentes do Mestrado Profissional em Saúde Pública pelos conhecimentos compartilhados e pela solidificação dos saberes adquiridos

A minha turma de Mestrado Profissional em Saúde Pública, pela convivência ao longo desses dois anos, pela amizade, pelas caronas, pelo companheirismo em compartilhar todos os momentos, alegres e difíceis dessa caminhada, em especial aos meus amigos do Grupo de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde

Aos profissionais das equipes de saúde bucal, os quais contribuíram para a realização desta pesquisa

Aos funcionários do IAM, pela atenção dispensada, especialmente a Semente pelas palavras de motivação e por me fazer acreditar que era possível concluir o Mestrado mesmo com todas as dificuldades, o meu **MUITO OBRIGADA!**

Agradeço às instituições Secretaria Municipal de Saúde de Salgado/SE e a Secretaria Municipal de Saúde de Nossa Senhora do Socorro/SE pela liberação para participação neste Mestrado e pelo apoio na elaboração desta dissertação

“Quando o homem apreende sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e procurar soluções. Assim, pode transformá-la e, com seu trabalho, pode criar um mundo próprio: seu eu e suas circunstâncias”

(Paulo Freire)

SILVA, Ana Gardênia Alves e. **Translação do Conhecimento: Atenção em Saúde Bucal Baseada em Evidências.** 2018. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2018.

RESUMO

A Odontologia está em constante evolução. O conhecimento científico produzido nesta área tem potencial para melhorar resultados de saúde e para avançar em tecnologias inovadoras no cuidado, incluindo a implementação de uma prática fundamentada em evidências científicas de efetividade. O processo de aplicação de evidências científicas para incrementar a saúde é denominado Translação do Conhecimento. Há avanços nesta área, mas pouco se sabe a respeito da aplicação desse conhecimento na prática clínica, em especial na clínica odontológica. Este estudo objetiva identificar a existência de articulação entre os conhecimentos gerados em pesquisas científicas e as práticas preventivas em saúde bucal desenvolvidas pelos cirurgiões dentistas inseridos nas Equipes de Saúde Bucal integrantes da Estratégia Saúde da Família do município de Nossa Senhora do Socorro/SE. Trata-se de uma pesquisa quantitativa descritiva e qualitativa, exploratória, do tipo estudo de caso. Os dados secundários são provenientes do sistema E-SUS Atenção Básica (e-SUS/AB) listados nos relatórios de procedimentos em saúde bucal nos meses de janeiro a dezembro de 2016. Os dados primários foram obtidos por meio de questionários semi estruturados e realização de entrevistas e foram coletados de fevereiro a novembro de 2017. Da análise dos conteúdos das entrevistas e dos questionários emergiram duas categorias: Prevenção na Atenção Básica e Processo de Translação do Conhecimento. Os pesquisados demonstraram compreender a importância da prática preventiva em seu cotidiano, contudo relataram dificuldades na realização das ações preventivas. Verificou-se que a utilização de evidências científicas nas ações preventivas ainda é incipiente, com enfoque para sua utilização em práticas clínicas curativas e reabilitadoras. A compreensão do processo de translação do conhecimento científico foi, portanto, pouco observada, devido ao desconhecimento dos meios de realizá-la e suas barreiras. Os resultados apontam também que há necessidade de motivá-los a refletir e redirecionar as suas práticas

PALAVRAS – CHAVE: Saúde Bucal. Odontologia Preventiva. Translação do Conhecimento.

SILVA, Ana Gardênia Alves e. **Translação do Conhecimento: Atenção em Saúde Bucal Baseada em Evidências.** 2018. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2018.

ABSTRACT

Dentistry is constantly evolving. The scientific knowledge produced in this area has the potential to improve health outcomes and to advance innovative technologies in care, including implementing a practice based on scientific evidence of effectiveness. The process of applying scientific evidence to increase health is called Knowledge Translation. There are advances in this area, but little is known about the application of this knowledge in clinical practice, especially in dentistry. This study aims to identify the existence of articulation between the knowledge generated in scientific research and the preventive practices in oral health developed by dental surgeons inserted in the Buccal Health Teams that are part of the Family Health Strategy of the municipality of Nossa Senhora do Socorro / SE. It is a descriptive and qualitative, exploratory, quantitative research of the case study type. The secondary data come from the E-SUS Basic Care (e-SUS / AB) system listed in the oral health procedures reports from January to December 2016. The primary data were obtained through semi-structured questionnaires and interviews and were collected from February to November 2017. From the analysis of the contents of interviews and questionnaires two categories emerged: Prevention in Basic Attention and Knowledge Translation Process. The respondents demonstrated an understanding of the importance of preventive practice in their daily lives, but reported difficulties in carrying out preventive actions. It was verified that the use of scientific evidence in preventive actions is still incipient, with a focus on its use in curative and rehabilitative clinical practices. The understanding of the process of translation of scientific knowledge was, therefore, little observed, due to the ignorance of the means of realizing it and its barriers. The results also indicate that there is a need to motivate them to reflect and redirect their practices

KEY WORDS: Oral Health. Preventive Dentistry. Translational Medical Research.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - Processo Tradução do Conhecimento em ação (knowledge to action process)	26
QUADRO 1 - Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal	31
FIGURA 2 - Mapa do município de Nossa Senhora do Socorro/SE	32
FIGURA 3 - Fluxograma de perdas e critérios de seleção	33
QUADRO 2 - Sistematização das categorias de análise	39
TABELA 1 - Perfil sócio-demográfico segundo gênero e faixa etária. Perfil formação técnico científica segundo anos de graduação. Perfil mercado de trabalho segundo atuação profissional	42
GRÁFICO 1 - Percentual de cirurgiões dentistas com formação pós graduação lato sensu e /ou stricto sensu/residência	44
GRÁFICO 2 - Perfil Formação técnico científica de acordo com anos de pós graduação	44
GRÁFICO 3 - Total de procedimentos clínicos individuais curativos e preventivos	48
GRÁFICO 4 - Total de procedimentos clínicos individuais preventivos	49
GRÁFICO 5 - Atividades associadas ao desenvolvimento das práticas preventivas, segundo entrevistados	50
QUADRO 3 - Dificuldades na realização das ações preventivas, segundo entrevistados	56
QUADRO 4 - Representação das respostas da questão discursiva do questionário, segundo entrevistados	57
QUADRO 5 - Dificuldades para o uso de evidências científicas no cotidiano profissional, segundo entrevistados	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- APS – Atenção Primária em Saúde**
- CIHR – Canadian Institute of Health Research**
- CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde**
- CNSB - Conferência Nacional de Saúde Bucal**
- DCN - Diretrizes Curriculares Nacionais**
- ESB - Equipe de Saúde Bucal**
- ESF – Estratégia Saúde da Família**
- e-SUS/AB – e-SUS Atenção Básica**
- MS – Ministério da Saúde**
- OMS – Organização Mundial de Saúde**
- PDR - Plano Diretor Regional de Sergipe**
- PNAB - Política Nacional de Atenção Básica**
- PNSB - Política Nacional de Saúde Bucal**
- PSF – Programa Saúde da Família**
- SBC - Saúde Bucal Coletiva**
- SUS – Sistema Único de Saúde**
- TC - Translação do Conhecimento**

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVO GERAL	16
2.1 Objetivos Específicos	16
3 REFERENCIAL TEÓRICO	17
3.1 Práticas Preventivas em Saúde Bucal	17
3.2 Translação do Conhecimento	22
3.2.1 <i>O modelo de Conhecimento para ação: um modelo para aplicação da evidência científica</i>	25
3.2.1.1 <i>O ciclo de Criação do Conhecimento</i>	27
3.2.1.2 <i>O ciclo de Ação ou Aplicação do Conhecimento</i>	27
4 PERCURSO METODOLÓGICO	30
4.1 Delineamento do Estudo	30
4.2 Local de Estudo	30
4.3 População de Estudo	32
4.4 Período de Estudo	33
4.5 Produção de Dados	34
4.5.1 <i>Dados Secundários</i>	34
4.5.2 <i>Aplicação dos Questionários</i>	34
4.5.3 <i>Realização das Entrevistas</i>	35
4.6 Processamento e Análise dos Dados	36
4.6.1 <i>Dados Secundários</i>	36
4.6.2 <i>Questionários</i>	37
4.6.3 <i>Entrevistas</i>	37
4.7 Aspectos Éticos	39
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	41
5.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa	41
5.2 Identificação das práticas preventivas no contexto local	47
5.3 Identificação das fontes de informação e utilização de evidências científicas	56
6 CONCLUSÕES	63
REFERÊNCIAS	65

APÊNDICE A – Questionário sobre aplicação de evidências científicas na prática profissional_____	75
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido_____	77
APÊNDICE C – Roteiro das Entrevistas_____	79
APÊNDICE D - PROPOSTA DE INTERVENÇÃO - Oficina de capacitação na diretriz para uso de evidências científicas na prática profissional em saúde bucal_____	80
ANEXO A – Ficha de Atendimento Odontológico Individual (e-SUS/AB)_____	85
ANEXO B – Carta de Anuência Institucional_____	87
ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa IAM/FIOCRUZ_____	88

1 INTRODUÇÃO

Historicamente, a atenção em saúde bucal no País caracterizou-se como “iatrogênica, excludente e ineficaz” (BRASIL, 2005). A prestação de serviços odontológicos era caracterizada pela realização de ações eminentemente clínicas, com ênfase em atividades restauradoras e ações preventivas direcionadas a escolares, que se mostraram insuficientes, de baixo impacto social e desconectado da realidade epidemiológica e social da população (ALMEIDA; FERREIRA, 2008; BRASIL, 2018; SOUZA et al., 2001).

A mudança da lógica assistencial na direção de um modelo centrado na saúde bucal coletiva e em práticas de promoção e prevenção com vistas a diminuir o impacto das práticas curativas e mutiladoras é marcada cronologicamente por quatro momentos: (i) 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) em 1986; (ii) 2ª CNSB em 1993; (iii) inserção dos profissionais de Odontologia à ESF em 2000, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); (iv) 3ª CNSB e lançamento do Programa Brasil Sorridente em 2004 (SCHERER; SCHERER, 2015).

O Programa Brasil Sorridente consubstanciado no documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal”, propõe ações para reorientação do modelo de atenção em saúde bucal de modo a assegurar a integralidade nas ações, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adscrita (BRASIL, 2004).

Busca-se, então, a construção de um modelo de atenção integral direcionados a uma visão ativa de intervenção em saúde, agindo sobre ela preventivamente. Espera-se assim, no processo de trabalho da Equipe de Saúde Bucal (ESB) a sistematização das práticas preventivas simultaneamente às práticas clínicas, congregando uma série de dispositivos potencialmente capazes de permitir uma reorganização do cuidado em saúde bucal.

Mesmo que se enfatize a importância na integração da prática preventiva às práticas de saúde, na América Latina um percentual de apenas 2,9% dos estudos é sobre medidas preventivas em Odontologia. Há uma predominância de estudos oriundos da Europa Ocidental (58,6%), particularmente dos países escandinavos, seguido dos

Estados Unidos (20,4%), Europa Oriental (7,1%), Ásia (4,8%), Canadá (3,3%) (CHAVES; SILVA, 2002).

14 Além de identificar algumas limitações na abordagem das ações de prevenção e promoção, verifica-se que, na saúde bucal, ainda são incipientes a utilização de evidências científicas com o intuito de nortear as condutas desenvolvidas pelo cirurgião-dentista (MORITA et al., 2014; YAMALIC et al., 2015).

A incorporação da assistência odontológica baseada em evidências tem crescido nos últimos anos, sendo cada vez mais reconhecida no campo da atenção clínica individual e na saúde pública. Sua aplicação no trabalho em saúde surgiu como uma estratégia importante para a qualificação das ações em saúde (KRIGER; MOYSÉS; MORITA, 2016).

Ainda que possa ser considerada recomendável, os resultados de pesquisas científicas nem sempre são traduzidas de forma que possam ser incorporadas na prática cotidiana a nível local. Existe amplo consenso de que a disseminação dos resultados no processo de transformar evidências de pesquisa em ações para melhorar a área da saúde apresenta limitações. Algumas intervenções comprovadamente eficazes raramente são utilizadas; em outros casos, a ampla implementação pode demandar anos ou décadas (BROOKS et al., 2012; GRIMSHAW et al., 2012; KRIGER; MOYSÉS; MORITA, 2016; NICKEL et al., 2017; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2004; PADILHA, 2011).

Mediante o reconhecimento desse problema, é cada vez maior a preocupação na construção de estratégias que reduzam a lacuna entre o conhecimento produzido e sua aplicação na resolução de problemas complexos da área de saúde na interface com os demais setores – denominada em inglês como *knowledge-to-action gap* (ARMSTRONG et al., 2013; GRAHAM; GRAVEL; LÉGARÉ, 2006; KITSON et al., 2013; OLSON; TOOMAN; ALVARADO, 2010; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2006).

O termo Translação do Conhecimento (TC) tem sido historicamente utilizado para descrever uma série de estratégias que visam preencher a lacuna entre conhecimento e prática. O principal objetivo da Translação do Conhecimento é aperfeiçoar o sistema de saúde e melhorar o bem-estar dos indivíduos, a partir de um processo dinâmico de síntese, disseminação, troca e aplicação ética do conhecimento (CANADIAN INSTITUTES OF HEALTH RESEARCH, 2014).

Scott et al. (2011), ressalta que a implementação de uma prática fundamentada em evidências científicas tem potencial para qualificar a atenção em saúde e para avançar em tecnologias inovadoras do cuidado. Ainda segundo este autor há uma variedade de estudos que identifiquem estratégias de translação do conhecimento no contexto de grupos profissionais específicos, como médicos e enfermeiros, sendo o conhecimento limitado do uso de estratégias de TC em outras profissões de saúde, como a Odontologia.

O desenvolvimento de estratégias para o uso de evidências científicas em saúde bucal ainda é limitado, devido à complexidade associada à aquisição desses conhecimentos, desde a graduação, e dos comportamentos baseados no empirismo e na experiência profissional efetivamente incorporados (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2013).

Considerando esses aspectos, a utilização de evidências científicas no cuidado em saúde bucal, tanto em âmbito individual como em âmbito coletivo pode ser entendida como um terreno fértil a ser mais bem explorado, carente de estudos que considerem aspectos quantitativos e qualitativos construindo um processo de transposição do uso da melhor evidência científica para apoiar as decisões sobre a saúde bucal dos indivíduos, comunidades e populações.

Nesse contexto, a seguinte questão emergiu: **Qual a articulação entre as práticas preventivas em saúde bucal desenvolvidas pelos cirurgiões-dentistas e os conhecimentos gerados em pesquisas científicas?**

Para abrirmos o leque de discussões a serem investigadas formulamos alguns pressupostos teóricos apresentados logo abaixo:

a) Pressuposto 1 – Os profissionais em saúde bucal apresentam dificuldades e limitações no desenvolvimento das práticas preventivas, levando a uma priorização das ações curativas;

b) Pressuposto 2 - O conhecimento científico atualizado não é incorporado nas práticas em saúde e, especificamente no desenvolvimento das práticas preventivas em saúde bucal;

c) Pressuposto 3 – O uso de evidências científicas nas práticas em saúde tem potencial para qualificar as ações preventivas e para avançar em tecnologias inovadoras do cuidado.

2 OBJETIVO GERAL

Identificar a existência de articulação entre os conhecimentos gerados em pesquisas científicas e as práticas preventivas em saúde bucal desenvolvidas pelos cirurgiões dentistas inseridos na Equipes de Saúde Bucal (ESB) integrantes da Estratégia de Saúde da Família do município de Nossa Senhora do Socorro/SE.

2.1 Objetivos Específicos

- a) Caracterizar o perfil da população do estudo;
- b) Descrever as práticas preventivas e as fontes de informação utilizadas pelos profissionais cirurgiões dentistas das ESB no município de Nossa Senhora do Socorro/SE;
- c) Investigar a compreensão do processo da translação do conhecimento pelos profissionais cirurgiões dentistas das ESB no município de Nossa Senhora do Socorro/SE;
- d) Propor estratégias do processo de translação do conhecimento para promover/facilitar a utilização de evidências científicas no processo de trabalho das ESB.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Práticas Preventivas em Saúde Bucal

Os primeiros modelos de atenção em saúde bucal no Brasil demonstraram ineficácia, na medida em que não responderam, em níveis significativos, aos problemas de saúde da população, e ineficiência, uma vez que possuíam um alto custo de execução e baixíssimo rendimento (BRASIL, 2006; NARVAI; FRAZÃO, 2008). Historicamente, esses modelos deixaram traços marcantes na prática odontológica atual.

A prestação de serviços odontológicos era caracterizada pela realização de ações eminentemente clínicas, com ênfase em atividades restauradoras e ações preventivas direcionadas a escolares, que se mostraram insuficientes, de baixo impacto social e desconectado da realidade epidemiológica e social da população (ALMEIDA; FERREIRA, 2008; BRASIL, 2018; SOUZA, 2005).

A mudança da lógica assistencial na direção de um modelo centrado na saúde bucal coletiva e em práticas de promoção e prevenção com vistas a diminuir o impacto das práticas curativas e mutiladoras é marcada cronologicamente por quatro momentos: (i) 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) em 1986; (ii) 2ª CNSB em 1993; (iii) inserção dos profissionais de Odontologia à ESF em 2000, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); (iv) 3ª CNSB e lançamento do Programa Brasil Sorridente em 2004 (SCHERER; SCHERER, 2015).

Na prática brasileira, observa-se um esforço para promover a qualificação da atenção em saúde como parte integrante da atenção primária a saúde, promovendo uma maior integração da saúde bucal aos serviços de saúde em geral, possibilitando a sinergia de saberes e práticas que apontem para a prevenção, e a conseqüente incorporação de práticas baseadas em evidências (BRASIL, 2018; KUSMA et al., 2012).

A inserção da Odontologia no contexto do Programa Saúde da Família (PSF) através da publicação da Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000 propõe uma mudança das práticas de intervenção e a priorização de ações de prevenção e promoção. No entanto, há que se destacar que diferente dos outros trabalhadores de saúde, que no PSF, trabalham em uma área de adscrição específica, a equipe de saúde

bucal, segundo a portaria citada, devia exercer suas atividades em duas equipes distintas, ou seja, para cada equipe de saúde bucal a ser implantada, deverão estar implantadas duas equipes de saúde da família (BRASIL, 2000). Essa prescrição tornou-se um dilema na organização das práticas nas equipes de saúde bucal, uma vez que dificultou a vinculação territorial com a comunidade e com a própria equipe de trabalho, diminuindo, também, sua capacidade de resolver os problemas apresentados. Somente com a publicação da Portaria nº 673 de 3 de junho de 2003, é que se estabelece que poderão ser implantadas quantas ESB forem necessárias desde que não ultrapassem o número existente de ESF, porém não inclui o cirurgião-dentista na equipe mínima (BRASIL, 2003).

Essa estratégia, associada às novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação na área de saúde, às diretrizes para a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) contribuem para o deslocamento do campo técnico da odontologia para o campo da Saúde Bucal Coletiva (BOTAZZO; CHAVES, 2013).

Buscando uma nova perspectiva para a organização das ações em saúde bucal foram estabelecidas, em 2004, as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Brasil Sorridente. Essas diretrizes visam garantir as ações de promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde bucal dos brasileiros. Suas metas perseguem a reorganização da prática e a qualificação das ações e dos serviços oferecidos, reunindo uma série de ações em saúde bucal voltada para os cidadãos de todas as idades, no marco do fortalecimento da Atenção Básica, tendo como eixos estruturantes o acesso universal e a assistência integral em saúde bucal (BRASIL, 2004).

Uma revisão de literatura realizada por Scherer; Scherer (2015) analisou as mudanças no processo de trabalho da saúde bucal na APS a partir da publicação das Diretrizes da PNSB. Foram selecionados 32 artigos com predomínio de estudos qualitativos, da região Nordeste, com trabalhadores, sobretudo dentistas, e com foco na integralidade e qualificação da assistência. 19 estudos abordavam o tema integralidade, dos quais 14 apontaram dificuldades para reestruturar a saúde bucal na APS, superar as práticas do modelo tradicional da odontologia escolar e criar novas possibilidades, como a abordagem familiar e o diagnóstico da situação de saúde. Persistiram ações com foco

no atendimento clínico e valorização excessiva da técnica e da especialidade e houve predomínio de práticas preventivas e educativas tradicionais. As equipes de saúde bucal encontraram dificuldades para as práticas pertinentes à ESF, como ações de prevenção de agravos e de promoção à saúde.

Moretti et al. (2010 apud KUSMA et al., 2012) afirmam que boa parte das práticas anunciadas como de “promoção e prevenção em saúde”, sobretudo no nível de atenção primária, ainda são limitadas a estratégias baseadas em modelos tradicionais de intervenções educativo-preventivas centradas em higiene bucal supervisionada, palestras, aplicações de fluoretos, desenvolvidas prioritariamente em ambientes escolares.

Revisões sistemáticas da literatura têm reafirmado a baixa força de evidências quanto ao impacto das intervenções preventivas/educativas convencionais no campo da Odontologia (KUSMA et al., 2012; WATT, 2007).

No estudo de Souza (2005), observou-se que as ações preventivas são incorporadas à prática sem critério e sem certeza da sua eficácia, sendo reproduzidas e baseadas no que tradicionalmente é difundido a partir da graduação, e se desenvolvendo baseadas na própria experiência profissional adquirida no cotidiano de trabalho.

Os resultados estão associados ao perfil da prática odontológica, caracterizado pela realização de ações eminentemente clínicas, com ênfase em atividades restauradoras e ações preventivas direcionadas a escolares, que se mostraram insuficientes para responder às necessidades da população (SCHERER; SCHERER, 2015). Segundo Watt (2007) esse não é um problema exclusivo da saúde bucal, pois outras áreas da saúde têm destacado as mesmas limitações da abordagem clínica preventiva.

O termo 'prevenir' tem o significado de "preparar; chegar antes de; dispor de maneira que evite (dano, mal); impedir que se execute ou que aconteça" (FERREIRA, 2010). As ações preventivas definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações (STARFIELD et al., 2008). Pode-se então definir que prevenção é todo ato que tem impacto na redução de mortalidade e morbidade das pessoas.

Na Odontologia, essa tecnologia de intervenção em saúde pública se fundamenta no fato cientificamente comprovado, de que compostos de flúor, na forma sólida ou solução aquosa, podem ser adicionados às águas de abastecimento público, nas estações de tratamento ou poços de captação, previamente ao seu envio à rede de distribuição e, assim, agirem na prevenção da cárie dentária. Os produtos mais freqüentemente empregados no Brasil são o fluorsilicato de sódio e o ácido fluorsilícico (BRASIL, 2009).

Contudo, apenas entre as décadas de 1980 e 1990 observa-se a valorização da fluoretação das águas de abastecimento público, no campo da política pública em saúde bucal, além de um conjunto de fatores importantes como: a massificação dos dentifrícios fluoretados e a implantação de diversos procedimentos preventivos, a exemplo do uso de géis e vernizes fluoretados (PEREIRA, 2013).

Na revisão sistemática de Chaves; Silva (2002) destaca-se a concentração de estudos preventivos em indivíduos de 6 a 12 anos (53,8%), com carência de estudos em adultos (3,8%). Além da ênfase em grupos de idade escolar, há grande diversidade nas práticas testadas nos estudos, havendo 32 diferentes combinações de métodos.

De acordo com este estudo, a prática preventiva mais testada é o uso de dentifrícios com flúor, mas sem explicitar se a escovação é supervisionada ou não, o que interfere nos resultados. O bochecho com flúor normalmente vem associado a estratégias como educação em saúde, selantes, verniz ou comprimidos fluoretados. A escovação supervisionada quando indicada como método preventivo vem associado a uso de dentifrícios, flúor gel e educação em saúde. Apenas 17,2% dos estudos referiram educação para saúde (sessões educativas; orientação de higiene oral, entre outras atividades).

O uso de fluoretos tem sido considerado a estratégia de mais forte evidência na prevenção em saúde bucal. Sua utilização tem sido considerada responsável pela diminuição nos índices de cárie observados hoje em todo mundo, mesmo em países ou regiões que não possuem água fluoretada (BRASIL, 2009). Estudos periódicos têm mostrado que a concentração de flúor solúvel na maioria dos dentifrícios vendidos no Brasil está de acordo com o ideal em termos de prevenção (CURY; CALDARELLI; TENUTA, 2015).

Em estudos do tipo revisão Cochrane observou-se que os procedimentos preventivos em saúde bucal apresentam evidência de eficácia clínica, como o uso dos fluoretos (gel e vernizes), verificando que reduções específicas nas taxas de cárie foram estimadas em 24% para o creme dental com flúor, 26% para higiene bucal, 28% para géis e 46% para vernizes fluoretados. A estimativa global de benefício foi de 26% na dentição permanente e 33% em dentição decídua. A maioria dos estudos sobre os enxaguatórios (bochechos) bucais com solução concentrada, normalmente de fluoreto de sódio, para ser bochechada diária (NaF a 0,05%), semanal ou quinzenalmente (NaF a 0,2%), foram realizados antes da exposição a múltiplas fontes de fluoretos e do declínio da cárie dentária. A redução observada foi de cerca de 20% a 50% quando comparada com residentes em regiões sem água fluoretada, quando a periodicidade foi diária ou semanal. Revisões sistemáticas recentes indicam uma redução de cárie na ordem de 23% a 30% (MARINHO et al., 2013; MARINHO et al., 2016).

Revisão sistemática realizada por Hiiri et al. (2010) avaliou a efetividade do selante de fósulas e fissuras com vernizes fluoretados na prevenção da cárie dentária em superfícies oclusais e concluíram que há alguma evidência de superioridade dos selantes de fósulas e fissuras sobre os vernizes fluoretados na prevenção da cárie dentária em superfícies oclusais.

Para Ahovuo-Saloranta et al. (2013), os selantes constituem um efetivo bloqueio ao desenvolvimento de cáries sendo de grande ajuda para paralisar a progressão de lesões iniciais e são efetivos em crianças com alto risco de cárie. Segundo este estudo foram obtidas reduções de cárie que variam de 86% por até 12 meses a 57% por até 48 meses quando comparados com os dentes não selados.

Dessa forma, a prevenção em saúde bucal envolve um conjunto de estratégias no âmbito individual e coletivo que extrapola uma perspectiva restritiva e pontual da profissão baseada na hegemonia curativo-restauradora.

Scott et al. (2011) ressalta que a implementação de uma prática fundamentada em evidências científicas tem potencial para qualificar a atenção em saúde e para avançar em tecnologias inovadoras do cuidado.

Segundo as Diretrizes Nacionais Curriculares (DCN) do curso de Odontologia, para o desempenho adequado das funções dos profissionais de saúde, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais

adequadas, baseadas em evidências científicas (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2002). Significa pensar o processo de formação como inacabado, passível de novos rumos e em constante mutação.

A mudança no perfil de formação profissional do cirurgião-dentista busca desenvolver competências para além do seu 'núcleo do saber', saindo do isolamento da prática restrita ao consultório e ao equipamento odontológico, assumindo um novo papel como profissional generalista para o SUS e nas ações de prevenção e promoção à saúde. Há a necessidade de motivar os profissionais de saúde bucal para que reflitam e redirecionem suas práticas, tendo como medida inicial o investimento e o estímulo ao uso de evidências científicas na prática profissional.

Mudar o processo de trabalho adotado há anos, incorporando novas abordagens de intervenção com ênfase na prevenção e nos princípios e diretrizes do SUS, requer o desenvolvimento de competências profissionais para a prática. A incorporação de evidências científicas no processo de trabalho surge como estratégia para o processo de reformulação de práticas sanitárias e emerge, portanto, como ponto de partida para o enfrentamento de desafios (KRIGER; MOYSÉS; MORITA, 2016).

3.2 Translação do Conhecimento

Nas últimas décadas, a Odontologia experimentou um grande avanço, fruto do constante conhecimento em saúde bucal. O conhecimento acumulado e o aumento das publicações científicas na área trazem a necessidade de reflexão sobre sua utilização no processo de trabalho saúde bucal, no campo da saúde pública (MORITA et al., 2014).

O uso das melhores evidências científicas disponíveis deve ser empregado com o objetivo de melhorar a aplicação de recursos, buscando mais efetividade na promoção, prevenção e atenção à saúde e conseqüente qualificação do processo de trabalho em saúde bucal. A enorme ampliação dos conhecimentos em saúde torna inadequadas as tomadas de decisões na prática clínica baseadas no empirismo e na experiência profissional. Implementar uma prática baseada em evidência significa integrar a experiência clínica individual com a melhor evidência científica disponível (BHATTACHARYYA; REEVES; ZWARENSTEIN, 2009; BRASIL, 2014).

Neste contexto, o uso de evidências científicas assume um papel decisivo na qualificação da prática odontológica, servindo de base para tomadas de decisões a respeito de tratamentos curativos e preventivos (KRIGER; MOYSÉS; MORITA, 2016).

Na Odontologia, assim como nas demais áreas da saúde, torna-se fundamental aprofundar o entendimento sobre o uso de evidências na prática, sobre as estratégias que, de forma efetiva, podem minimizar a distância existente entre a produção de evidências científicas e a sua utilização na prática (FAGGION, 2012).

A Translação do Conhecimento (TC) é um conceito usado pela primeira vez, em 2004 pelo Canadian Institutes of Health Research (CIHR) agência federal de pesquisa canadense:

processo dinâmico e interativo que inclui a síntese, a disseminação, o intercâmbio e aplicação baseada em princípios éticos do conhecimento a fim de incrementar a saúde, prover serviços de saúde e produtos mais efetivos e fortalecer os sistemas de saúde.

Por síntese do conhecimento entende-se a contextualização e a integração dos achados de pesquisas individuais ao corpo de conhecimento em uma área do saber, pontuando o que se sabe ou não sobre o problema. A disseminação envolve a apropriada identificação de veículos de comunicação e audiências para receber os achados e a síntese dos resultados das pesquisas. O intercâmbio de conhecimento consiste na interação entre pesquisadores e usuários do conhecimento, com aprendizagem mútua mediante parceria ativa, visando à resolução de um problema (CANADIAN INSTITUTES OF HEALTH RESEARCH, 2004).

Posteriormente, em 2006, a Organização Mundial de Saúde (OMS) incorpora o conceito acima e ressalta que a TC:

É um paradigma emergente para o aprendizado (a compreensão) e o agir em prol do preenchimento das lacunas (entre o conhecimento produzido e utilizado). Enquanto conhecimento é maior do que evidências de pesquisa, a translação do conhecimento pode incrementar o poder da evidência científica e a liderança para informar (fundamentar) e transformar políticas e práticas.

Dessa forma, o objetivo da Translação do Conhecimento (TC) é, em última instância, melhorar o sistema de saúde e a saúde dos indivíduos (GRAHAM; TETROE, 2007).

Segundo Oborn; Barret; Racko (2010) o paradigma da translação sugere que o processo de geração do conhecimento é cíclico e inclui um processo interativo de idas e vindas, envolvendo a reformulação do conhecimento e seu gerenciamento por vários grupos de interesse (stakeholders). Ainda segundo o autor, o foco central é a interação entre pesquisadores e tomadores de decisão no desenvolvimento e implementação da pesquisa na prática.

Esse modelo tem o potencial de direcionar a lacuna entre pesquisa e prática ao propor a integração entre pesquisadores que são tipicamente acadêmicos e aqueles que atuam na prática clínica em um processo dinâmico. O termo composto amplia o conceito de intercâmbio e considera a síntese, o intercâmbio e a aplicação do conhecimento por grupos de interesse para acelerar os benefícios de uma inovação local ou global, para o fortalecimento do sistema de saúde e melhoramento da saúde da população, ficando subentendido que são necessários esforços para conectar o conhecimento com usuários em potencial dos resultados de pesquisa.

Baumbusch et al. (2008) vêem a Translação do Conhecimento como um engajamento dialógico, de colaboração entre pesquisadores e profissionais através do qual as pessoas vêm para refletir sobre o que eles fazem, e as suas conseqüências, e identificar o que eles poderiam fazer de diferente, aproveitando o conhecimento baseado na investigação.

Para Graham et al. (2006) a crescente consciência de que os resultados da pesquisa não estão entrando em prática em tempo hábil, tem estimulado um maior interesse em encontrar maneiras de minimizar o que poderia ser descrito como lacuna conhecimento-a-ação (*knowledge-to-action gap*).

Larocca et al. (2012) afirmam que o reconhecimento pelos profissionais, da lacuna entre a produção e a utilização do conhecimento leva a esforços para mudanças de comportamentos.

Tradicionalmente, a utilização de resultados de pesquisa na prática é lenta, levando freqüentemente muitos anos, de forma que a inovação na prestação de serviços de saúde seja difícil e alguns resultados de pesquisa, obsoletos. Além disso, no Brasil e em diversos outros países, existem lacunas entre pesquisa, prática e políticas de saúde (GRIMSHAW et al., 2012; PADILHA, 2011).

A literatura internacional descreve barreiras a TC como falta de familiaridade com o tema, falta de ferramentas, falta de concordância com evidências ou resultados de estudos, falta de percepção do valor e benefício de mudar a prática, falta de praticidade, falta de tempo e falta de motivação (CORDERO et al., 2008; GRIMSHAW et al., 2012). No Brasil, a principal barreira é a falta de conhecimento e de familiaridade com TC em geral.

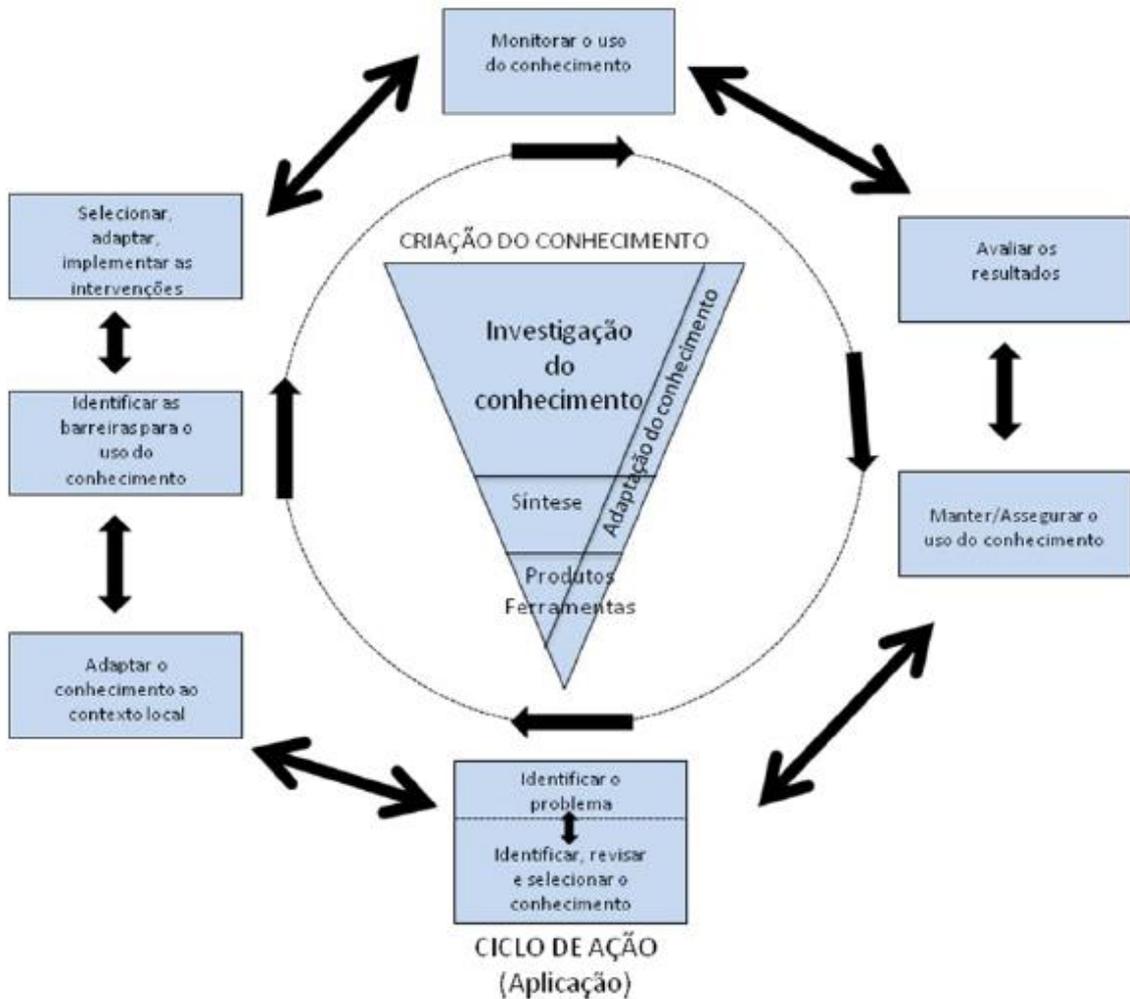
Compreensões semelhantes são apresentadas por Graham; Gravel; Légaré; (2006) e Macdermid; Graham (2009), para quem numerosas barreiras estão no caminho da tradução e disseminação de evidências científicas, entre elas estão: o acesso limitado a informação científica e falta de tempo para identificar, avaliar criticamente no que diz respeito à busca e aplicabilidade dos resultados das pesquisas.

No setor público, a desestruturação no próprio sistema de saúde, e falta de acesso à evidência, vêm dificultando a implementação de programas preventivos mais efetivos e mais embasados (NICKEL et al., 2017).

3.2.1 O modelo de Conhecimento para ação: um modelo para aplicação da evidência científica

O crescente reconhecimento da importância de TC tem levado ao desenvolvimento de diversas correntes teóricas e modelos. Um desses modelos é o quadro *conhecimento para ação* (FIGURA 1), proposto por Graham et al. (2006) e aceito pelo Canadian Institutes of Health Research como modelo de promover a aplicação de pesquisas e de estudar o processo de translação do conhecimento.

FIGURA 1 - Processo Tradução do Conhecimento em ação (knowledge to action process)



Fonte: Graham et al. (2006)

Segundo Graham et al. (2006), nesse modelo o processo de conhecimento em ação é um processo interativo, dinâmico e complexo, relativo à criação de conhecimento e aplicação de conhecimento, com os limites entre os componentes de criação e ação sendo fluidos. O modelo contém o ciclo de criação, ilustrado pelo funil para refinar o conhecimento e torná-lo mais útil, e o ciclo de ação ilustrando o processo de aplicação do conhecimento. Tem limites flexíveis entre componentes da criação do conhecimento e da ação. A ideia de um “funil” de criação de conhecimento transmite a ideia de que o conhecimento precisa ser cada vez mais sintetizado antes de estar pronto para a aplicação. A síntese é importante para poder criar ferramentas de conhecimento (ou seja, fornecer o conteúdo de dados para incorporação nas diretrizes de prática); ele pode ser usado para determinar a melhor prática (que precisa ser implementada) e para

criar um contexto e estabelecer uma base de evidências para que o conhecimento seja traduzido. Além disso, é importante considerar e relatar os tipos de evidência usados em uma síntese - ela estabelece a credibilidade e generalização da base de evidências do conhecimento a ser “traduzido”, esse elaborado processo pode ser dividido em duas etapas ou ciclos distintos, mas que se correlacionam de forma dinâmica:

3.2.1.1 O Ciclo de Criação do Conhecimento

A criação de conhecimento, ou a produção de conhecimento, é composta de três fases: investigação do conhecimento, síntese do conhecimento e criação de ferramentas de conhecimento. À medida que o conhecimento é filtrado em cada estágio do processo de criação do conhecimento, o conhecimento resultante se torna mais refinado e potencialmente mais útil para os usuários finais. Por exemplo, o estágio de síntese reúne as diferentes descobertas de pesquisa que podem existir mundialmente em um tópico e tenta identificar padrões comuns. No estágio de desenvolvimento de ferramentas, os conhecimentos e pesquisas de melhor qualidade são ainda sintetizados e transformados em ferramentas de tomada de decisão (STRAUS; TETROE; GRAHAM, 2009).

3.2.1.2 O Ciclo da Ação ou Aplicação do Conhecimento

As sete fases de ação ou aplicação podem ocorrer sequencialmente ou simultaneamente e as fases de criação do conhecimento podem influenciar as fases de ação em qualquer ponto do ciclo. As partes de ação do ciclo são baseadas em teorias de ação planejadas que focalizam deliberadamente a mudança de conhecimento em sistemas e grupos de saúde (Graham; Tetroe, 2007). Segundo estes autores, incluem-se os processos necessários para implementar o conhecimento em ambientes de cuidados de saúde especificamente: a identificação do problema; identificar, revisar e selecionar o conhecimento a ser implementado; adaptar ou customizar o conhecimento para o contexto local; avaliar os determinantes do uso do conhecimento; selecionar, adaptar, implementar e monitorar as intervenções de tradução do conhecimento e a compreensão do conhecimento; avaliar os resultados ou impacto do uso do conhecimento; e determinar estratégias para garantir o uso sustentado do conhecimento.

Depois de identificar um problema e selecionar o conhecimento, o próximo passo é adaptá-lo ao contexto local. É importante para determinar o que precisa ser adaptado, em quais contextos (por exemplo, hospital comunitário, consultório particular, centro de reabilitação, unidade de saúde) e como a adaptação deve ocorrer.

Para as práticas preventivas, essa etapa do ciclo de conhecimento em ação envolveria determinar se é necessário adaptar as evidências a diferentes contextos, ou a diferentes níveis de atenção dentro de um mesmo contexto, ou a diferentes indivíduos. Uma vez determinado o conhecimento que precisa ser aplicado, e como e quando deve ser adaptado, barreiras e estratégias para o uso do conhecimento precisam ser avaliados. Ao adequar o conhecimento da pesquisa ao contexto da prática, os profissionais de atenção primária são capazes de combinar um conjunto de intervenções promissoras baseadas em evidências com seu conhecimento específico. Uma vez que uma intervenção tenha sido selecionada e/ou adaptada, a próxima fase é monitorar o uso do conhecimento ao longo do processo de implementação. É importante acompanhar como o conhecimento está sendo usado. Envolve avaliar se o conhecimento está sendo usado conceitualmente, instrumentalmente ou simbolicamente. Isso pode variar desde analisar a adesão às recomendações de uso técnicas e materiais preventivos (uso instrumental), analisar atitudes em relação a uma mudança recomendada na prática (uso conceitual), bem como acompanhar como as informações sobre a inovação podem ser usadas para apoiar decisões do profissional (uso simbólico). Ao monitorar o uso do conhecimento, identificando as barreiras e as estratégias para o uso de conhecimento, podem ser tomadas medidas para refinar a intervenção de implementação de modo a superar as limitações e fortalecer as estratégias implementadas (TETROE et al., 2011).

Ainda segundo este autor, a implementação efetiva requer uma avaliação cuidadosa. Através da avaliação, pode-se determinar o impacto da intervenção e quais os resultados na atenção ao paciente, na qualificação da prática profissional e na melhoria do serviço prestado pelo sistema de saúde. Os resultados na qualificação dos profissionais podem incluir um maior conhecimento sobre evidência (instrumental e conceitual), aumento da comunicação e cooperação entre os níveis de cuidados de saúde e aumento no uso de ferramentas de conhecimento como diretrizes do cuidado

em saúde já os resultados do sistema ou organização incluiriam reduções de custos no sistema de saúde.

Com relação às práticas preventivas os resultados na atenção ao paciente incluiriam uma diminuição significativa de índices de cárie e outras doenças bucais e redução da perda dentária, melhorando assim a qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

A fase final do ciclo de conhecimento em ação aborda a sustentabilidade. O uso de conhecimento e os impactos precisam ser monitorados continuamente para garantir a sustentabilidade. Esse monitoramento contínuo pode determinar por quanto tempo as habilidades/conhecimentos são mantidos em um nível individual ou organizacional ou se uma intervenção adicional é necessária (TETROE et al., 2011). Ao examinar determinada prática preventiva, pode ser importante determinar como manter e sustentar o uso de recomendações e de diretrizes, ou como sustentar intervenções de práticas preventivas no contexto da mudança de modelos de prestação de cuidados de saúde e prioridades de recursos já existentes.

Sustentabilidade, no contexto das intervenções de saúde, é definida pela manutenção ao longo do tempo de uma intervenção ou de suas atividades no âmbito organizacional e/ ou comunitário para alcançar os resultados de saúde desejados (O'LOUGHLIN et al., 1998).

Oliveira; Potvin; Medina (2015) realizaram revisão de literatura sobre o conhecimento produzido no campo da promoção da saúde em relação ao tema sustentabilidade. Observou-se um conjunto de fatores que tem potencializado e um conjunto que tem dificultado a sustentabilidade de intervenções de promoção da saúde. Contudo, não foi possível determinar, a partir dos estudos incluídos nesta revisão, quais fatores ou combinação de fatores são os mais importantes para garantir a sustentabilidade ou para levar à sua ruptura.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de uma pesquisa exploratória de abordagem quantitativa descritiva e qualitativa cujo desenho metodológico é o estudo de caso (YIN, 2005). O propósito de um estudo de caso é reunir informações detalhadas e sistemáticas sobre um fenômeno (PATTON, 2002). É um procedimento metodológico que enfatiza entendimentos contextuais, sem esquecer-se da representatividade (LLEWELLYN; NORTHCOTT, 2007), centrando-se na compreensão da dinâmica do contexto real (EISENHARDT, 1989).

4.2 Local do Estudo

O município de Nossa Senhora do Socorro está localizado na Região Metropolitana de Aracaju no Estado de Sergipe, distante 17 km da capital do Estado. De acordo com o Plano Diretor Regional de Sergipe (PDR), atualizado em 2010, o município é sede de uma das sete (07) macro-regiões de saúde em que se divide o território sergipano, com sede administrativa denominada Regional de Saúde. A Regional de Nossa Senhora do Socorro é composta por 12 municípios: Capela, Carmópolis, Cumbe, General Maynard, Japaratuba, Maruim, Nossa Senhora das Dores, Nossa Senhora do Socorro, Pirambu, Rosário do Catete, Santo Amaro das Brotas e Siriri (BRASIL, 2010).

Em virtude da sua proximidade com capital e da grande expansão imobiliária, ocorrida nos últimos anos, o município vem passando por um processo de migração, o que vem gerando alguns transtornos, quando se trata da oferta de serviços.

Cabe lembrar que o município é margeado por duas BR's – 101 e 235, o que facilita o deslocamento das pessoas.

Possui área territorial de 155,018 km² e uma população estimada para 2016 de 179.661 habitantes (segunda maior população do Estado de Sergipe). Sua taxa de urbanização em 2000 era de 99,70% e índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM) de 0,664 (IBGE, 2010).

Em 2017, o município possuía 100 % de cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e 94,43% de cobertura das ESB Modalidade I (composta por 01 cirurgião dentista e 01 auxiliar e/ou técnico em saúde bucal) (BRASIL, 2017).

QUADRO 1 - Teto, credenciamento e implantação das estratégias de agentes comunitários de saúde, saúde da família e saúde bucal

MS/SAS/Departamento de Atenção Básica - DAB
Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal
Unidade Geográfica: Município - NOSSA SENHORA DO SOCORRO/SE
Competência: Dezembro de 2017

Ano	Mês	População	Agentes Comunitários de Saúde			Equipe de Saúde da Família				Equipe de Saúde Bucal			Núcleo de Apoio à Saúde da Família	
			Teto	Credenciados pelo Ministério da Saúde	Implantados	Teto	Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Implantados	Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Cadastradas no Sistema	Modalidade I		Nasf Tipo 1	
											Implantadas	Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Cadastradas no Sistema	Implantadas
2017	12	165.194	413	309	302	83	63	59	55	52	52	4	4	4

Fonte: Brasil, 2017

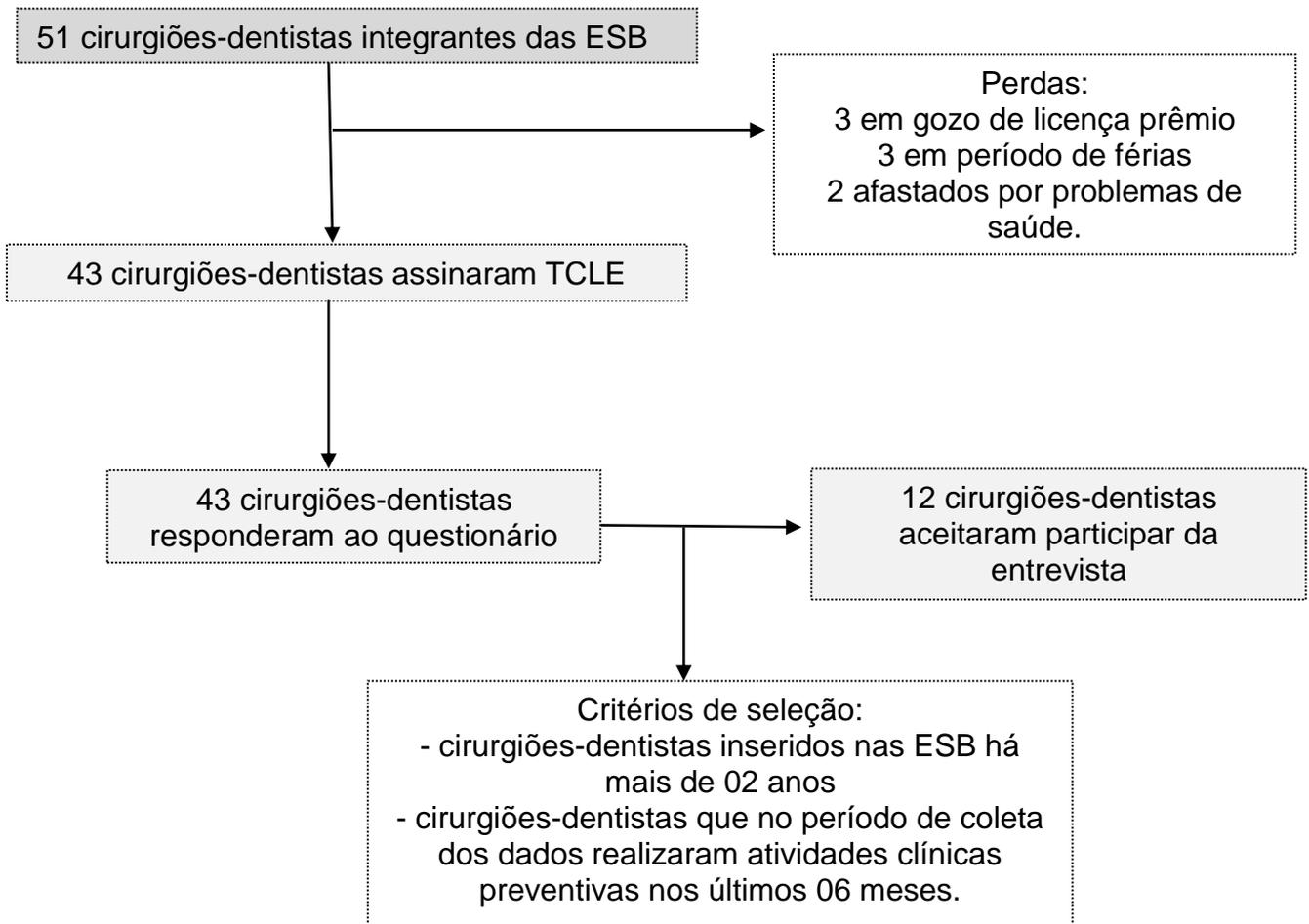
A sua rede assistencial em saúde apresenta 30 Unidades Básicas de Saúde, com 302 Agentes Comunitários de Saúde, 59 Equipes de Saúde da Família e 52 Equipes de Saúde Bucal (Modalidade I). Conta ainda com 03 Centros de Especialidades Médicas, 01 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), 02 Centros de Fisioterapia, 01 Serviço Municipal de Ambulâncias, 04 Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS), 01 Pronto Atendimento 24 Horas, 01 Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA, 01 Academia da Saúde e Farmácia Popular. Com o intuito de ampliar a rede de saúde municipal estão sendo construídos: 02 Unidades Básicas de Saúde, 01 Unidade de Pronto Atendimento 24hs - UPA 24hs e 01 Centro de Zoonoses. A população dispõe ainda de 14 clínicas contratualizadas que realizam atendimentos a todos os municípios que compõem a região de saúde. A rede assistencial conta ainda com uma base descentralizada do Serviço Móvel de Urgência (SAMU 192 Sergipe) e Hospital Regional de Pequeno Porte (Hospital Regional de Nossa Senhora do Socorro), que além dos atendimentos de urgência, realiza partos de baixo risco. Com o intuito de qualificar a assistência prestada foram implantados em 2017 os serviços de 04 (quatro) equipes multidisciplinares (Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF) e 02 equipes (duas) do Programa Melhor em Casa (BRASIL, 2016).

FIGURA 2 - Mapa do município de Nossa Senhora do Socorro/SE

Fonte: Nossa Senhora do Socorro/SE, 2018

4.3 População do Estudo

Foram selecionados 51 Cirurgiões-Dentistas, que representam o quantitativo total de trabalhadores inseridos nas ESB da Estratégia de Saúde da Família, excluindo-se do estudo a equipe da pesquisadora, pois a mesma é técnica integrante de equipe de atenção à saúde bucal do município em análise. Foram excluídas do estudo as equipes, cujos cirurgiões-dentistas não aceitarem participar da pesquisa (não assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido) ou estiverem afastados das atividades durante a coleta de dados (FIGURA 3).

FIGURA 3 - Fluxograma de perdas e critérios de seleção

Fonte: a autora, 2018

4.4 Período do Estudo

Os dados secundários são referentes aos procedimentos em saúde bucal disponíveis nos relatórios do Sistema E-SUS Atenção Básica (e-SUS/AB) provenientes das fichas de atendimento odontológico individual (ANEXO A) correspondem ao período de 1º de janeiro de 2016 a 31 de dezembro de 2016, visto que este período corresponde a efetiva implantação deste Sistema de Informação na coleta de dados referente aos procedimentos odontológicos realizados pelas ESB no município.

Os dados primários foram obtidos através dos questionários semi-estruturados (APÊNDICE A) aplicados no período de fevereiro a maio de 2017. Posteriormente a aplicação do questionário uma amostra intencional de casos foi selecionada para a

realização de entrevistas semi-estruturadas realizadas no período de outubro a novembro de 2017.

Os momentos de aplicação do questionário coincidiram com atividades de Educação em Saúde organizados pela Coordenação Municipal de Saúde Bucal e Coordenação Municipal de Educação Permanente em Saúde para os profissionais das equipes de saúde bucal sendo realizados entre os meses de fevereiro e junho de 2017.

4.5 Produção dos dados

Neste estudo, como instrumentos de coleta de dados foram utilizados: dados secundários, aplicação de questionários e realização de entrevistas.

4.5.1 *Dados Secundários*

Os dados secundários foram obtidos através do Sistema E-SUS Atenção Básica (e-SUS/AB) do município e são provenientes dos relatórios de procedimentos em saúde bucal. Tais relatórios permitem melhor identificação do que está sendo feito e registrado no município de Nossa Senhora do Socorro/SE no que diz respeito aos procedimentos em saúde bucal.

4.5.2 *Aplicação dos Questionários*

O questionário semiestruturado aplicado nesta etapa foi construído para observância de questões específicas com os cirurgiões-dentistas participantes após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) com anuência para participação na pesquisa.

Foi aplicado um questionário piloto, inicialmente com um cirurgião-dentista de uma equipe de saúde bucal selecionada intencionalmente, pela facilidade de contato e disponibilidade em responder. O teste piloto é de grande importância na detecção de inconsistências e ajustes no instrumento de coleta.

O questionário era composto por 12 questões e constituído de perguntas abertas e fechadas divididas em duas seções: Perfil sócio-profissional com as seguintes

perguntas: sexo, data de nascimento, ano de conclusão da graduação, possui curso de pós-graduação lato e/ou strictu sensu/residência (se sim, qual?), ano de conclusão da última pós-graduação e sua atuação profissional; uma outra seção era composta por perguntas referentes a aplicação de evidências na prática profissional onde procuramos verificar o uso de evidências científicas pelos profissionais cirurgiões dentistas e a compreensão sobre o processo de translação do conhecimento.

4.5.3 Realização das Entrevistas

Nesta etapa foram selecionados 12 profissionais para a realização de entrevistas semi-estruturadas. Utilizou-se como critérios de seleção os seguintes itens: profissionais inseridos nas ESB há mais de 02 anos e que no período de coleta dos dados realizaram atividades preventivas nos últimos 6 meses.

Como recurso para as entrevistas, utilizou-se um aplicativo de gravação de voz de um *smartphone*. As entrevistas semi-estruturadas foram realizadas por um único pesquisador, com cada participante, individualmente, em sala fechada, livre ou com menor intervenção de som, nos locais indicados por cada sujeito.

O contato inicial com os participantes foi realizado via telefone, logo após a anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Nossa Senhora do Socorro/SE. Os participantes foram esclarecidos sobre o tema da pesquisa, seus objetivos e de que forma a entrevista seria conduzida (MINAYO, 2007). Estas foram conduzidas com algumas anotações para que, ao mesmo tempo em que dados importantes não fossem esquecidos, não houvesse falta de interação. No momento das entrevistas estavam presentes apenas o entrevistador e o entrevistado. Os participantes foram investigados quanto à prática de procedimentos preventivos, aplicação de evidências na prática profissional, fontes utilizadas para obtenção do conhecimento, mecanismos utilizados para translação do conhecimento e desafios no processo de translação e aplicação do conhecimento. Utilizou-se roteiro (APÊNDICE C) com perguntas claras e objetivas, as entrevistas foram conduzidas de maneira permitir ao entrevistado liberdade para comentários afins, buscando elucidar o tema. O esgotamento de informações foi o fator determinante para dar como encerrada cada entrevista.

Inicialmente as entrevistas foram ouvidas em sequência, sem pausa e sem qualquer anotação, a fim de se obter um entendimento amplo de todas elas e buscando identificar, de forma inicial, os pontos em comum, tentando apreender de uma forma global as ideias principais e os seus significados gerais, já visando uma futura categorização. Após escuta inicial, cada entrevista foi ouvida novamente com pausas, retornos e avanços e transcrita pelo pesquisador. As transcrições foram realizadas em local neutro, para resguardar a identidade dos sujeitos, bem como o sigilo das informações prestadas. Com isso, identificou-se as categorias existentes nos discursos dos indivíduos, atentando-se sempre para o referencial teórico e os objetivos propostos pelo estudo. Para que fosse possível identificar as unidades de análise buscamos orientação nas questões de pesquisa que necessitavam ser respondidas.

4.6 Processamento e análise dos dados

Esta fase visa integrar as informações obtidas com as questões do instrumento de coleta, as potencialidades das entrevistas e os objetivos da pesquisa.

4.6.1 *Dados Secundários*

O primeiro momento da análise consistiu em fazer um levantamento e organização dos 41 relatórios de procedimentos em saúde bucal disponibilizados pelo município. Para um trabalho de análise de conteúdo relevante e consistente, destaca-se a importância da leitura compreensiva do material, de forma exaustiva para que sejam bem escolhidas e definidas as categorias a serem consideradas. Os dados foram tabulados e analisados no software IBM SPSS Statistics versão 21.0.

Foram mapeados os 27 procedimentos de saúde bucal listados nos relatórios no período de 01/01/2016 a 31/12/2016 para em seguida, promover a categorização e o cruzamento destes procedimentos ali identificados com os objetivos propostos pelo estudo. Todos os procedimentos listados são provenientes da ficha de atendimento odontológico individual do Sistema E-SUS Atenção Básica (e-SUS/AB) e compõem o rol de procedimentos clínicos individuais curativos, preventivos e reabilitadores da Atenção Básica em saúde bucal.

Desta forma, para desenvolver o trabalho analítico, foram selecionados e utilizados cinco procedimentos que compreendem os procedimentos clínicos individuais preventivos realizados pelas equipes em saúde bucal na Atenção Básica: aplicação de selante (por dente), aplicação tópica de flúor individual (por sessão), evidenciação de placa bacteriana, orientação de higiene bucal, profilaxia/remoção de placa bacteriana.

4.6.2 Questionários

Os dados coletados das questões fechadas do questionário semi estruturado sobre aplicação de evidências científicas na prática clínica foram compilados e inseridos em uma planilha eletrônica própria, criada para essa finalidade, utilizando o aplicativo Microsoft Office Excel versão 2007 para tabulação dos dados. Optamos por trabalhar os dados descritivos por distribuição de frequências absoluta (n) e relativa (%) no programa Statistical Package for the Social Science (SPSS) for Windows (versão 21.0).

Os resultados quantitativos foram analisados por meio da estatística descritiva, que pode ser definida como a parte da estatística que visa descrever e avaliar um certo grupo, sem inferir ou tirar conclusões sobre um grupo maior (PETTERNELLI, 2005). Especialmente quando analisamos as falas dos cirurgiões-dentistas nas entrevistas, tínhamos a intenção de entender os significados dessas falas.

4.6.3 Entrevistas

Nesta etapa a população alvo foi composta por 12 profissionais cirurgiões-dentistas atuantes nas equipes de saúde bucal há mais de 02 anos e que realizaram atividades clínicas preventivas nos últimos 06 meses antes da realização das entrevistas. Estes profissionais selecionados somente seriam excluídos caso declinassem voluntariamente em participar. As entrevistas foram conduzidas seguindo o roteiro de perguntas (APÊNDICE C)

Os participantes foram identificados por códigos, a fim de assegurar o sigilo de sua identidade. Para identificar os cirurgiões-dentistas foi utilizado o código CD. As entrevistas foram numeradas conforme a ordem de sua realização. Como exemplo dos códigos de identificação temos: CD1, CD2 e assim sucessivamente.

As falas foram apresentadas como parte do texto, em itálico, seguida da indicação do profissional que a pontuou. Vale lembrar que a pesquisadora é trabalhadora de uma equipe ESB do município estudado. Desta forma a presente pesquisa não esteve isenta de suas percepções e sentidos, haja vista, esta realidade também fazer parte de seu cotidiano.

A análise dos resultados das entrevistas, que compõem a parte qualitativa da pesquisa foi realizada utilizando-se o método de análise do conteúdo, técnica mais utilizada para o tratamento de dados da pesquisa qualitativa. A análise foi organizada em três pólos cronológicos (fases): a pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (BARDIN, 2011).

Na fase de pré-análise, o material a ser analisado foi organizado de forma a torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais. A organização propriamente dita foi realizada em quatro etapas: (a) leitura flutuante, onde se estabeleceu o contato com os dados coletados nas entrevistas, momento em que se começou a conhecer o material; (b) síntese do material, que consistiu na demarcação do que seria analisado; (c) formulação dos objetivos, que se tornaram alicerces para as leituras do material coletado; (d) referenciação dos índices e elaboração de indicadores, que permitiram extrair das comunicações a essência de sua mensagem por meio de recortes de texto no material em análise.

A exploração do material constituiu a segunda fase, com a definição de categorias e classificando os elementos constitutivos de um conjunto por meio de critérios definidos previamente no sentido de propiciar a realização da inferência. Além disso, foram identificadas as unidades de registro com o objetivo de fazer a categorização, captando os sentidos das comunicações.

No primeiro momento, buscou-se organizar os conteúdos para preservar a seqüência das falas, mantendo o diálogo intacto, sem fragmentação e em seguida foi identificado os processos de interação a partir da esquematização dos dados documentais, dos questionários e das entrevistas como um todo.

Segundo Bardin (2011) a exploração do material consiste numa etapa importante, porque vai possibilitar ou não a riqueza das interpretações e inferências. Esta é a fase da descrição analítica, a qual diz respeito ao *corpus* (qualquer material textual coletado)

submetido a um estudo aprofundado, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos. Dessa forma, a codificação, a classificação e a categorização são básicas nesta fase.

A última fase da análise das entrevistas foi o tratamento dos resultados obtidos, inferência e sua interpretação. Nesta fase os resultados foram tratados de maneira a serem significativos (falantes) e válidos. Nela ocorreu o destaque das informações para análise, através da releitura do material. Em seguida, foi realizada a aproximação e as convergências e divergências presentes. Esta aproximação, possibilitou a construção de categorias que configuram a estrutura do fenômeno estudado. Foi o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica.

Buscou-se analisar o material produzido pelas entrevistas a partir de categorias gerais que surgiram de acordo com os grandes temas investigados com definição das subcategorias e temas/unidades de registro. A seguir é apresentada a sistematização das categorias de análise.

QUADRO 2 - Sistematização das categorias de análise

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	TEMAS/UNIDADES DE REGISTRO
PREVENÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA	O desenvolvimento da prática preventiva pelo cirurgião-dentista	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação das práticas preventivas no contexto local
PROCESSO DE TRANSLAÇÃO DO CONHECIMENTO	A compreensão sobre o processo de translação do conhecimento pelo cirurgião-dentista	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação de fontes de informação e utilização de evidências científicas

Fonte: a autora, 2018

4.7 Aspectos Éticos

Todas as fases da pesquisa foram desempenhadas respeitando os parâmetros bioéticos contidos na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Os voluntários concordaram em participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), tendo sido garantido o sigilo, que assegura a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa e sua liberdade de recusar em participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase desta, sem qualquer penalização.

Este estudo foi autorizado conforme carta de anuência pela Secretaria Municipal de Saúde de Nossa Senhora do Socorro/SE (ANEXO B) e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães IAM/FIOCRUZ/PE, conforme parecer n° 1.874.715 (ANEXO C).

Na divulgação dos resultados do projeto, serão respeitados o sigilo pessoal dos sujeitos envolvidos na investigação.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta seção objetiva apresentar os resultados no que se refere a articulação entre os conhecimentos gerados em pesquisas científicas e as práticas preventivas em saúde bucal. Para tanto, o plano de análise desenvolvido a partir da definição das categorias de análise e suas subcategorias, utiliza uma fase do ciclo da ação ou aplicação do modelo conhecimento para ação proposto por Graham et al. (2006): *fase identificar, revisar e selecionar*, para subsidiar a apresentação e discussão dos dados.

Além da sistematização do plano de análise foi inserido um tópico referente a caracterização dos profissionais entendendo que estes resultados permitirão uma melhor compreensão das informações disponibilizadas pelos profissionais pesquisados.

Este estudo representa o primeiro trabalho que visa identificar a translação do conhecimento na saúde bucal no Sistema Único de Saúde no Brasil. É importante destacar que a ausência de estudos sobre o tema representou limitação significativa para exercer análise comparativa dos resultados obtidos. Entretanto, apesar dessa dificuldade, buscou-se estabelecer discussão com estudos da área de saúde que possibilitassem um debate com a literatura científica.

5.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Os dados de caracterização da população de cirurgiões dentistas de acordo com o Perfil sócio-demográfico (gênero e faixa etária); Perfil formação técnico-científica (anos de graduação e pós-graduação) e Perfil mercado de trabalho (local de atuação profissional) serão descritos na TABELA 1.

Constatou-se que a maior parte do grupo investigado era do sexo feminino (69,8%) e 30,2% do sexo masculino, e situava-se na faixa etária de 31 a 40 anos (53,48%), ressaltando que a idade com maior representação foi de 35 anos (n=5), enquanto as menores parcelas estavam nos extremos tanto abaixo de 30 anos quanto acima dos 60 anos de idade (6,97 % para cada grupo).

No que se refere à formação, o grupo caracterizou-se por apresentar mais de 11 anos de formado, a grande maioria apresentando 12 anos de formação. Cabe frisar a expressiva parcela de indivíduos com mais de 30 anos de formação (13,95%), outro

ponto que merece destaque é a falta de profissionais recém-formados no quadro de pessoal.

Sobre a atuação profissional 20,9% (n= 9) trabalham exclusivamente no setor público, 79,1% (n=34) trabalham no setor público e privado, destes, 3 profissionais também atuam em atividade docente em alguma instituição de ensino superior.

TABELA 1 - Perfil sócio-demográfico segundo gênero e faixa etária. Perfil formação técnica científica segundo anos de graduação. Perfil mercado de trabalho segundo atuação profissional

VARIÁVEL	N	%
GÊNERO		
Feminino	30	69,8
Masculino	13	30,2
Total	43	100
FAIXA ETÁRIA		
20 -30	3	6,97
31- 40	23	53,48
41 – 50	9	20,93
51 – 60	5	11,62
>60	3	6,97
Total	43	100
ANOS DE GRADUAÇÃO		
5 – 10	7	16,27
11 - 20	23	53,48
21- 30	7	16,27
>30	6	13,95
Total	43	100
ATUAÇÃO PROFISSIONAL		
Setor público exclusivamente	9	20,9
Setor público e privado	34	79,1
Total	43	100

Fonte: a autora, 2018

A absorção maciça de mulheres no mercado de trabalho tem provocado modificações no perfil profissional em muitas áreas, e a Odontologia brasileira não constitui exceção. Os achados deste estudo mostram que a presença feminina nas

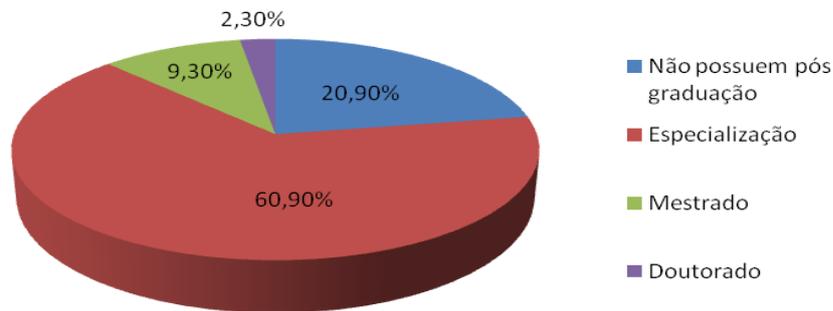
equipes de saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família supera a do sexo masculino. Diversas pesquisas encontraram resultados semelhantes quando avaliaram o perfil do cirurgião-dentista. Rodrigues (2000) encontrou 54,8% de mulheres em uma amostra de profissionais do Serviço de Saúde Pública do Rio Grande do Norte e Villalba; Madureira; Barros (2009), em Campinas, com o predomínio do sexo feminino (68%). Os resultados obtidos no estudo realizado pelo Conselho Regional de Odontologia do Espírito Santo, em 2002, foram de 57,7% de mulheres, a pesquisa do INBRAPE (2003), que incluiu profissionais cirurgiões dentistas de todas as macrorregiões, registrou a presença de 57,5% profissionais do sexo feminino e a pesquisa de Morita; Haddad; Araújo (2010) que observou que os homens são majoritários apenas nas faixas acima de 56 anos.

A faixa etária predominante entre os participantes foi entre 31 e 40 anos (53,48%), porém com predominância de indivíduos com 35 anos. O que corrobora com os achados de Maciel et al. (2006) com predominância na faixa etária de 30 a 39 anos (35,3%) assim como a pesquisa Perfil Atual e Tendências do Cirurgião-Dentista brasileiro publicada por Morita; Haddad; Araújo (2010) onde pode-se observar que 57,4% dos CD com inscrição principal ativa tem até 40 anos de idade, sendo que as mulheres são expressivamente mais numerosas nas faixas etárias mais jovens.

Ainda de acordo com esta pesquisa, a distribuição dos profissionais que atuam na ESF por faixa etária mostra que a maior parte (68%) tem menos de quarenta anos de idade o que corrobora com os dados encontrados neste estudo.

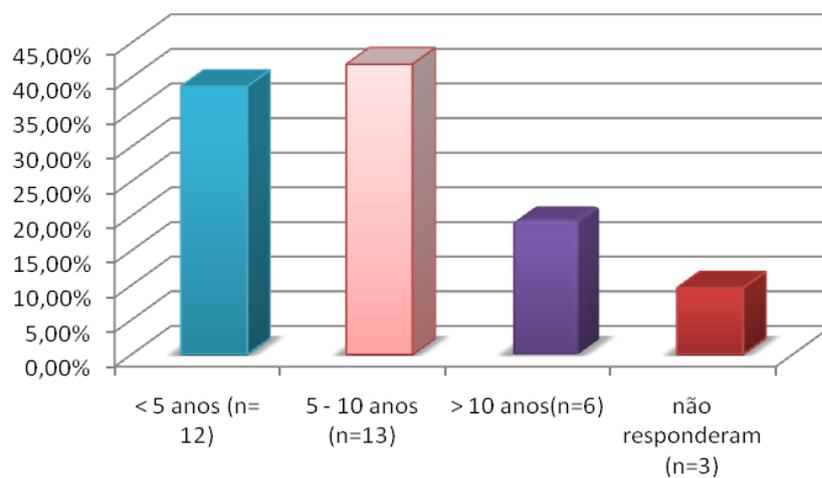
Os dados referentes a formação em pós-graduação demonstraram que 20,9% (n=9) não possuem essa formação. Em contrapartida, 79,1% (n=34) possuem a formação em pós-graduação lato e/ou strictu sensu/residência. Sendo que, trinta possuem especialização (60,9%), três (9,3%) possuem Mestrado e um (2,3%) possui Doutorado (GRÁFICO 1).

GRÁFICO 1 - Percentual de cirurgiões-dentistas com formação em pós-graduação lato e/ou strictu sensu/residência



Fonte: a autora, 2018

GRÁFICO 2 - Perfil formação técnico-científica de acordo com anos de pós-graduação



Fonte: a autora, 2018

Os dados não são semelhantes aos comumente encontrados na literatura com relação a outras categorias profissionais que demonstra uma predominância de recém-formados na faixa etária de 25 a 29 anos, conforme os estudos de Akutsu (2008) sobre o perfil de nutricionistas, e o de Rodrigues et al. (2007), ao descreverem as condições de trabalho de nutricionistas egressos da Universidade Federal de Ouro Preto (MG), com profissionais entre 25 e 29 anos (53,3%).

Com relação ao tempo de graduação, a maior parte dos profissionais tem entre 11 e 20 anos de formação, com predominância de profissionais que finalizaram a graduação há 12 anos, semelhante ao estudo de Rodrigues (2000) que encontrou 50% da amostra de profissionais do serviço público do Rio Grande do Norte entre 11 e 20 anos de formados. Este dado nos remete a considerar que o perfil dos profissionais participantes é de profissionais experientes em seus serviços.

Neste sentido, destacamos a ausência de profissionais cirurgiões dentistas recém-formados (anos de graduação < 5 anos) e efetivos no quadro de pessoal do município. O percentual de recém-formados atuantes no serviço público mostrou-se reduzido, pois se entende que a formação em Odontologia, historicamente pautada principalmente no exercício privado da profissão, pode refletir na baixa inserção de recém-formados no serviço público. Santos Neto et al (2012) ressalta que profissionais cirurgiões dentistas inseridos na ESB há menos de 5 anos possivelmente seriam mais receptivos à construção de novas relações no processo de trabalho odontológico.

Os dados referentes a formação em pós-graduação mostram que 79,1% possui formação em pós-graduação lato e/ou strictu sensu/residência, destes 60,9% possuem especialização, 9,3 possuem Mestrado e 2,3% Doutorado.

O tempo de graduação se aproximou do encontrado em estudo realizado por Costa (2010) (68,0% com mais de 17 anos de formado) quando avaliou a percepção do cirurgião dentista sobre o trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS). Porém, no que se refere à porcentagem de pós-graduados, diferiu desse mesmo estudo (57,0%). Assim, apesar de terem o mesmo tempo de formado de profissionais de outros estudos, os participantes desta pesquisa buscaram com maior frequência o aperfeiçoamento profissional por meio de cursos de especialização. Essa diferença pode estar associada à limitação na formação dos profissionais para atuarem na área pública e privada durante a graduação, fazendo com que os profissionais busquem complementação do conhecimento na pós-graduação. Conforme sinalizam outros estudos, o grande número de profissionais especialistas reflete no modelo de ensino hegemônico no país, onde há supervalorização da especialização sobre a abordagem clínica generalista (FERREIRA; FERREIRA; FREIRE, 2013).

Apesar do crescimento considerável de titulados *stricto sensu*, no Brasil, no município estudado é baixo o número de mestres e doutores inseridos no SUS

(MORITA; HADDAD; ARAÚJO, 2010). Podem existir algumas razões para isso, tais como a possibilidade maior desses cursos serem predominantes na área clínica e os profissionais se dedicarem ao ensino e atuarem no setor privado e a baixa oferta de vagas no serviço público, quando comparada ao grande número de profissionais lançados no mercado.

Sobre a escolaridade nas ESB/ESF, 92% dos profissionais cadastrados no CNES aparecem como somente graduados (MORITA; HADDAD; ARAÚJO, 2010). O estudo de Rodrigues (2000) apontou que 42,8% dos CDs que trabalhavam no serviço público do RN não tinham qualquer pós-graduação, corroborando o dado encontrado neste estudo que mostrou que 20,9% dos profissionais não são pós-graduados. Analisando em conjunto com a informação sobre a idade dos profissionais, esses dados evidenciam a ESF como oportunidade de primeiro emprego e ao mesmo tempo também reforçam a necessidade de se promover o estímulo à atualização e desenvolvimento profissional dos pesquisados.

Matos et al. (2011) em estudo que analisou os planos profissionais de estudantes de odontologia concluiu que, em curto prazo, esses estudantes pretendem, em ordem de prioridade, trabalhar no serviço público e realizar especializações, para que em longo prazo possam exercer serviço clínico particular autônomo.

Os profissionais consideraram seu nível de atualização profissional permanente BOM (65,1%), o que pode estar relacionado a uma grande parcela dos pesquisados apresentar menos de 10 anos de formação em pós graduação. Carvalho et al. (2010) mostrou associação significativa da atualização profissional dos CD com o tempo decorrido desde o término da graduação, assim, os dentistas que terminaram a graduação entre dez a vinte anos têm 4,11 vezes mais chances de apresentarem nível de atualização suficiente. Nos chama a atenção uma parcela considerável dos profissionais (27,9%) considerarem seu nível de atualização profissional regular.

A atuação profissional de 79,1% (n=34) dos profissionais ocorre no setor público e privado, destes três profissionais também atuam em atividade docente em alguma instituição de ensino superior, enquanto 20,9% trabalham exclusivamente no setor público. Contudo, em estudo realizado por Maciel et al. (2006) com cirurgiões-dentistas que trabalham na ESF da Grande Vitória/ES observou-se que 61,8% exercem a profissão apenas no serviço público.

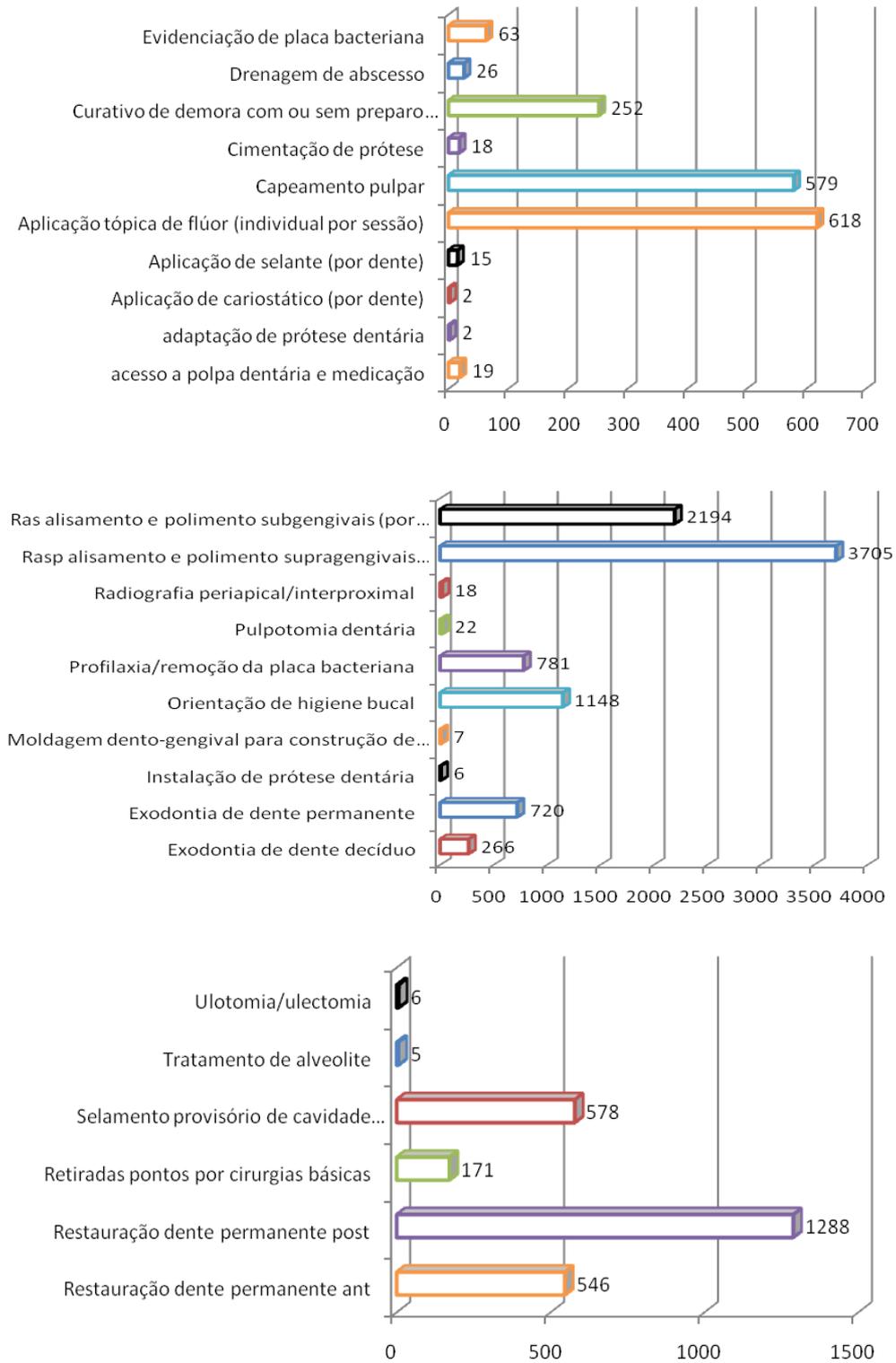
A crescente expansão dos serviços públicos em Odontologia tem sido um fator de grande modificação no tipo de exercício profissional. Diversas são as possibilidades do mercado de trabalho com a existência de profissionais com vínculo público exclusivo, incluindo entre estes dentistas com tempo integral em serviços públicos de atenção, dentistas que são docentes do ensino superior público com dedicação exclusiva, gestores de serviços públicos de Odontologia, etc. Também se observa a existência de profissionais com vínculos públicos parciais, como os que exercem a profissão em serviços públicos e possuem consultórios privados como autônomos (MORITA; HADDAD; ARAÚJO, 2010).

No cenário mundial, o Cirurgião-Dentista (CD) atua predominantemente no setor privado. No Brasil, a inserção desse profissional no serviço público foi reforçada desde o ano 2000, com as chamadas Equipes de Saúde Bucal (ESB) na ESF. Essa estratégia, associada às novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação na área de saúde, às diretrizes para a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) contribuem para o deslocamento do campo técnico da odontologia para o campo da Saúde Bucal Coletiva (SBC) (BOTAZZO; CHAVES, 2013)

5.2 Identificação das práticas preventivas no contexto local

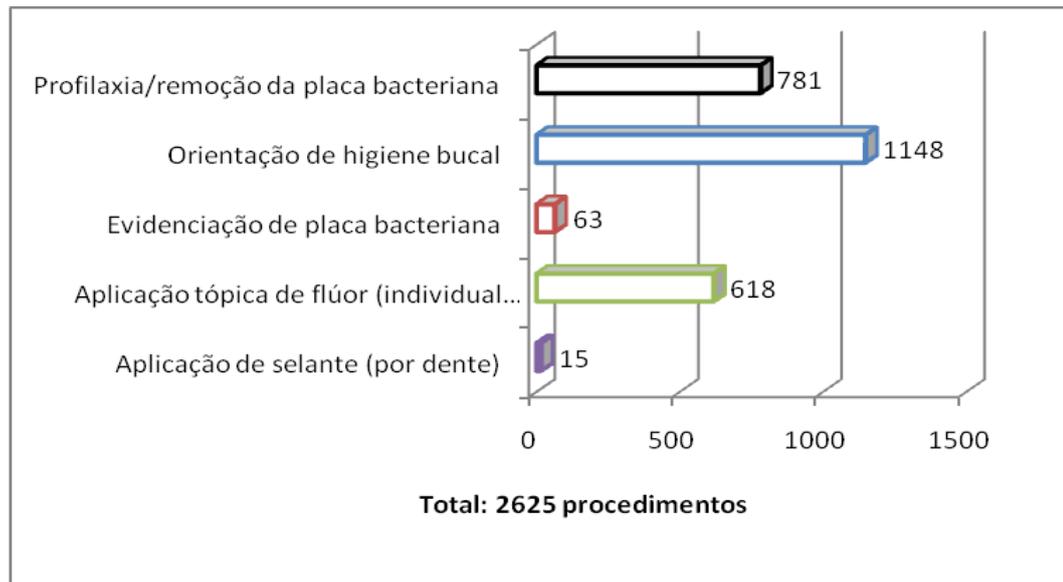
Os dados provenientes dos relatórios do Sistema E-SUS Atenção Básica (e-SUS/AB) são referentes ao período de 2016, entre os meses de janeiro e dezembro, tendo em vista ser esse período de efetiva implantação deste sistema de coleta de dados no município. De acordo com os 41 relatórios disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde foram realizados 13.407 procedimentos em saúde bucal entre procedimentos clínicos individuais curativos e preventivos (GRÁFICO 3). Observou-se que 80,4% (n= 10.782) correspondem a procedimentos clínicos individuais curativos.

GRÁFICO 3 - Total de procedimentos clínicos individuais curativos e preventivos



Total: 13407 procedimentos

Fonte: a autora a partir do e-SUS/AB base municipal, 2016

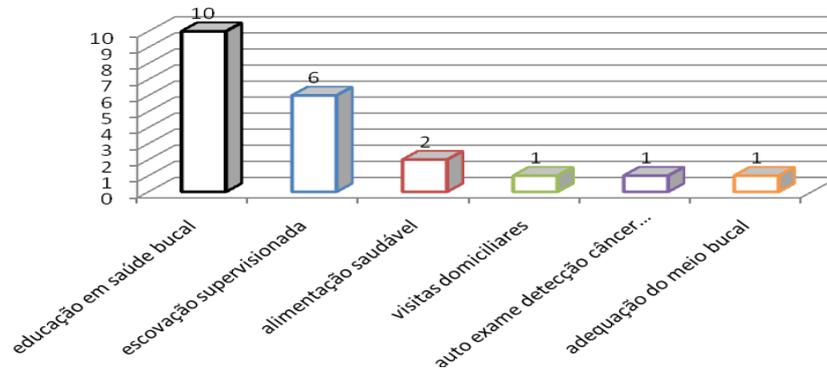
GRÁFICO 4 - Total de procedimentos clínicos individuais preventivos

Fonte: a autora a partir do e-SUS/AB base municipal, 2016

Sendo assim, os dados mostram que os procedimentos clínicos individuais preventivos de aplicação de selante (por dente), aplicação tópica de flúor individual (por sessão), evidenciação de placa bacteriana, orientação de higiene bucal, profilaxia/remoção de placa bacteriana correspondem a apenas 19,6% (n= 2.625), havendo assim uma priorização dos procedimentos clínicos individuais curativos e/ou reabilitadores em detrimento dos procedimentos clínicos individuais preventivos (GRÁFICO 4).

Outras atividades foram citadas ao longo das entrevistas em associação ao desenvolvimento das práticas preventivas, sendo a educação em saúde bucal e escovação supervisionada as mais citadas, como se verifica no GRÁFICO 5.

GRÁFICO 5 - Atividades associadas ao desenvolvimento das práticas preventivas segundo entrevistados



Fonte: a autora a partir do e-SUS/AB base municipal, 2016

As falas dos entrevistados foram discutidas com os achados na literatura, por aproximação de conteúdo, para identificar a existência de articulação entre os conhecimentos gerados em pesquisas científicas e as práticas preventivas em saúde bucal desenvolvidas pelos cirurgiões dentistas inseridos na Equipes de Saúde Bucal (ESB).

De uma maneira geral os entrevistados citaram a prevenção em saúde como “ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença” (LEAVELL; CLARCK, 1976).

Atividade preventiva seria qualquer atividade ou toda ação que venha evitar algum dano ou agravo ao paciente em relação à saúde dele qualquer coisa que eu faça para evitar a doença (CD3)

Ao meu ver é um procedimento que faça com que evite alguma doença (CD7)

Então são procedimentos que a gente possa fazer no paciente, procedimento clínicos que a gente possa prevenir a formação de doenças (CD8)

É atividade de prevenção de doenças, é evitar que o paciente tenha doença (CD10)

São aqueles procedimentos pra evitar a formação de alguma patologia (CD2)

É possível observar que apesar dos avanços científicos e das discussões sobre o processo saúde e doença, três profissionais ainda associam o conceito de Leavell; Clark (1976) ao termo Promoção da Saúde.

Atividades ou procedimentos preventivos eu compreendo que são toda a gama de ações que visam de uma maneira geral promover saúde através de ações de informações (CD9)

Toda atividade que permita a partir do conhecimento conseguir cuidar-se melhor promover mais saúde para ele mesmo (CD4)
Atividade ou procedimento preventivo é toda forma de trabalhar algo para que não avance (CD1)

Para Czeresnia (2003) os conceitos de prevenção de doenças e de promoção da saúde não se distinguem claramente na prática do setor saúde. As práticas em promoção da saúde, da mesma forma que as de prevenção de doenças, fazem uso do conhecimento técnico e científico específico do campo da saúde.

No âmbito local, os dados mostraram uma priorização dos procedimentos clínicos individuais e curativos em detrimento dos procedimentos clínicos preventivos. Tais dados são bastante semelhantes com os estudos de Carvalho et al. (2002) que observaram que 96,9% dos procedimentos referem-se às ações curativas e 3,1% às ações de prevenção e promoção de saúde. Concluíram que apesar da recomendação do modelo integral de atenção à saúde bucal, a prática das intervenções odontológicas ainda prioriza as ações curativas, em livre demanda e que medidas de caráter preventivo são empregadas de forma restrita.

Um estudo feito por Barbosa; Brito; Costa (2007) analisou a saúde bucal na ESF através das percepções de cirurgiões-dentistas e auxiliares no contexto do município de São Gonçalo do Amarante, estado do Rio Grande do Norte e revelou que o tratamento curativo ainda é a prática que predomina entre as atividades desenvolvidas pelas ESB, e que os profissionais mostram anseios por mudanças das práticas realizadas no modelo tradicional, bem como a interação dos profissionais que compõem a ESB.

Souza (2005) verificou que dentre os procedimentos preventivos realizados pelos CDs tem-se evidenciação de biofilme, orientação de higiene oral; orientação de dieta e ATF dentre as atividades de consultório, e realização de palestras (educação em saúde), ATF e escovação supervisionada em âmbito coletivo, sendo os espaços mais citados para essas ações as escolas (47,7%) e creches (31,8%), ou seja, escolares e pré-escolares. Outro aspecto verificado é de não haver relatos da frequência e regularidade das ações.

Outro estudo tomou por base o perfil do cirurgião-dentista inserido na ESF e foi realizado por Martelli et al. (2010) mostrou que 89,6% dos dentistas realizavam atividade educativa, além de escovação supervisionada 33,9%, e aplicação de flúor que era feita por 69,6% dos profissionais e o uso de selante por 16,5% dos dentistas.

Fazendo um paralelo com os dados secundários deste estudo, as atividades preventivas individuais nos registros foram a orientação em higiene bucal (43,7%), profilaxia/remoção de placa bacteriana (29,8%) e aplicação tópica de flúor individual (por sessão) (23,5%) e evidenciação de placa bacteriana (2,4%) e aplicação de selante (por dente) (0,6%).

A associação entre o termo educação em saúde e prática preventiva foi utilizada por quatro profissionais entrevistados, avançando para uma compreensão de que as práticas de educação em saúde são inerentes ao trabalho em saúde, mas muitas vezes estão relegadas a um segundo plano no planejamento e organização dos serviços, na execução das ações de cuidado e na própria gestão.

É conscientização ou sensibilização quanto a higiene, ensinar como escova, palestras (CD5)
 São atividades para as pessoas terem conhecimento do que é prevenção a gente vai explicar técnicas de escovação (CD6)
 No meu entendimento são atividades educativas que visam a elucidação de questões do paciente (CD11)
 São palestras que a gente faz na comunidade orientando os pacientes (CD12)

Segundo o Ministério da Saúde, a educação em saúde é definida como:

Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população[...]. Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2013)

Também houve associação da prática preventiva a atividade de ação coletiva de escovação dental supervisionada. No nosso estudo, a realização da escovação supervisionada em âmbito coletivo foi relatada por metade dos entrevistados, mas apenas nas escolas. Os entrevistados relataram ações de educação em saúde em grupos de escolares, idosos, hipertensos e diabéticos, gestantes, adolescentes. Com exceção dos escolares, as atividades nos grupos ocorrem majoritariamente em ambientes dentro da própria Unidade, embora relatem dificuldades na estrutura física da Unidade Básica de Saúde para a realização das ações.

Existe dificuldade de se fazer na prática, de insumos, de estrutura na UBS”(CD4)
 Com certeza tem muitas dificuldades de infra-estrutura na UBS (CD7)

A evidenciação de biofilme bacteriano e aplicação de selante (por dente) foram citadas de forma menos expressiva, o que pode estar relacionado a limitação na realização das ações gerada pela falta de insumos odontológicos presente nos relatos.

Há dificuldade de nos fornecer insumos para que essas práticas possam ser feitas de forma efetiva (CD2).
 Em relação a alguns materiais e alguns instrumentais também acho que precisamos de um recurso maior em relação a isso (CD3).
 Não dá pra levar a cabo porque falta instrumental, falta material disponível (CD9).
 Eu não tenho acesso ultimamente pra fazer prevenção de cárie, não tem selante (CD12).

Teixeira; Teixeira (2003) concordam com as respostas dos participantes no que tange à mobilização de recursos financeiros para a obtenção de materiais e investimentos em infra-estrutura, são indispensáveis à efetiva ação sanitária. Os serviços de saúde podem ser um componente importante na melhoria das condições de saúde da população. Serviços odontológicos promotores de saúde envolvem a presença de profissionais com visão ampliada sobre o processo saúde-doença e fluxo adequado, contínuo e permanente de recursos financeiros ao provimento das referidas ações.

De acordo com a Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017, acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar, são atribuições dos cirurgiões-dentistas da ESF. Contudo, uma das falas dos entrevistados refere dificuldade nesta integração e conseqüentemente limitação na realização das ações (BRASIL, 2017).

Dificulta um pouco nossa prática. Até nessa coisa de conseguir juntar a equipe e criar uma equipe multidisciplinar de fato também é muito difícil onde todo mundo tivesse os mesmos interesses, os mesmos objetivos, eu acho que a gente empata nisso (CD11)

A questão da referência e contrarreferência mostra-se como um problema e interfere na integralidade da assistência prestada à população e a efetivação do acesso aos serviços de saúde.

Eu acredito que seja se o serviço público oferecesse o mínimo de atendimento posterior a esse preventivo aí poderia se desenvolver alguma coisa, mas a partir do momento em que uma tentativa de prevenção fica sem suporte fica difícil oferecer ao público (CD4)

Cunha; Vieira-da-Silva (2010), em seu estudo sobre acesso aos serviços de saúde em um município da Bahia, evidenciaram que o sistema de referência e contrarreferência foi um dos fatores de determinação do acesso da população que mais mostrou deficiências. Moimaz et al. (2010), em um estudo conduzido com usuários em cinco municípios de São Paulo, mostraram que a deficiência no sistema de referência e contrarreferência constitui um problema no acesso aos serviços de saúde e, conseqüentemente, dificulta o atendimento das necessidades da população, diminuindo sua satisfação em relação aos serviços prestados.

A escassez de recursos educativos foi observada e apontada como fator dificultador da prática preventiva pelos profissionais. Foram apontadas as dificuldades de obtenção dos materiais; bem como a obtenção dos materiais específicos para a saúde bucal e ainda, a ausência de recursos técnicos para otimizar a comunicação entre profissional e usuários.

Eu acho que é muito limitado viver só com a questão da “boquinha” aquele manequim odontológico fica muito limitado aquilo as vezes quer um apoio maior, as vezes quer um datashow (CD3)
 Quando a gente vai dar palestras às vezes falta parte visual pra facilitar a compreensão dos usuários” (CD7)
 A gente não recebe lá, recebia antigamente folder, material informativo de câncer bucal, folhetos (CD8)
 Eu sempre procuro passar pros meus pacientes toda a informação que cabe de uma maneira que possa ser entendida por eles, também tem isso não cabe toda a informação que eu recebo ser passada, então informação de forma mais simples (CD9)

Questões relacionadas à infra-estrutura, espaço físico, disponibilidades de materiais educativos, recursos audiovisuais e o apoio da secretaria municipal de saúde, são destacados em vários estudos como dificuldades enfrentadas para o desenvolvimento de práticas educativas (MELO; SANTOS; TREZZA, 2005; MOURA; SOUSA, 2002; SILVA; ROTENBERG; VIANNA, 2004). Nestes estudos citados, ressalta-se que, para trabalhar efetivamente a educação em saúde é necessário a disponibilização de materiais e insumos que possam estimular os profissionais. São

também imprescindíveis os cursos de capacitação e atualização que desenvolvam a capacidade criativa e a utilização de formas diversificadas de práticas educativas.

Porque não tem incentivo por parte dos gestores, você precisa estar motivado para buscar novas técnicas, novos materiais e como eles (a gestão) está acomodada também deixa a gente numa área de conforto e gera aquela acomodação (CD5)

Satisfação no trabalho é um assunto de suma importância, porque afeta a produtividade profissional e contribui com a qualidade das tarefas que são realizadas (COSTA, 2010; SUR et al., 2004). Neste estudo a falta de motivação profissional para realização das ações foi citada e esteve correlacionada com falta de apoio da gestão municipal e falta de insumos, materiais e instrumentais.

O que a gente vê é que o serviço público ele carece muito, ele não incentiva, ele não promove, ele não facilita, então a gente vai se acomodando a essa situação e perde o estímulo (CD5).

A gente precisa de ilustrações, mostrar o que acontece, o antes e depois se não cuidar. Com o tempo a gente acaba se sentindo desestimulada, desmotivada para fazer estas práticas (CD8).

Para Nicolielo; Bastos (2002), a satisfação profissional constitui um tema muito importante e atualmente vem sendo descrita como o estado emocional positivo resultante do prazer que se tem com as experiências do trabalho, estando fortemente relacionada a fatores como desempenho profissional, qualidade de vida, saúde física e mental e com a auto-estima do trabalhador. Os autores relataram que haveria uma relação estabelecida entre o tempo de atuação no mercado de trabalho e a satisfação profissional, estando os profissionais recém-formados mais insatisfeitos. Outro estudo realizado por Fadel et al. (2008) sobre o interesse e satisfação profissional de quem atua em equipes do programa saúde da família no noroeste paulista mostram elevado grau de satisfação no trabalho em categorias de nível auxiliar (auxiliares de enfermagem e agentes comunitárias de saúde, com 75% e 68,4%, respectivamente), apesar da baixa remuneração salarial. Entre os profissionais de nível superior, destacam-se os cirurgiões-dentistas, com elevado grau de insatisfação (83,3%), e a classe médica, também, na sua maioria, satisfeita (71,4%).

Ao longo das entrevistas em relação às dificuldades na realização de ações preventivas, verifica-se uma heterogeneidade de problemas a efetivação dessas ações.

A dificuldade mais citada para a realização das práticas preventivas foi a falta de insumos odontológicos seguida de problemas na estrutura física da UBS, conforme QUADRO 3.

QUADRO 3 - Dificuldades na realização das ações preventivas, segundo os entrevistados

LIMITAÇÕES	CD1	CD2	CD3	CD4	CD5	CD6	CD7	CD8	CD9	CD10	CD11	CD12
Falta de insumos, materiais e instrumentais		X	X	X		X		X	X		X	X
Falta de apoio da gestão municipal		X			X							
Limitação de recursos educativos			X									
Difícil acesso a retaguarda assistencial				X								
Problemas na estrutura física da UBS				X			X			X		X
Falta de motivação pessoal					X			X				
Limitação pessoal												
Dificuldade de integração com os demais profissionais da equipe											X	
Relatou não possuir limitações	X											

Fonte: a autora, 2018

5.3. Identificação das fontes de informação e utilização de evidências científicas

No que concerne as estratégias utilizadas para atualização profissional, 67,4% (n= 29) informaram a leitura de artigos científicos como estratégia de atualização, 2,3% (n=1) uso de bases de dados científicas na internet (BIREME, BVS, etc), 20,9% (n=9) participação em congressos/simpósios/reuniões científicas, 7% (n=3) realização de cursos, 2,3% (n=1) leitura de livros científicos.

Com relação a utilização de evidências científicas na prática profissional, observou-se que 76,7% (n= 33) utilizam evidências no seu cotidiano e 23,3% (n=10) não utilizam.

Para 32,6% (n=14) dos pesquisados a aplicação das evidências no cotidiano profissional ocorre através de discussões em seminários, oficinas e cursos, para 18,6% (n= 8) através de discussões de artigos científicos e para 18,6% (n=8) através de

palestras sobre determinado tema. Três pesquisados (7,0%) não souberam informar como a aplicação poderia ocorrer.

Outro aspecto considerado foi se a incorporação de evidências científicas altera/qualifica/aprimora a prática profissional odontológica. Verificou-se que quase a totalidade dos pesquisados, 95,3% (n=41) responderam SIM, enquanto 4,7% (2) responderam que não sabiam informar. Esta questão foi complementada por questão discursiva que serviu de subsídio para verificar como ocorreria esta alteração/qualificação/aprimoramento na prática profissional, as respostas dos entrevistados para esta questão estão representados a seguir (QUADRO 4).

QUADRO 4- Representação das respostas da questão discursiva do questionário, segundo entrevistados.

CIRURGIÕES-DENTISTAS	DISCURSOS
CD1	Solidifica o conhecimento, ampliando a prática profissional”
CD2	Auxilia o profissional a ter segurança e maior certeza do que está fazendo
CD3	Porque através das evidências científicas adquirimos mais embasamento ou aprimoramento, uma vez que estas evidências podem ou não confirmar se o nosso modo de proceder são mais adequados para obter sucesso clínico
CD4	Aumentando a previsibilidade de resultados
CD5	Não respondeu
CD6	Não respondeu
CD7	Utilização de novas técnicas para obtenção de melhores resultados
CD8	Não respondeu
CD9	Não respondeu
CD10	Através da evidência científica que podemos colocar em prática os conhecimentos adquiridos com segurança de bom resultado clínico
CD11	Gerando tratamentos com melhor prognóstico, pois é possível nortear os tratamentos de acordo com as técnicas e condutas com melhores resultados clínicos
CD12	O aprimoramento tecnológico nos abre novos caminhos e descobertas. Devemos estar sempre atentos às inovações, para levar aos nossos pacientes o que há de melhor e mai atual, e assim suprir suas necessidades e expectativas da melhor maneira possível

Fonte: a autora, 2018

Ainda no contexto de utilização de evidências científicas na prática profissional, os profissionais levam em consideração para o desenvolvimento das práticas preventivas o conhecimento técnico 83,7% (n=36), experiência pessoal 9,3% (n=4), leitura de literatura

científica por 4,7% (n=2) e bom senso/intuição 2,3% (n=1). A literatura descreve diferentes barreiras e dificuldades para o uso de evidências científicas na prática profissional. Neste estudo, a falta de tempo, a falta de recursos de educação continuada em evidências na Odontologia foram as mais citadas seguida da falta de incentivos financeiros, conforme QUADRO 5.

QUADRO 5: Dificuldades para o uso de evidências científicas no cotidiano profissional, segundo os entrevistados

LIMITAÇÕES	CD1	CD2	CD3	CD4	CD5	CD6	CD7	CD8	CD9	CD10	CD11	CD12
Falta de incentivos financeiros												
Falta de tempo												
Falta de recursos de educação continuada em evidências na Odontologia												
Falta de diretrizes clínicas baseadas em evidências para o cuidado em saúde bucal												
Falta de publicações necessárias em evidências na Odontologia												
Evidência limitada na área odontológica												
Falta de sistemas de apoio à decisão clínica baseadas em evidências												
Falta de meios práticos para alcançar a melhor evidência												
Falta de evidências com base na Odontologia												

Fonte: a autora, 2018

A produção de conhecimento científico é importante e necessária, mas não garante a utilização do mesmo (CLARKSON *et al.*, 2010; STRAUS, TETROE, GRAHAM, 2009). Apesar de existir, entre os entrevistados, relatos de utilização de conhecimento científico, eles não associaram a utilização de conhecimento científico nas ações preventivas, apenas citaram utilizá-lo.

Principalmente a parte científica mesmo de embasamento científico de todas as práticas tem que ter embasamento principalmente hoje em dia a gente trabalha muito baseado em evidências (CD1)

Os que eu normalmente pratico todos tem comprovação científica (CD2)

Então existem alguns procedimentos que a gente tem conhecimento (CD8)

Faz o procedimento na UBS, quando a gente tem o material e quando a gente tem o conhecimento (CD12)

Para McQueen (2001), a evidência científica define as melhores práticas de prevenção em saúde. Segundo ele, as práticas baseadas em evidências não estão sendo difundidas na proteção, prevenção e promoção à saúde.

Neste estudo, quando utilizada, a evidência científica é aplicada a nível ambulatorial e relacionada a procedimentos técnicos curativos.

Através da evidência científica que podemos colocar em prática os conhecimentos adquiridos com segurança de bom resultado clínico (CD10)

De acordo com Gillette *et al.* (2009) a aplicação de evidências de pesquisa é um componente importante de qualquer prática de cuidados em saúde.

Um dos objetivos deste estudo foi descobrir as fontes utilizadas pelos profissionais entrevistados para orientar suas ações preventivas. Observaram-se diferentes estratégias, sendo que a leitura de artigos científicos e participação em congressos/simpósios/reuniões científicas foram as mais citadas.

A gente trabalha muito com artigos científicos mais recentes (CD1)

Cursos, congressos, seminários são todas as formas de conhecimento científico que eu tenho acesso (CD9)

As fontes são artigos científicos (CD3)

Cursos, capacitações, livros ou revistas científicas (CD8)

Congressos, cursos que a gente vai acumulando durante o tempo que a gente está trabalhando (CD12)

Um entrevistado citou que acessa artigos científicos impulsionado pelo fato de estar recentemente em um curso de Odontopediatria. Esse paralelo pode ser traçado. Observou-se que, quando se tratava de um profissional pós-graduado, citar a utilização de artigos científicos foi uma máxima. Esse fato aponta para uma possível teoria de que a formação prévia pode influenciar na busca do conhecimento científico baseado em evidências.

Graham et al. (2006) enfatiza a necessidade de que a educação continuada para os profissionais de saúde seja baseada no melhor conhecimento disponível e na necessidade de incorporar evidências científicas em estratégias de educação continuada já conhecidas para transferir com mais eficiência o conhecimento para os profissionais.

Apesar disso, métodos tradicionais são reproduzidos desde o período da graduação, conforme verificado no discurso de dois profissionais que afirmaram basear suas ações nos conhecimentos adquiridos na Universidade.

Conhecimento adquirido em curso de graduação (CD4)

E o que eu vejo de práticas e o que eu faço de prática ou procedimento preventivo é o que eu aprendi na graduação (CD5)

Tais práticas são bastante semelhantes quando comparadas às condutas preventivas realizadas no serviço público antes da implantação do PSF no município de Natal, como pode ser observado no estudo de Costa et al. (1999).

Na realização das ações preventivas os profissionais devem primar pela qualidade técnico-científica, atendo-se a realizar embasamentos científicos antes de proceder com as instruções de cada ação. O embasamento deve utilizar as referências bibliográficas mais pertinentes a cada tema, principalmente as que tenham sido desenvolvidas com metodologias e critérios científicos bem delineados e de maior impacto, conferindo caráter de evidência científica.

Outra estratégia de atualização citada pelos entrevistados foi a Internet.

Hoje em dia mais textos na Internet (CD6)

É, muitas vezes eu pesquiso na Internet (CD7)

A gente procura saber em Internet, faz algumas pesquisas, mas nada muito científico, nem criterioso, assim uma curiosidade (CD5)

Cabe aqui uma discussão sobre a confiabilidade do material que resulta de uma busca desta maneira. Muitos termos podem direcionar o indivíduo a encontrar artigos científicos indexados em bases de conhecimento científico, como por exemplo, o SciELO e a Biblioteca Virtual de Saúde – BVS, BIREME. Porém, o que mais se observa são direcionamentos para sites independentes, como blogs, páginas de redes sociais e sites sem confiabilidade comprovada. Os riscos de se basear em informações que não têm comprovação técnico-científica são grandes e podem influenciar em condutas inadequadas.

Para discutir como a TC está ocorrendo é fator importante o tipo de processo adotado pelo indivíduo. Em geral, os profissionais entrevistados não compreendem como o processo de translação do conhecimento poderia ocorrer no cotidiano do serviço. As falas sobre como levar conhecimento a aplicação nas ações preventivas apareceram após intervenção da entrevistadora, que explicou ao entrevistado a questão. Os meios citados foram a discussão com os pares e capacitações profissionais no ambiente da Secretaria Municipal de Saúde.

Eu não tenho uma forma específica de fazer isso (CD2)
 As vezes minhas fontes é trocar idéias com colegas (CD3)
 Quando tem capacitação em nosso setor de trabalho (CD8)
 Cursos oferecidos pela própria administração (CD9)

Fato interessante foi que quando questionados sobre os desafios no processo de TC, os entrevistados confundiram com dificuldades de realização de ações preventivas. As respostas se referiram a processos do cotidiano que retardavam ou impediam a efetivação das ações de prevenção e não de TC.

A gente faz, mas acaba fazendo não como deveria, não como as publicações sugerem pra fazer (CD2)
 Tem produtos muito mais modernos surgindo e a gente ainda atrasados a questão das matrizes que a gente usa que não se adapta bem a cavidade (CD3)
 Eu acho que exame epidemiológico é uma coisa que poderia fazer (CD12)

Para os entrevistados as fontes de conhecimento são bastante evidentes, tanto é que não houve nenhuma fala associando como um desafio a fonte do conhecimento.

Os estudos sobre TC relatam desde conceituação até barreiras do processo (LAROCCA et al., 2012; OLSON; TOOMAN; ALVARADO, 2010). Neste estudo, os

pesquisados relataram várias dificuldades e barreiras como limitadores do uso de evidências científicas, dentre elas os mais citados foram: falta de incentivos financeiros, falta de tempo, falta de recursos de educação continuada em evidências e falta de meios práticos para alcançar a melhor evidência, os mesmos encontrados nos estudos de CORDERO et al. 2008; GRAHAM; GRAVEL; LÉGARÉ, 2006; GRIMSHAW et al., 2012; MACDERMID; GRAHAM, 2009.

6 CONCLUSÕES

Os pesquisados demonstraram compreender a importância da prática preventiva em seu cotidiano, contudo relataram dificuldades na realização das ações. Verificou-se que a utilização de evidências científicas nas ações preventivas ainda é incipiente, com enfoque para sua utilização em práticas clínicas curativas e reabilitadoras.

As práticas preventivas desenvolvidas são basicamente as pertencentes ao escopo de ações preventivas ofertadas pela Atenção Básica no SUS. Entre os profissionais entrevistados há uma ênfase no caráter educativo das ações. Contudo, a prevenção e ações de educação em saúde estruturam-se mediante a divulgação de informação e de recomendações normativas de mudanças de hábitos.

Percebe-se que a fonte do conhecimento, na qual se baseiam as ações, é predominantemente oriunda de fontes formais de pesquisa, sendo a utilização de fonte científica associada à formação acadêmica. O acesso aos artigos científicos não está associado às ações preventivas do cotidiano do trabalho, mas a conhecimento clínico e ambulatorial.

Percebeu-se que os Cirurgiões -Dentistas têm perfil profissional voltado para a clínica, aspecto que está relacionado a sua formação acadêmica, mas também devido à própria expectativa da comunidade em priorizar o atendimento clínico.

Esse perfil clínico preponderante pouco tem se alterado, apesar do que é preconizado na Estratégia de Saúde da Família sugerindo mudanças nas formas de atuação já estabelecidas, e de criar um outro modo de produzir saúde. O que se vê é a reprodução de práticas tradicionais, fragmentadas e isoladas.

O termo Translação do Conhecimento (TC) é desconhecido pelos entrevistados, sendo referido que o contato com os novos conhecimentos e a consequente utilização desses na prática cotidiana apresenta limitações no cotidiano do serviço público.

A compreensão do processo de translação do conhecimento científico foi, portanto, pouco observada, devido ao desconhecimento dos meios de realizá-la e suas barreiras. Algumas delas estão sendo transpostas, como o acesso ao conhecimento científico, mas outras, como a dificuldade de entender as informações, e o estímulo ao processo, estão distantes de serem elucidadas.

Os resultados apontam também que há necessidade de motivá-los a refletir e redirecionar as suas práticas, tendo como medida inicial o investimento e estímulo à educação permanente e um monitoramento e avaliação das ações por eles desenvolvidas.

Restam algumas considerações finais a respeito deste estudo. Como limitação, tivemos: por ser uma pesquisa qualitativa, as conclusões desta não podem ser generalizadas, ela indica rumos para que novas pesquisas sejam realizadas como um universo mais amplo de profissionais. Como dificuldade, ressaltamos a extensa demanda de trabalho relatado pelos profissionais como justificativa a não participação no estudo. A partir dos resultados encontrados e tendo como base os pressupostos teóricos norteadores do estudo observamos que os profissionais de saúde bucal priorizam as atividades curativas em detrimento das atividades preventivas e encontram-se desmotivados devido a dificuldades no desenvolvimento de atividades de prevenção. Diversas limitações são relatadas na incorporação da evidência científica na prática profissional, principalmente na saúde pública, embora a maior parte dos profissionais relate utilizar fontes de informação formais para atualização profissional e expressem a importância do uso de evidências científicas nas práticas em saúde bucal como ferramenta para qualificar as ações preventivas e para avançar em tecnologias inovadoras do cuidado. Neste estudo, os profissionais demonstraram desconhecer estratégias para uso de evidências científicas na prática profissional principalmente no que diz respeito às práticas preventivas em saúde bucal.

Como sugestões, destacamos que novas pesquisas sejam desenvolvidas. Sugerimos também a realização de oficina para promover/facilitar a utilização de evidências científicas no processo de trabalho das ESB (APÊNDICE D), sendo esta a principal demanda dos mesmos e percepção dos pesquisadores, para que possa ser analisada a efetividade da translação do conhecimento nas práticas preventivas em saúde bucal.

REFERÊNCIAS

- AHOVUO-SALORANTA, A. et al. Sealants for preventing dental decay in the permanent teeth. **Cochrane Database Systematic Review (online)**. Oxford, n. 3, 2013. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/>. Acesso em: 15 jan. 2017.
- AKUTSU, R.C. Os nutricionistas brasileiros: perfil profissional e demográfico. **Rev. de Nutrição**, Campinas, v. 21, n. 1, p. 7-19, 2008.
- ALMEIDA, G. C. M.; FERREIRA, M. A. F. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.24, n.9, p. 2131-2140, 2008.
- ARMSTRONG, R. et al. Knowledge translation strategies to improve the use of evidence in public health decision making in local government: intervention design and implementation plan. **Implementation Science (on line)**, London, v. 8, p.121, 2013. Disponível em: <https://implementationscience.biomedcentral.com/>. Acesso em: 29 jan. 2018.
- BARBOSA, A. A. A.; BRITO, E. W. G.; COSTA, I.C.C. Saúde bucal no PSF, da inclusão ao momento atual: percepções de cirurgiões-dentistas e auxiliares no contexto de um município. **Cienc Odontológica Brasileira**, v.10 n.3, p. 53-60, 2007.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BAUMBUSCH J. L., et al. Pursuing common agendas: a collaborative model for knowledge translation between research and practice in clinical settings. **Research in Nursing and Health**, Chicago, v. 31, n. 2, p. 130-140, 2008.
- BHATTACHARYYA, O.; REEVES, S.; ZWARENSTEIN, M. What is implementation research? rationale, concepts, and practices. **Research on Social Work Practice**, Toronto, v. 19, n. 5: p. 491-502, 2009.
- BOTAZZO, C.; CHAVES, S. C. L. Saúde Bucal Coletiva: Antecedentes e estado da arte. In: BOTAZZO, C. **Diálogos sobre a boca**. São Paulo: Hucitec, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Tesouro Eletrônico**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsm2.saude.gov.br/cgi-bin/multites/mtwdk.exe>. Acesso em: 05 fev. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017. Disponível em: http://bvsm2.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 12 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1444 de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, 29 dez 2000; Seção 1, p.85.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 673 de 03 de junho de 2003**. Atualiza e revê o incentivo financeiro às Ações de Saúde Bucal, no âmbito do Programa de Saúde da Família, parte integrante do Piso de Atenção Básica – PAB. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt0673_03_06_2003.html. Acesso em: 24 mar. 2017.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS. Consulta Estabelecimento – Identificação. In:____. **Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES)**. 2016. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/consultas.jsp>. Acesso em: 20 jan. 2018.

BRASIL. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Consulta Histórico de Cobertura da Atenção Básica. In:____. **Relatórios Públicos dos Sistemas da Atenção Básica**. 2017. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relatoriosPublicos.xhtml>. Acesso em: 26 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil**. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico]**. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes metodológicas: elaboração de estudos para avaliação de equipamentos médico-assistenciais**. Brasília; 2013. Série A: Normas e Manuais Técnicos.

BRASIL. Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência. **Síntese de evidências para políticas de saúde**: estimulando o uso de evidências científicas nas tomadas de decisão. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil**: registro de uma conquista histórica: Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2006. Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde.

BRASIL. Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe. **Plano Diretor Regional de Sergipe**. Aracaju, 2010.

BROOKS, A. et al. Implementing new health interventions in developing countries: why do we lose a decade or more. **BioMed Central Public Health**, London, n. 12, p. 683, 2012.

CANADIAN INSTITUTES OF HEALTH RESEARCH . **Knowledge Translation Strategy 2004-2009**: Innovation in Action, Ottawa, 2004. Disponível em: <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/26574.html>. Acesso em: 21 mar. 2018.

CANADIAN INSTITUTES OF HEALTH RESERCH. **Knowledge Translation**: Definition. Ottawa, 2014. Disponível em: <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/29418>>. Acesso em: 21 mar. 2018.

CARVALHO, D. M. et al. Procedimentos odontológicos: Promoção de Saúde x Atividades Curativas. **Pesq. Brasileira Odontopediatria Clínica Integrada**. João Pessoa, v. 2, n. 3, p. 132-136, 2002.

CARVALHO, V. A. P. et al. Nível de conhecimento dos cirurgiões-dentistas de São José dos Campos sobre o uso de anti-inflamatórios não esteróides. **Ciênc. Saúde Coletiva**. vol.15, n.1, Rio de Janeiro, 2010.

CHAVES, S. C. L.; SILVA, L. M. V. As práticas preventivas no controle da cárie dental: uma síntese de pesquisas. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 129-139. jan-fev, 2002.

CLARKSON, J. E. et al. The translation research in a dental setting (TRiaDS) programme protocol. **Implementation Science (on line)**, London, v.5, n.57, 2010. Disponível em: <https://implementationscience.biomedcentral.com/>. Acesso em: 29 jan. 2018.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 3., 2005, Brasília. **Relatório Final**: Ministério da Saúde, 2005.

CONSELHO NACIONAL EDUCAÇÃO (BRASIL). **Resolução nº 3, de 19 de fevereiro de 2002**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Brasília, 2002. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES032002.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2017.

CORDERO C. et al. Funding agencies in low-and middle-income countries: support for knowledge translation. **Bulletin of the World Health Organization**. Ottawa, v. 86, n. 7, p. 524-34. jul, 2008.

COSTA, A. C. O. **Percepção do cirurgião-dentista sobre trabalho no SUS**. 2010. Tese (Doutorado). Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2010.

COSTA, I. C. C. et al. Prevenção em Odontologia, uma questão de atitude: um paralelo entre os serviços público e privado de Natal-RN. **Rev Fac Odontol Lins**. São Paulo, v. 11, n. 2, p. 52-9. jan-jun, 1999.

CUNHA, A. B. O.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 725-737, 2010.

CURY, J. A.; CALDARELLI, P.G.; TENUTA, L.M.A. Necessidade de revisão da regulamentação brasileira sobre dentifrícios fluoretados. **Rev. Saúde Pública** . São Paulo, v. 49, n. 74, 2015.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre promoção e prevenção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da Saúde**: conceitos, práticas e reflexões. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p. 39-53.

EISENHARDT, K. M. Building Theories from Case Study Research. **The Academy of Management Review**, New York, v. 14, n. 4, p. 532-550, 1989.

FADEL, C. B. et al. Interesse e satisfação profissional de quem atua em equipes do programa saúde da família no noroeste paulista. **Rev Mineira de Enfermagem**; Belo Horizonte, v. 12, n. 1, p. 64-70, 2008.

FAGGION J.R. Is the Evidence Supporting Dental Procedures Strong? A Survey of Cochrane Systematic Reviews in Oral Health. **J Evid Base Dent Pract**; Finland, v. 12, n. 3, p. 131-134, 2012.

FERREIRA, N. P.; FERREIRA, A. P.; FREIRE, M. C. M. Job market in dentistry: historical context and perspectives. **Rev Odontologia UNESP**. Araraquara, v. 42, n. 4, p. 304–309, 2013.

FERREIRA, A. B. H. Verbete In: _____. **Dicionário da língua portuguesa**. 5ª. ed. Curitiba: Positivo, 2010. p. 623.

GILLETTE, J.; et al. The benefits of evidence-based dentistry for the private dental office. **Dental Clinic North America**. Amsterdã, v. 53, n. 1, p. 33-45, 2009.

GRAHAM, I. D. et al. Lost in knowledge translation: time for a map?. **Wiley Interscience (on line)**, New Jersey , v. 26, n. 1, p. 13-24, 2006. Disponível em: www.interscience.wiley.com. Acesso em: 29 jan. 2017.

GRAHAM I.D.; GRAVEL K., LÉGARÉ, F. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: a systematic review of health professionals perceptions. **Implement Science (on line)**, London. v. 1, p.16, 2006. Disponível em: <https://implementationscience.biomedcentral.com/>. Acesso em: 29 jan. 2018.

GRAHAM, I. D.; TETROE, J. Whither Knowledge Translation: An International Research Agenda. **Nursing Research**. Ottawa. v. 56, n. 4, 2007.

GRIMSHAW, J.M. et al. Knowledge translation of research findings. **Implement Science (on line)**, London, v. 7, n. 50, 2012. Disponível em: <https://implementationscience.biomedcentral.com/>. Acesso em: 29 jan. 2018.

HIIRI, A. et al. Pit and fissure sealants versus fluoride varnishes for preventing dental decay in children and adolescents. **Cochrane Database Syst Rev(online)**. Oxford, n. 3, 2010. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/>. Acesso em: 15 jan. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). 2010. **Consulta Panorama municípios**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/se/nossa-senhora-do-socorro/panorama>. Acesso em: 22 fev. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE ESTUDOS E PESQUISAS SOCIOECONÔMICAS – (INBRAPE). **O perfil do cirurgião-dentista no Brasil**. Pesquisa realizada para entidades nacionais de odontologia: ABO, ABENO, ACBO, CFO, FIO e FNO. São Paulo, 2003. Disponível em: http://www.cfo.org.br/download/perfil_CD.pdf. Acesso em: 25 jan. 2018.

KITSON, A. et al. Knowledge translation within a population health study: how do you do it?. **Implementation Science (on line)**, London, v. 8, n. 54, 2013. Disponível em: <https://implementationscience.biomedcentral.com/>. Acesso em: 29 jan. 2018.

KRIGER, L; MOYSÉS, S. T.; MORITA, M. C. **Odontologia baseada em evidências e intervenção mínima em Odontologia**. São Paulo: Artes Médicas, 2016.

KUSMA, S. Z. et al. Promoção de Saúde: perspectivas avaliativas para a saúde bucal na atenção primária em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, p. 9-19, 2012.

LAROCCA, R. et al. The effectiveness of knowledge translation strategies used in public health: a systematic review. **BMC Public Health**, London, v.12, n. 1, p.751, 2012.

LEAVELL, S; CLARCK, E. G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

LLEWELLYN, S.; NORTHCOTT, D. The “singular view” in management case studies qualitative research in organizations and management. **An International Journal**, Auckland, v. 2, n. 3, p. 194-207, 2007.

MACDERMID, J. C.; GRAHAM, I.D. Knowledge Translation:Putting the “Practice” in Evidence-Based Practice. **Hand Clinics Journal (on line)**, Amsterdã, v. 25, p. 125–143, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19232922>. Acesso em : 12 abr. 2017.

MACIEL, C. F. et al. Perfil dos Cirurgiões-Dentistas do Programa de Saúde da Família da Grande Vitória. **UFES Rev. Odontologia**, Vitória, v.8, n.3, p.31-37, 2006.

MARINHO, V. C. et al. Fluoride varnishes for preventing dental caries in children and adolescents(Cochrane Review). In: **The Cochrane Library**. Oxford, n.7, 2013. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002279.pub2/epdf/full>. Acesso em: 12 abr. 2017.

MARINHO, V. C. et al. Fluoride mouthrinses for preventing dental caries in children and adolescents (Cochrane Review). In: **The Cochrane Library**. Oxford, n.7, 2016.

Disponível em:

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002284.pub2/epdf/full>.

Acesso em: 12 abr. 2017.

MARTELLI, P. et al. Perfil do cirurgião-dentista inserido na Estratégia de Saúde da Família em municípios do estado de Pernambuco, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva** vol.15, n. 2, Rio de Janeiro, 2010.

MATOS, M. S. et al. Expectativas de estudantes de Odontologia sobre o campo de trabalho odontológico e o exercício profissional. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**; v. 13, n. 4, p. 10-21, 2011.

MCQUEEN, D.V. Strengthening the evidence base for health promotion. **Health Promot Int.** Atlanta, v. 16, n. 3, p. 261-268, set, 2001.

MELO, G.; SANTOS, R. M.; TREZZA, M. C. S. F. Entendimento e prática de ações educativas de profissionais do Programa Saúde da Família de São Sebastião-AL: detectando dificuldades. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, vol. 58, n.3, p. 290-295, 2005.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2007.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1419-1440, 2010.

MORETTI, A.C. et al. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). **Revista Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p. 1827-1834, 2010.

MORITA, M. C.; HADDAD, A. E.; ARAÚJO, M. E. **Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro**. Maringá: Dental Press International, 2010.

MORITA, M. C. et al. Recursos utilizados por graduandos de Odontologia e Cirurgiões-dentistas do SUS para estudar e resolver dúvidas durante o trabalho. **Rev. ABENO**, São Paulo, v.14, n.1, p. 3-16, 2014.

MOURA, E. R. F.; SOUSA, R. A. Educação em saúde reprodutiva: proposta ou realidade do Programa Saúde da Família?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.18, n.6, p.1809-1811, 2002.

NARVAI, P.C; FRAZÃO, P. **Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca** (Coleção Temas em Saúde). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Coleção Temas em Saúde.

NICKEL, D. A. et al. Disseminação e uso dos resultados de pesquisas financiadas pela Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, Brasil, 2004 a 2007. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p.208-220, jan-mar 2017.

NICOLIELO J.; BASTOS, J. R. Satisfação profissional do cirurgião dentista conforme tempo de formado. **Rev Faculdade Odontologia**. Bauru, v. 10, n. 2, p. 69-74, 2002.

NOSSA SENHORA DO SOCORRO. Secretaria Municipal do Planejamento e Orçamento Participativo – SEPLAN. **Mapa do município de Nossa Senhora do Socorro/SE**, março, 2018.

OBORN, E.; BARRET, M.; RACKO, G. **Knowledge translation in health care: a review of the literature**. Cambridge: Judge Business School (ed.). University of Cambridge, 2010.

O'LOUGHLIN, J. et al. Correlates of the sustainability of community-based heart health promotion interventions. **Preventive medicine**, London, v. 27, n. 5, p. 702-712, 1998.

OLIVEIRA, S. R. A.; POTVIN, L.; MEDINA, M. G. Sustentabilidade de intervenções em promoção da saúde: uma sistematização do conhecimento produzido. **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 20, p.246-258, 2015.

OLSON, C. A.; TOOMAN, T. R.; ALVARADO, C. J. Knowledge systems, health care teams, and clinical practice: a study of successful change. **Adv Health Sci Educ Theory Pract**, Netherlands, v. 15, n. 4, p. 491–516, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. WHO recognizes oral diseases in action plan for concommunicable diseases. **J Can Dent Assoc**. Ottawa, v. 79, n.113, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **World report on knowledge for better health: strengthening health systems**. Genebra, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Bridging the “Know–Do” Gap: Meeting on Knowledge Translation in Global Health**. Genebra; 2006.

PADILHA, M.I.C. Translational research: what is its importance to nursing practice? **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 20, n.3, p. 219-220, set, 2011.

PATTON, M. G. **Qualitative Research and Evaluation Methods**, 3 ed. Thousand Oaks, CA: Sage, 2002.

PEREIRA, A.C. **Saúde Coletiva: métodos preventivos para doenças bucais**. São Paulo: Artes Médicas, 2013.

PETTERNELLI, L. A. **Estatística I**. São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.uspleste.usp.br/rvicente/Paternelli_Cap2.pdf>. Acesso em: 17 jan 2019.

RODRIGUES, M. P. **O perfil dos profissionais de saúde bucal dos serviços de saúde pública do Rio Grande do Norte**. 2000. Disponível em: <www.observatorio.nesc.ufrn.br/perfil_t03.htm>. Acesso em: 17 jan 2017.

RODRIGUES, K. M. et al. Condições de trabalho e perfil profissional dos nutricionistas egressos da Universidade Federal de Ouro Preto, Minas Gerais, entre 1994 e 2001. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.12, n. 4, 2007.

SANTOS NETO et al. Perfil dos cirurgiões-dentistas e a formação de técnicos em saúde bucal na Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 20 n.1, p. 72-81, 2012.

SCHERER, C. I.; SCHERER, M. D. A. **Avanços e desafios da saúde bucal após uma década de Programa Brasil Sorridente**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 49, n. 98, 2015.

SCOTT, S. D. et al. A protocol for a systematic review of knowledge translation strategies in the allied health professions. **Implementation Science (on line)**, London, v. 6, n. 58, 2011. Disponível em: <http://www.implementationscience.com/content/6/1/58>. Acesso em: 14 abr. 2017.

SILVA, J. P.; ROTENBERG, S.; VIANNA, E. C. Concepção de educação em saúde na ótica dos profissionais de saúde que atuam em grupos educativos. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 119-136, 2004.

SOUZA, D. S. et al. A inserção da Saúde Bucal no Programa Saúde da Família. **Rev. Bras Odontologia e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 27-29, 2001.

SOUZA, T. M. S. S. **A incorporação da Saúde Bucal no Programa Saúde da Família no Rio Grande do Norte**: investigando a possibilidade de conversão do modelo assistencial. 2005. Dissertação. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2005.

STARFIELD, B. et al. The concept of prevention: a good idea gone astray? **J Epidemiol Community Health**, London, v. 62, n. 7, p. 580-583, 2008.

STRAUS, S.E., TETROE, J., GRAHAM, I.D. Defining knowledge translation. **CMAJ**. Toronto, v. 181, n. 3-4, p. 165–168, august, 2009.

SUR, H. et al. Factors Affecting Dental Job Satisfaction: A Cross-Sectional Survey in Turkey. **Journal of Educational Evaluation and the Health Professions**, Seul, v. 27, n. 2, p. 152-164, 2004. Disponível em: <https://www.jeehp.org/>. Acesso em: 12 abr. 2017.

TEIXEIRA, H. V.; TEIXEIRA, M. G. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 379- 391, 2003.

TETROE, J. et al. What does it mean to transform knowledge into action in falls prevention research? Perspectives from the Canadian Institutes of Health Research. **Journal of Safety Research**, Amsterdã, v.42, p. 423–426, 2011.

VILLALBA, J. P.; MADUREIRA, P.R.; BARROS, N.F. Perfil profissional do cirurgião-dentista para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS). **Rev Inst Ciênc Saúde**. São Paulo, v. 27, n. 3, p. 262-268, 2009.

WATT, R.G. **Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion**. Bulletin of the World Health Organization | September v. 83, n.9, 2007.

YAMALIK, N. et al. Implementation of evidence-based dentistry into practice: analysis of awareness, perceptions and attitudes of dentists in the World Dental Federation: European Regional Organization zone. **International Dental Journal**, New Jersey, v. 65, n. 3, p. 127-145, 2015.

YIN. R. K. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário sobre Aplicação de Evidências Científicas na prática profissional

PERFIL SÓCIO-PROFISSIONAL	
1. Sexo: () feminino () masculino	
2. Data de nascimento:	
3. Ano de Conclusão do curso de graduação:	
4. Possui curso de pós-graduação lato e/ou strictu sensu/residência? () sim () não.	
Se sim, qual? a) Especialização b) Residência c) Mestrado d) Doutorado e) Pós-doutorado	
Ano de Conclusão da última pós-graduação:	
5. Sobre sua atuação profissional: a) trabalha exclusivamente no setor público b) trabalha no setor público e privado c) trabalha em atividade docente em alguma Instituição de ensino superior (IES) d) Outros, por favor, especifique:	
APLICAÇÃO DE EVIDÊNCIAS NA PRÁTICA PROFISSIONAL	
6. Como considera seu nível de atualização profissional permanente: a) ótimo b) bom c) regular d) ruim	
7. Quais as estratégias você utiliza para atualização profissional? a) leitura de artigos científicos b) uso de bases científicas na internet (BIREME, BVS, etc.) c) participação em congressos/simpósios/reuniões científicas d) realização de cursos e) leitura de livros científicos f) Outros, por favor, especifique:	
8. Você utiliza evidências científicas em sua prática profissional? a) sim b) não	
Caso a resposta a pergunta 09 seja sim, responda a pergunta subsequente.	
9. Como ocorre aplicação das evidências científicas no seu cotidiano profissional? a) através de discussões em seminários, oficinas e cursos b) através de discussões de artigos científicos c) por meio de palestras sobre determinado tema d) não sei informar	
10. Você acredita que a incorporação de evidências científicas altera/qualifica/aprimora a prática profissional odontológica?	

<p>a) Sim b) Não Se sim. Como?</p>
<p>11. Quais as dificuldades para o uso de evidências no cotidiano profissional?</p> <p>a) Falta de tempo b) Falta de incentivos financeiros c) Falta de evidências com base na odontologia d) A falta de publicações necessárias em evidências com base na odontologia e) Falta de diretrizes clínicas baseadas em evidências para o cuidado dental g) Falta de sistemas de apoio à decisão clínica baseada em evidências h) Evidência limitada disponível na área odontológica i) Falta de recursos de educação continuada em evidências com base odontologia j) Falta de meios práticos para alcançar a melhor evidência k) Outros, por favor especifique).....</p>
<p>12. O que leva em consideração para desenvolvimento das práticas preventivas no cotidiano das equipes de saúde bucal:</p> <p>a) conhecimento técnico b) experiência pessoal c) leitura de literatura científica d) bom senso/intuição e) não sei informar Outros, por favor, especifique:</p>

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
(CIRURGIÕES DENTISTAS DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL)

Prezado Senhor(a) você está sendo convidado a participar da pesquisa: **Translação do Conhecimento: Atenção a Saúde Bucal Baseada em Evidências**, que tem como *pesquisadores responsáveis*: Ana Gardênia Alves Santos e Silva; Prof(a) Dr(a) Sydia Rosana de Araújo Oliveira

Informação sobre o projeto de pesquisa

Este estudo tem por objeto analisar a articulação entre as práticas preventivas em saúde bucal e os conhecimentos gerados em pesquisas científicas. A realização desta pesquisa poderá trazer subsídios para compreender como são utilizados os conhecimentos científicos para realização das atividades preventivas em saúde bucal. Este estudo busca os objetivos seguintes: 1) Descrever as práticas preventivas desenvolvidas pelas equipes de saúde bucal no município de Nossa Senhora do Socorro/SE; 2) Conhecer as fontes de informação utilizadas pelos profissionais cirurgiões dentistas das equipes de saúde bucal do município de Nossa Senhora do Socorro/SE para nortear o desenvolvimento das atividades preventivas. 3) Investigar a compreensão do processo da translação do conhecimento pelos profissionais cirurgiões dentistas das equipes de saúde bucal no município de Nossa Senhora do Socorro/SE; 4) Propor estratégias de utilização de evidências científicas na perspectiva da translação do conhecimento no processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal. Os resultados gerais deste estudo servirão como base para o desenvolvimento dos conhecimentos sobre o tema a fim de publicação na literatura científica especializada.

Procedimentos

O estudo compreende, em especial, com seu consentimento, a aplicação de questionário com posterior realização de entrevistas.

Riscos, inconvenientes e benefícios

Os riscos associados a sua participação são mínimos. O único inconveniente previsto é o tempo de participação nas atividades de pesquisa que será facilitado, tanto quanto possível, por seu empregador. Não há nenhuma vantagem pessoal direta associada a sua participação ao estudo.

Confidencialidade

Todas as informações coletadas serão estritamente confidenciais e não conterão qualquer informação nominativa permitindo identificar pessoas. Um código será associado a cada questionário e unicamente as agentes de pesquisa terão acesso a esta informação. Todas as medidas necessárias serão tomadas a fim de assegurar que nenhuma informação extraída possa ser associada nominalmente a você. É possível que uma citação extraída de sua participação seja utilizada para apoiar um ponto importante na análise. Todavia, nenhuma menção de seu nome acompanhará a citação.

Liberdade de participação e de saída do estudo

Sua participação neste estudo é totalmente voluntária. Assim, você está livre de aceitar ou recusar participar dele. Você pode desistir do estudo em qualquer momento,

após mero comunicado verbal. Você tem direito de negar-se a responder uma questão ou se retirar em qualquer momento, sem qualquer consequência pessoal ou profissional.

Pessoas – recursos

Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, o (a) senhor (a) pode entrar em contato com o Comitê de ética em Pesquisa (CEP) deste centro de pesquisas, localizado na Av. Professor Moraes Rego s/n – Campus da UFPE _ Cidade Universitária, Recife/PE, CEP: 50670-420, através do telefone (81) 21012639 ou pelo email: comiteetica@cpqam.fiocruz.br. O horário de funcionamento é das 8:00 – 12:00h / 13:00 – 15h. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Se você desejar informações adicionais ou desejar fazer comentários, entre em contato por email com **Ana Gardênia A Santos e Silva** (email: odontogarden@gmail.com /tel: (79)999710414)

Adesão ao projeto e assinaturas

Tomei conhecimento da descrição do estudo apresentado acima. Fiz perguntas a respeito e considero ter recebido uma informação completa. Compreendo que posso recusar participar ou retirar minha participação a este estudo em qualquer momento sem nenhuma consequência sobre meu emprego atual ou futuro. Compreendo igualmente que qualquer informação nominal ao meu respeito será mantida em sigilo absoluto. Eu, abaixo-assinado, aceito participar deste estudo:

Nome do/da participante _____
Assinatura do/da participante _____ Data: _____

Eu certifico: a) ter explicado à pessoa signatária os termos do presente formulário de consentimento; b) ter-lhe indicado claramente que ela mantém-se livre em todo momento para pôr fim a sua participação na presente pesquisa.

Nome do/da pesquisador-a _____
Assinatura do/da pesquisadora _____ Data: _____

O original do formulário será conservado com o pesquisador e uma cópia assinada será entregue à pessoa participante.

APÊNDICE C - Roteiro das Entrevistas

1. Objetivo: Conhecer os procedimentos preventivos realizados

Questão Norteadora: O que você compreende como atividade ou procedimento preventivo?

Questão Norteadora: Identifique algumas atividades ou procedimentos preventivos desenvolvidos em sua atividade profissional. Você pode exemplificar?

Questão Norteadora: Quais atividades e/ou procedimentos preventivos que você tem conhecimento científico e na sua prática profissional você não tem acesso?

2. Objetivo: Conhecer em quais fontes de informação estão baseados a realização de tais procedimentos

Questão Norteadora: Quais são as fontes de informação que influenciam o desenvolvimento destas práticas?

3. Objetivo: Conhecer a compreensão sobre o processo de translação do conhecimento

Questão Norteadora: Caso utilize alguma fonte de informação, como você faz para levar essa informação, à aplicação clínica?

Questão Norteadora: Que tipo de atividade no cotidiano das equipes de saúde bucal, poderia aproximar os conteúdos de publicações científicas com a prática profissional?

Questão Norteadora: Existem dificuldades para levar informações científicas relevantes para apoiar o exercício da prática clínica?

APÊNDICE D - PROPOSTA DE INTERVENÇÃO - Oficina de capacitação para uso de evidências científicas na prática profissional em saúde bucal

BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

O desenvolvimento das práticas de saúde, quer seja no campo de atenção clínica individual, quer seja na saúde pública, tem sido acompanhados de desafios importantes na incorporação de conhecimentos científicos e tecnológicos, cada vez maiores tanto em volume como em complexidade, na exigência por melhores e mais efetivos serviços de saúde, bem como no enfrentamento da escassez de recursos financeiros para atender às necessidades de saúde. Esses desafios podem ser explicitados pelo distanciamento entre evidência científica e procedimentos adotados na prática (KRIGER,2016)

Justificativa

A formação aqui proposta pressupõe qualificar a assistência ofertada pelas equipes de saúde bucal do Sistema Único de Saúde do município de Nossa Senhora do Socorro/SE. Numa perspectiva de promover o uso sistemático das evidências científicas no cuidado em saúde bucal, possibilitando uma melhor compreensão do tema, contribuindo para mudança nas atitudes e conseqüente inserção no processo de trabalho em saúde bucal.

Objetivos e Metas

Geral: Promover o uso sistemático de evidências científicas no cuidado em saúde bucal para trabalhadores da saúde buscando mais efetividade na promoção, prevenção e atenção à saúde bucal

Específicos:

- a) Compartilhar conceitos de evidência e de cuidado informado por evidência;
- b) Sensibilizar profissionais em saúde quanto à premência do uso de evidência
- c) Apresentar recursos (fontes de informação, estratégias) de apoio ao acesso à evidência.

Meta: Introduzir a lógica do uso sistemático de evidências científicas no processo de trabalho das equipes de saúde bucal

Proposta de realização da Oficina

Tendo em conta a opção tomada pelo uso do recurso da SITUAÇÃO-PROBLEMA em que um profissional de saúde buscava alternativas para o enfrentamento de um problema de saúde coletiva no âmbito da APS, e visando ampliar ainda mais o interesse do público participante, foi escolhida a temática da prevenção da cárie dentária problema comumente vivenciado nos serviços e gestão locais de saúde.

A situação-problema apresentada pelo mediador da atividade serve de 'fio-condutor' para as intervenções de cada colaborador, na seguinte ordem de conteúdos:

1º DIA

1. apresentação dos conceitos de evidência e gestão/organização informada por evidências;
2. uso de evidências no processo de tomada de decisão na gestão de sistemas de saúde;

2º DIA

3. fontes de informação e recursos de busca de evidências científicas;
4. estratégias para implementar a melhor evidência no nível da Atenção Básica

Discussão – 2 horas, com mediação

Resultados esperados: Que o público conheça a aplicabilidade, bem como estratégias de tradução do conhecimento nos processos de cuidar em saúde bucal.

Público – Alvo/Carga Horária : Profissionais Cirurgiões-dentistas que trabalhem na Atenção Primária, Unidades Básicas, Unidades do Programa de Saúde da Família - 08 h

Estratégia pedagógica: Apresentação de uma situação-problema enfocando a prevenção da cárie dentária. A proposta visa construir a metodologia a partir de relatos originados da prática e do processo de trabalho dos profissionais. Assim, optou-se por organizar grupos de cerca de 10 profissionais, com um monitor/apoiador para cada

grupo. A idéia é que o monitor/apoiador faça ofertas de problemas que emergem da prática dos serviços e que ao mesmo tempo estimule a reflexão/ação/reflexão e a construção coletiva de soluções aos entraves vividos no cotidiano da atenção em saúde bucal

Além da dinâmica participativa, cerca de 30% da carga horária será destinada a exposição dialogadas, pois reconhecemos que parte do conteúdo a ser discutido durante a proposta concentra-se em uma área técnica assistencial.

Avaliação

A avaliação será planejada considerando-se 3 (três) de suas dimensões fundamentais que articulam o processo como um todo, a saber:

- a) Diagnóstica inicial: permitirá detectar os atributos que os alunos já possuem, contribuindo para a estruturação do processo de ensino-aprendizagem a partir do conhecimento de base dos mesmos. A avaliação diagnóstica inicial deve tentar recolher evidências, seus conhecimentos e experiências prévios. Dessa forma permite o ajuste da proposta.
- b) Formativa: permitirá identificar o nível de evolução dos alunos no processo de ensino-aprendizagem. A análise será feita no sentido de discutir o processo de apreensão dos conhecimentos.
- c) Recapitulativa: apresentar-se-á como um processo de síntese da aprendizagem, sendo o momento que se permitirá reconhecer se houve o alcance dos resultados esperados. Este tipo de avaliação será proposta mediante estratégias/instrumentos das dimensões anteriores.

Será elaborado um questionário composto por perguntas divididas em quatro partes:

- Parte 1 – sobre a oficina, com perguntas para indicação do grau de concordância/satisfação do participante quanto ao material apresentado e utilizado na oficina, ao entendimento dos temas abordados na oficina e às habilidades adquiridas para o uso, aplicação e avaliação da evidência no cuidado em saúde;

- Parte 2 – sobre a abordagem de aprendizagem, com perguntas sobre a carga horária, a comunicação pré-oficina e o material didático oferecido;
- Parte 3 – pergunta sobre a estrutura oferecida e o local da oficina; e
- Parte 4 – perguntas abertas para que os participantes indicassem o que mais e menos gostaram da oficina, recomendações para os próximas oficinas e intenções para aplicação do que foi aprendido.

Resultados e impactos esperados

Esperamos que a oficina tenha impacto no processo de trabalho realizado pelo profissional cirurgião-dentista. O foco no uso das evidências científicas, articulado a discussão das estratégias de translação do conhecimento considerando sempre os contextos institucionais traz resultados positivos na relação custo-efetividade dos serviços de saúde e compromisso com um Sistema Único de Saúde (SUS) mais fortalecido e qualificado.

ANEXOS

ANEXO A - Ficha de Atendimento Odontológico Individual (e-SUS/AB)

e-SUS Atenção Básica	FICHA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL* _____	Cód. CNES UNIDADE* _____	Cód. EQUIPE (INE)* _____	CBO* _____	DATA* / /
Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL _____	CBO _____	Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL _____	CBO _____	

Nº	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13					
TURNO	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
Nº PRONTUÁRIO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nº CARTÃO SUS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data de nascimento*	Dia / mês		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
	Ano																													
Sexo*	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M				
Local de atendimento* <i>(ver legenda)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
Paciente com Necessidades Especiais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Gestante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Tipo de Atendimento*	Consulta Agendada	<input type="checkbox"/>																												
	Escuta Inicial / Orientação	<input type="checkbox"/>																												
	Consulta no Dia	<input type="checkbox"/>																												
	Atendimento de Urgência	<input type="checkbox"/>																												
Tipo de Consulta*	Primeira Consulta Odontológica Programática	<input type="checkbox"/>																												
	Consulta de Retorno em Odontologia	<input type="checkbox"/>																												
	Consulta de Manutenção em Odontologia	<input type="checkbox"/>																												
Vigilância em Saúde Bucal*	Abscesso dento alveolar	<input type="checkbox"/>																												
	Alteração em tecidos moles	<input type="checkbox"/>																												
	Dor de dente	<input type="checkbox"/>																												
	Fendas ou Fissuras Lábio Palatais	<input type="checkbox"/>																												
	Fluorose dentária moderada ou severa	<input type="checkbox"/>																												
	Traumatismo dento alveolar	<input type="checkbox"/>																												
Procedimentos (Quantidade realizada)	Não identificado	<input type="checkbox"/>																												
	Acesso a polpa dentária e medicação (por dente)	<input type="checkbox"/>																												
	Adaptação de Prótese Dentária	<input type="checkbox"/>																												
	Aplicação de cariostático (por dente)	<input type="checkbox"/>																												
	Aplicação de selante (por dente)	<input type="checkbox"/>																												
	Aplicação tópica de flúor (individual por sessão)	<input type="checkbox"/>																												
	Capejamento pulpar	<input type="checkbox"/>																												
	Cimentação de prótese	<input type="checkbox"/>																												
	Curativo de demora c/ ou s/ preparo biomecânico	<input type="checkbox"/>																												
	Drenagem de abscesso	<input type="checkbox"/>																												
	Evidenciação de placa bacteriana	<input type="checkbox"/>																												
	Exodontia de dente decíduo	<input type="checkbox"/>																												
	Exodontia de dente permanente	<input type="checkbox"/>																												
	Instalação de prótese dentária	<input type="checkbox"/>																												
Moldagem dento-gengival p/ construção de prótese dentária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Orientação de Higiene Bucal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
Procedimentos (Quantidade realizada)	Profilaxia / remoção da placa bacteriana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Pulpotomia dentária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Radiografia Periapical / Interproximal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Raspagem alisamento subgengivais (por sextante)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Restauração de dente decíduo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Restauração de dente permanente anterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Restauração de dente permanente posterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Selamento provisório de cavidade dentaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tratamento de alveolite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ulotomia / Ulectomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outros (SIA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
FORNECIMENTO	Escova Dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Creme Dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Fio Dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CONDUTA*	Retorno para consulta agendada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Agendamento p/ Outros Profissionais AB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Agendamento p/ NASF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Agendamento p/ Grupos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Tratamento Concluído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	ENCAMINHAMENTO	Atendimento à Pacientes c/ necessidades especiais	<input type="checkbox"/>												
		Cirurgia BMF	<input type="checkbox"/>												
		Endodontia	<input type="checkbox"/>												
		Estomatologia	<input type="checkbox"/>												
		Implantodontia	<input type="checkbox"/>												
		Odontopediatria	<input type="checkbox"/>												
		Ortodontia / Ortopedia	<input type="checkbox"/>												
		Periodontia	<input type="checkbox"/>												
Prótese Dentária		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Radiologia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Legenda: Opção Múltipla de Escolha Opção Única de Escolha (Marcar X na opção desejada)
 Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade Móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde) 08 - Instituição / Abrigo
 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa
 * Campo Obrigatório
 ** Este campo não é obrigatório caso o tipo de atendimento for de demanda espontânea

ANEXO B: Carta de Anuência Institucional



PREFEITURA MUNICIPAL DE NOSSA SENHORA DO SOCORRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Ana Gardênia Alves Santos e Silva**, estudante do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/FIOCRUZ/PE, a desenvolver pesquisa na Secretaria Municipal de Saúde de Nossa Senhora do Socorro/SE, sob o título: “Translação do Conhecimento: Atenção em Saúde Bucal baseada em evidências”.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa
- A liberdade de recusar a participar e retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhum participante será identificado e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria Municipal de Saúde de Socorro/SE decorrente na participação na pesquisa

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa

Nossa Senhora do Socorro/SE, 07 / 12 / 2016

Ana Paula V. A. Mendonça
 Secretária Municipal de Saúde
 Nossa Senhora do Socorro/SE

Representante Secretaria Municipal de Saúde

ANEXO C: Parecer Comitê Ética e Pesquisa IAM/FIOCRUZ



Comitê de Ética
em Pesquisa

Título do Projeto: "Translação do conhecimento: atenção em saúde bucal baseada em evidências."

Pesquisador responsável: Ana Gardenia Alves Santos e Silva

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/Fiocruz

Data de apresentação ao CEP: 30/11/2016

Registro no CAAE: 62515116.9.0000.5190

Número do Parecer PlatBr: 1.874.715

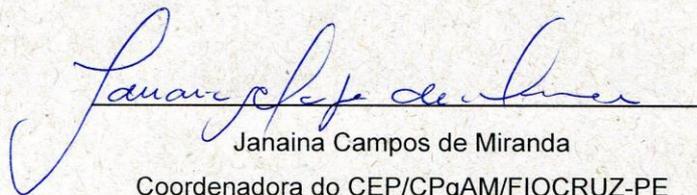
PARECER

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 466/12, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP.

O CEP/CPqAM reforça a necessidade de entrega de relatórios parcial e final, em cumprimento a resolução 466/12, capítulo XI, artigo 2d.

Recife, 20 de dezembro de 2016.


Janaina Campos de Miranda
Coordenadora do CEP/CPqAM/FIOCRUZ-PE

Janaina Campos de Miranda
Pesquisadora em Saúde Pública
Coordenadora
Mat. SIAPE 464777
CEP/CPqAM/FIOCRUZ