

A importância da pesquisa qualitativa na odontologia

Luciane Miranda Guerra

*Faculdade de Odontologia de Piracicaba - FOP- Unicamp
Email: luguerra@unicamp.br*

Resumo

A história do método científico e as inúmeras descobertas da ciência, especialmente no período entre séculos XVI e XIX, marcaram a pesquisa científica pela concretude do racionalismo. As abordagens qualitativas de pesquisa, entretanto, tornaram-se crescentes no campo da saúde a partir do século XX, dadas as necessidades de compreensão de fenômenos subjetivos que subjazem o processo saúde-doença. Na odontologia, entretanto, a utilização de métodos qualitativos é menos expressiva e mais recente. Há, entretanto, experiências que comprovam a eficiência do método na odontologia, apontando que sua abrangência é ampla e alcança as mais variadas questões e espaços, desde o *setting* clínico, passando pela organização de serviços e espaços de gestão até ações e programas de saúde. Podem, ainda, subsidiar importantes decisões governamentais, bem como nortear a formação odontológica e a educação permanente em serviço.

Palavras chave: Pesquisa qualitativa. Odontologia. Saúde bucal

Abstract

The history of the scientific method and the innumerable discoveries of science, especially in the period between the sixteenth and nineteenth centuries, marked scientific research for the concreteness of rationalism. Qualitative approaches to research, however, have become increasing in the health field since the twentieth century, due to need for understanding subjective phenomena that underlie the health-disease process. In dentistry, however, the use of qualitative methods is less expressive and more recent. There are, however, experiments that prove the efficiency of the method in dentistry, pointing out that its scope is broad and reaches the most varied issues and spaces, from the clinical setting, through the organization of services and spaces of management to actions and health programs. They can also subsidize important government decisions, as well as guide dental training and permanent education in service.

Key words: Qualitative research, Dentistry. Oral health

Introdução

O método científico e os paradigmas da saúde

Há quatro séculos, Galileu Galilei fundava a “ciência moderna”. Marcou seu espaço na gênese do conhecimento científico, devido ao uso de experimentos para a matematização do mundo e da ciência (TAMAYO, 2003). Estabeleceu o encontro da experimentação com a matemática, ciência e técnica. Isso provocou ruptura com a tradição então vigente, já que inaugurava uma nova linguagem científica, ou seja, a ciência nascente não era resultado de uma evolução, mas de resolução científica. As produções de Galileu despertaram revoltas na classe dominante da época, porque elas rompiam com normas hermenêuticas ditadas pelos católicos (SOEIRO, 2013).

De lá para cá, a ciência se institucionalizou como ferramenta poderosa de conhecimento e intervenção sobre a natureza. A física trouxe explicações de fenômenos celestes. Nosso conhecimento sobre o universo se expandiu pela nossa atividade de observar os confins do espaço através dos atuais telescópios espaciais. No alicerce desses desenvolvimentos estão incluídos os eventos protagonizados por Galileu, suas observações e escritos, cujos significados para a ciência ainda são controversos e polêmicos no meio acadêmico (ALBERGARIA, 2018).

A evolução das descobertas científicas e de todo o aparato ao seu redor nos permite dizer que, em relação às ciências naturais, hoje, a imagem que melhor traduz o ambiente de trabalho dos homens e mulheres que se dedicam à ciência é composta, invariavelmente, de sofisticados instrumentos, máquinas e tecnologias avançadas. Há muito tempo, a imagem do cientista está associada a instrumentos e tecnologias: o biólogo e o microscópio, o astrônomo e o telescópio, etc. Mas nem sempre foi assim. Apenas no período que marca o início da era moderna (fins do século XV até início do século XVII) é que alguns cientistas passaram a incorporar em seus estudos os novos instrumentos produzidos por artesãos, pessoas alheias às universidades e voltadas para o conhecimento técnico (ALBERGARIA, 2018).

Podemos imaginar, então, a verdadeira “revolução” que tais “inovações” (a seu tempo) causaram no imaginário popular e, conseqüentemente no senso comum, sobre “o que era científico”. Definitivamente, científicas eram as ações e o conhecimento que vinham aliados a tecnologia.

No século XVII, o racionalismo de René Descartes imprimiu na história da ciência a marca do “*desenvolvimento dos métodos de verificação*”. A partir do seu “*Discurso sobre o Método*”, Descartes buscava um conjunto de princípios sobre os quais “*não pairasse qualquer dúvida*”. Para tanto, utilizava um método próprio conhecido como “*dúvida hiperbólica*”, ou “*dúvida metafísica*”, que consistia em rejeitar qualquer ideia da qual se pudesse duvidar, para, após análise, restabelecer ou reconstruir estas ideias de modo a criar uma base sólida para o conhecimento. Seu método é frequentemente referido como “*ceticismo metodológico*”(MACIEL, 2018).

As regras que fundaram o enfoque de Descartes sobre o conhecimento persistem hegemônicas até hoje e um dos campos onde isso pode ser observado com clareza é na medicina. O raciocínio médico ainda hoje é norteado pelos fundamentos de Descartes. Em relação às citadas regras, Barros, em 2002, ao compilá-las através do famoso *Discourse on Method* assim descreve: “*A primeira regra preceituava que não se deve aceitar como verdade nada que não possa ser identificado como tal, com toda evidência, isto é, não de ser, cuidadosamente evitados a precipitação e os preconceitos não ocupando o julgamento com nada que não se apresente tão clara e distintamente à razão que não haja lugar para nenhuma dúvida. A segunda regra propunha separar cada dificuldade a ser examinada em tantas partes quanto sejam possíveis e que sejam requeridas para solucioná-la. A terceira dizia respeito à condução do pensamento de forma ordenada, partindo do mais simples e fácil daí ascendendo, aos poucos, para o conhecimento do mais complexo, mesmo supondo uma ordem em que não houvesse precedência natural entre os objetos de conhecimento. A última regra se referia à necessidade de efetuar uma revisão exaustiva dos diversos componentes de um argumento de tal maneira que seja possível certificar-se de que nada foi omitido* (DESCARTES, 1960). Uma preocupação adicional de Descartes residia na certeza a que ele podia chegar por meio de provas matemáticas.

Esse método foi corroborado por Isaac Newton, que criou teorias matemáticas que confirmaram a visão “*cartesiana*” do corpo e do mundo como uma grande máquina a serem explorados. E a mecânica newtoniana possibilitou a explicação de muitos fenômenos da vida cotidiana. A medicina mecanicista ofereceu instrumentos para que médicos lidassem satisfatoriamente com as doenças mais corriqueiras. Inegáveis são os avanços notáveis ocorridos no campo das ciências biológicas, a partir do século XVII, à medida que também evoluíam a física e a química. Como alguns exemplos desses avanços

temos: a descoberta da circulação sanguínea por William Harvey, em 1628 e da primeira vacina por Edward Jenner (1790-1823) ou, ainda, mais adiante, a partir de 1860 com a *era bacteriológica*, caracterizada pela decisiva participação de Louis Pasteur com a vacina anti-rábica e Robert Koch tendo descoberto o agente etiológico da tuberculose, dentre tantas outras descobertas, que tipificam o rigor do raciocínio mecanicista e sua insistência na correlação causa-efeito (BARROS, em 2002).

Entretanto, como diz BENNET (1987), com tais abordagens, deixou-se de lado a história (do paciente e da doença), para se enfatizar a descrição clínica dos achados, propiciadas pela patologia. Passamos, assim, de uma abordagem biográfica para uma outra, nosográfica. Grande parte das descobertas da medicina moderna foram sendo, paulatinamente, validadas pela abordagem biomédica.

Tais teorias metodológicas e - em especial uma de suas “consequências” que é a teoria microbiana - passaram a ter, já nos fins do século XIX uma predominância tal, que fizeram obscurecer concepções multicausais das doenças. Com isso, ignorou-se a participação, na eclosão das doenças, dos fatores de ordem socioeconômica (BARROS, 2002).

Um dos mais importantes impactos dessas teorias na medicina foi a adoção do “*paradigma biomédico*”, que por sua vez, deu origem ao complexo médico industrial. Polemizada por Ivan Illich nos anos 1970, a “moderna medicina”, segundo o autor, contribuiu para evidenciar as distorções do complexo médico industrial e a necessidade de redirecionamento na forma como estavam sendo estruturados os serviços de saúde (ILICH, 1975).

A necessidade de um novo paradigma

Segundo BARROS (2002), a modernização e os avanços da medicina ocorreram simultaneamente à sua crescente impossibilidade de oferecer respostas conclusivas ou satisfatórias para muitos problemas, sobretudo para os fatores psicológicos ou subjetivos que acompanham qualquer doença. Encontrar outras formas de lidar com a saúde e a doença parecia (e ainda parece) fundamental e revelador dos limites da tecnologia médica.

Os médicos, mesmo admitindo que componentes subjetivos ou afetivos influenciam as doenças, não se sentem à vontade para lidar com os mesmos, já que relatam não terem sido preparados. O modelo biomédico estimula os médicos a aderirem

a um comportamento extremamente cartesiano na separação entre o observador e o objeto observado (BARROS, 2002).

Diante dessa constatação inequívoca, tornou-se urgente a adoção, pelos médicos, profissionais de saúde em geral e pesquisadores, de abordagens que levassem em conta tais fatores ligados a subjetividade, a componentes psicológicos e a percepções acerca de suas vivências. No setting terapêutico isso se traduz até hoje pelo desenvolvimento, quer durante a formação do profissional, quer no exercício da profissão, de habilidades de acolhimento, criação de vínculo, interpretação de subjetividades e, sobretudo de escuta qualificada.

Já na ciência da saúde, pesquisadores compreenderam que a citada insuficiência do modelo já citado requeria (como ainda requer) a pesquisa dos elementos que subjazem a relação do homem com a doença, com a saúde, com os outros seres e, portanto as suas relações com o mundo. Nesse sentido, pesquisar sentidos, significados e percepções de pessoas envolvidas no processo saúde – doença (pacientes, seus cuidadores, familiares, médicos, profissionais da saúde em geral) mostrou-se tão importante quanto as mais avançadas tecnologias em saúde.

Assim evidenciou-se a necessidade de novas abordagens em pesquisa. E a pesquisa qualitativa ganhou espaço na saúde, amparada pelas ciências humanas, as quais lhe ofereceram aparato teórico epistemológico.

Apesar de terem muito a oferecer aos que estudam a atenção à saúde e os serviços de saúde, os métodos qualitativos, por terem sido tradicionalmente empregados nas ciências sociais, sofreram muitos questionamentos por parte de profissionais da saúde e pesquisadores, cuja formação era biomédica ou em ciências naturais. Pareciam “alienígenas” frente aos métodos quantitativos experimentais e observacionais utilizados na pesquisa clínica, biológica e epidemiológica. Isso acabou rotulando a pesquisa qualitativa como “não científica”, difícil de ser replicada ou como pouco mais do que uma *historieta*, impressão pessoal ou conjectura (POPE E MAYS, 2005).

Segundo TURATO (2003), “diversos foram os questionamentos acerca da cientificidade das ciências humanas e dos métodos qualitativos em geral. Todos hoje suficientemente respondidos”. Segundo o autor, a principal questão sempre residiu em saber se teríamos como fornecer critérios para caracterizar o *discurso sobre o humano* como pertencente ao domínio da racionalidade científica. Nesse sentido, TURATO

aponta que, da mesma forma, podemos indagar aos cientistas das ciências humanas se possuem critérios próprios de rigor e credibilidade para conferir lhes rigor cognitivo e operativo.

Seria absolutamente ingênuo (senão negligente) considerar a complexidade do processo saúde – doença numa única perspectiva (seja ela biológica, biomédica, humana ou social). Nesse sentido, um ótimo exemplo do emprego de diferentes abordagens científicas para um mesmo problema é dado por esse grandes pesquisador qualitativista de nosso tempo, o eminente professor Egberto Turato, que em 2005 assim pontuou: “*para explicar cientificamente os fenômenos relacionados a drogadição, por exemplo, pesquisadores utilizam metodologicamente a psiquiatria, a epidemiologia ou a farmacologia clínica. Mas para compreender o que a dependência química significa para a vida do doente, este é um tema para os investigadores qualitativistas, que podem ser: o psicólogo, o psicanalista, o sociólogo, o antropólogo ou o educador.* Entretanto, ressalta o próprio autor: “*seria interessante que os próprios profissionais de saúde pudessem empregar métodos qualitativos, com a vantagem de que eles já trazem – devido a sua experiência em assistência – as inerentes atitudes clínica e existencial* Turato (2003), Isso permitirá que eles realizem ricos levantamentos de dados e façam interpretações de resultados com grande autoridade. (TURATO, 2005).

Odontologia e método científico: será preciso rever essa relação?

De forma análoga, a odontologia também tem condições de fornecer explicações sobre os a dinâmica das doenças bucais e de sua distribuição na população, da sua história natural, bem como das mais avançadas técnicas restauradoras e reabilitadoras, etc. isso tem se dado através das mais avançadas pesquisas em bioquímica, cariologia, epidemiologia, implantodontia, etc, etc....Entretanto, a relação, por exemplo, entre a pessoa desdentada e a sociedade, seus estigmas, o preconceito, as dificuldades enfrentadas nas relações de quem sofre em decorrência dos dentes – ou da falta deles – isso não pode ser explicado pelas ciências naturais, simplesmente porque o que se busca nesses casos são sentidos, significados, percepções que os indivíduos possuem sobre sua condição de saúde e/ou de doença.

No caso da odontologia, há ainda uma peculiaridade. Por se tratar de uma área que é muito dependente de tecnologias ditas “duras”, ou seja, da concretude de aparelhos e instrumentos, no mais das vezes geradores de sensações negativas, pode se afirmar que é

uma atividade por natureza ansiogênica ao paciente. Trata-se ainda de uma atividade que requer, de quem a executa, postura física ergonomicamente exigente, que, no passar do tempo torna-se cumulativamente estressante, quando não de risco para morbidades osteoarticulares. Dentistas lidam – assim como todos os outros profissionais da saúde – com a dor humana. E, ainda, com um dos mais importantes “instrumentos” de relação do ser humano com a sociedade, que é a boca. Todas essas variáveis peculiares inserem sentidos e subjetividades que requerem ser conhecidos, estudados e elaborados.

Diante dessas particularidades e dentre tantas outras, o cirurgião-dentista é um profissional, em cuja *valise de conhecimentos e habilidades* há de haver uma expressiva variedade de competências que devem ir muito além daquelas exigidas pelas ciências naturais, como aparelhos e técnicas. Há de haver compreensão e conhecimento sobre as relações do homem com a sociedade, com a doença, com a sua boca, com a saúde bucal, com o dentista. Há de se poder acessar “instrumentos” nessa valise que deem conta da relação do dentista com o sofrimento (seu e do outro), que expliquem significados de processos de trabalho produtores de vida ou de sofrimento.

Entretanto, ainda são poucos os estudos odontológicos realizados através de métodos qualitativos. A pesquisa em odontologia ainda é de natureza predominantemente quantitativa, impulsionada pela odontologia baseada em evidências. Ensaio clínico randomizados, estudos transversais e levantamentos através de questionários são as abordagens mais comumente utilizadas na pesquisa odontológica (BLINKHORN ET AL, 1989); (WATT, 1992) . Embora atualmente o número de tais estudos esteja aumentando, isso é observado com maior frequência particularmente em saúde pública odontológica (WATT, 1992) Consequentemente, a conscientização e a compreensão da pesquisa qualitativa, quando seu uso é apropriado e o que pode oferecer à profissão, é relativamente limitada (STEWART ET AL., 2006).

Métodos qualitativos são os únicos que podem oferecer à odontologia uma compreensão mais abrangente das crenças, conhecimentos e atitudes dos sujeitos, e, por conseguinte visão pessoal dos mesmos. Além disso oferecerem maior profundidade e flexibilidade metodológica se comparados com os quantitativos. (POPE E MAYS, 1995); (SILVERMAN, 2000).

Se abordagens quantitativas são frequentemente usadas para estabelecer relações de causa e efeito, incidência de doenças, testes de hipóteses experimentais, determinação

de eficácia de intervenções ou tratamentos (por exemplo, técnicas de escovação), etc. (POPE E MAYS, 1995); (SILVERMAN, 2000); (GREENHALGH E TAYLOR, 1997) as pesquisas qualitativas não procura fornecer respostas quantificadas a questões de pesquisa, além de serem no mais das vezes, conduzidas em contextos mais "naturais" (em casa ou no trabalho, e não em laboratório) (POPE E MAYS, 1995).

As abordagens de pesquisa qualitativa ou quantitativa não são nem necessariamente superiores nem inferiores uma à outra. A adequação da abordagem escolhida depende do problema de pesquisa. Entretanto, o valor e o potencial dos métodos qualitativos ainda não foi explorado extensivamente pela odontologia, nem mesmo onde seu uso é particularmente relevante.

Epistemologias qualitativas focalizam os significados sociais, e as metodologias utilizadas visam acessar tais significados. É fundamental entender a diferença epistemológica entre metodologias qualitativas e quantitativas: julgar uma pesquisa qualitativa com uma epistemologia quantitativa leva à perda de valor do conhecimento dos dados. Os métodos comumente usados na qualitativa envolvem observar o comportamento e a interação humana ou conversar com as pessoas sobre suas opiniões, crenças ou ações. Os métodos mais comuns de coleta de dados usados na pesquisa em contextos de saúde, são grupos focais e entrevistas de pesquisa (STEWART et al., 2008).

Algumas inserções da pesquisa qualitativa em odontologia:

Observação Participante:

A observação participante pode ser particularmente útil para observar como os dentistas interagem e se comportam com seus pacientes.

KLEINKNECHT E BERNSTEIN (1978) observaram os comportamentos dos pacientes na sala de espera e na cirurgia odontológica, mas também utilizaram questionários de auto - relato para os pacientes e dentistas. Adultos relatando alta ansiedade por questionário se comportaram diferentemente na sala de espera, onde sentiram-se livres para mostrar sinais de ansiedade, mas se comportaram da mesma forma que o grupo de baixa ansiedade na cirurgia dentária. O estudo demonstrou o valor dos dados qualitativos no aprimoramento da interpretação de dados quantitativos.

Na metade da década de 1980, Nettleton, ao perceber a lacuna existente na odontologia no que dizia respeito a pesquisa qualitativa, elaborou uma série de estudos compilados na obra: *“Poder, dor e odontologia”*, na qual a autora relata suas percepções em relação à saúde bucal que os pacientes possuíam, e que foram coletadas em visitas odontológicas em cirurgia no sul de Londres. Este trabalho iluminou e teorizou a visita odontológica de forma totalmente inovadora e facilitou a identificação de novas questões e hipóteses. A autora pode elaborar seus resultados à luz dos conceitos de Foucault sobre o poder para compreender a dor e o medo na odontologia, traçando paralelos com os conceitos foucaultianos tomados em outros contextos (NETTLETON, 1992).

Entrevistas

A etnografia de Nettleton sobre as crenças em saúde bucal incluiu entrevistas não estruturadas com mães de crianças pequenas, lançando uma nova luz sobre os assuntos de saúde bucal (GUSSY et al.,2006). As entrevistas demonstraram sentimentos negativos generalizados de culpa parental demonstrada por todas as mulheres entrevistadas em relação à saúde bucal da criança, que emergiram dos dados e não haviam sido antecipadas (NETTLETON, 1992).

No Brasil, um estudo feito por VAZQUEZ et al, em 2015, buscou refletir sobre os discursos dos adolescentes nas justificativas para a não adesão ao tratamento odontológico. Os adolescentes foram inicialmente avaliados, diagnosticados e aqueles que tinham necessidade foram encaminhados para tratamento odontológico. Um ano após esta intervenção e com a não adesão ao tratamento, utilizou-se do método qualitativo para compreender em profundidade este fenômeno. Foram realizadas 25 entrevistas, com roteiro semiestruturado, dividido em três blocos a saber: 1) adotou ou não as condutas recomendadas; 2) argumentos que justificaram a não adoção das condutas recomendadas; e 3) dimensões relacionadas à importância da saúde bucal. A análise de conteúdo temática foi adotada e a não adesão foi relacionada com alguns aspectos e agrupadas configurando em: não prioridade; prioridade e mudança de prioridade. Concluiu-se que as principais justificativas para a não adesão estão relacionadas com diferentes prioridades e o aparelho ortodôntico mostrou-se como potente estimulador do interesse e do estabelecimento de prioridades na atenção à saúde bucal entre os adolescentes pesquisados.

A coleta de dados em pesquisa qualitativa no entanto, pode ser realizada através de grupos focais, pesquisa documental entrevistas e outras variadas formas, já experimentadas e aprovadas pelos profissionais da saúde bucal. No presente capítulo,

citou-se apenas alguns exemplos. O que vai determinar a escolha da técnica é o objetivo do estudo, os limites éticos estabelecidos em cada caso, o contexto e as possibilidades concretas de execução da pesquisa.

A FOP-UNICAMP e a pesquisa qualitativa: uma história recente. Novas perspectivas para o campo?

A FOP – UNICAMP possui um Programa de Pós Graduação – nível Mestrado Profissional - em Gestão e Saúde Coletiva. O Programa nasceu como “Odontologia em Saúde Coletiva” e passou a ser procurado e acessado por profissionais das mais diversas áreas da saúde. Sua vocação ao longo do tempo foi se tornando interdisciplinar e voltada para a produção científica e formação de gestores e trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), o que trouxe -nos um significativo número de docentes “não dentistas”, das mais diversas áreas da saúde. Com isso, o curso passou a assumir sua nova vocação, o que tem se consolidado na sua produção científica e na inserção dos egressos em postos de trabalho voltados a Saúde Coletiva e à Gestão. Em decorrência dessa “nova personalidade”, novas demandas surgiram. O aprofundamento do estudo dos processos de trabalho, das percepções e representações sociais sobre saúde e doença, a relação paciente-profissional, os sentidos e significados do trabalho para os profissionais de saúde, a percepções dos sujeitos sobre os serviços e ações de saúde, motivos subjetivos e comportamentos que levam à não adesão a tratamentos e diversos outros fatores mostraram-se relevantes e carentes de maior aprofundamento.

Percebemos que essa nova demanda nos conduzia à necessidade de abordagens qualitativas de pesquisa. Assim, a partir de 2014 vários alunos do nosso Programa têm se empenhado no delineamento de estudos qualitativos que busquem respostas para questões cruciais na saúde coletiva. Merecem destaque alguns estudos que foram elaborados no referido Programa, dentro de uma Faculdade de odontologia, por dentistas e outros por não dentistas, mas todos, num cenário que até há pouco se configurava exclusivamente quantitativo e que se abre agora à necessidade de novos horizontes científicos.

1) *Artigo: Perspectivas de graduandos em odontologia acerca das experiências na atenção básica para sua formação em saúde (Leme et al., 2015).*

Nesse estudo os autores analisam, através da técnica do “Discurso do Sujeito Coletivo” as percepções de acadêmicos de odontologia sobre a importância do estágio supervisionado nas Unidades de Saúde da Família para sua formação.

Autores: Pedro Augusto Thiene Leme; Antônio Carlos Pereira; Marcelo de Castro Meneghim e Fábio Luiz Mialhe.

Publicado em: Ciência & Saúde Coletiva, 20(4):1255-1265, 2015.

- 2) **“Percepções, Sentidos e Significados do Trabalho para o Cirurgião – Dentista da rede pública: Uma Abordagem Qualitativa.** (Dissertação de Mestrado já defendido e com artigos em elaboração):
- 3) *Autoria:* Célia regina Sinkoç (responsável) e Luciane Miranda Guerra (orientadora).
- 4) **Gestão do Cuidado em Saúde Bucal: Proposta de Pesquisa-Ação em Relação a demanda de dependentes químicos** (pesquisa em andamento)
Autoria: Brunna Verna castro Gondinho (responsável) e Luciane Miranda Guerra (orientadora).
- 5) **“Ideias, conceitos e utopias sobre ser gerente de serviço de saúde na Atenção Básica”** (pesquisa em andamento)
Autoria: Lígia Maria Machado (responsável) e Jaqueline Vilela Bulgareli (orientadora)
- 6) **O significado das ferramentas de planejamento no SUS pela ótica dos gestores municipais de saúde** (projeto de pesquisa).
Autoria: Víctor Chiavegatto (responsável) e Karine Laura Cortellazzi Mendes (orientadora).
- 7) **Suicídio: tecendo redes e possibilidades para sua compreensão e prevenção** (projeto de pesquisa)
Autoria: Cláudia Aline de Brito Mota (responsável) e Luciane Miranda Guerra (orientadora).
- 8) **"Planejar é preciso? O olhar do gestor para o planejamento de Unidades Básicas de Saúde"**(Dissertação de mestrado já defendida e em fase de elaboração dos artigos para publicação)
Autoria: Sheilla Carmanhanes (responsável) e Luiz Francesquini Jr (orientador)
- 9) **Estudo da adesão ao tratamento odontológico em adolescentes vulneráveis** (pesquisa em andamento)

Autoria: Jaqueline Vilela Bulgareli (responsável) Marcelo de castro Meneghim (supervisor).

10) Redes de atenção à saúde (pesquisa em andamento)

Autoria: Mawusi Ramos da Silva (responsável) e Eduardo Hebling (orientador)

Os trabalhos acima são apenas alguns exemplos que ilustram quão extenso pode ser o “leque” de assuntos a serem investigados no contexto da pesquisa qualitativa na saúde coletiva. No caso de nosso programa, o interesse pela pesquisa qualitativa tem sido crescente. Há outros vários estudos que não estão aqui elencados, já que ainda estão em fase de elaboração ou aguardando aprovação.

Conclusão:

A abordagem qualitativa tem inegável importância na odontologia. Seus achados podem elucidar importantes questões ligadas às subjetividades, tão relevantes na atividade odontológica. Sua abrangência é ampla e alcança as mais variadas questões e espaços. Vai do *setting* clínico à organização de serviços, dos espaços de gestão às ações e programas de saúde. E podem, ainda, subsidiar importantes decisões governamentais, bem como nortear a formação odontológica e a educação permanente em serviços. No entanto, seu uso ainda é relativo, o que, provavelmente se explique em decorrência do paradigma biomédico e cartesiano, ainda hegemônico no campo da saúde.

Agradecimentos

- Aos *amigos da quali*: Élica, Mawusi, Sheilla, Patrícia, Lígia e Silvana
- Aos meus orientados de pesquisa qualitativa: Célia, Brunna e Cláudia.
- Em especial ao Pedro, a Brunna e a Jaque, que de várias formas contribuíram com esse capítulo.

Referências:

ALBERGARIA, D. *O legado de Galileu para a ciência moderna*. Organização dos Estados Ibero-Americanos. Divulgación Y Cultura Iberoamericana. Disponível em: <http://www.oei.es/historico/divulgacioncientifica/reportajes027.htm>. Acessado em: 24 de abril de 2018.

BARROS, J.A. **Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?** *Saúde e Sociedade* 11(1): 67-84.2002.

BENNET, G. *The wound and the doctor: healing, technology and power in modern medicine*. London, Martin Seeker and Warburg, 1987, 313 p.

BLINKHORN, A.S; LEATHAR, D. S; KAY E. J. **An assessment of the value of quantitative and qualitative data collection techniques**. *Community Dent Health* 1989; 6: 147-151.

DESCARTES, R. *Discourse on Method*. London, Harmonds-worth-Penguin, 1960;

GREENHALGH, T; TAYLOR, R. **Papers that go beyond numbers (qualitative research)**. *BMJ* 1997; 315: 740-743.

GUSSY, M. G; WATERS, E; KILPATRICK, M. A. **Qualitative study exploring barriers to a model of shared care for pre-school children's oral health**. *Br Dent J* 2006; 201: 165-170.

ILICH, I. *A expropiação da saúde: nemesis da medicina*, Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1975.

KLEINKNECHT, R. A; BERNSTEIN, D. A. **The assessment of dental fear**. *Behav Ther* 1978; 9: 626-634.

LEME, P.A.T.; PEREIRA, A.C; MENEGHIM, M.C.; MIALHE, F.L. *Perspectivas de graduandos em odontologia acerca das experiências na atenção básica para sua formação em saúde*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(4):1255-1265, 2015.

MACIEL, W. *René descartes*. Disponível em:

<https://www.infoescola.com/filosofos/rene-descartes/>. Acessado em: 28 de abril de 2018.

NETTLETON, S. *Power, pain and dentistry*. Buckingham: Open University Press, 1992.

POPE, C, MAYS, N. **Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health service research**. *BMJ* 1995; 311: 42-45.

POPE, C; MAYS, N. Métodos qualitativos na pesquisa em saúde. In: Pope C, Mays N. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. 2a Ed. Porto Alegre: Artmed Editora; 2005.

SILVERMAN D. *Doing qualitative research*. London: Sage Publications, 2000.

SOEIRO, E.M. **Materialismo histórico dialético: epistemologia para educação camponesa no amazonas**. *Revista Histedbr* On-line, Campinas, nº 50 (especial), p. 301-312, mai2013 - ISSN: 1676-258 264.

STEWART, K; GILL, P; CHADWICK, B; TREASURE, E. **Qualitative research in dentistry**. *British Dental Journal* V. 204 (5) Mar, 2008.

TAMAYO, R.P. *Existe el método científico?* México: FCE, SEP, conacyt, ENC, 2003.

TURATO, E.R. **Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa**. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(3): 507-14.

TURATO, E.R. *Tratado de metodologia da pesquisa clínico – qualitativa*. 6 ed. Editora Vozes, 2003.

VAZQUEZ, F.L.; CORTELLAZZI, K.L.; GONÇALO, C.; BULGARELI, J.V.; GUERRA, L.M.; TAGLIAFERRO, E.P.; MIALHE, F.L.; PEREIRA, A.C. **Estudo**

qualitativo sobre as justificativas de adolescentes para a não adesão ao tratamento odontológico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(7):2147-2156, 2015.

WATT, R. Introduction. In FULLER, S. S.; WATT, R (eds) *Using qualitative and quantitative research to promote oral health*. Pp 1-2. Manchester: Eden Biacki Press, 1992.