

MARIANGELA REBELO MAIA

Informação sobre saúde bucal nas plataformas digitais: entre crença e ciência

Tese de doutorado
Setembro de 2019



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO – UFRJ
ESCOLA DE COMUNICAÇÃO – ECO
INSTITUTO BRASILEIRO DE INFORMAÇÃO EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA – IBICT
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO – PPGCI

MARIANGELA REBELO MAIA

Informação sobre saúde bucal nas plataformas digitais: entre crença e ciência

RIO DE JANEIRO

2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO – UFRJ
ESCOLA DE COMUNICAÇÃO – ECO
INSTITUTO BRASILEIRO DE INFORMAÇÃO EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA – IBICT
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO – PPGCI

MARIANGELA REBELO MAIA

Informação sobre saúde bucal nas plataformas digitais: entre crença e ciência

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, convênio Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia e Universidade Federal do Rio de Janeiro / Escola de Comunicação, como requisito à obtenção do título de Doutora em Ciência da Informação.

Orientadora: Prof. Dr. Jorge Calmon de Almeida Biolchini

Coorientadores: Prof. Dr. Clóvis Ricardo Montenegro de Lima e Profa. Dra. Maria Cecília Mollica.

RIO DE JANEIRO

2019

Mariangela Rebelo Maia

Informação sobre saúde bucal nas plataformas digitais: entre crença e ciência

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, convênio Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia e Universidade Federal do Rio de Janeiro / Escola de Comunicação, como requisito à obtenção do título de Doutora em Ciência da Informação.

Aprovada em 20 de setembro de 2019

Prof. Dr. Jorge Calmon De Almeida Biolchini (Orientador)
Programa de Pós Graduação em Ciência da Informação (IBICT / UFRJ)

Prof. Dr. Clovis Ricardo Montenegro De Lima (Coorientador)
Pesquisador IBICT

Profª Drª Maria Cecília Mollica (Coorientadora)
Programa de Pós-graduação em Linguística/UFRJ.

Profª Drª Rosali Fernandez De Souza
Programa de Pós Graduação em Ciência da Informação (IBICT / UFRJ)

Profª Drª Rose Marie Santini
Programa de Pós Graduação em Ciência da Informação (IBICT / UFRJ)

Prof. Dr. Marcos Antônio Albuquerque De Senna
Faculdade de Odontologia da Universidade Federal Fluminense

Profª. Drª. Marisa Beatriz Bezerra Leal
Faculdade de Matemática da Universidade Federal do Rio de Janeiro

A Deus,

*Olho em tudo e sempre encontro a Ti
Estás no céu na terra a onde for
Em tudo que me acontece encontro teu amor
Já não se pode mais deixar de crer no teu amor*

*É impossível não crer em Ti
É impossível não te encontrar
É impossível não fazer de Ti meu ideal*

Aos meus pais Álvaro Luiz e
Elvira (*in memoriam*),
por tudo que sou.

Ao João Lucas por tudo que me fez ser.

Por eles, com eles e para eles sempre!

AGRADECIMENTOS

*Porque é tamanha bem-aventurança
O dar-vos quanto tenho, e quanto posso,
Que quanto mais vos pago, mais vos devo.*

Luís de Camões

Ao meu orientador Prof. Dr. Jorge Calmon de Almeida Biolchini por “pegar para si” esse desafio e conduzir a finalização do trabalho, meu profundo e eterno muito obrigada!

A minha coorientadora Prof^ª. Dr^ª. Maria Cecília Mollica pela sua amizade, competência e paciência nas minhas dificuldades. Sua generosidade é tamanha que a cada encontro partilhava saber, experiências e livros. Cecília é daquelas professoras que marcam, para sempre, a vida da gente.

Ao meu coorientador Prof. Dr. Clóvis Ricardo Montenegro de Lima por compartilhar tudo que sabe e pelo estímulo nas produções acadêmicas. Obrigada por me apresentar a possibilidade interprofissional da Ciência da Informação.

A Prof^ª. Dr^ª. Rosali Fernandez De Souza, a Prof^ª. Dr^ª Rose Marie Santini, ao Prof. Dr. Marcos Senna, a Prof^ª Dr^ª Marisa Leal, ao Prof. Dr. Gustavo Saldanha e Prof. Dr. Elson Cormack que gentilmente aceitaram participar da banca examinadora.

As minhas irmãs, Magalí e Márcia com as quais sempre aprendi com nossas semelhanças e diferenças, tive a sorte de ser a caçula e muitas vezes seguir o caminho trilhado por vocês!

As minhas sobrinhas, Victória e Raquel, pelo afeto e apoio.

A minha afilhada e colega de profissão Teresa Cristina Rebelo pelo auxílio no trabalho de campo.

Ao meu amigo-irmão Antônio de Andrade, pelo incansável estímulo, pela parceria na vida, por estar sempre ao meu lado e ao Marcelo Amorim (amigo que Letras na UERJ me deu), pela partilha.

Ao meu amigo de turma e “dupra” Vinícios Menezes, nos reconhecemos amigos de imediato e nossos encontros sempre acabam na terceira margem do rio, “ocê”, Stella e Moira vieram para ficar!

Ao José Oiticica Moreira pelo companheirismo e incentivo constante. Carinho e cumplicidade sempre!

Aos professores do PPGCI/IBICT pelos ensinamentos, pelo conhecimento e toda contribuição para o meu saber.

Aos funcionários do IBICT, em especial Ariane e Janete Desidério, pelo apoio diante das minhas dificuldades e necessidades junto à secretaria acadêmica.

A todos os colegas que conheci no IBICT pelas trocas de saberes, de experiências e de vida.

As amigas dentistas (e chefes) Débora Erthal Camara e Monique Furtado Duailibe Frazão, e as professoras (e colegas de disciplinas) Andréa Pereira de Moraes, Juliana Marin e Mirella Giongo Galvão que conviveram comigo nesse período do doutorado o meu agradecimento pela parceria, amizade e compreensão!

No meio do caminho há sempre uma pedra, há sempre uma pedra no meio do caminho... eu tive um adenocarcinoma e o caminho ficou mais difícil, pensei que não conseguisse completá-lo. A todos que me ajudaram de alguma forma, em especial o Prof. Dr. Gustavo Saldanha, o meu sincero muito obrigada!

***Where is the wisdom we have lost in knowledge?
Where is the knowledge we have lost in information?***

*(Onde está a sabedoria que perdemos no conhecimento?
Onde está o conhecimento que perdemos na informação?)*

Thomas Stearns Eliot, 1934.

MAIA, Mariangela Rebelo. **Informação sobre saúde bucal nas plataformas digitais: entre crença e ciência.** 135 f. 2019. Tese (Doutorado em Ciência da Informação) - Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Comunicação, Rio de Janeiro, 2019.

RESUMO

A ampliação dos modos de acesso à informação, particularmente através da internet, facilita que as pessoas busquem informações sobre saúde e doença. Isto inclui sintomas, diagnósticos, exames, tratamentos, medicamentos e outros itens. Na odontologia observa-se que a busca e uso de informações na Internet pode interferir no conhecimento dos pacientes sobre determinados assuntos, porém isto parece não ser capaz de desfazer crenças e pré-conceitos estabelecidos no senso comum. O objetivo nesta pesquisa é avaliar a busca e uso da informação sobre saúde bucal nas plataformas digitais, e suas consequências na relação dentista-paciente, na validação dos enunciados, na disseminação de *fake news* e no cotidiano das pessoas. Este é um estudo exploratório e descritivo com delineamento transversal e abordagem qualiquantitativa, com aplicação de um questionário com a mesma equivalência de conteúdo para dois grupos: um de pacientes/leigos em odontologia e outro de cirurgiões-dentistas. Os resultados mostram uma assimetria informacional e que a percepção de saúde e doença entre profissionais e pacientes é distinta. Conclui-se que a informação sobre saúde bucal nas plataformas digitais é genérica, e parece ser volátil. Entende-se que é necessário criar condições para que a busca e o uso de informações em saúde inclua filtro e seleção de fontes comprometidas com a veracidade e a ética.

Palavras-chave: Saúde bucal. Internet. Fake news. Validação das informações. Letramento digital. Ciência da Informação.

MAIA, Mariangela Rebelo. **Informação sobre saúde bucal nas plataformas digitais: entre crença e ciência.** . 135 f. 2019. Tese (Doutorado em Ciência da Informação) - Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Comunicação, Rio de Janeiro, 2019.

ABSTRACT

The increase in the means of accessing information, particularly over the internet, makes it easier for people to seek information on health and illness. This includes symptoms, diagnoses, tests, treatments, medications and other items. In dentistry, it can be noticed that the search and use of information from the Internet may interfere with the patients' knowledge about certain subjects, but this does not seem to allow commonsense beliefs and prejudices to be eradicated. The objective of this research is to evaluate the search and use of information about oral health on digital platforms and its consequences on the dentist-patient relationship, on the validation of statements, on the dissemination of fake news and on people's daily lives. This is an exploratory and descriptive study with a cross-sectional outline and a quali-quantitative approach that applies a questionnaire with the same content equivalence to two groups: one comprising patients/people with little knowledge on dentistry and another composed of dental surgeons. The results reveal an informational asymmetry and that the perceptions that professionals and patients have of health and illness are different. In conclusion, oral health information on digital platforms is generic and seems to be volatile. Therefore, it is considered necessary to create conditions for the search and use of health information to include filtering and selection of sources that are committed to truthfulness and ethics.

Keywords: Oral Health. Internet. Fake news. Validation of the information. Digital literacy. Information Science.

MAIA, Mariangela Rebelo. **Informação sobre saúde bucal nas plataformas digitais: entre crença e ciência.** 135 f. 2019. Tese (Doutorado em Ciência da Informação) - Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Comunicação, Rio de Janeiro, 2019.

RESUMEN

El aumento de los modos de acceso a la información, particularmente a través de Internet, facilita a las personas la búsqueda de información sobre salud y enfermedades. Esto incluye síntomas, diagnósticos, pruebas, tratamientos, medicamentos y otros artículos. En odontología, se observa que la búsqueda y el uso de información en Internet pueden interferir con el conocimiento de los pacientes sobre ciertos temas, pero esto no parece ser capaz de deshacer las creencias y preconcepciones comunes. El objetivo de esta investigación es evaluar la búsqueda y el uso de información de salud bucal en plataformas digitales, y sus consecuencias en la relación dentista-paciente, validación de declaraciones, difusión de noticias falsas y la vida cotidiana de las personas. Este es un estudio exploratorio y descriptivo con diseño transversal y enfoque cualitativo y cuantitativo, aplicando un cuestionario con la misma equivalencia de contenido para dos grupos: uno de pacientes / laico en odontología y otro de dentistas. Los resultados muestran una asimetría informativa y que la percepción de salud y enfermedad entre profesionales y pacientes es diferente. En conclusión, la información de salud oral en plataformas digitales es genérica y parece ser volátil. Se entiende que es necesario crear condiciones para la búsqueda y uso de información de salud para incluir el filtrado y la selección de fuentes comprometidas con la veracidad y la ética.

Palabras clave: Salud Oral. Internet. Noticias falsas. Validación de la información. Alfabetización digital. Ciencias de la Información.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Antibiótico faz mal para os dentes?.....	35
Figura 2 -	Antibiótico pode causar danos aos dentes.....	35
Figura 3 -	Carvão para clarear os dentes.....	37
Figura 4 -	Maçã limpa os dentes?.....	38
Figura 5 -	Escova dental ou maçã?.....	39
Figura 6 -	Chicletes podem substituir uma escovação e acabar com o mau hálito...	40
Figura 7 -	Chiclete não melhora o bafo.....	40
Figura 8 -	Grávida pode fazer tratamento dentário?.....	43
Figura 9 -	Sensibilidade dental por bebida fria e comida quente.....	44
Figura 10 -	Bebidas quentes ou geladas podem trincar os dentes?.....	44
Figura 11 -	Informações sobre dentes decíduos.....	46
Figura 12 -	Dente siso pode empurrar e entortar dentes.....	47
Figura 13 -	Gengiva sangra quando passa fio dental.....	51
Figura 14 -	Escova dura ou macia?.....	53
Figura 15 -	Para que serve cada tipo de escova.....	51
Figura 16 -	Gravidez e os dentes.....	52
Figura 17 -	Gravidez afeta a saúde dos dentes?.....	53
Figura 18 -	<i>Fake news</i> na saúde.....	58
Figura 19 -	Modelo teórico de alfabetização em saúde apresentado por Sorensen <i>et al.</i>	72
Figura 20 -	Produto comercializado na internet diretamente ao paciente.....	77
Figura 21 -	Kit de clareamento dentário comercializado na internet.....	78
Figura 22 -	Clareamento caseiro.....	81
Figura 23 -	Falsa percepção do autocuidado.....	82

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Gênero dos pacientes.....	83
Gráfico 2 -	Escolaridade dos pacientes.....	84
Gráfico 3 -	Ter dentista como amigo próximo ou parente.....	86
Gráfico 4 -	Frases assinaladas como verdadeiras pelos pacientes.....	87
Gráfico 5 -	Utilização da internet para obter informações sobre saúde bucal.....	88
Gráfico 6 -	Plataformas acessadas para obter informações sobre saúde bucal.....	89
Gráfico 7 -	Assunto sobre saúde bucal que desperta mais interesse/curiosidade...	90
Gráfico 8 -	Busca de informação na internet ao invés de falar diretamente com o cirurgião-dentista.....	91
Gráfico 9 -	Informação sobre saúde bucal obtida na internet que precisou ser esclarecida por dentista.....	92
Gráfico 10 -	Figuras e/ou fotos ajudam a entender melhor o conteúdo informativo da internet.....	93
Gráfico 11 -	Afirmativas que os pacientes/leigos concordam.....	95
Gráfico 12 -	Concordância voluntária dos cirurgiões-dentistas.....	95
Gráfico 13 -	Gênero dos participantes dentistas.....	96
Gráfico 14 -	Instituições públicas e privadas.....	98
Gráfico 15 -	Número de dentistas da amostra por faculdade de odontologia.....	99
Gráfico 16 -	Especialistas por gênero registrados no Conselho Federal de Odontologia.....	102
Gráfico 17 -	Especialidades dos cirurgiões-dentistas.....	103
Gráfico 18 -	Pós-graduação da amostra de dentistas.....	104
Gráfico 19 -	Frases que os dentistas consideram que mais fazem parte do senso comum dos pacientes.....	105
Gráfico 20 -	Utilização da internet para divulgar informações sobre saúde bucal..	106
Gráfico 21 -	Tipo de plataforma utilizada para divulgar informações sobre saúde bucal.....	107
Gráfico 22 -	Assunto de saúde bucal que desperta mais curiosidade ou interesse dos pacientes.....	108
Gráfico 23 -	Informações coletadas por leigos trazidas para a consulta.....	110

Gráfico 24 -	Dentistas que já explicaram didática e corretamente alguma informação trazida da internet por paciente.....	113
Gráfico 25 -	Utilização de figuras e/ou fotos para entender melhor o conteúdo informativo de internet.....	114
Gráfico 26 -	Afirmativas que os cirurgiões-dentistas concordaram.....	116

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Como prevenir e tratar o mau hálito.....	41
Quadro 2 -	Quantidade de especialistas registrados no Conselho Federal de Odontologia.....	101
Quadro 3 -	Percentual comparativo das respostas entre leigos e profissionais.....	105
Quadro 4 -	Plataformas digitais utilizadas para divulgar informação sobre saúde bucal.....	107
Quadro 5 -	Comparação das amostras em relação ao assunto que mais desperta interesse ou curiosidade.....	109
Quadro 6 -	Comparação entre as amostras em relação as afirmativas que mais concordam.....	115

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Número de participantes leigos por lugar.....	85
Tabela 2 -	Universidade de graduação.....	96
Tabela 3 -	Local de Atuação Profissional.....	99
Tabela 4 -	As especialidades mais registradas no Conselho Federal de Odontologia.....	100

LISTA DE ABREVIATURAS

ADA	- <i>American Dental Association</i>
App	- Aplicativos
BVS	- Biblioteca Virtual de Saúde
CD	- Cirurgião-dentista
CFO	- Conselho Federal de Odontologia
CRO	- Conselho Regional de Odontologia
Dr	- Doutor
FONF	- Faculdade de Odontologia de Nova Friburgo
HOF	- Harmonização Orofacial
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAF	- Indicador de Alfabetismo Funcional
IPV	- Índice de placa visível
OMS	- Organização Mundial de Saúde
PADs	- Assistentes pessoais digitais
PBM	- Pesquisa Brasileira de Moradia
TAC	- Teoria do Agir Comunicativo
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDIC	- Tecnologia Digital de Informação e Comunicação
TMC	- Teoria Matemática da Comunicação
UERJ	- Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFMG	- Universidade Federal de Minas Gerais
UFRJ	- Universidade Federal do Rio de Janeiro
UIVERSO	- Universidade Salgado de Oliveira
UMC	- Universidade de Mogi das Cruzes
UNIBE	- Universidade de Uberaba
UNIG	- Universidade de Nova Iguaçu
UNITAU	- Universidade de Taubaté
UPE	- Universidade de Pernambuco
USP	- Universidade de São Paulo
UVA	- Universidade Veiga de Almeida
www	- <i>World Wide Web</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	19
2 QUESTÕES, OBJETIVOS e HIPÓTESES.....	22
3 METODOLOGIA.....	23
3.1 INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS.....	
3.2 AMOSTRA.....	
4 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS.....	26
4.1 INFORMAÇÃO E SAÚDE.....	26
4.2 ENUNCIADOS SOBRE SAÚDE BUCAL: ENTRE CRENÇA E CIÊNCIA....	30
4.2.1 Processo de validação das informações.....	54
4.2.1.1. <i>Fake news</i> em saúde.....	57
4.3 INTERAÇÃO SOCIAL MEDIADA PELA LINGUAGEM.....	59
4.3.1 Diálogo, discurso e discursividade.....	63
4.3.2 A intersubjetividade como espaço de mediação da assimetria comunicacional.....	67
4.3.3 Letramento digital.....	69
4.4 SAÚDE NAS PLATAFORMAS DIGITAIS.....	74
4.4.1 Informação sobre saúde bucal na internet.....	75
4.4.2 Cibercondria X autocuidado.....	79
5 RESULTADOS E ANÁLISE.....	83
5.1 PACIENTES/PESSOAS LEIGAS EM ODONTOLOGIA.....	83
5.2 PROFISSIONAIS DA ODONTOLOGIA (CIRURGIÕES-DENTISTAS).....	95
6 CONCLUSÃO.....	116
REFERÊNCIAS.....	119

APÊNDICES	129
ANEXOS.....	135

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa aborda a informação sobre saúde bucal disponível na internet e como a obtenção do conteúdo interfere na vida/saúde das pessoas e nas interações relacionais entre profissionais e pacientes.

Durante um evento em que Umberto Eco¹ recebeu o título de *Doutor Honoris Causa* em comunicação e cultura na Universidade de Turim, em 2015, o filósofo e escritor criticou o papel das novas tecnologias no processo de disseminação da informação. E gerou uma polêmica mundial ao afirmar que as redes sociais dão o direito à palavra a uma "legião de imbecis" que antes falavam apenas "em um bar e depois de uma taça de vinho, sem prejudicar a coletividade". Partindo-se desse pensamento, surgiu uma necessidade investigatória, de como a informação sobre saúde bucal é reconhecida por pessoas leigas em odontologia e pelos profissionais da área (nível superior – cirurgiões-dentistas), diante da multiplicidade de vozes presentes nas informações, representando posições e interesses diferentes na estrutura social. Assim como, qual é o espaço de reconhecimento desses atores envolvidos e quais os efeitos provocados pelo excesso de conteúdo sobre saúde bucal na internet.

Sendo assim, o objetivo na pesquisa é avaliar a informação sobre saúde bucal nas plataformas digitais, diante de tantas informações disponíveis na internet e suas consequências na relação dentista-paciente; além de discutir a validação dos enunciados e de como o acesso a esses conteúdos afetam as consultas odontológicas e o cotidiano das pessoas. De natureza qualiquantitativa, a pesquisa caracteriza-se pela busca de compreensão da realidade da vida social compartilhada pelos indivíduos acerca do assunto. Levando-se em conta a explosão interativa que a Internet permite e vem influenciando a relação dentista-paciente quanto ao conhecimento sobre saúde bucal.

No processo comunicativo em busca do entendimento, falantes e ouvintes recorrem à representação dos fatos e aos atos de fala produzidos por relações interpessoais e

¹ Umberto Eco nasceu na Alexandria em 5 de janeiro de 1932 e faleceu em Milão, no dia 19 de fevereiro de 2016. Foi um escritor, filósofo, semiólogo, linguista e bibliógrafo italiano de fama internacional. Professor titular da cadeira de Semiótica e diretor da Escola Superior de ciências humanas na Universidade de Bolonha. Ensinou temporariamente em Yale, na Universidade Columbia, em Harvard, Collège de France e Universidade de Toronto. Colaborador em diversos periódicos acadêmicos, dentre eles colunista da revista semanal italiana L'Espresso, na qual escreveu sobre uma infinidade de temas. Eco foi, ainda, notório escritor de romances, entre os quais *O nome da rosa* e *O pêndulo de Foucault*. Junto com o escritor e roteirista Jean-Claude Carrière, lançou em 2010 "N'Espérez pas vous Débarrasser des Livres" ("Não Espere se Livrar dos Livros", publicado em Portugal com o título "A Obsessão do Fogo" no Brasil como "Não contem com o fim do livro"). Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Umberto_Eco. Data de acesso: 28/10/2017.

manifestações de vivências, necessitando de um ponto comum entre as pessoas para haver diálogo (NASCIMENTO & PRADO, 2004).

Helman (2009, p.79) considera que as “sociedades urbanizadas modernas, ocidentais ou não, são mais propensas a exibir *pluralismo nos cuidados de saúde*”. Sendo assim, o desenvolvimento da Internet e da World Wide Web (www) solidificou a base dessa nova estrutura relacional dentro da sociedade, em rede. Web (aplicação de compartilhamento de informações de grande alcance global executado na internet) e internet (rede mundial de computadores) “não são palavras sinônimas, mas possuem estreitas relações entre si”, oferecem aos indivíduos “ferramentas de comunicação que levam ao questionamento de muitos paradigmas” (GONÇALVES, 2015, p. 185). Porém, isso se traduziu, na grande maioria, em relações mais rarefeitas e vulneráveis diante de tanta informação disponível na rede digital.

No campo da saúde, é cada vez maior a quantidade de sites sobre saúde e doenças, bem-estar, qualidade de vida, terapias holísticas, bem como o compartilhamento de informações no meio científico, tendo como principais bases de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Portal de periódicos da Capes e Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME).

Na odontologia, observa-se que a busca de informações na Internet pode interferir no conhecimento dos pacientes sobre determinados assuntos, porém, tem sido incapaz de desfazer algumas crenças e pré-conceitos estabelecidos no senso comum. Além disso, podem induzir a popularização de uma informação falsa.

A tese está organizada em nove seções primárias textuais, além dessa introdução. Os elementos pós-textuais como as referências e os apêndices configuram a estrutura final com o material desenvolvido para a coleta de dados. Na segunda seção apresentam-se as questões, objetivos e hipótese da pesquisa. Na terceira seção apresentam-se os pressupostos teóricos. Discute-se a influência da informação na saúde, considerando o seu conceito de bem-estar físico, mental e social. Abordam-se alguns enunciados sobre saúde bucal, estabelecidos na comunidade linguística, que permeiam entre a crença e a ciência. E sobre o processo de validação das informações. Posteriormente, discute-se o uso da linguagem na interação social. Abordando questões como diálogo, discurso e discursividade. O papel da intersubjetividade como mediadora da assimetria comunicacional e a importância do letramento digital nesse processo cognitivo de entendimento das informações disponíveis na internet. Finalizando os

pressupostos teóricos, apresenta-se uma discussão sobre como esse novo mundo digital influencia nas questões cotidianas, o contraponto da cibercondria e do autocuidado na saúde bucal. A metodologia utilizada no trabalho é apresentada na quarta seção, para proporcionar um melhor entendimento do trabalho de campo executado, seguindo então a análise e resultados dos dados obtidos, expostos na quinta seção. Por fim, são apresentadas as conclusões da pesquisa realizada e direcionamento para novas questões a serem discutidas em outras pesquisas acadêmicas da ciência da informação.

2 QUESTÕES, OBJETIVOS E HIPÓTESES

O fato do sujeito (leitor, paciente) obter facilmente uma informação talvez não seja capaz de desconstruir crenças estabelecidas pela sociedade. A busca por nova informação depende de uma capacidade de entendimento e apropriação daquilo que lhe é informado.

Alguns enunciados são reproduzidos pelos falantes, mesmo que evidências científicas comprovem o contrário como, por exemplos, o antibiótico estraga os dentes, maçã limpa os dentes, escova dura limpa melhor os dentes, carvão clareia o dente, entre outros.

E com a facilidade de acesso à Internet, a hiperinformação pode levar a uma banalização da informação, mas também podem colocar leigos e profissionais mais próximos do conteúdo informacional. Uma questão relevante é a veracidade das informações obtidas em plataformas virtuais e como isso pode afetar no cuidado à saúde das pessoas e na relação profissional-paciente.

Sendo assim, o objetivo geral desta investigação é avaliar a qualidade da informação sobre saúde bucal nas plataformas digitais, diante de tantas informações disponíveis na internet e suas consequências na relação dentista-paciente. Secundariamente, objetiva-se na pesquisa:

- Discutir o processo de validação das informações contidas na web;
- Observar a influência das habilidades de letramento no processo cognitivo das informações em saúde;
- Apresentar o impacto das informações contidas na web, nas consultas odontológicas e no cotidiano das pessoas;
- Verificar e discutir mudanças na troca e compartilhamentos da informação entre cirurgião-dentista e paciente, com a evolução do acesso à internet;
- Contribuir para melhorar a ação do odontólogo na gestão das informações sobre saúde bucal.

E com base nestes objetivos propostos, destaca-se que a hipótese da pesquisa é que mesmo diante da grande quantidade informacional disponível na rede, alguns pré-conceitos estabelecidos sobre saúde bucal continuam enraizados na sociedade, assim como novas crenças também surgiram a partir da *internet/web*. E a forma mais iconográfica (*do grego "eykon", imagem, e "graphia", descrição, escrita*) em que as informações são veiculadas, permite que o uso das figuras supram as dificuldades de letramento facilitando o entendimento sobre saúde bucal, afetando diretamente a relação profissional/dentista-paciente, diminuindo a assimetria informacional.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo com delineamento transversal e abordagem quantitativa. Na ausência de um instrumento de coleta de dados já validado sobre o assunto, surgiu a necessidade da elaboração de um próprio questionário (APÊNDICES A e B), para ser aplicado na amostra composta por pacientes/leigos em odontologia e cirurgiões-dentistas.

Inicialmente, a proposta dos assuntos a serem abordados com leigos (pacientes) e os profissionais (cirurgiões-dentistas) envolveriam o seguinte roteiro:

Roteiro para pacientes:

- 1- A informação sobre saúde bucal que possui é suficiente;
- 2- Estamos na era da internet e a internet tem tudo;
- 3- Como todas as informações na web, o profissional é dispensável, dúvidas são esclarecidas no Google;
- 4- Na consulta, o dentista não acrescenta nada do que já sei;
- 5- Na consulta, o dentista explica de forma muito complicada/ na internet está tudo fácil.

Roteiro para profissionais:

- 1- A informação sobre saúde bucal contida na internet é insuficiente;
- 2- Como estamos na era da internet, o paciente julga que já sabe tudo;
- 3- O paciente já chega com informações coletadas na Internet sobre prognóstico, diagnóstico e tratamento;
- 4- Na consulta, precisa-se fazer um trabalho de letramento correto e corrigir uma série de informações equivocadas e de senso comum;
- 5 - Na consulta, as informações precisam ser repassadas de forma didática, com linguagem coloquial e sem termos técnicos.

A partir desse roteiro, optou-se pela elaboração de um questionário para cada grupo (pacientes e profissionais), com as mesmas questões e abordagens equivalentes.

Portanto, toda vez que aparecer o tratamento dos participantes da pesquisa como pacientes/leigos ou pacientes ou leigos, referem-se às pessoas sem formação técnica em odontologia, sendo assim consideradas “leigas em odontologia”.

Na discussão de cada enunciado sobre saúde bucal considerado como enraizado na cultura e reproduzido socialmente, fez-se uma busca, no *Google*, pela frase completa e outra só colocando as palavras-chave, por exemplo:

Busca 1: “antibiótico estraga o dente”;

Busca 2: “antibiótico + dente”.

Optou-se pelo site que aparecia primeiro na busca. E também, por outro site em que o assunto fosse exposto de forma antagônica.

3.1 INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS

O instrumento de coleta dos dados constitui-se de um questionário com perguntas abertas, fechadas e dicotômicas; um para dentistas e outro para pacientes, mas com o mesmo teor (APÊNDICE A e B). Os dois instrumentos de coleta de dados - o do paciente (leigo) e o do profissional - são homólogos, com a mesma posição relativa, proporção e valor correspondente. Os questionários foram inseridos na plataforma *Survey Monkey* que é um serviço *on-line* para a criação de documentos do tipo *Office*. Este programa não é gratuito, possui editor de textos, editor de planilhas eletrônicas, editor de apresentação de slides e ainda ferramenta para criação de formulários. Tem a facilidade de compartilhar documentos *online*, sendo acessível pelo computador e pelo celular, possui ferramentas para criar e analisar as enquetes e está disponível na Língua Portuguesa.

3.2 AMOSTRA

A principal preocupação em relação à amostra é a sua representatividade. Correa (2006) afirma que, quando se decide obter informações através de um levantamento amostral, surgem dois problemas: definir cuidadosamente a população de interesse e selecionar a característica que vai ser pesquisada.

A escolha dos pacientes e dentistas como amostra da pesquisa se deu de forma aleatória, através de convites com o link de acesso a pesquisa pelas redes sociais. Para priorizar a confidencialidade das respostas optou-se por não confrontar a respostas de

pacientes com a do seu respectivo dentista, pois poderia causar algum tipo de constrangimento.

Com a intenção de obter mais respostas de pacientes do que dentistas, estabeleceu-se a relação de um profissional para dois pacientes (1:2), ou seja, 50 questionários para cirurgiões-dentistas e 100 questionários para paciente/leigos em odontologia, totalizando 150 questionários.

Critérios de inclusão no questionário para LEIGOS/PACIENTES:

1. Idade acima de 18 anos;

No questionário para CIRURGIÕES-DENTISTAS:

1. Ter concluído o curso de graduação em odontologia.

A coleta dos questionários através da plataforma *Survey Monkey*, com convite realizado através de *E-mail*, *Facebook*, *WhatsApp* e *Messenger*, no período de julho a setembro de 2018.

Esta pesquisa está de acordo com a Resolução nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde e com a Resolução nº 510 de 2016 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa, na Plataforma Brasil, sob o Parecer Número: 2.738.039 (ANEXO A).

Na análise dos dados (capítulo 5), a tabulação dos dados é feita pela plataforma *Survey Monkey* e pelo *Excel* facilitando a discussão acerca dos resultados, através de gráficos e tabelas.

4 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

4.1 INFORMAÇÃO E SAÚDE

“Neste mundo em que toda a informação, música, cinema e poesia dão a volta ao mundo em questão de segundos, sucessos efêmeros aparecem todos os dias, e por isto nunca foi tão salutar seguir a caminhar como os mais velhos e mais sábios: devagar e sempre”.

Augusto Branco

A palavra “informação” origina-se do latim *informātio*, *ōnis* e significa ‘ação de formar, de fazer, fabricação’ (HOUAISS, 2008). A informação é capaz de formar o pensamento humano, trazendo conhecimento sobre algo, atribuindo significado a realidade. Portanto, a informação influencia na percepção do sujeito perante o mundo da vida, exercendo um poder social, a informação garante a disseminação do conhecimento. Fazendo um recorte direcionado para a saúde, uma informação que gera conhecimento, pode mudar hábitos e influenciar diretamente na saúde das pessoas.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) apresenta o conceito de saúde como “completo bem-estar físico, mental e social, e não só a ausência de doenças”. Essa definição exige uma complexidade difícil de ser alcançada, mas que diariamente é buscada por todos. Sendo assim, pode-se dizer que a informação interfere na qualidade de vida da sociedade.

Em 1978, o jornal americano “The New York Times” criou uma seção sobre ciência, publicando notícias sobre os avanços médicos. E assim, o sucesso dessa abordagem sobre cuidados com a saúde foi uma prática adotada mundialmente (TABAKMAN, 2013). A informação sobre saúde garante, desta forma, seu espaço em jornais, revistas e programas de tv e, posteriormente, nas mídias sociais.

O conhecimento obtido através de informações sobre saúde na internet pode produzir efeitos positivos ou negativos, a relação emissor-receptor assume centralidade no processamento de uma informação. Muito mais que uma informação consciente, a conscientização da informação pode fazer toda diferença na saúde de um indivíduo.

Constantemente, são publicados reportagens e estudos apontando para o perigo do uso excessivo de tecnologia (celulares, jogos eletrônicos e computadores), acarretando doenças físicas e mentais, ou seja, afetando a saúde das pessoas. Inclusive, o individualismo do acesso

à internet que afeta diretamente o convívio social das às pessoas, principalmente entre os jovens.

No campo da saúde, a Educação em Saúde tem forte sinergia com a comunicação (VELLOSO, 2014), pois são processos associados no desenvolvimento do saber social. Teixeira (2004) ressalta que “comunicação em saúde diz respeito ao estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde”.

Silva (2016) destaca que a Teoria Matemática da Comunicação (TMC)² surge das “diversas reflexões científicas na contemporaneidade e de possibilidades objetivas de reconhecer os aspectos materiais da informação traduzindo perspectivas para transmissão de sinais entre sujeitos (emissor e receptor)”:

O discurso sobre a teoria da informação surge em um momento em que a informação conceitualmente deixa de ser vista apenas do ponto de vista de “dar forma a algo” que foi destacado desde a Antiguidade até a Idade Moderna, mas passa a ter uma carga representativa no que a transmissão de sinais e interação entre dois ou mais sujeitos. A ideia de se pensar a materialidade da informação está nas possibilidades de mensurar os suportes de informação como documentos, artefatos e até mesmo a capacidade de reprodução de mensagens em aparelhamentos analógicos e mais recentemente digitais (SILVA, 2016, p. 205).

Segundo García-Marco (2011, p. 13) as fundamentações da TMC:

Em 1949 Shannon e Weaver escrevem a Teoria Matemática da Comunicação e definem três níveis de análise do fenômeno comunicativo e da informação: a transmissão do sinal (nível 1), o significado ou semântica (nível 2) e os efeitos da mensagem, isto é, sua pragmática no sentido peirciano (nível 3). Deixam muito claro que sua teoria se centra no primeiro nível, e que os níveis superiores estão dentro do domínio de estudos das ciências sociais. De fato, os níveis de Shannon y Weaver são uma elaboração do modelo semiótico de Peirce - signo, objeto e interpretante -, que origina três níveis de análise: gramática, semiótica e pragmática.

Mas, como lidar com esse excesso de informação que o mundo digital trouxe para a sociedade moderna ainda é um vasto campo de discussão e descobertas. Em 1967, o francês Guy Debord (1931-1994) publicou o livro “A sociedade do espetáculo”, obra que se tornaria

² A **teoria matemática da comunicação** estuda a quantificação, armazenamento e comunicação da informação. Ela foi originalmente proposta por *Claude E. Shannon* em 1948 para achar os limites fundamentais no processamento de sinais e operações de comunicação como as de compressão de dados, em um artigo divisor de águas intitulado “*A Mathematical Theory of Communication*”. Agora essa teoria tem várias aplicações nas mais diversas áreas, incluindo inferência estatística, processamento de linguagem natural, criptografia, neurociência computacional, evolução, computação quântica, dentre outras.

A medida chave em teoria da informação é a **entropia**. A entropia quantifica a quantidade de incerteza envolvida no valor de uma variável aleatória ou na saída de um processo aleatório. Por exemplo, a saída de um cara ou coroa de uma moeda honesta (com duas saídas igualmente prováveis) fornece menos informação (menor entropia) do que especificar a saída da rolagem de um dado de seis faces (com seis saídas igualmente prováveis). Algumas outras medidas importantes em teoria da informação são **informação mútua**, **informação condicional** e **capacidade de um canal**. (Fonte: Wikipedia. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Teoria_da_informa%C3%A7%C3%A3o. Data do acesso: 10 jan 2018).

filme em 1973, que faz uma análise da sociedade moderna como uma “sociedade de espetáculo”. Para o autor, o capitalismo produz uma mercantilização de tudo, gerando um consumo exagerado e fetichismo, pois as imagens tornam-se as mediadoras das relações humanas. Há, então, na sociedade uma acumulação de espetáculos, de representações; diluindo o ser humano e suas relações sociais (FIGUEIREDO, BRITO & BOTAZZO, 2003).

Nos dias atuais, o mundo digital enalteceu a “informação espetacularizada”, onde os discursos são construídos e reproduzidos sem o compromisso com a veracidade daquilo que é informado. Com isso, os discursos escondem intenções pragmáticas de domínio, poder, indução, manipulação, entre tantas outras formas de retórica.

A “overdose informativa” está criando uma geração de *cibercondríacos* ou *midiacondríacos* (MIRANDA, 2014, p. 9) “que, muitas vezes, substituem o consultório médico pelo compulsivo acesso a informações pelos meios de comunicação”. Fazendo assim uma alusão aos *hipocondríacos*³, como comumente referia-se a pessoas viciadas em doenças e medicamentos.

Para este mundo tão “*fast*” existe sempre um grupo contrário, o “*slow*”. Na área médica, o manifesto da *Slow Medicine*⁴ possui como palavras de ordem uma medicina sóbria,

³ A **hipocondria**, do grego hypo- (a baixo) e chondros (cartilagem do diafragma), também conhecida por nosomifalia, é um estado psíquico em que a pessoa tem a crença infundada de que padece de uma doença grave. Costuma vir associada a um medo irracional da morte, a uma obsessão com sintomas ou defeitos físicos irrelevantes, preocupação e auto-observação constante do corpo e até às vezes, à descrença nos diagnósticos médicos. Muitas vezes encarada como algo engraçado, a patologia é séria e prejudica a vida de pacientes e parentes. Um grande contingente de pessoas saudáveis do ponto de vista clínico e laboratorial recorre diariamente a hospitais, consultórios e prontos-socorros, sempre reclamando de doenças graves. Inconformados com médicos e exames que indicam a inexistência de qualquer problema de saúde, muitas dessas pessoas saem dali direto para a avaliação de outro profissional, na expectativa de encontrar o diagnóstico sobre o mal que supostamente os acomete. A procura será em vão e aí pode estar o indício de uma doença real, embora essa ainda não seja imaginada pelo paciente. Trata-se da hipocondria ou a ‘mania de doença’, como é mais conhecido o mal que se caracteriza pela supervalorização de sintomas corriqueiros e perfeitamente normais. A hipocondria pode vir associada ao transtorno obsessivo-compulsivo e à ansiedade. (Fonte: Wikipédia. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Hipocondria>, Data do acesso: 18 de jul de 2018).

⁴ A primeira menção da **medicina lenta (Slow Medicine)** impressa ocorreu na primeira década do século XXI, cerca de quinze anos após o início do movimento *slow food* na Itália. Em 2002, um artigo foi publicado em uma revista médica italiana que usava as palavras “medicina lenta” para significar uma abordagem à medicina que permitiria aos profissionais tempo suficiente para avaliar o paciente e seu contexto social mais amplo, reduzir ansiedade, avaliar novos métodos e tecnologias, prevenir a liberação prematura do hospital e também fornecer suporte emocional adequado. Mais tarde, em publicações em inglês, vários médicos começaram, de forma independente, a usar o termo remédio lento. Uma sociedade de medicina lenta foi formada na Itália no ano de 2011, e a primeira conferência nacional italiana sobre medicina lenta ocorreu em Turim, Itália, em novembro de 2011. Desde então, sociedades de medicina lenta foram formadas em outros países. Diferentes médicos enfatizam diferentes aspectos da medicina quando usam o termo “remédio lento”. Para alguns, a medicina lenta significa tomar tempo e não se apressar ao avaliar um paciente. Para outros, a medicina lenta é uma avaliação cuidadosa das evidências médicas e o desejo de não “superdiagnosticar” ou “sobrestimar”. A sociedade original da Medicina Lenta na Itália aponta três palavras-chave: “medido”, “respeitoso” e “equitativo”, que se concentra nos aspectos sociais e políticos da medicina. Um dos primeiros praticantes da medicina lenta vê o paciente na metáfora de uma planta que precisa ser nutrida e que os impedimentos sejam removidos para permitir que a cura

respeitosa e justa. Essa filosofia “resgata a qualidade do tempo como elemento essencial da abordagem médica”. Acredita-se que quando se tem um relacionamento empático com o paciente, há o fortalecimento da relação com o paciente, individualizando condutas e com escuta atenta às reais necessidades pessoais, fazendo assim, uso parcimonioso da tecnologia.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera as práticas médicas e de saúde pública, auxiliadas por aparatos portáteis, como celulares, aparelhos de monitoramento dos pacientes, assistentes pessoais digitais (PDAs), e outros aparelhos sem fio. O conceito de mHealth (*mobile health*) ressalta a importância dessa ferramenta como suporte remoto a pacientes ou auto-promoção de cuidados em saúde (WHO, 2011).

4.2 ENUNCIADOS SOBRE SAÚDE BUCAL: ENTRE CRENÇA E CIÊNCIA

“Minha pátria é a Língua Portuguesa”.

Fernando Pessoa

*Minha língua, minha pátria.*⁵

As práticas científicas, geralmente seguem um rigor cartesiano em busca de verdades absolutas que contradizem a própria essência da ciência: descobrir, pesquisar e evoluir. Uma dinâmica não linear que permeia entre crença e ciência, que constrói e desconstrói conceitos enraizados na comunidade linguística. Nas ciências, os resultados das pesquisas não produzem enunciados estáticos.

A evolução científica gera uma dinâmica constante entre comprovação e contradição, por exemplo, o consumo de ovo na dieta das pessoas aparece ora como vilão, ora como aliado à saúde. Outro indício de evolução científica se deu com a vacina contra a febre amarela, que a partir de 2018 pôde ser aplicada em idosos, o que antes não era feito. Em relação à odontologia, alguns enunciados são pronunciados há vários anos, fazendo parte do senso comum. Não podendo ser classificados, simplesmente, como certos ou errados, falsos ou verdadeiros, mito ou verdade; porque muitos têm uma explicação científica que permeia entre esses dois extremos.

Michel Foucault, na década de 70, afasta-se das práticas discursivas propostas anteriormente, e consolida sua obra em contextos práticos não discursivos; em particular, práticas de poder. Considera que o poder não está localizado em uma instituição, e “nem tampouco como algo que se cede, por contratos jurídicos ou políticos. O poder em Foucault reprime, mas também produz efeitos de saber e verdade” (FERRERINHA; RAITZ, 2010).

Em *Arqueologia do saber*, Foucault (1986) dedica boa parte da obra definindo termos como enunciado e discurso, pois “um enunciado tem sempre margens povoadas por outros enunciados”. Portanto, considera-se como enunciado um conjunto de signos considerados em seu aparecimento singular e na relação com outros enunciados; a frase como um conjunto de signos considerados por sua adequação às regras da língua e a proposição como um conjunto de signos considerados por valor de verdade. Atualmente, nas plataformas digitais, percebe-se

⁵ Minha Língua, Minha Pátria – festival literário que reúne escritores de Portugal, Brasil e Moçambique em Salvador e São Paulo. realizado pelo Instituto Eva Herz criado pela Livraria Cultura em 2011 com “a missão de oferecer espaços nos quais as pessoas possam, de fato, vivenciar a experiência cultural”. (Fonte: Wikipedia. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Hiperliga%C3%A7%C3%A3o>. Data do acesso: 10 jan 2018).

essa sucessão de enunciados através dos *hiperlinks*⁶. Essas hiperligações fazem parte dos fundamentos das linguagens utilizadas na construção de páginas *World Wide Web* (www) e outras formas digitais, em forma de imagens ou de textos que através de elementos clicáveis, leva o leitor para novos lugares virtuais que explicam ou complementam aquilo que está sendo dito.

A frase pode conter um ou mais enunciados, mas o enunciado não precisa ser uma frase, ele é uma função da existência. Nesta perspectiva foucaultiana, o discurso é composto por um conjunto de enunciados, na medida em que se apoiem na mesma formação discursiva; ele não forma uma unidade retórica ou formal, indefinidamente repetível e cujo aparecimento ou utilização poderíamos assinalar na história; é constituído de um número limitado de enunciados para os quais podemos definir um conjunto de condições de existência (FOUCAULT, 1986, p.135).

Em seu livro *Vigiar e punir*, Foucault (2008, p. 160) retrata os dispositivos que sustentam a ordem disciplinar: a ordenação espacial, a sanção normalizadora e o exame médico. O autor coloca o exame no centro dos processos que constituem o indivíduo "como efeito e objeto de poder, como efeito e objeto de saber".

De acordo Michel Foucault, as práticas se consolidam a partir de duas esferas: a ciência e os elementos integrantes da cultura. E cada uma dessas esferas têm seus mecanismos de legitimação próprios, atuam como centros de poder e elaboram seu discurso e sua legitimidade. As manifestações de poder se agrupariam no plano das relações interpessoais (poder de um indivíduo sobre o outro) e das formas institucionalizadas que operam como espaços fechados (poder de um grupo sobre outro).

Fernandes (2007) indica possíveis pontos de relação entre o signo estético na Semiótica de Peirce ("lógica da linguagem e se dá por meio de signos") e o conceito de enunciado na obra de Foucault ("função que incide sobre os signos e que permite as configurações móveis do pensamento"), alegando que ambos os autores "apontam para o não pensado, fonte que faz do pensamento um processo contínuo".

[...] para Peirce, Lógica só pode ser Semiótica, assim, Semiótica é a lógica da linguagem, toda linguagem se dá por meio de signos. E signo é o primeiro correlato de uma relação triádica. A ideia de signo está vinculada à ideia de representação, de *representamen*; no entanto, não quer dizer a mesma coisa [...] primeiro correlato é o

⁶ Uma hiperligação, um liame/ligame, ou simplesmente uma ligação (em inglês, *hyperlink* e *link*), é uma referência dentro de um documento em hipertexto a outras partes desse documento ou a outro documento. Um programa informático utilizado para visualizar e criar esse documento chama-se um sistema de hipertexto, normalmente um usuário pode criar uma hiperligação ou simplesmente uma ligação. Um usuário que siga as ligações está a navegar o hipertexto ou a navegar a web. (Fonte: Wikipedia. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Hiperliga%C3%A7%C3%A3o>. Data do acesso: 15 mai 2018).

signo (relacionado diretamente à primeiridade), os outros dois correlatos são o objeto (secundidade) e o interpretante (terceiridade). Mas os três correlatos são de natureza s gnica, a diferença está na posição lógica que cada um ocupa: fundamento, objeto e interpretante. Assim, o signo de um objeto produz um interpretante que, por ser também de natureza s gnica, poderá ocupar o lugar lógico do signo e produzir outro interpretante ad infinitum. Este é o processo de semiose ou a  o do signo que tende a crescer infinitamente. Signos vão sendo interpretados em signos (FERNANDES, 2007, p. 2).

[...]

Para Foucault, os enunciados não são frases ou proposições, mas condições que as possibilitam e possibilitam também a transformação de sentido. Um enunciado é uma função que incide sobre um conjunto de signos e possui quatro características que o definem: um referencial, um sujeito, um campo enunciativo e uma materialidade (FERNANDES, 2007, p. 4).

A partir do paradigma linguístico, quando se deseja compreender não apenas a questão discursiva, mas essencialmente, a validação dos seus efeitos; a discursividade deve ser incorporada   prática. Sendo assim, em contrapartida a noção de biopoder de Foucault, o discurso como fonte de entendimento, baseia-se na Teoria do Agir Comunicativo (TAC), de Jürgen Habermas.   esse poder de ações sobre as ações, mediado pela linguagem, entre as pessoas diariamente, que esta pesquisa discute. Chamando atenção, não para verdades absolutas, mas para a construção dinâmica de conceitos, principalmente, no espaço público da internet.

Nesta perspectiva, busca-se compreender o porquê de tantos enunciados construídos fazerem parte de discursos socialmente reproduzidos. Na odontologia, existem diversos enunciados sobre saúde bucal que são tratados como mitos ou verdades, estabelecendo um preconceito linguístico que reflete um preconceito social que não é desfeito, mesmo com o advento da era digital. E que mesmo diante da falta de comprovação científica, eles continuam sendo transmitidos e reproduzidos na sociedade.

As atitudes, apreendidas através da experiência com outras pessoas, geram crenças que são reproduzidas socialmente. Portanto, as crenças não são explicações causais, consideram-se como construções coletivas representativas para compreender o mundo e seus objetos, influenciadas pela cultura. Geralmente, associadas à religiosidade e a construção idealista da verdade.

O fundamento de uma crença é a cultura popular, certificando uma espécie de validação sociológica. Considera-se que o mito representa a perspectiva da crença e o rito sua continuidade. “O ritual pode promover solidariedade social sem implicar que as pessoas compartilham os mesmos valores, ou até mesmo a mesma interpretação do ritual” (KERTZER, 1988). A ciência age, então, como procedimento de validação pelas vias científicas.

Para Damatta (1983) mito e rito são, assim, dramatizações ou maneiras de chamar a atenção para certos aspectos da realidade social dissimulados pelas rotinas e complicações do cotidiano. Existem inúmeras definições para mito, Rocha (1996, p.3) simplifica esse conceito em:

O mito é uma narrativa. É um discurso, uma fala. É uma forma de as sociedades espelharem suas contradições, exprimirem seus paradoxos, dúvidas e inquietações. Pode ser visto como uma possibilidade de se refletir sobre a existência, o cosmos, as situações de "estar no mundo" ou as relações sociais.

E mais adiante o autor complementa:

[...] Mas o mito não seria uma narrativa ou uma fala qualquer. Se assim o fosse ele se descaracterizaria, perderia sua especificidade. Seria tragado, submerso pelo oceano de narrativas, falas e discursos humanos. O que marca o ser humano é justamente sua particularidade de possuir e organizar símbolos que se tornam linguagens articuladas, aptas a produzir qualquer tipo de narrativa. O ser humano fala e muito. Se o mito fosse uma narrativa ou uma fala qualquer, estaria diluído completamente. O mito é, então, uma narrativa especial, particular, capaz de ser distinguida das demais narrativas humanas. (ROCHA, 1996, p.3)

Com seu caráter velado e enigmático, o mito pode revelar saberes e crenças de uma sociedade, mantendo relações existenciais entre as pessoas e o mundo que as cercam. Culturalmente, as práticas de alguns ritos colaboram no desenvolvimento dos indivíduos, influenciando nas personalidades sociais e pessoais. Para Durkheim (1988, *apud* ROCHA, 2002, p.33) “os ritos promovem a coesão social entre os membros do grupo e ajudam a aceitar as normas sociais e os princípios básicos da comunidade pelos indivíduos”.

Castells (1999, p.58) afirma que “as relações sociais são definidas *vis-à-vis* as outras, com base nos atributos culturais que especificam a identidade”. Sendo assim, a seguir serão discutidos alguns enunciados sobre saúde bucal, que permeiam no senso comum e são reproduzidos na sociedade. Pretende-se discutir cada enunciado, de forma a entender quais os elementos que levam ao raciocínio lógico de causa e efeito em suas crenças. A reprodução linguística desses enunciados pelos falantes reflete a fragilidade conceitual e informacional da comunidade.

Através de uma pesquisa em sites, blogs, redes sociais e outras plataformas digitais, destacam-se os principais enunciados (retratados como mitos) sobre saúde bucal: antibiótico estraga o dente; carvão clareia os dentes; comer maçã limpa o dente; chiclete acaba com mau hálito; durante a gravidez não se realiza tratamento odontológico; beber água gelada com comida quente faz mal aos dentes; dente de leite não precisa tratar; dente siso empurra todos os dentes; fio dental faz a gengiva sangrar; escova de dente dura limpa melhor e gravidez enfraquece os dentes.

A seguir cada enunciado será discutido de acordo as informações coletadas e figuras reproduzidas a partir da internet.

Antibiótico estraga o dente:

É muito comum o relato de pessoas associando o enfraquecimento dos dentes e a perda dentária ao uso de antibióticos, principalmente na infância. A cárie é a doença que mais “estraga” (afeta) os dentes, sendo de natureza multifatorial e resulta da dissolução do esmalte dental no meio ácido promovido por bactérias específicas, como *Streptococcus mutans* e *Lactobacillus* no biofilme dental (THYSLTRUP; FEJERSON, 2013)

Os antibióticos, por si só, não estragam os dentes, com exceção da tetraciclina que adere à dentina (a segunda camada do dente) provocando manchas e enfraquecimento. Mas isso só acontece se o medicamento for ingerido durante a época de formação dos dentes. Portanto, somente um tipo de antibiótico, a tetraciclina, tem a capacidade de aderir à dentina em formação e provocar danos ao dente e dependendo da quantidade e frequência e uso, pode manchar os dentes desde um marrom claro ao escuro. A pigmentação ocorre por quelação entre nódulos de tetraciclina e o cálcio presente na dentina, formando um composto de ortofosfato de tetraciclina-cálcio (CASTRO *et al*, 2016).

Diante de um quadro infeccioso bacteriano com o mal-estar, prostração, febre e outros sinais e sintomas é comum às pessoas não terem disposição para realizar uma boa higiene bucal; além disso, episódios recorrentes de vômitos que “sujam” os dentes e deixam a cavidade bucal extremamente ácida, deixando um acúmulo maior de placa bacteriana aderida ao dente o que favorece ao surgimento de doenças bucais. As soluções medicamentosas têm corantes e açúcar na sua fórmula deixando o gosto mais agradável, para os bebês e as crianças, mas fazem o mesmo efeito que um doce faz na formação da placa bacteriana, atuando como substratos para os microrganismos da placa bacteriana, contribuindo para a formação da cárie.

Esses fatores comprometem a saúde bucal, pois favorecem a formação e o acúmulo da placa bacteriana, sendo condicionantes para uma maior patogenicidade de doenças bucais, principalmente a cárie dentária.

Para o leitor que procura sobre este assunto na internet, as informações encontradas em sites de buscas podem ser esclarecedoras ou induzir a mais dúvidas (Figuras 1 e 2).

Figura 1- Antibiótico faz mal para os dentes

Mito ou verdade: antibiótico faz mal para os dentes?

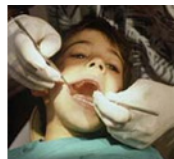
Apesar dessa crença ser muito popular, não é bem assim

Na realidade, há apenas um tipo de antibiótico com efeitos colaterais que comprometem a estética dental: a tetraciclina. Ela é capaz de danificar o esmalte dentário enfraquecer, manchar e até mesmo alterar a cor dos dentes para um tom acinzentado. Mas pode ficar despreocupado: todos esses efeitos colaterais representam um risco apenas enquanto o dente está em formação, ou seja, entre o quarto mês de vida intrauterina até aproximadamente os sete anos de idade.

Fonte: <https://www.terra.com.br/vida-e-estilo/saude/saude-bucal/mito-ou-verdade-antibiotico-faz-mal-para-os-dentes,ada0b116ff19881dab7562dcb5cbe03dx143qx3v.html>

A Fig. 2 mostra um estudo sobre amoxicilina, uma pessoa leiga não sabe que a amoxicilina e a tetraciclina são antibióticos de classes e ações diferentes, inclusive, um é bactericida, outro bacteriostático, respectivamente. Outra informação que pode ser compreendida erroneamente é quanto à fluorose dentária, que é uma doença provocada pela incorporação excessiva do flúor no esmalte dentário, tratada na informação como “envenenamento por flúor”.

Figura 2 – Antibiótico pode causar danos aos dentes



A amoxicilina poderia prejudicar o esmalte dos dentes

Antibiótico pode causar danos aos dentes, diz pesquisa

Crianças que são tratadas com o antibiótico amoxicilina correm mais risco de ter problemas dentários durante a vida, indica um estudo da Universidade de Iowa, publicado no Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine.

De acordo com os condutores da pesquisa, a droga parece estar ligada à danificação permanentes de dentes, que podem ir de sutis pontos brancos a pequenas cavidades e manchas marrons.

A amoxicilina é um dos antibióticos mais utilizados em crianças, para combater problemas como infecções de ouvido intermediárias.

Os pesquisadores acompanharam 579 crianças desde seu nascimento até os 32 meses de idade, realizando questionários a cada três ou quatro meses para reunir informações sobre a quantidade de influxo de fluoreto e o uso de amoxicilina.

Com um ano de idade, três quartos das crianças já tinham ingerido amoxicilina. Depois de 32 meses, 91% já tinham utilizado a droga.

Descobriu-se que o uso de amoxicilina por um período de três a seis meses dobrava o risco de fluorose dental (envenenamento por flúor).

Fonte: <http://odontologika.uol.com.br/antibioticodanosdentes.htm>

Carvão clareia os dentes:

A dentição permanente é mais amarelada que a decídua, mas ter os dentes brancos, nos dias atuais, tornou-se uma busca incansável e desenfreada por algumas pessoas, para ter um efeito estético mais agradável e juvenil. O consumo de alimentos coloridos favorece ao escurecimento do esmalte e novas técnicas de clareamento dentário surgiram, mas principalmente por questões financeiras, o uso de substâncias alternativas (como o carvão) para deixar os dentes mais brancos é uma realidade social.

Historicamente, tem-se a informação de que os índios limpavam os dentes com cana-de-açúcar. Ora, se a cana é doce (principal substrato para formação da placa bacteriana) como poderiam ter essa sensação? A cana depois de ser bastante mastigada, se torna uma palha. Como a remoção da placa bacteriana no dente se dá de forma mecânica, a sensação de limpeza deveria ser proporcionada pelo “efeito cerdas” que a palha adquire após a mastigação excessiva da cana-de-açúcar.

Qualquer ação de atrito no esmalte dentário (camada mais superficial) facilita a remoção mecânica da placa bacteriana produzindo um efeito de dente mais liso e mais limpo. Mas, o atrito com substâncias mais firmes no esmalte do dente, como o carvão vegetal é muito abrasivo para dentes e gengivas, podendo causar danos a estes tecidos. Essa abrasividade aumenta o desgaste no esmalte trazendo como consequências cáries, sensibilidade dentária, desgaste, erosão ou até exposição da raiz.

O carvão comercializado para fazer brasa é de origem vegetal já o carvão ativado é uma substância obtida a partir de um processo industrial de aquecimento do carvão convencional. Cujo resultado é um pó com partículas altamente porosas que são capazes e capazes de reter em seu interior substâncias químicas, gases e toxinas em um processo chamado de adsorção. Brooks, John e Bashirelahi (2017) pesquisaram as bases de dados MEDLINE e Scopus para estudos clínicos sobre o uso de dentifrícios à base de carvão e carvão e investigações laboratoriais sobre a bioatividade ou toxicidade de dentifrícios à base de carvão e carvão, publicados até fevereiro de 2017. E os resultados desta revisão de literatura mostraram dados clínicos e laboratoriais insuficientes para substantiar as alegações de segurança e eficácia de dentifrícios à base de carvão e carvão.

A coloração negra do carvão nos dentes e sua posterior remoção pode provocar uma ilusão de ótica de que o dente após ser esfregado com carvão, tornou-se mais branco. E, embora no decorrer da reportagem (Figura 3) um dentista explique que o carvão esse procedimento não é correto, muitas vezes o leitor se detém à dica da pessoa “famosa”.

Figura 3 – Carvão para clarear os dentes



Fonte: <https://www.vix.com/pt/bdm/beleza/carvao-para-clarear-os-dentes-truque-de-famosa-funciona-medico-faz-alerta>

Comer maçã limpa o dente:

Uma dieta saudável é importante para manter a saúde bucal. Consumir mais alimentos ricos em fibras: como frutas, aveia, pepino e verduras em geral, diminuem o processo de formação da cárie pela dieta. O consumo da maçã como aliado na higiene oral é bastante conhecido. Alimentos fibrosos como maçã, cenoura crua, aipo, entre outros, promovem um atrito na superfície dental que facilitam a desorganização do biofilme dental, mas não alteram a quantidade de microrganismo na saliva.

Peres *et al* (2014) avaliaram a eficácia da mastigação da maçã na redução da colonização bacteriana nas superfícies dentárias e na concentração de microrganismos da saliva. Para este estudo a amostra de quinze voluntários suspenderam a higiene bucal por 18 horas e consumiram uma dieta com alta concentração de sacarose. Posteriormente, submeteram-se ao protocolo com solução evidenciadora de biofilme, coleta de saliva, registro fotográfico das arcadas e análise do Índice de Placa, antes e após o consumo da maçã. E os resultados evidenciaram que a concentração microbiana não apresentou diferenças significativas entre as amostras coletadas antes e depois do consumo da maçã. Porém, a avaliação do Índice de Placa Visível (IPV) demonstrou a redução do biofilme nas superfícies

livres. A conclusão do estudo é de que “a maçã possui uma capacidade relativa de desorganizar o biofilme dentário recém-formado, sendo que o consumo da fruta não altera a concentração de microrganismos oral da saliva”.

Portanto, comer maçã não substitui o uso da escova e do fio dental na higienização bucal. A figura 4 é bastante esclarecedora, mas por ter muito texto e nenhuma figura pode ter seu conteúdo informativo subaproveitado no contexto informacional.

Figura 4 – Maçã limpa os dentes?

Maçã limpa os dentes?

É verdade que a maçã tem a capacidade de limpar os dentes?

Na realidade, não só a maçã, como vários outros alimentos têm a propriedade de limpar os dentes.

Estes alimentos são denominados alimentos detergentes.

Os alimentos detergentes são todos aqueles alimentos capazes de limpar a superfície do dente, durante a mastigação. Estes alimentos são representados por algumas frutas, verduras e legumes.

Esta limpeza se dá de forma mecânica e ocorre devido ao atrito do alimento, rico em fibras ou de consistência endurecida, com os dentes, no decorrer da mastigação.

Maçã, pêra, cenoura, e vários outros alimentos, são detergentes.

Devemos sempre que possível comer estes tipos de alimentos. Pois durante o ciclo mastigatório, os alimentos passam por entre os dentes e se os mesmos tiverem as propriedades físicas ideais (citadas anteriormente), estas frutas e ou legumes removerão resíduos e a placa em formação nos dentes.

No entanto se comermos algo "grudento", como, por exemplo, aquelas balas de côco denominadas puxa-puxa, ou cocadas (famosos quebra-queixos), estes alimentos têm a tendência de grudar nos dentes e não de deslizar entre os mesmos e limpá-los. Sem falar na quantidade de açúcar, que é altíssima nestes doces.

Devemos lembrar que mesmo com a ingestão de alimentos detergentes, temos que escovar os dentes. Pois estes alimentos são complementares na higiene oral, não substituem a escovação e os demais cuidados usuais que temos que ter.

É muito importante ingerir este tipo de comida. Pois sabemos que além de serem bons para os dentes, são muito importantes para uma nutrição adequada e balanceada.

Fonte: http://www.saudenainternet.com.br/portal_saude/maca-limpa-os-dentes-.php

Na figura 5, o assunto é exposto de forma a atentar que a maçã não substitui a escova e o creme dental, mas que seu consumo traz benefícios.

Figura 5 – Escova dental ou maçã?



Fonte: <http://www.curaden.com.br/index.php/temas/paginas/18>

Chiclete acaba com mau hálito:

Mau hálito ou halitose ou é provocada por diversos fatores fisiológicos e/ou patológicos. “A palavra halitose deriva do latim *halitus*, que significa ar expirado (hálito), e do sufixo grego *osis*, que significa alteração patológica. Portanto, a palavra halitose define uma condição ou alteração do hálito” (BUTZE, ANGST & GOMES, 2015).

As situações clínicas associadas à halitose são diversas: condições das vias respiratórias superiores e inferiores, distúrbios neurológicos, distúrbios gastrointestinais, uso de medicamentos e doenças sistêmicas (principalmente, diabetes). Quando a origem da halitose é bucal os fatores mais comuns são: doenças periodontais (gingivite e/ ou periodontites), baixo fluxo salivar, restaurações dentárias desadaptadas que favorecem o acúmulo de biofilme, dentaduras mal higienizadas ou colonização microbiana excessiva na língua (saburra).

A presença de microrganismos e de produtos originados da inflamação, comuns aos quadros de gengivite e periodontite, são os maiores responsáveis pela produção de substâncias desagradáveis ao hálito. Os metabólitos, denominados compostos sulfurados voláteis (CSV), são especialmente o sulfeto de hidrogênio, metilmercaptana e dimetilsulfeto. Diaminas menos voláteis, como putrescina, cadaverina, indol e escatol são também sugeridas como possíveis participantes odoríferos da halitose (BUTZE, ANGST & GOMES, 2015).

Com causas e efeitos tão diversos, o simples ato de mascar um chiclete não é a solução para a halitose. O sabor artificial dos chicletes exala um aroma, indiscutivelmente, mais agradável. Mas, após algum tempo mascarando o chiclete, o aroma na goma desaparece e o único fator benéfico para a halitose é que estimula a salivação.

Na Figura 6 o título da matéria indaga se os chicletes podem substituir uma escovação e acabar com o mau hálito. E logo abaixo da figura, sugere que o chiclete seja substituído pela escovação dentária. Mas, nem sempre essa substituição pode ser feita de imediato. Muitas pessoas recorrem à goma de mascar logo após a ingestão de alimentos em ambientes externos.

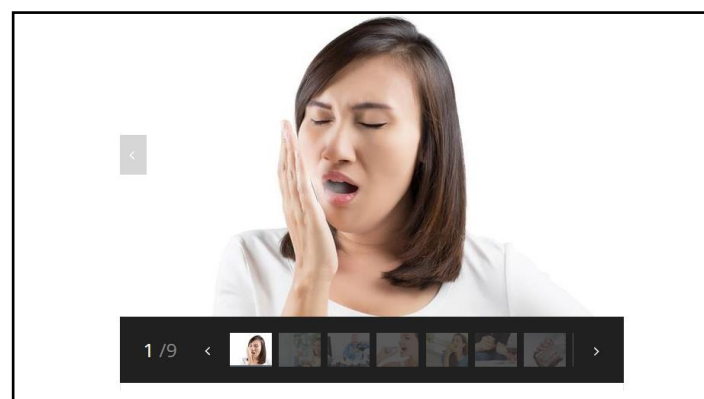
Figura 6 – Chicletes podem substituir uma escovação e acabar com o mau hálito?



Fonte: http://www.sorrisologia.com.br/noticia/chicletes-podem-substituir-uma-escovacao-e-acabar-com-o-mau-halito_a3195/1

A seguir (Figura 7 e Quadro 1) o site consultado expõe o assunto de forma bastante esclarecedora. A matéria é bem redigida com ilustrações atrativas e o assunto é bem dividido para facilitar o conteúdo explicativo, apresentando as informações em forma de slides (Figura 7) com foto seguidas dos textos que foram compilados no Quadro 1.

Figura 7 – Chiclete não melhora o bafo



Fonte: <https://noticias.r7.com/saude/fotos/chiclete-nao-melhora-o-bafo-veja-como-prevenir-e-tratar-o-mau-halito-09112016#!/foto/1>

Quadro 1 – Como prevenir e tratar o mau hálito

Chiclete não melhora o bafo. Veja como prevenir e tratar o mau hálito

Medidas como comer de 3 em 3 horas e beber água podem tratar o mau cheiro na boca

Comer de 3 em 3 horas

Dietas restritivas que estimulam que a pessoa fique bastante tempo sem comer são peça chave para o mau-hálito. Isso ocorre porque o organismo, por ter pouca glicose no sangue, começa a queimar gordura para liberar energia, liberando, ainda, ácidos graxos, cujo odor não é dos mais agradáveis. Segundo a CROSP, o ácido chega do sangue até o pulmão, e vêm à tona durante a respiração. Além disso, quanto menos frequente é o ato de mastigar, menos saliva é produzida pela boca. Desta forma, as chances de ter mau hálito aumentam

Cuidado com alimentos ricos em sódio

Comidas muito salgadas, muito quentes ou com bastante sódio faz com que a boca produza menos saliva, uma vez que fica muito seca. Para isso, evite consumir esse tipo de alimento em excesso. A moderação não vai causar mau hálito, o problema é sempre o exagero

Evite comidas com excesso de gordura e com cheiro forte

Para evitar o mau hálito, é bom evitar alimentos ricos em gordura e em proteína, além de condimentos como o alho e a cebola. Carne vermelha, frituras e refrigerantes devem ser consumidos com moderação

Prefira alimentos rígidos e com alto teor de fibras

Esse tipo de alimento faz uma raspagem nos dentes, evitando o acúmulo de bactérias. Maçã e cenoura são os mais recomendados

Evite o consumo de álcool e cigarro

Tanto as bebidas alcoólicas como o fumo contribuem para o mau hálito. O álcool provoca uma grande descamação das células da boca, que são ricas em proteínas — acabam sendo transformadas em enxofre. No caso do fumo, o próprio cigarro é composto por diversos derivados de enxofre, além de causar o ressecamento bucal

Beba água

A água é essencial para que as glândulas salivares produzam saliva adequada — o que combate a halitose. Por isso, é recomendável que se beba no mínimo 2 litros de água por dia

Não abra mão da higiene bucal

O processo deve ser realizado em todas as suas etapas: fio dental, escovação, limpeza da língua e enxaguante bucal sem álcool

Fonte: <https://noticias.r7.com/saude/fotos/chiclete-nao-melhora-o-bafo-veja-como-prevenir-e-tratar-o-mau-halito-09112016#!/foto/1>

Durante a gravidez não se realiza tratamento odontológico:

Na gestação inúmeras alterações hormonais e comportamentais ocorrem na mulher e isso traz algumas consequências na cavidade bucal, principalmente, favorecendo o desenvolvimento de doença periodontal (gengivite e periodontite) que estão associadas ao aumento do risco para o parto pré-maturo e baixo peso ao nascer. Medidas preventivas devem ser adotadas durante todo período gestacional. A promoção de saúde bucal na gestação (Grupo de Gestantes) faz parte das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal – PNSB (BRASIL, 2004) garantindo ações coletivas e atendimento individual, envolvendo toda equipe de saúde no atendimento pré-natal.

No primeiro e no terceiro trimestre de gravidez alguns procedimentos são evitados, sendo no segundo trimestre o período mais indicado para a realização de alguns procedimentos. Mas casos de infecção e dor exigem intervenções imediatas sempre, pois, nestas situações o malefício causado ao bebê pode ser maior ainda do que a intervenção profissional e/ou medicamentosa.

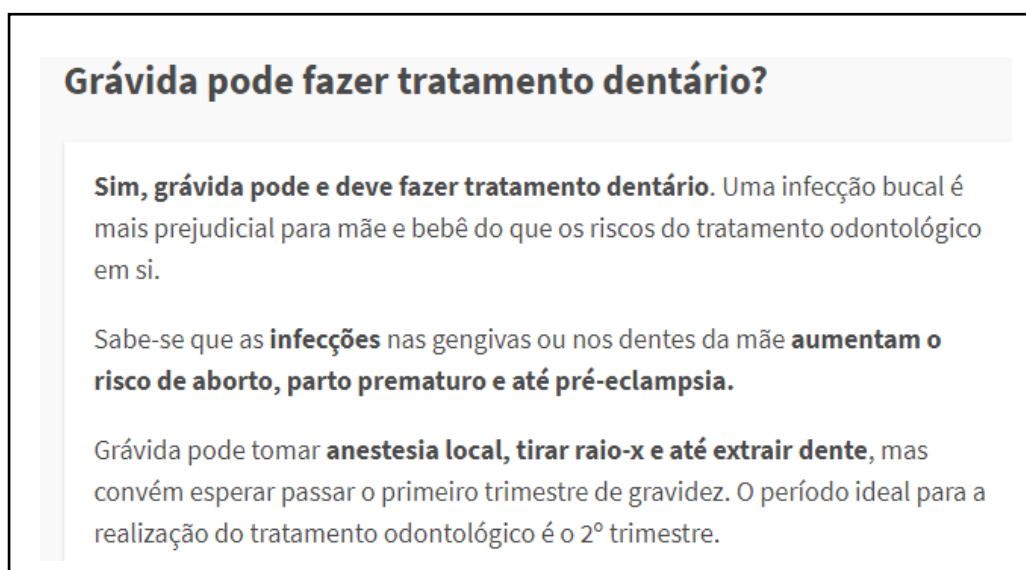
Reis *et al* (2010) enfatizam que “embora a gestação por si só não seja responsável pelo aparecimento da cárie dentária, doença periodontal e outras manifestações bucais”, é fundamental e necessário “o acompanhamento odontológico no pré-natal com vistas à identificação de riscos à saúde bucal, à necessidade do tratamento curativo e à realização de ações de natureza educativo-preventivas”.

A falta de informação e de orientações corretas podem trazer malefícios ao feto e a gestante, principalmente se algumas afecções instaladas se desenvolverem no período gestacional sem tratamento adequado. Na pesquisa de Albuquerque, Abegg & Rodrigues (2004) as entrevistadas consideravam a gravidez como uma barreira ao atendimento odontológico, já que o próprio dentista desaconselhava o tratamento nesse período. Considerando que existem riscos relativos à anestesia local e à hemorragia, como também perigos para o bebê.

Em uma pesquisa para identificar a percepção das sobre o papel dos profissionais de saúde em relação à atenção odontológica durante a gravidez, Codato *et al* (2011) evidenciaram que “alguns profissionais de saúde alimentam e proferem mitos e medos sobre atenção odontológica e saúde bucal relacionado ao período gestacional, quando na verdade deveriam ser os principais agentes para desmistificá-los”. As autoras citam as falas das grávidas coletadas na pesquisa, destacando que as principais dúvidas em relação ao tratamento odontológico no período gestacional envolvem: o uso de anestésico, radiografias dentárias, procedimentos restauradores e cirúrgicos.

Na internet, algumas fontes informacionais abordam o assunto de forma clara e direta, conforme a Figura 8.

Figura 8 – Grávida pode fazer tratamento dentário?



Fonte: <https://medicoresponde.com.br/gravida-pode-fazer-tratamento-dentario/>

Outros sites foram consultados, notou-se que grande maioria das informações resultantes da busca não desaconselha às gestantes na procura por um tratamento dentário, muito pelo contrário, estimula os aspectos positivos de um pré-natal odontológico, dando ênfase nos cuidados maternos em relação à alimentação como fonte principal de cálcio e os cuidados orais que deverá ter com o bebê.

Beber água gelada com comida quente faz mal aos dentes:

A estrutura dental é composta por esmalte (camada mais externa e dura), dentina (camada do meio que contém em seus túbulos prolongamentos de células especializadas, denominadas odontoblastos, e uma substância intercelular) e polpa (nervo do dente). Portanto, que há uma relação entre as camadas do dente, fatores externos podem ser prejudiciais e causar sensibilidade dentária, como choque térmico e alimentos com pH abaixo de 5. Um suco natural de laranja, por exemplo, tem pH de 3,7. Refrigerantes costumam ser ainda mais agressivos, com pH em torno de 2,9⁷.

Comer comida quente com bebida gelada é uma prática comum entre as pessoas. E é um assunto que também permeia entre a crença e a ciência. O conteúdo informacional sobre

⁷ <https://ultimosegundo.ig.com.br/brasil/sucos-e-refrigerantes-acidos-podem-alterar-o-esmalte-dos-dentes/n1237589081358.html>

esse assunto é limitado e o conteúdo torna-se confuso para o leitor, pelo complexo informacional sobre o assunto.

Na figura 9, por exemplo, a informação é repassada por uma nutricionista que aponta somente para uma das causas da sensibilidade.

Figura 9 – Sensibilidade dental por bebida fria e comida quente



Fonte: <http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2011/04/bebida-fria-e-comida-quente-so-causa-sensibilidade-dental-diz-nutricionista.html>

Na figura 10, a informação é repassada através de um site profissional que expõe o assunto de forma mais didática no decorrer da matéria informativa, inclusive com perguntas e respostas como recurso atrativo sobre o assunto: “É normal sentir dor consumir bebidas quentes ou geladas? A resposta é um categórico Não!”.

Figura 10 – Bebidas quentes ou geladas podem trincar os dentes?



<http://www.odontologiaemfortaleza.com.br/bebidas-quentes-ou-geladas-podem-trincar-os-dentes/>

Dente de leite não precisa tratar:

Infelizmente, ainda é uma realidade comum crianças apresentarem muitos dentes decíduos (conhecidos como dentes de leite) atingidos por cárie e seus responsáveis alegarem que por serem dentes temporários não precisam de tratamento.

A dentição decídua desempenha importantes funções mastigatória, estética e fonética. A manutenção do espaço para os dentes permanentes exige que o tratamento odontológico seja complexo, realizando inclusive tratamento endodôntico (canal) quando necessário. Mas como os dentes leite são posteriormente substituídos pelos permanentes e alguns pais não se preocupam em preservá-los, banalizando a perda precoce dos dentes decíduos e encarando como uma ocorrência naturalmente aceitável.

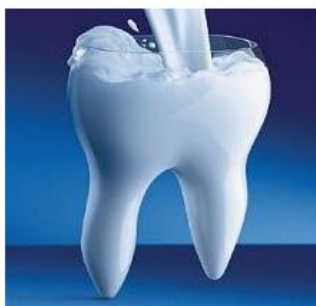
A doença bucal mais prevalente em crianças é a cárie dentária que possui como fatores etiológicos além da tríade de KEYES (hospedeiro, microbiota e dieta, modulados pelo tempo) fatores socioeconômicos, como por exemplo, a renda familiar (TOMITA *et al*, 1996).

Coelho *et al* (2005) avaliaram os conhecimentos e práticas em saúde bucal adotadas pelas mães de crianças de 02 a 06 anos de idade em Sobral no Ceará e quando questionaram se as mães do estudo achavam a dentição decídua tão importante quanto à dentição permanente, 33,4% das mães responderam de forma afirmativa e 66,6% responderam que não consideravam a dentição decídua tão importante quanto à dentição permanente.

Em nenhum site da plataforma de busca, a informação de que dente de leite não precisa tratar foi encontrada. De forma geral, todos atentavam para a necessidade de cuidados e tratamento, conforme na figura 11.

Figura 11 – Informações sobre dentes decíduos

“Deixa estragar, é dente de leite...” – Quantas vezes, nós dentistas, somos obrigados a ouvir esse tipo de comentário de um pai ou de uma mãe?



Os dentes decíduos, popularmente chamados de dentes de leite, formam a primeira dentição dos seres humanos. Eles não vêm à toa! Não são descartáveis. Devemos ter um cuidado todo especial com esses dentes, que devem durar até a chegada dos permanentes. Mas por quê?

1. Criança banguela não mastiga direito: Se a criança perder alguns dentes por culpa da cárie, logo cedo, ela certamente terá problemas nutricionais. Como ela vai mastigar os alimentos? Já sofremos uma onda de casos de obesidade infantil porque as crianças não tem uma alimentação regrada. Imagina se as coitadinhas começarem a engolir alimentos mal mastigados? Isso ainda pode trazer complicações na vida adulta.
2. Os dentes de leite são guias dos dentes permanentes: Isto quer dizer que se a criança perde o dente de leite muito antes da hora certa, o dente permanente não vai ter referência para nascer. Aí depois vai ficar reclamando que tem que pagar aparelho ortodôntico para seu filho, né? Os permanentes podem vir encavalados e fora de sua posição ideal, causando mordidas cruzadas ou dentes “girados” (os dentistas chamam de girovertidos), por exemplo.
3. A falta de dentes pode afetar o desenvolvimento psico-social da criança. Imagina você ser o desdentado da sua turma. Com certeza, essa criança será alvo de brincadeiras e piadas dos coleguinhas. O bullying é quase que parte integrante dos seres humanos e você ainda vai entregar seu filho de bandeja para os valentões?
4. Muitas vezes, me deparei com pais que esperam o dente de leite ser destruído pela cárie e aí procuram o dentista para ele poder “arrancar o caco”. Essa atitude em si já é um problema sério, mas por muitas vezes vi que os pais deixaram um dente permanente cariar, pensando que fosse um de leite! Por volta dos 6 anos de idade, o primeiro molar permanente nasce e não troca por nenhum de leite. Ele vai erupcionar atrás de todos eles. Quantas vezes já não tive que mandar crianças com menos de 10 anos tratarem um canal? Depois colocam a culpa do medo de dentista no dentista, né? Nada contra a endodontia, mas o tratamento de canal fica complicado com uma criança pequena que mal entende a situação.

Fonte: <http://dicasodonto.com.br/2012/05/14/deixa-estragar-e-dente-de-leite/>

Dente siso empurra todos os dentes:

Na comunidade científica odontológica há uma divergência de opinião sobre este assunto, principalmente em relação à extração ou não dos dentes sisos. A odontologia baseada em evidências. Mettes *et al* (2005) realizaram revisão sistemática Cochrane e concluíram que não existe evidência científica para dar suporte à indicação de remoção profilática dos dentes sisos impactados assintomáticos, assim como não existe evidência para refutar a sua extração cirúrgica em adultos para evitar patologias como cistos e tumores. Alertando que a remoção profilática dos dentes sisos em adolescentes não reduz nem previne a mudança de posição (apinhamento) dos dentes incisivos anteriores.

A maioria dos sites consultados sobre esse assunto é tendencioso para indicação de extração dos dentes sisos. A imparcialidade de acordo com a formação profissional prevalece. E, na prática, deve valer a máxima de que “cada caso é um caso”.

Figura 12 – Dente siso pode empurrar e entortar dentes

Dente do siso pode empurrar e entortar outros dentes; entenda

Riscos

Se não houver espaço, o dente do siso pode acabar "empurrando" os outros /
Crédito: Thinkstock

Segundo o especialista, se não houver espaço suficiente na boca para o nascimento do dente do siso, pode haver um desalinhamento dos outros dentes. "O siso vai empurrar os outros dentes para poder nascer, o que prejudica a mordida e até mesmo a estética dos dentes, que podem ficar apinhados (uns por cima dos outros)", completa.

Além disso, o dente do siso oferece outro risco: a **cárie**. De acordo Silva, mesmo que ele não tenha nascido, a cárie pode atingir esse dente por meio da penetração de bactérias presentes na gengiva inflamada.

Fonte: <https://www.vix.com/pt/bdm/saude-mulher/dente-siso-pode-empurrar-e-entortar-outros-dentes-entenda>

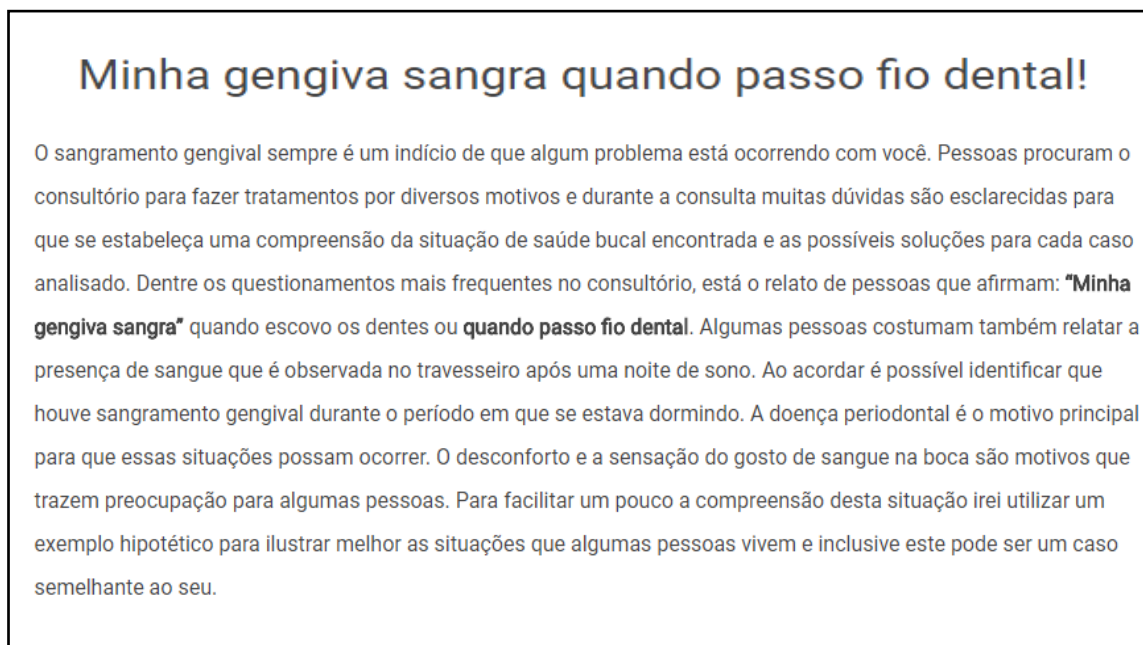
Fio dental faz a gengiva sangrar:

O fio dental é utilizado para auxiliar na remoção da placa bacteriana entre os dentes, tornando-se uma prática preventiva importante por remover o biofilme (placa bacteriana) entre os dentes, evitando a cárie interproximal e gengivite. Não causa sangramento quando manuseado de forma correta, quando seu uso está associado a algum tipo de sangramento é porque foi introduzido de forma reta e forte, cortando ou machucando a gengiva, ou que a gengiva está inflamada e mesmo com um leve toque ela sangra. É muito comum o relato de pacientes que pararam de utilizar o fio dental, principalmente em determinados dentes, “porque quando passa o fio a gengiva sangra”.

A escovação dentária é bem aceita como prática de hábito de higiene, porém poucas pessoas utilizam diariamente o fio dental. O custo do produto, a pressa em fazer a higiene bucal e o esquecimento da utilização diária do fio dental são algumas das justificativas apresentadas. (KUBO1 & MIALHE, 2011).

Nos sites buscados não se encontrou divergência, praticamente todos são unânimes em alertar que o sangramento gengival está associado à doença periodontal (gengivite, periodontite), conforme exemplificado na figura 13.

Figura 13 – Gengiva sangra quando passa fio dental



<http://rmaodontologia.com.br/minha-gengiva-sangra-quando-passo-fio-dental/>

Escova de dente dura limpa melhor:

A escolha de uma escova dental nem sempre está associada à preferência individual, na grande maioria da população, a escolha está associada ao preço. Porém, mais importante do que o tipo de escova de dente é a forma como se escovam os dentes. Existem diversas técnicas preconizadas e a melhor é aquela que está dando certo (removendo toda placa bacteriana aderida aos dentes) para cada pessoa. Inclusive, a força utilizada para a escovação é individual, varia de pessoa para pessoa.

As escovas com as cerdas duras são mais agressivas para os tecidos moles bucais, por isso, a recomendação profissional é pelo uso de escovas mais macias. As escovas com cerdas duras são melhores apenas para escovação das próteses removíveis, totais ou parciais (OLIVEIRA *et al*, 2016).

Os instrumentos utilizados na limpeza dos dentes também evoluíram com a humanidade. Barros, Pernambuco & Tomita (2001) pesquisaram sobre o histórico das escovas dentais e relatam que data de 3500 a. C. a limpeza dos dentes com palitos de ouro, os

achados em tumbas etruscas e egípcias demonstram que a limpeza era com pedaços de ramos e gravetos. Hesi-Ré (3000 a. C.), considerado como o primeiro cirurgião-dentista, recomendava limpar os dentes com os dedos. A literatura chinesa menciona em 1600 a. C. que para a limpeza bucal as pessoas mastigavam o “datuna”, uma haste de madeira macia. Aristóteles (350 a. C.) limpava seus dentes com uma toalha áspera de linho fino. Na Era Cristã, os romanos também se preocupavam com a higiene dental. Plínio (100 d. C.) desaconselhava o uso de escovas com penas de urubu por causa do mau hálito e recomendava escovas com cerdas de porco-espinho.

A grande evolução na confecção de escovas dentais se deu até 1400. Mas o custo era alto, pois tinham cabos ornamentados por metais e pedras preciosas, o que fazia do artefato um privilégio das classes sociais mais altas. Em 1780, na Inglaterra, a escova criada por Addis era constituída por um cabo de osso, com pelos naturais introduzidos em uma das extremidades, presos por arame. Em 1840, as escovas dentais passaram a ser fabricadas na Inglaterra, França e Alemanha. A primeira patente industrial americana data de 1857. Em 1880, começou-se a utilizar material plástico para o cabo, sendo o celuloide incorporado em 1990 e o acetato de celulose em 1930. Finalmente, o nylon substituiu as cerdas de pelos naturais em 1938. A American Dental Association (ADA) considera como satisfatória a escova de dente que apresenta as seguintes características: “tufos com o mesmo comprimento, cabeça e hastes situadas em um mesmo eixo, leveza, impermeável à umidade, fácil limpeza, cabeça contendo 3x6 tufos, cerdas de nylon, fácil manipulação, durabilidade, eficácia, baixo custo e ser agradável à vista” (BARROS, PERNAMBUCO & TOMITA, 2001).

Ao realizar a busca sobre esse assunto em plataformas digitais, à quantidade existente sobre é bem extensa, também aparecem bastantes vídeos. Na figura 14, mostra-se a explicação sobre este assunto no site de uma empresa de produtos de higiene bucal, inclusive aborda sobre a restrita utilização das escovas duras.

Figura 14 – Escova dura ou macia?

ESCOVA MACIA OU DURA: QUAL É A MELHOR OPÇÃO?

By *TePe* Posted 11 de janeiro de 2018 In *Dia-a-dia, Público em geral*

Desde pequenos, aprendemos que a escovação é a melhor forma de manter a saúde bucal. Mas, antes de optar por um modelo bonito e colorido, deve-se considerar um aspecto essencial: se a ideal para você é uma escova macia ou dura.

Você tem dúvidas sobre qual delas é a mais indicada para o seu caso? Então veja como escolher a melhor opção. Confira!

ESCOVA MACIA

É o modelo mais indicado, de forma geral, para crianças e adultos. Normalmente, as de cerdas médias e duras costumam maltratar a gengiva, fazendo com que ela fique lesionada, expondo até mesmo a raiz do dente em casos mais graves.

Ao contrário do que muitos pensam, adultos também devem optar pela escova macia. Com a cabeça menor, ela terá maior alcance na boca, facilitando uma higiene completa e mais suave, especialmente dos dentes posteriores.

ESCOVA DURA

É um modelo indicado em poucos casos, já que costuma machucar mais, além de desgastar o esmalte dos dentes com maior facilidade, provocando sensibilidade, *retração gengival*, dores na escovação e até mesmo alterando a estética do sorriso.

Se você usa próteses ou dentadura, *as escovas duras, maiores que as comuns*, são mais indicadas para uma higiene adequada, já que se trata de estruturas rígidas, que acumulam restos de alimentos com facilidade.

Fonte: <http://tepe.com.br/escova-macia-ou-dura-qual-e-a-melhor-opcao/>

Na figura 15, o título sugere uma discussão entre os diferentes tipos de escova, mas logo no início do conteúdo informativo descarta a utilização de escovas duras e classifica as macias em supermacias, extra macias e ultra macias.

Figura 15 – Para que serve cada tipo de escova

Saiba para que serve cada tipo de escova

 4 OUT 2012
  07h58
 atualizado às 07h58

Cerdas duras X cerdas macias

Antigamente as escovas eram classificadas como macias, médias e duras, porém, as escovas macias substituíram as outras e foram subdivididas em supermacias, extramacias e ultramacias. Hoje, não existe mais indicação para escovas duras e médias, pois provocam abrasão do esmalte e retração gengival em longo prazo. A ultramacia é a única escova livre de traumas, recomendada para prevenir o desgaste do esmalte e a retração gengival.

Muitos viveram a época em que o correto era a remoção total da placa bacteriana. No entanto, essa premissa foi deixada para trás. Atualmente sabe-se que apenas a desorganização deste biofilme oral é suficiente para prevenir as cáries e doenças gengivais. Isso quer dizer que não adianta escovar os dentes com uma escova mais dura e ter com o passar do tempo retração gengival e sensibilidade dental. A sensibilidade afeta aproximadamente 25% dos indivíduos em todo mundo. São milhões de pessoas com que sofrem com a hipersensibilidade dentinária, que é, muitas vezes, provocada pela utilização de uma escova muito dura e cremes dentais abrasivos.

Fonte: <https://www.terra.com.br/vida-e-estilo/saude/saude-bucal/atualidades/saiba-para-que-serve-cada-tipo-de-escova,015682adfc92a310VgnVCM3000009acceb0aRCRD.html>

Gravidez enfraquece os dentes:

Conforme já discutido, anteriormente, no enunciado “durante a gravidez não se realiza tratamento odontológico” a gravidez é um período de grandes transformações físicas e emocionais de qualquer mulher, as dúvidas sobre essa fase gestacional são inúmeras. E as consequências odontológicas desta fase, como perdas e fraturas dentárias podem deixar na mulher uma relação causal negativa e irreversível.

Um fator que interfere bastante na saúde bucal da mulher são as condições bucais já existentes antes de engravidar e a higienização que a gestante tem durante toda a gravidez. Pois, as náuseas e os vômitos abaixam o pH do meio bucal, favorecendo assim o surgimento e desenvolvimento de doenças bucais, como cárie e gengivite. Sendo assim, esses fatores durante a gravidez podem ser condicionantes, mas não determinantes para as doenças bucais.

Não é a gravidez que enfraquece os dentes, mas o somatório de alterações que podem facilitar o aparecimento de patologias bucais, individualmente. Conforme esclarece o conteúdo informacional das figuras 16 (site português) e 17 (site brasileiro).

Figura 16 – Gravidez e os dentes

A GRAVIDEZ E OS DENTES – “A VERDADE POR TRÁS DOS MITOS”

15 MARÇO, 2013 SARA SÁ, HIGIENISTA ORAL

A saúde oral na grávida é ainda nos dias de hoje um tema polémico e chelo de mitos. A própria consulta de medicina dentária em mulheres grávidas é um tema que necessita de ser desmistificado.

Hoje em dia, está mais que provado que o nível de higiene oral da grávida, a presença de cáries ou de doença periodontal na mãe pode infectar o bebé através dos microrganismos presentes nestas doenças. Por este motivo devemos apostar sempre na prevenção! Torna-se urgente que uma mulher no período preconcepção faça um rastreio de saúde oral e uma consulta de higiene oral de forma a poder receber todas as instruções e cuidados de manutenção redobrados que deverá ter durante a gravidez.



No entanto, há muitos mitos que devem ser explicados!!!

Atenção, futuras mães:

- A gravidez não enfraquece os dentes
- A gravidez por si só não aumenta a incidência de cárie dentária
- A gravidez não enfraquece os dentes porque o cálcio dos dentes da mãe vai todo para o bebé! O cálcio está presente nos dentes da mãe, de forma estável e numa estrutura cristalina, não sendo disponível para a circulação sistémica!

O único aspecto que de facto poderá ter mais tendência para acontecer durante a gravidez e que torna fundamental a questão da prevenção, é a maior probabilidade de aparecimento de gengivite. Durante a gravidez há um conjunto de alterações hormonais que pode levar a que a gengiva sangre mais facilmente, no entanto, se a grávida estiver devidamente informada e apostar na prevenção da gengivite utilizando todas as técnicas e instrumentos de higiene oral previamente explicadas pelo seu médico dentista consegue-se evitar um agravamento desta situação.

Fonte: <https://clnicasviver.pt/a-gravidez-e-os-dentes-a-verdade-por-tras-dos-mitos>

Figura 17 – Gravidez afeta a saúde dos dentes?

A gravidez afeta a saúde dos dentes?

Não, o dito popular "a cada gravidez se perde um dente" não é verdadeiro. Embora a piora da condição de saúde bucal seja frequentemente observada durante a gravidez e logo após o nascimento da criança, a gravidez por si só não provoca problemas nos dentes nem nas gengivas.

As alterações hormonais que ocorrem na gravidez só aumentam os sinais de uma inflamação já existente na gengiva. Portanto, se no início da gravidez a gengiva estiver sadia e a limpeza adequada dos dentes for mantida durante este período, a gengiva não ficará inflamada. Por outro lado, pesquisas recentes mostram que gestantes com um tipo de doença de gengiva chamado de periodontite (além da gengiva estar inflamada também o osso que suporta o dente é reabsorvido) tem maior chance de dar a luz à bebês prematuros e de baixo peso.

A gravidez também não enfraquece os dentes, pois o cálcio não é retirado dos dentes da mãe pelo feto. A gestante está mais sujeita a ter cáries porque come com mais frequência, geralmente dando preferência a alimentos que contêm açúcar, como bolachas e doces (maior disponibilidade de açúcar para as bactérias produzirem cáries). Além disso, descuida da limpeza dos dentes (acumulando mais bactérias da cárie). Controlar o açúcar é importante não só para diminuir o risco de ter cárie, como também facilita o controle de peso da futura mãe.

Fonte: <http://www.jornaldosite.com.br/arquivo/anteriores/yvonne/arttyvone81.htm>

Conforme se observa, todos estes enunciados descritos mostram o caráter dinâmico da ciência e que não há uma verdade absoluta. O maior problema referente a esses conteúdos informacionais refere-se à falta de individualidade que a ciência clínica preconiza. O conteúdo aplicado a uma pessoa, não é o mesmo para outra, nem todos os sintomas encontrados na bula de um remédio são iguais para todos aqueles que utilizam o fármaco. Esse caráter individualizado divide opiniões e pode classificar uma informação como falsa ou verdadeira, mito ou verdade, baseado em experiências pessoais.

Quando as informações sobre saúde aparecem sob o título “Mito ou Verdade” essa concepção pode colocar o mito como uma inverdade, mentira ou enunciado falso, o que nem sempre é. Outro problema que acontece na Odontologia é a publicação, principalmente em redes sociais, do antes e depois de tratamentos odontológicos estéticos, os resultados dos tratamentos também não são iguais para todas as pessoas. Além disso, a manipulação no conteúdo e produto informacional está impregnada de interesses pessoais, políticos e econômicos.

A verdade científica de hoje, pode não ser a de amanhã. A ciência não é estática e isso reflete na mutação de “verdades” mediante novas descobertas ou de impactos epidemiológicos. Um exemplo prático na odontologia é o uso de pasta de dente com flúor para crianças, que com o surgimento de pasta aromatizadas levou a sua ingestão por crianças

menores de seis anos acarretando um crescimento de casos de fluorose dentária⁸. O impacto dessa ação foi à recomendação do uso de pasta sem flúor para essa faixa etária. Com o tempo, essa medida teve outro impacto indesejado que foi o aumento da prevalência de cárie.

4.2.1 Processo de validação das informações

*“Verdade é uma espécie de mentira bem pregada,
das que ninguém desconfia. Só isso”.*

Emília, personagem de Monteiro Lobato

Para Lyotard (2002) o saber deve ser compreendido de duas formas distintas: o prescritivo (narrativo) e o denotativo (científico). O saber narrativo não atribui valor à sua própria legitimação, enquanto o saber científico precisa buscar o seu critério de legitimidade através dos seus argumentos e provas.

Há impregnação de uma racionalidade inadequada à compreensão das demandas sociais. Somente uma reconstrução comunicativa pode estabelecer trocas linguísticas desprovidas do cientificismo hegemônico.

O conceito de racionalidade de Habermas está baseado no diálogo, vinculado a uma perspectiva de entendimento com todos os sujeitos capazes de linguagem e ação. Essa forma de racionalidade refere-se à utilização comunicativa de um saber proposicional, que visa ao consenso dos diversos participantes através da força do melhor argumento, sem qualquer tipo de coerção ou repressão. Pode-se afirmar, portanto, que Habermas defende que o conceito de racionalidade comunicativa tem que ser adequadamente desenvolvido por meio de uma teoria da argumentação, partindo-se daquilo que Habermas considera como argumentação:

Chamo argumentação ao tipo de fala em que os participantes tematizam as pretensões de validez que se tornam duvidosas e tratam de aceitá-las ou recusá-las por meio de argumentos. Uma argumentação contém razões que estão conectadas de forma sistemática com as pretensões de validez da manifestação ou emissão problematizadas. A força de uma argumentação se mede num contexto dado pela pertinência das razões (HABERMAS, 1987, p.37).

A base do entendimento mútuo eficaz para a coordenação de ação é a aceitação da pretensão de veracidade levantada para declaração de intenção ou solicitação, pretensão autenticada pela racionalidade reconhecível de uma decisão (HABERMAS, 2004, p. 119).

⁸ **Fluorose dentária** são manchas, em geral esbranquiçadas que aparecem nos dentes por excesso de flúor, geralmente de forma simétrica. Geralmente acomete crianças de 0 a 12 anos em regiões onde a água é fluoretada ou possui nível de fluoreto natural maior que 4mg/L e em trabalhadores da indústria de flúor. Fonte: https://pt.wikipedia.org/wiki/Fluorose_dent%C3%A1ria. Acesso em: 09 de maio de 2018.

O convencimento da validade de afirmações problemáticas requer argumentos. Convincente é tudo aquilo que se pode aceitar como racional. Ora, a aceitabilidade racional depende do processo de argumentação, que deve permanecer aberto a qualquer tipo de objeções relevantes e a todas as melhorias impostas pelas circunstâncias. Tal prática de argumentação inclusiva e perpetuada depende de uma ideia de 'desconfinamento' de formas atuais de entendimento sobre espaços sociais, tempos históricos e competências profissionais (HABERMAS, 2007, p. 56).

O princípio do discurso refere-se a um procedimento: o resgate discursivo de pretensões de validade normativa. Nessa medida o discurso pode ser caracterizado como formal: ele não indica orientações de conteúdo, mas o processo do discurso prático. Esse não é um processo para a produção de normas justificadas, mas para o exame da validade de normas propostas ou hipotéticas. Não tem sentido querer empreender um discurso sem o horizonte do mundo da vida de um determinado grupo social e sem conflitos de ação numa determinada situação, na qual os participantes consideram como sua tarefa a regulação consensual de uma matéria social controversa (HABERMAS, 2003, p. 126).

No agir orientado para o entendimento são especificadas as condições para um acordo a ser alcançado na comunicação. Habermas (2003, p. 164) observa que a ideia fundamental do agir orientado para o entendimento mútuo é a motivação racional de um pelo outro para uma ação de adesão. Isso acontece em virtude do efeito ilocucionário de comprometimento que a oferta de um ato de fala suscita, enquanto que no agir estratégico um atua sobre o outro para ensejar a continuação desejada de uma interação.

Habermas (1990, p. 88) destranscendentaliza o reino do inteligível a partir do momento em que desenvolve a força idealizadora da antecipação nos pressupostos pragmáticos inevitáveis dos atos de fala, portanto, no coração da própria prática do entendimento - idealizações que se manifestam também e de modo mais visível na argumentação. O resgate de pretensões de validade criticáveis impõe idealizações, as quais, caídas do céu transcendental para o chão do mundo da vida, desenvolvem seus efeitos no meio da linguagem natural. Nela se manifesta também a força de resistência de uma razão comunicativa que opera contra as deturpações cognitivo-instrumentais das formas de vida modernizadas seletivamente.

A ética do discurso proposta por Habermas é cognitivista, ou seja, considera possível conhecer a verdade no campo da ética. Estabelecendo que certas proposições ligadas à moral sejam verdadeiras ou falsas. O cognitivismo implica na crença de que a razão pode ser um

guia adequado do que é moralmente correto ou incorreto. Em *Comentários à ética do discurso*, Habermas afirma:

Tendo como ponto de referência uma comunidade comunicativa alargada de forma ideal, a teoria moral abandona também todos os conceitos pré-sociais de pessoa. A individuação é apenas o reverso da socialização. Só por meio de relações de reconhecimento recíproco é que uma pessoa pode constituir e reproduzir sua identidade. Até o âmago mais interior da pessoa está internamente ligado à periferia mais externa de uma rede extremamente ramificada de relações comunicativas. A pessoa só se torna idêntica a si própria em proporção à sua exposição comunicativa. As interações sociais que formam o Eu também o ameaçam-através das dependências em que ele se implica e das contingências a que ele se expõe. A moral actua como fonte de equilíbrio para esta susceptibilidade inerente ao próprio processo de socialização. (HABERMAS, 1991, p. 96)

O uso crítico e ético da informação requer uma competência, que exige um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes sobre algo. Cavalcante *et al* (2012) consideram que “representa uma ou várias propostas auxiliares para a compreensão do processo de formação de cada indivíduo em termos de aprendizagem ao longo da vida e desempenho competente de suas funções profissionais, bem como humanas e cidadãs”.

E o acesso, avaliação e uso da informação de forma consciente e responsável deveria ser uma regra universal. Porém, em tempos modernos, a participação dos diversos atores sociais na produção e uso da informação através da internet está cada vez mais sujeita a intervenções do Estado ou mesmo órgãos fiscalizadores.

Por exemplo, de olho nas falsas promessas, principalmente nas que despertam tipos físicos fora da realidade, na França, desde o dia 1º de outubro de 2015, há uma lei que obriga avisar os leitores sobre o uso de programas (*photoshop*) em imagens de propaganda, aplicados em qualquer tipo de publicação. Assim, qualquer foto usada em um contexto comercial ou publicitário deverá ter uma tarja com a mensagem “*Photographie retouchée*” (foto retocada) se os corpos dos modelos tiverem sofrido qualquer tipo de alteração feita por programas de imagens digitais. Outros países já adotaram essa medida, em Israel desde 2013 é obrigatório que as alterações digitais feitas em fotos de moda sejam sinalizadas. E na Austrália, essa prática também existe, de forma voluntária, desde 2010. A principal ideia nesta proibição é tornar a mídia mais responsável pelos efeitos que ela produz nos consumidores.

A manipulação de imagens também é utilizada na saúde, principalmente em procedimentos estéticos. Além das figuras, as informações falsas e fragmentadas relacionadas à saúde tomam, cada vez mais, proporções desastrosas. Por isso, considera-se importante

discutir o conceito de *fake news*⁹ em saúde, tão comuns nos dias atuais, que prestam um desserviço à saúde coletiva e um malefício à saúde das pessoas.

4.2.1.1. *Fake News* em saúde

A popularização do uso da internet facilitou o acesso à informação e proporcionou um salto na produção de conteúdos publicados na Web. Portanto, facilitou a circulação e propagação de qualquer coisa, “disseminando informações falsas (“*fake news*”), não checadas, boatos, calúnias, difamações, entre outros, nas mídias sociais, principalmente no *Facebook*, *Twitter* e *WhatsApp*, têm um vasto alcance e penetração no usuário comum da Internet” (SILVA FILHO; SILVA; LUCE, 2017).

No campo da saúde esse tipo de informação quando propagada gera ansiedade, pânico e desinformação por se tratar de assuntos fundamentais para a saúde pública. Considera-se que a mentira se espalha mais rápido do que a verdade.

Fallis (2015) trabalha com o conceito de desinformação, pois considera que a desinformação é informação, é uma informação enganosa e não é uma informação acidentalmente enganosa. Para Volkoff (2004) desinformação é um tipo de informação falsa, de manipulação voluntária.

Para Henriques (2018, p.10) “a saúde é um bom meio de cultura para boatos e rápida circulação de notícias [...] o alastramento é ainda mais rápido quando o assunto é doença grave e ameaçadora”. O autor identifica “como a combinação mais perigosa acontece quando informações e orientações que contrariam o conhecimento científico são difundidas numa situação em que existe algum fato real, como uma epidemia ou uma campanha de saúde pública”, como por exemplo, no caso da febre amarela, na gripe H1N1, na microcefalia e sobre o autismo, conforme a Figura 18.

⁹ **Notícias falsas** (sendo também muito comum o uso do termo em inglês *fake news*) são um tipo de imprensa marrom que consiste na distribuição deliberada e desinformação ou boatos via jornal impresso, televisão, rádio, ou ainda *online*, como nas mídias sociais. Este tipo de notícia é escrito e publicado com a intenção de enganar, a fim de se obter ganhos financeiros ou políticos, muitas vezes com manchetes sensacionalistas, exageradas ou evidentemente falsas para chamar a atenção. O conteúdo intencionalmente enganoso e falso é diferente da sátira ou paródia. Estas notícias, muitas vezes, empregam manchetes atraentes ou inteiramente fabricadas para aumentar o número de leitores, compartilhamento e taxas de clique na Internet. Neste último caso, é semelhante as manchetes “*clickbait*”, e se baseia em receitas de publicidade geradas a partir desta atividade, independentemente da veracidade das histórias publicadas. As notícias falsas também prejudicam a cobertura profissional da imprensa e torna mais difícil para os jornalistas cobrir notícias significativas. (Fonte: Wikipédia. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Not%C3%ADcia_falsa. Data de acesso: 26 de jul de 2018).

Figura 18 – Fake News na saúde



Fonte: <https://www.otempo.com.br/interessa/sa%C3%BAde-e-ci%C3%AAncia/fake-news-tamb%C3%A9m-podem-ter-impacto-negativo-na-sa%C3%BAde-1.1586171>

Desde 2014 uma falsa mensagem circula nas redes sociais atribuindo o aumento de casos de câncer de tireoide em mulheres por causa da realização de mamografias e de radiografias odontológicas. A circulação de *fake News* é cíclica, ela circula nas redes sociais, pode desaparecer por um período e voltar tempos depois.

As pessoas recebem as mensagens e sem se preocupar na checagem de sua veracidade, propagam a informação da mensagem para outras pessoas. Pode-se considerar que um desinformado é então levado muitas vezes a tornar-se um desinformador, mesmo que involuntariamente, mas movido pela propagação da informação de uma forma irracional. (VOLKOFF, 2004).

Para combater as fake news sobre saúde, o Ministério da Saúde lançou em agosto de 2018 um canal de comunicação com a população pelo *WhatsApp*. As notícias analisadas pela equipe também estarão disponíveis no Portal Saúde no endereço saude.gov.br/fakenews e nos perfis do Ministério da Saúde nas redes sociais.

Nesse processo entre o emissor e o receptor das mensagens, a linguagem assume um papel primordial no uso racional e ético da informação. Um sujeito só é capaz de criar uma competência crítica da informação se dominar o uso da linguagem.

4.3 INTERAÇÃO SOCIAL MEDIADA PELA LINGUAGEM

“A linguagem não é um fenômeno superposto ao ser-para-o-outro: é originalmente o ser-para-o-outro, ou seja, o facto de que uma subjetividade se experimenta como objeto para o outro”.

Jean-Paul Sartre

Os seres humanos necessitam de comunicação entre si para contato social, transmissão de ideias e interação. A comunicação humana se dá através da fala escrita ou não, a linguagem é uma habilidade do ser, é a melhor forma de engendramento entre as pessoas. Heidegger (2003, p. 7) em sua obra *A caminho da Linguagem* diz:

O homem fala. Falamos quando acordados e em sonho. Falamos continuamente. Falamos mesmo quando não deixamos soar nenhuma palavra. Falamos quando ouvimos e lemos. Falamos igualmente quando não ouvimos e não lemos e, ao invés, realizamos um trabalho ou ficamos à toa. Falamos sempre de um jeito ou de outro.

A linguagem deixa de ser coadjuvante e passa a ser a principal forma de interação entre as pessoas, na busca de entendimento. Sendo assim, entre profissionais de saúde e pacientes, a ética do discurso baseia-se na necessidade de uma relação intersubjetiva para atenuar os pressupostos de univocidade das mensagens. O fenômeno da linguagem serve sempre a uma função comunicativa dialógica. De acordo com a concepção ontológica da linguagem, não é a linguagem que pertence ao homem, mas, antes, é o próprio homem, concebido ontologicamente como o ser, que pertence à linguagem (SPINOLA, 2012).

Um dos mais importantes acontecimentos na filosofia do século XX foi a virada linguística (*linguistic turn*). A guinada linguística retira a filosofia da consciência e coloca a filosofia da linguagem como centro do cenário filosófico. “A partir da linguagem compreende-se que o acesso ao mundo dos fenômenos ou das coisas não se dá mais de forma direta pela consciência, mas de forma indireta, mediante as proposições linguísticas” (CASAGRANDE & CASAGRANDE, 2011, p. 134).

Para Vygotsky (1993) a relação pensamento e linguagem não é estática, denominando o pensamento verbalizado como a capacidade humana de unir língua e pensamento, na construção dos significados das palavras. Mollica (2009, p.26) destaca que:

[...] para melhor conhecer o fenômeno da linguagem, é preciso compreender que os seres humanos possuem uma competência gramatical, através da qual são capazes de adquirir línguas e processar apropriadamente estruturas em uma língua em particular.

A linguagem é composta por signos que são socialmente, histórica e culturalmente construídos de modo a facilitar a vida das pessoas em comunidade. O signo linguístico é determinado pela situação social concreta, o território discursivo se estabelece na relação intrínseca entre as pessoas, ou seja, entre locutor e interlocutor.

O trabalho, o poder e a linguagem compõem o nexos objetivo que permite compreender as ações sociais. Na visão habermasiana, a linguagem é “*médium intranscendível*” de todo sentido e toda validade, pois ela é base de todo pensar, agir e argumentar; expressados na sua dimensão pragmática, quando os sujeitos interagem discursivamente (HABERMAS, 1990). “A concepção de linguagem como ação supera a visão de que ela seria algo passivo, descritivo, aonde a realidade viria primeiro e a linguagem serviria para descrevê-la” (LIMA & RIVIERA, 2009).

Diálogo e discurso são as formas de expressão comunicacional, entende-se que o diálogo tem um fundamento mais interacional entre as pessoas e o discurso pressupõe uma construção argumentativa.

Na prática, os discursos dos profissionais de saúde estão permeados de utopia do conhecimento e controle das doenças. Para Ayres (2007), mesmo que se priorize a patogênese com seus sinais e sintomas, deve-se rever a exclusividade como critério normativo de sucesso das práticas de saúde. O fracasso dos diálogos entre profissionais e pacientes apoia-se na dificuldade em se comunicar ou das pessoas em compreender, criando uma dicotomia falante *versus* ouvinte.

Sendo assim, a Teoria dos Atos de Fala tem importância significativa para a pragmática (ramo da linguística que estuda a linguagem no contexto situacional), que analisa os fatores linguísticos e extralinguísticos que contribuem para a produção de sentido em uma situação comunicativa. Essa reflexão sobre os diversos tipos de ações humanas que se realizam por meio da linguagem (atos de fala) assumem uma importância fundamental para coordenar ações na competência conversacional.

A Teoria dos Atos de Fala foi elaborada por Austin¹⁰ e, posteriormente, desenvolvida por Searle. E sua grande contribuição para a linguística foi considerar a linguagem como forma de ação. Para Austin, trabalhar a linguagem é condição de possibilidade para melhor conhecer a realidade (OLIVEIRA, 1996). O estudo da teoria da ação social de Habermas baseia-se no exame pragmático-formal da linguagem realizado por Austin, que entendia a linguagem como forma de ação: “todo dizer é um fazer”.

¹⁰ John Langshaw Austin (1911-1960) ministrou um curso, em 1955, na Universidade de Harvard. Suas 12 conferências foram publicadas e constitui sua obra mais importante, intitulada *How to do things with words*.

Nesta perspectiva de linguagem como ação, distinguem-se três categorias de enunciados de fala: as afirmações, as declarações e as promessas. Inicialmente, Austin classifica os atos de fala em **PERFORMATIVOS** (usados para realizar algo e não o descrever) e **CONSTATATIVOS** (usado para descrever fatos e eventos, verdadeiros ou não, podendo ser bem ou malsucedido dependendo das circunstâncias e consequências dos atos). Mais tarde, percebe que essas duas classificações se permeiam e classifica os atos de fala de forma mais completa em: **LOCUCIONÁRIOS** (em que se diz algo - é o ato de enunciação de uma sentença), **ILOCUCIONÁRIOS** (agir ao dizer algo - ato constituído de determinada força associada a um significado, que pode ser uma promessa, um julgamento, uma pergunta, uma declaração, etc.) e **PERLOCUCIONÁRIO** (efeito que o ato gerou sobre o interlocutor – consiste no efeito do dito do interlocutor – é possível que o falante diga “eu previno”, “eu argumento”, mas não é possível “eu convenço”).

A saúde como direito de todos e dever do Estado é um ato locucionário, a interação mediada pela linguagem, entre profissionais de saúde e pacientes pode ser ilocucionária ou perlocucionária.

No caso do uso comunicativo da linguagem, os falantes perseguem objetivos ilocucionários, ou seja, procuram chegar a um acordo dizendo algo (ação). No caso do uso estratégico da linguagem, os falantes perseguem objetivos perlocucionários, uma vez que não agem procurando chegar a um acordo baseado na força do melhor argumento, mas são, antes, orientados ao sucesso (DUTRA & FELDHAUS, 2009).

A “comunicação sistematicamente distorcida” entre profissionais e paciente, por exemplo, mostra que a precariedade de comunicação traz inúmeras consequências que comprometem a eficácia das ações com resultados insatisfatórios, como por exemplo: o desentendimento, a desconfiança, as distorções de ideias e situações de dominação.

A pragmática universal de Habermas se apoia na teoria dos Atos de fala, mas conduz uma interpretação diferente. De acordo com Habermas (2003) a teoria de Austin estabelece uma conexão dos atos de fala como pretensões de validade:

Graças à base de validade, da comunicação voltada para o entendimento mútuo, um falante pode, por conseguinte, ao assumir a garantia de resgatar uma pretensão de validade criticável, mover um ouvinte à aceitação de sua oferta de ato de fala e assim alcançar para o prosseguimento da interação um efeito de acoplagem assegurando a adesão (HABERMAS, 2003, p.80).

O significado verbal do ato de fala revela a intenção do falante, facilitando a identificação do tipo de ação realizada através dele. Assim, nesse sentido, admite-se um componente ilocucionário na fala do agente. Habermas (2003) apoia em três níveis de validação intersubjetiva do sucesso de um discurso:

- a) Na aceitação do interlocutor, de que o projeto de mundo e de vida que orienta esse discurso é correto do ponto de vista ético, moral e político;
- b) Na proposição de enunciados aceitáveis intersubjetivamente como expressão da realidade, ou seja, ambas as partes consideram que os fatos são tidos como verdadeiros; e,
- c) Na sua capacidade de expressar autenticamente a perspectiva subjetiva daquele que profere o discurso.

O ato de fala é esclarecedor porque revela a intenção do falante e tem pretensão de validade. Nas ações da fala utilizamos a outra pessoa para concretização da ação, o outro é o fator motivacional das ações linguísticas. Ao afirmar algo, todos têm pretensão de validade naquilo que diz. Existem quatro tipos de pretensões objetivas de validade colocadas pelos atos de fala (LUCCHI, 1999):

a) **COMPREENSIBILIDADE** = quem fala pretende que as conexões simbólicas empregadas sejam compreendidas, o que supõe domínio da mesma língua e exige esforço para alcançar clareza semântica;

b) **VERDADE** = afirmações e constatações pretendem que os conteúdos afirmados existam na realidade objetivada (uso cognitivo da linguagem);

c) **VERACIDADE** = expressões revelam a pretensão daquilo que o sujeito esteja sentindo, manifestando desejos e sentimentos (uso expressivo da linguagem);

d) **CORREÇÃO** = se a expressão do falante é normativa, as normas devem ser justificadas ou a manifestação será incorreta (uso normativo da linguagem).

As mudanças na relação profissional de saúde e paciente devem-se pela obtenção de informações provenientes da mídia, principalmente, a internet. O acesso à internet para saber sobre aspectos médicos e obter informações sobre saúde é uma das razões mais comuns para conectar-se (HELMAN, 2009, p. 297). Seja para procurar informações para problemas de saúde específicos, seja para se comunicar com outras pessoas que têm a mesma condição, seja para esclarecimento com profissionais; a busca de informações sobre saúde é uma realidade cada vez mais crescente, afetando diretamente a relação profissional de saúde e paciente. Se essa relação for meramente instrumentalizada, dispensará interações. Distanciando os sujeitos de suas referências essenciais de interação comunicativa e favorecendo a legitimação de uma dominação oculta, devido à substituição da integração social por falsas consciências ideológicas.

4.3.1 Diálogo, discurso e discursividade

“Há tantos diálogos [...] Escolhe teu diálogo e tua melhor palavra ou teu melhor silêncio.

Mesmo no silêncio e com o silêncio dialogamos.”

Carlos Drummond de Andrade, in 'Discurso da Primavera'

O diálogo é construído entre dois falantes, o discurso é uma prática social e de interlocução, de troca, de construção. Na obra de Mikhail Bakhtin (1895-1975), filósofo e linguista russo, o conceito de discursividade “permite o estabelecimento de uma postura educacional extremamente dialógica possibilitando a interação de autores”, onde os sujeitos falantes “tornam-se protagonistas na promoção e na efetivação do saber” (DA SILVA, 2012). Para Bakhtin a comunicação verbal não pode estar afastada do contexto em que foi produzida nem das formas de comunicações não verbais, estando contextualizada e vinculada a situações concretas. Sendo assim, o discurso é produto da interação verbal, é enunciado vivo. “Toda compreensão da fala viva, do enunciado vivo é de natureza ativamente responsiva (embora o grau desse ativismo seja bastante diverso); toda compreensão é prenhe de resposta, e nessa ou naquela forma a gera obrigatoriamente: o ouvinte se torna falante” (BAKHTIN, 2003, p.271)

Segundo Guido Almeida (1989), o discurso é apresentado por Habermas como uma espécie de comunicação ou de fala que objetiva fundamentar pretensões de validade das opiniões e normas em que se baseia implicitamente a outra espécie de comunicação ou fala, o “agir comunicativo” ou “interação”. Portanto, é por possuir um aspecto intersubjetivo que o discurso se classifica como uma espécie do gênero comunicação.

Uma vez que o agir comunicativo depende do uso da linguagem dirigida ao entendimento, ele deve preencher condições mais rigorosas. Os atores participantes tentam definir cooperativamente os seus planos de ação, levando em conta uns aos outros, no horizonte de um mundo da vida compartilhado e na base de interpretações comuns da situação. O agir comunicativo distingue-se, pois, do estratégico, considerando que a coordenação bem-sucedida da ação não está apoiada na racionalidade teleológica dos planos individuais de ação, mas na força racionalmente motivadora de atos de entendimento, portanto, numa racionalidade que se manifesta nas condições requeridas para um acordo obtido comunicativamente (HABERMAS, 1990, p. 72).

O agir comunicativo distingue-se do agir estratégico porque a coordenação bem-sucedida da ação não está apoiada na racionalidade teleológica dos planos individuais de ação, mas na força racionalmente motivadora de atos de entendimento, portanto, numa racionalidade que se manifesta nas condições requeridas para um acordo obtido comunicativamente. Somente no agir comunicativo é aplicável o princípio de que os limites estruturais da linguagem compartilhada intersubjetivamente conduzem os atores a abandonar o egocentrismo de uma orientação pautada pelo fim racional de seu próprio sucesso e a se submeter aos critérios públicos da racionalidade do entendimento (HABERMAS, 2004, p. 118).

Nascimento e Prado (2004) afirmam que “o agir comunicativo pode ser caracterizado como um tipo de ação social que através da intersubjetividade, visa à autonomia”. Pode-se dizer que a ação comunicativa contribui “como fonte geradora de um processo de emancipação onde o homem”, uma vez orientado a partir de um processo problematizador, seria “capaz de formular uma concepção crítica de realidade e de construir não só a sua autonomia, mas também a autonomia dos diferentes coletivos a que pertence” (OLIVEIRA, 2011). Mas na atual sociedade midiática conectada *full time*, os indivíduos fazem interpretações, por si mesmo, das informações contidas na internet. Sendo estimulados inclusive, a uma obediência mediada pelas informações recebidas (SILVA, 2013).

Muitas vezes, as mensagens sobre saúde colocam a comunicação humana como “objeto” controlado pela razão instrumental, outro erro muito comum no campo saúde é colocar o foco na abordagem técnico-científica. Conforme bem estabelece Ayres (2007), êxito técnico e sucesso prático não são eventos intercambiáveis; originam-se e destinam-se a esferas relativamente distintas da experiência. Por este motivo, torna-se muita mais fácil “definir o que é prevenir agravos do que seja promover saúde”.

Nesse conflito entre crença e ciência, o paciente também não pode ser visto como apenas um receptor de informações, mas sim, a de um sujeito no processo comunicacional capaz de discutir opiniões sobre seu tratamento e a manutenção de saúde bucal. O sujeito em ação, participativo nesse processo, passa a ter direito nas escolhas e agir de acordo com suas crenças e valores.

Na nova relação entre dentista e paciente, há uma reconstrução comunicativa através da linguagem, que deve dar conta das questões objetivas trazidas à consulta. O mundo da vida aparece como ponto de partida comum para a Ação Comunicativa e para a Ética Discursiva. Então, no mundo da vida são encontradas as regras e normas sociais de conduta a partir das quais, pretende-se a legitimidade moral das ações:

[...] os atos de fala não servem apenas para a representação (ou pressuposição) de estados e acontecimentos, quando o falante se refere a algo no mundo objetivo. Eles servem ao mesmo tempo para a produção (ou renovação) de relações interpessoais, quando o falante se refere a algo no mundo social das interações legitimamente reguladas, bem como para a manifestação de vivências, isto é, para a auto-representação, quando o falante se refere a algo no mundo subjetivo a que tem um acesso privilegiado. (HABERMAS, 2003, p. 167)

O sociólogo e filósofo alemão Jurgên Habermas (2003) enfatiza que a construção da autonomia moral não é uma atribuição do indivíduo, mas sim, de todo o coletivo:

[...]os processos de entendimento mútuo visam um acordo que depende do assentimento racionalmente motivado ao conteúdo de um proferimento. O acordo não pode ser imposto à outra parte, não pode ser extorquido ao adversário por meio de manipulações: o que manifestamente advém graças a uma intervenção externa não pode ser tido na conta de um acordo. Este assenta-se sempre em convicções comuns. (HABERMAS, 2003, p. 165).

Gonçalves e Lima (2014, p. 921) afirmam que “as atuais dinâmicas comunicacionais mudam a forma de validação da informação, pois é possível visualizar e discutir essa dinâmica uma vez que prevalece a autoridade do argumento e, não, o argumento da autoridade”. Para os autores, “essas mudanças são parte de processos na esfera cultural que variam de acordo com a época em que se vive e das tecnologias disponíveis em cada sociedade”.

A pessoa, a sociedade e a cultura são os componentes estruturais do mundo da vida, onde os sujeitos passam a entender o mundo vivido por meio da prática de um discurso centrado nos aspectos significativos de suas vivências. Os conhecimentos e as práticas adquiridas ao longo da trajetória de vida dos sujeitos “se evidenciam em um movimento dialético de desconstrução e reconstrução, ganhando direcionalidade e força” (OLIVEIRA, 2011). No mundo da vida é onde se dá o agir social e cada pessoa tem seus próprios interesses, e a única forma de organizá-los é através da dialética. E o ser humano se desenvolve em torno de três dialéticas: o uso da linguagem, a dialética de interação e a dialética do trabalho.

O significado verbal do ato de fala revela a intenção do falante, facilitando a identificação do tipo de ação realizada através dele. Habermas (2003) considera que na ação comunicativa as pessoas interagem através do uso da linguagem:

Chamo comunicativas as interações nas quais as pessoas envolvidas se põem de acordo para coordenar seus planos de ação, o acordo alcançado em cada caso medindo-se pelo reconhecimento intersubjetivo das pretensões de validade. No caso de processos de entendimento mútuos linguísticos, os autores erguem com seus atos de fala, ao se entenderem uns com outros sobre algo, pretensões de verdade, pretensão de correção e pretensões de sinceridade (...) (HABERMAS, 2003, p.79).

As interações são mediadas pela linguagem e a racionalização prévia permite que a maioria dos problemas cotidianos seja resolvida. O uso da linguagem permite uma crítica radical e racional desses problemas, apontando para uma relação construtiva e criativa da realidade.

Para Habermas o racional de uma emissão é a apresentação de razões. Ao compartilhar do mundo da vida, falante e ouvinte compartilham também suas intenções, o que ele chama de racionalidade comunicativa.

De acordo com Lodéa (2010) “ao falar da racionalidade comunicativa, Habermas faz uma distinção entre dois tipos de comunicação: a ação comunicativa ordinária e o discurso”. Na ação ordinária acontece uma troca de informações. E no discurso existe “a problematização das pretensões de validade, que no cenário ordinário não puderam ser resolvidas pela falta de argumentos e capacidade crítica”. Sustentadas pelo “jogo linguístico utilizado para chegar ao consenso”, uma refere-se a opiniões e a outra a normas (LODÉA, 2010, p. 72).

O conceito de racionalidade de Habermas está baseado no diálogo, vinculado a uma perspectiva de entendimento com todos os sujeitos capazes de linguagem e ação. Essa forma de racionalidade refere-se à utilização comunicativa de um saber proposicional, que visa ao consenso dos diversos participantes através da força do melhor argumento, sem qualquer tipo de coerção ou repressão. Pode-se afirmar, portanto, que Habermas defende que o conceito de racionalidade comunicativa tem de ser adequadamente desenvolvido por meio de uma teoria da argumentação. Partindo-se daquilo que Habermas considera como argumentação:

Chamo argumentação ao tipo de fala em que os participantes tematizam as pretensões de validade que se tornam duvidosas e tratam de aceitá-las ou recusá-las por meio de argumentos. Uma argumentação contém razões que estão conectadas de forma sistemática com as pretensões de validade da manifestação ou emissão problematizadas. A força de uma argumentação se mede num contexto dado pela pertinência das razões (Habermas, 1987, p.37. In: Alves, 2009).

Quando as pretensões de validade são postas em dúvida, tanto o falante quanto o ouvinte agem somente para alcançar o entendimento, demonstrando que suas afirmações de validade são satisfatórias. Alves (2009) considera que para a opinião ser dita como racional, “basta que ela seja aceita por boas razões no interior de um contexto de justificação”.

A racionalidade comunicativa procura consolidar a comunicação como única possibilidade para o entendimento propiciando a exclusão do agir instrumental. Porém, em um caráter mais amplo, não contemplando somente o conhecimento da linguagem, mas incluindo o ético e o expressivo.

Os atores envolvidos (dentista-paciente), capacitados de conhecimento, podem iniciar um discurso que, por sua vez, exige do falante a sustentação de seus argumentos e a verdade do conteúdo discutido. Para se alcançar racionalmente o consenso, as coações internas devem ser anuladas, só assim, através de uma situação ideal de fala que o consenso racional se diferencia do enganoso (ALVES, 2009).

A confiança entre paciente e profissional assume uma posição-chave neste processo transacional de troca de informações ou a interação comunicativa. As informações podem ampliar as escolhas individuais e aumentar a liberdade usá-las nos cuidados à saúde; também servem como um estímulo para o acesso a novas informações. Portanto, a confiança desempenha um papel na utilização das informações fornecidas (THIEDE, 2005). Além disso, é durante a consulta que ocorre a interação comunicativa paciente-dentista através da linguagem, se de um lado, o dentista tem o saber científico formal, do outro, existe o paciente que tem o direito ético de decidir sobre seu tratamento.

4.3.2 A intersubjetividade como espaço de mediação da assimetria comunicacional

*“Eu sou o que vejo de mim em sua face.
Eu sou porque você é.”*

Provérbio da tradição Zulu – África do Sul

*“Ser empático é ver o mundo com os olhos do
outro e não ver o nosso mundo refletido nos
olhos dele.”*

Carl Rogers

Tendo a linguagem como centro de referência e não mais o indivíduo a intersubjetividade pode ser entendida como uma “relação comunicativa entre dois ou mais sujeitos, efetivada de maneira recíproca e sem individualismos, a partir da qual se atribui significado à experiência humana”¹¹.

Na busca por uma situação ideal de diálogo, entre profissionais de saúde e pacientes, a assimetria comunicativa pode ser amenizada pela intersubjetividade, pelo reconhecimento de que a falta do conhecimento técnico é compensada pela informação sobre o que se sente e como se sente. Esse saber leigo é tão importante quanto o saber técnico.

¹¹ Dicionário online de português. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/intersubjetividade/>. Data de acesso: 01/07/2019.

A relação entre profissional de saúde e pacientes é permeada por diversos fatores intrínsecos e extrínsecos¹², acordos práticos precisam ser (re)estabelecidos diante desse deslocamento informacional.

Ayres (2007) discute o conceito de sujeito nas práticas de saúde, defendendo “o caráter relacional, pragmático e reconstrutivo das identidades subjetivas, contra o caráter individualista, apriorístico e objetificado prevalente nas práticas do setor”. Considera que existem dois tópicos onde o sujeito de traços hegelianos é encontrado no discurso: um é “relativo à identidade dos destinatários de nossas práticas; ao ser autêntico, dotado de necessidades e valores próprios, origem e assinalação de sua situação particular”. Desse sujeito que fala quando se compromete a conhecer ou atender às reais necessidades de saúde da população; o outro é “é relativo à ação transformadora, o sujeito como o ser que produz a história, o responsável pelo seu próprio devir, quando se deseja que aqueles que são assistidos tornem-se sujeitos de sua própria saúde” (AYRES, 2007, p.65).

Principalmente no campo da Saúde Coletiva, pretende-se um sujeito participativo, capaz de exercer uma dinâmica participação nas ações de saúde. Esta é a concepção de sujeito atribuída nos discursos da saúde, influenciada pelo pensamento hegel-marxista nas práticas sanitárias brasileiras:

“[...] que existe não só em si, mas para si, e que, não se limitando a ser objeto, visível de fora ou delimitado por contornos lógicos, apenas tem a sua verdadeira realidade ao contribuir para se fazer a si mesmo, a partir, sem dúvida, de uma natureza dada e segundo exigências intimamente sofridas, mas por meio de um devir voluntário e uma conquista pessoal” (LALANDE, 1999).

A necessidade de organização dos sujeitos coletivos exige uma evolução social que atribui “à intersubjetividade mediada pela linguagem e no entendimento de que as relações interpessoais são passíveis de uma regulamentação ético-prática”. Há uma substituição do paradigma do sujeito, isolado com objetos, pelo paradigma da “intersubjetividade linguística mediada”. (URIBE RIVIERA, 1995).

Portanto, a comunicação é uma ação intersubjetiva, as ideias do outro são partilhadas ou confrontadas. A capacidade linguística do indivíduo está sujeita a um processo de mudança

¹² Caprara *et al.* (2001) afirmam que os médicos, em 53% das consultas, não verificam a compreensão do paciente sobre as indicações terapêuticas. Pelo que se refere à comunicação entre médicos e pacientes, a pesquisa mostra que no começo da consulta quase todos os médicos tentam estabelecer uma relação empática com o paciente. Apesar disso uma série de problemas surge de forma evidente: 39,1% dos médicos não explicam de forma clara e compreensiva o problema, bem como em 58% das consultas, o médico não verifica o grau de entendimento do paciente sobre o diagnóstico dado. Dados estes que poderiam estar interferindo em uma melhor relação médico-paciente, cuja natureza da interação irá depender de como acontece o encontro de ambos. Encontro que está sendo influenciado por vários fatores como: o setting terapêutico, os aspectos psicossociais do paciente com seu adoecer (suas expectativas, medos, ansiedades, etc.), suas experiências anteriores de outros médicos, bem como, pelos próprios profissionais, com a sua personalidade, seus fatores psicológicos (estresse, ansiedade, frustração, etc.) e seu treinamento técnico (experiência profissional e habilidades comunicacionais).

permanente, por isso considera-se que a particularidade do letramento digital interfere diretamente nessa dinâmica comunicativa social.

4.3.3 Letramento digital

O fato do sujeito (leitor, paciente) obter facilmente uma informação talvez não seja capaz de desconstruir crenças estabelecidas pela sociedade. A busca por nova informação depende de uma capacidade de entendimento e apropriação daquilo que lhe é informado. Não é apenas a decodificação de símbolos linguísticos e o reconhecimento das palavras que estruturam uma boa leitura, é preciso interpretar e compreender o sentido do texto:

Aprender a ler e a escrever é apropriar-se do código linguístico, é tornar-se um usuário da leitura e da escrita, com real compreensão dos usos e funções da linguagem que esteja sustentada em um real interesse em comunicar e compreender. Por meio da alfabetização, o homem pode tornar-se um ser global, simbólico, social, um cidadão inserido na civilização moderna, com o domínio de um dos mais significativos meios de comunicação humana (AZEVEDO, 2012, p. 14).

Atualmente, quase metade dos brasileiros usa a internet regularmente, é o que mostra a Pesquisa Brasileira de Mídia 2015 (PBM 2015). A cada ano cresce o número de horas conectadas, diariamente, pelos brasileiros, evidenciando que o hábito de usar a de Internet está cada vez mais intenso. O percentual de pessoas que a utilizam todos os dias cresceu de 26% na PBM 2014 para 37% na PBM 2015 (BRASIL, 2014).

Na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (Pnad) de 2005 o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) divulgou que apenas 16% tinham acesso à internet. Até 2013, menos da metade dos domicílios brasileiros tinham acesso à internet e somente em 2014 o país ultrapassou a marca de 50% dos lares com conexão à rede. Segundo o levantamento, em 2016 a internet estava presente em 63,6% dos lares e em 94,8% deles havia celulares sendo usados para se conectar a rede.

O Indicador de Alfabetismo Funcional (INAF), obtido através de pesquisa realizada pelo Instituto Paulo Montenegro em parceria com a Organização Não Governamental Ação Educativa, com o apoio do IBOPE Inteligência, mensura o nível de alfabetismo da população brasileira entre 15 e 64 anos. Avaliando o grau de domínio de suas habilidades e práticas de leitura, de escrita e de matemática aplicadas ao cotidiano, identificaram dois grupos: os analfabetos funcionais e os funcionalmente alfabetizados (IPM, 2016).

Os analfabetos funcionais são divididos em dois grupos:

Analfabeto - Corresponde à condição dos que não conseguem realizar tarefas simples que envolvem a leitura de palavras e frases ainda que uma parcela destes consiga ler números familiares (números de telefone, preços etc.);

Rudimentar - Corresponde à capacidade de localizar uma informação explícita em textos curtos e familiares (como um anúncio ou um bilhete), ler e escrever números usuais e realizar operações simples, como manusear dinheiro para o pagamento de pequenas quantias ou fazer medidas de comprimento usando a fita métrica;

Os funcionalmente alfabetizados, até 2011 eram subdivididos nos níveis Básico e Pleno. A partir de 2015, “buscando aprimorar a interpretação dos resultados, os respondentes passam a ser classificados em 3 níveis”:

Elementar - As pessoas classificadas neste nível podem ser consideradas funcionalmente alfabetizadas, pois já leem e compreendem textos de média extensão, localizam informações mesmo que seja necessário realizar pequenas inferências, resolvem problemas envolvendo operações na ordem dos milhares, resolvem problemas envolvendo uma sequência simples de operações e compreendem gráficos ou tabelas simples, em contextos usuais. Mostram, no entanto, limitações quando as operações requeridas envolvem maior número de elementos, etapas ou relações;

Intermediário – Localizam informações em diversos tipos de texto, resolvem problemas envolvendo percentagem ou proporções ou que requerem critérios de seleção de informações, elaboração e controle de etapas sucessivas para sua solução. As pessoas classificadas nesse nível interpretam e elaboram sínteses de textos diversos e reconhecem figuras de linguagem; no entanto, têm dificuldades para perceber e opinar sobre o posicionamento do autor de um texto.

Proficientes - Classificadas neste nível estão as pessoas cujas habilidades não mais impõem restrições para compreender e interpretar textos em situações usuais: leem textos de maior complexidade, analisando e relacionando suas partes, comparam e avaliam informações e distinguem fato de opinião. Quanto à matemática, interpretam tabelas e gráficos com mais de duas variáveis, compreendendo elementos como escala, tendências e projeções.

Certamente, o letramento escolar e o letramento social, embora situados em diferentes espaços e em diferentes tempos, são parte dos mesmos processos sociais mais amplos. Em um estudo sobre como as informações médicas na Internet afetam a relação médico-paciente, os dados encontrados parecem mostrar que a população estudada, apesar da elevada escolaridade, nem sempre seleciona adequadamente os sites que utiliza em suas pesquisas, sente dificuldade em achar sites confiáveis ou, ainda, em entender o conteúdo da pesquisa. No entanto, considerável parte da amostra acredita sempre no que lê e muitas vezes não discute com o médico os dados encontrados na Internet (COELHO, CARDOSO e COELHO, 2013).

Mollica (1995, p.157) afirma que “os integrantes de certo grupo social mantêm marcas linguísticas compartilhadas, diferenciando-se em qualidade e/ou em quantidade dos de outros grupos sociais”. O grau de inserção à rede condiciona o comportamento linguístico das pessoas de determinada rede social. Consequentemente, “quanto maior o nível de adesão ao

grupo, maior é a garantia de o falante apresentar marcas linguísticas próprias à rede a que pertence”. Muitas vezes, “sujeitos com letramento nulo ou quase nulo só conseguem interpretar a informação se estão presentes dispositivos figurativos, imagens icônicas que ajudem no processamento da leitura” (LEAL e MOLLICA, 2015).

O letramento pode ser social ou escolar. O letramento social é condição que envolve “um conjunto de práticas sociais que usam a escrita, como sistema simbólico e enquanto tecnologia, para objetivos específicos” (KLEIMAN, 1995, p 18-9); o letramento escolar é “o resultado da ação de ensinar e aprender a ler e a escrever” (SOARES, 1998, p. 19), desenvolvendo “habilidades, conhecimentos e atitudes necessários ao uso efetivo e competente da leitura e escrita nas práticas sociais que envolvem a língua escrita” (SOARES, 2003, p. 89).

A leitura mediada pela *web* proporciona perspectiva nova, multiplica as possibilidades de alcançar novas informações num ato de clicar um *link* e mais outro, assim sucessivamente. São novas vozes que nos permitem o acesso ao chamado multiletramento. As vantagens são inúmeras, contudo há que se ter cautela.

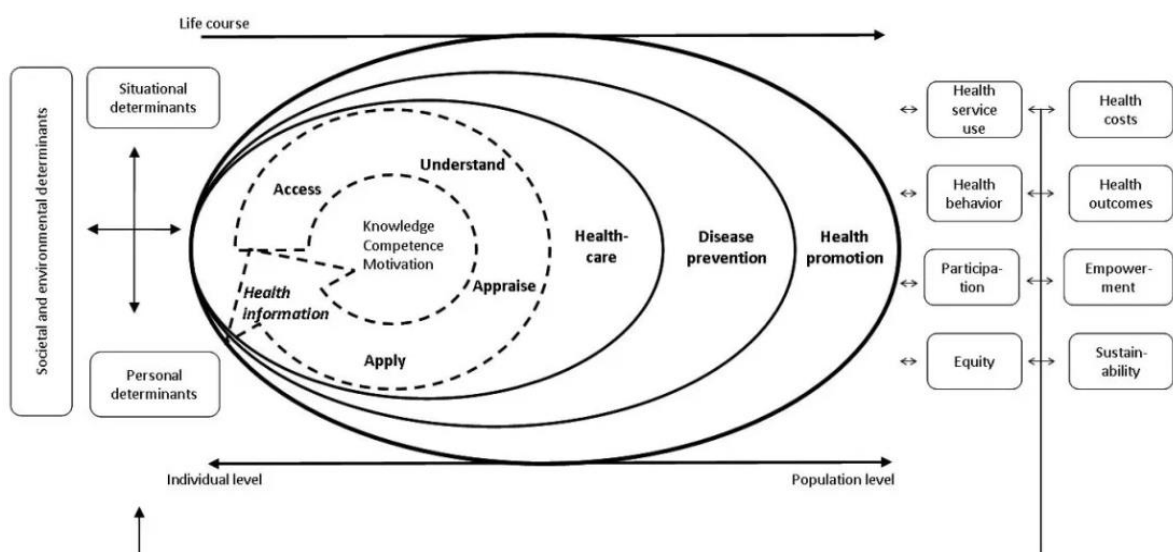
A apropriação de múltiplas formas de representação da informação implica no desenvolvimento de outras formas de representação da informação. “Uma tecnologia aparece em contexto histórico como amplificadora das habilidades humanas (efeito “com”)” (LALUEZA, CRESPO E CAMPS, 2010, p. 51). É preciso haver uma mudança no tipo de habilidades desenvolvidas e valorizadas pela escola, para que se possa “processar um grande volume de informação em tempo reduzido, manter atenção em paralelo, deslocar funções do texto para a imagem, romper a linearidade no acesso à informação, além de buscar retroalimentação imediata para corrigir ou modificar a ação” (FORNECK, FUCHS e BERSCH, 2015, p.208).

Essa nova forma de ensino e aprendizagem, em tempos de tecnologias digitais da informação e da comunicação (TDICs), ainda precisa ser melhor explorada, sua interação entre com os “processos de aprendizagem de estratégias metacognitivas da leitura pode ser potencializadora da melhoria da qualidade do ensino dessa habilidade tão cara em uma sociedade letrada e com múltiplo acesso à informação” (FORNECK, FUCHS e BERSCH, 2015, p.226). Geralmente, as estratégias cognitivas se desenvolvem naturalmente, em função do input ou da motivação, porém, as estratégias metacognitivas dependem de intervenção pedagógica, ou seja, a escola deve oferecer atividades de leitura orientadas para a aplicação dessas estratégias.

O letramento ou a alfabetização em saúde são conhecidos pelo termo *health literacy*, que é a capacidade de obter, ler, entender, filtrar e usar informações de saúde para tomar decisões de saúde adequadas. Nos Estados Unidos e no Canadá a *health literacy* já é objeto de estudo há muito tempo, a internacionalização desse estudo avançou, principalmente, na última década.

Sorensen *et al* (2012) consideram que o termo surgiu na década de 70 e é cada vez mais importante para a saúde pública. Esses autores consideram que há um paralelo entre a alfabetização preconizada pela Unesco (2005): 1) alfabetização como um conjunto autônomo de habilidades; 2) alfabetização aplicada, praticada e situada; 3) alfabetização como processo de aprendizagem; e 4) alfabetização como texto; com a alfabetização no âmbito da saúde, compreendendo que o letramento em saúde envolve “o uso simultâneo de um conjunto mais complexo e interconectado de habilidades, como ler e agir sobre informações de saúde escritas, comunicar necessidades aos profissionais de saúde e compreender as instruções de saúde”. Estabelecendo a alfabetização em saúde como um recurso para melhorar o empoderamento das pessoas nos domínios da saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, Sorensen *et al* (2012) propõem um modelo teórico de alfabetização em saúde (Figura19).

Figura 19 - Modelo teórico da Alfabetização em Saúde apresentado por Sorensen *et al*



Fonte: Sorensen *et al.* (2012)

O modelo proposto por Sorensen *et al* (2012) apresenta o curso da vida (*life course*) de forma evolutiva do nível individual (*individual level*) para o nível populacional (*population*

level). Mostra em seu núcleo central que o conhecimento, a competência e a motivação (*knowledge, competence, motivation*) representam uma dimensão crucial da alfabetização em saúde. Cada elemento requer qualidades cognitivas específicas para:

- (1) Acessar (*access*) = ligada à capacidade de buscar, encontrar e obter informações sobre saúde;
- (2) Entender (*understand*) = se refere à capacidade de compreender a informação de saúde que é acessada;
- (3) Avaliar (*appraise*) = descreve a capacidade de interpretar, filtrar, julgar e avaliar as informações de saúde que foram acessadas; e
- (4) Aplicar (*apply*) = relacionada à capacidade de comunicar e usar as informações para tomar uma decisão de manter e melhorar a saúde.

Esses elementos fundamentais para a informação em saúde (*health information*) geram conhecimentos e habilidades que permitem que uma pessoa navegue em três domínios do processo de saúde: no cuidado à saúde/serviços de saúde (*health care*), na prevenção das doenças (*disease prevention*) e na promoção da saúde (*health promotion*).

Os autores exibem no modelo, fatores proximais e distais determinantes ou determinados pela alfabetização em saúde. Os fatores sociais e ambientais (*social and enviromental determinants*) são considerados fatores distais. E os determinantes sociais situacionais (*situacional determinants*) e pessoais (*personal determinants*) são considerados como proximais.

Todos esses fatores interligados no processo de alfabetização em saúde interferem diretamente no uso dos serviços de saúde (*health servise use*), nos custos com a saúde (*health costs*), no comportamento relacionado à saúde (*health behavior*), desfechos de saúde (*health outcomes*), participação das pessoas (*participation*), fortalecimento/empoderamento (*empowerment*), equidade (*equity*) e manutenção/sustentabilidade (*sustainability*).

Conclui-se então que o modelo prevê o acesso à informação como condição indispensável para aumentar os níveis de alfabetização em saúde das pessoas. Tornando-se uma importante ferramenta para melhorar a compreensão dos processos de comunicação em saúde, seja em ambientes clínicos ou comunitários, assim como forma de empoderamento das pessoas nos domínios da saúde, na prevenção de doenças e na promoção da saúde.

4.4 SAÚDE NAS PLATAFORMAS DIGITAIS

*“Meu fado é de não entender quase tudo.
Sobre o nada eu tenho profundidades.”*

Manoel de Barros

A hiperatividade informacional moderna proporciona uma série de reflexões acerca da comunicação de conteúdos, exposição de ideias e opiniões, assim como as tomadas de decisões baseadas nessa interatividade.

Lemos (2002) considera a cibercultura como uma nova relação entre as tecnologias e a sociabilidade, configurando a cultura contemporânea, por “cibercultura compreendem-se as relações entre as tecnologias informacionais de comunicação e informação e a cultura, emergentes a partir da convergência informática/telecomunicações na década de 1970”. Considerando a re-mixagem (recombinação de conteúdos) como o princípio que rege a cibercultura.

Nesta perspectiva, sendo a cibercultura uma manifestação da vitalidade social e contemporânea, o conceito de *commons* sofre uma evolução assumindo um espaço de esfera pública interconectada. Silveira (2007) destaca a visão de Benckler que analisa o *commons* a partir de dois parâmetros: primeiro, quanto ao grau de abertura (aberto a todos, ou fechados, a determinado grupo ou coletividade); segundo, quanto à existência ou não de regulação.

A prática dos commons no contexto informacional tem adquirido mais relevância que as práticas privadas. A construção da rede das redes, a Internet, a criação do padrão http e da web, o movimento do software livre, a wikipedia, a música techno, a blogosfera, o youtube, o slashdot, o rau-tu, os sites overmundo e domínio público, o Creative Commons, o seti@home da Nasa, o BitTorrent, o barcamp e as ações P2P em geral, têm marcado a formação da comunicação e da cultura digitais. Com a influência decisiva das redes de comunicação e das tecnologias de informação nos demais segmentos da vida social, os commons entraram na pauta do temário cultural, econômico e político. (SILVEIRA, 2007, p.2)

Com o crescente uso das Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs), a partir da década de 80, os tecnófilos consideram somente aspectos positivos nesse “avanço” e os tecnófobos apontam enfaticamente para fatores destrutivos e submissos das TICs. Não precisamos de extremos para viver em sociedade, mas de equilíbrio, bom senso e consenso.

A cibercultura nos impregna diariamente e, na sua velocidade alucinante, traz uma liquidez de palavras e de imagens. A velocidade e a quantidade de informações contidas na rede trazem uma democratização de acesso ao conhecimento e uma globalização de informações:

Estamos cercados de hipertextos por todos os lados. Segundo pesquisa do IBOPE referente ao mês de junho de 2009, cerca de 44,5 milhões de brasileiros conectam-

se à Internet de casa ou do trabalho. Levando em conta os brasileiros de 16 anos ou mais com acesso a telefone fixo ou móvel, o IBOPE fez uma projeção de 62,3 milhões de pessoas com acesso à grande rede em todo o Brasil. O instituto de pesquisa considera como locais de uso as residências, trabalho, escolas, *lan-houses*, bibliotecas e telecentros. Uma das consequências diretas do aumento do acesso de brasileiros à Internet é o grande crescimento no tempo gasto com a navegação. Os internautas brasileiros chegaram a navegar 44h59min em um único mês (junho de 2009). Isso coloca o Brasil em primeiro lugar no ranking de tempo de conexão, ficando à frente dos americanos (40h30min), ingleses (36h20min), franceses (34h59 min), japoneses (33h03min) e alemães (29h41min). (XAVIER, 2009, p.15).

A facilidade de acesso à *internet* e a hiperinformação podem gerar a banalização do conhecimento, bem como colocar leigos e profissionais mais próximos ao conteúdo informacional. A grande questão é a veracidade dos informes obtidos na *internet* que pode suscitar eficácia na educação, saúde, na ciência, enfim, no aumento de conhecimento aos que lançam mão de buscas na *web*.

Para Helman (2009, p. 272) essa globalização nunca é “unidirecional ou impossível de ser detida, havendo muitas formas diferentes de resistir à sua influência hegemônica sobre a vida do dia a dia”. As forças locais, como as resistências culturais de determinada localidade geram o que o autor denomina como “glocalização” (*glocalization*). Por exemplo, a medicina aiurvédica da Índia, importada para a Alemanha, que sutilmente tem sido modificada para adequar-se às expectativas culturais locais alemães de cuidados médicos.

Ainda assim, percebe-se inegável influência da globalização na reconstrução de identidades pessoais, sociais e profissionais. “Mais do que definir globalização, é necessário observar os seus efeitos nas práticas escolares e curriculares e estudar de que modo influencia o pensamento curricular” (PACHECO & PEREIRA, 2006).

A conectividade nos leva a respostas imediatas, ao “*just in time*”¹³, ao “*groupware*”¹⁴ e tantas outras facilidades momentâneas de comunicação (MORAN, 1995). As dúvidas sobre saúde podem ser buscadas na internet, nos programas de rádio ou televisão, mas sempre veiculam conhecimento ou saciam a curiosidade fugaz.

4.4.1 Informação sobre saúde bucal na internet

¹³ *Just In Time* é um sistema de administração da produção que determina que tudo deve ser produzido, transportado ou comprado na hora exata. Pode ser aplicado em qualquer organização, para reduzir estoques e os custos decorrentes. Wikipédia Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Just_in_time Data do acesso: 03/10/17

¹⁴ Software colaborativo (ou **groupware**) é um software que apoia o trabalho em grupo, coletivamente. Skip Ellis o definiu como um "sistema baseado em computador que auxilia grupos de pessoas envolvidas em tarefas comuns (ou objetivos) e que provê interface para um ambiente compartilhado". Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Software_colaborativo Data do acesso: 03/10/17

A ampliação do acesso à informação, principalmente através da internet, faz com as pessoas busquem informações sobre doença, sintomas, medicamentos, tratamentos, exames e tantas outras dúvidas relacionadas à saúde. Garbin, Pereira Neto e Guilam (2008) consideram que surgiu um novo tipo de paciente o “*expert*”. Como sendo a pessoa que tem “condições potenciais de transformar a tradicional relação médico-paciente baseada na autoridade concentrada nas mãos do médico”. Pois, ele não é apenas um paciente informado, mas um consumidor que se sente entendido em determinado assunto por utilizar produtos e serviços de saúde, associado a acesso de informações técnico-científicas, ocorre um empoderamento (*empowerment*) desse tipo de pessoa. Isso pode ajudar no autocuidado, mas também pode levar ao perigo da automedicação.

Castiel e Vasconcellos-Silva (2003) chamam a atenção para as dificuldades encontradas por pacientes leigos com a linguagem médica e com as dúvidas provenientes do excesso de informações da internet, refletindo negativamente no estímulo a automedicação. Seja qual for a área da ciência (exatas, saúde, sociais), o uso da tecnologia desperta atenção em relação aos modos de utilização e aos efeitos no dia a dia das pessoas, assim como seu impacto na sociedade. Entre o emissor e o receptor da informação, há um risco a ser avaliado, pois nem todas as incertezas de hoje podem ser as de amanhã.

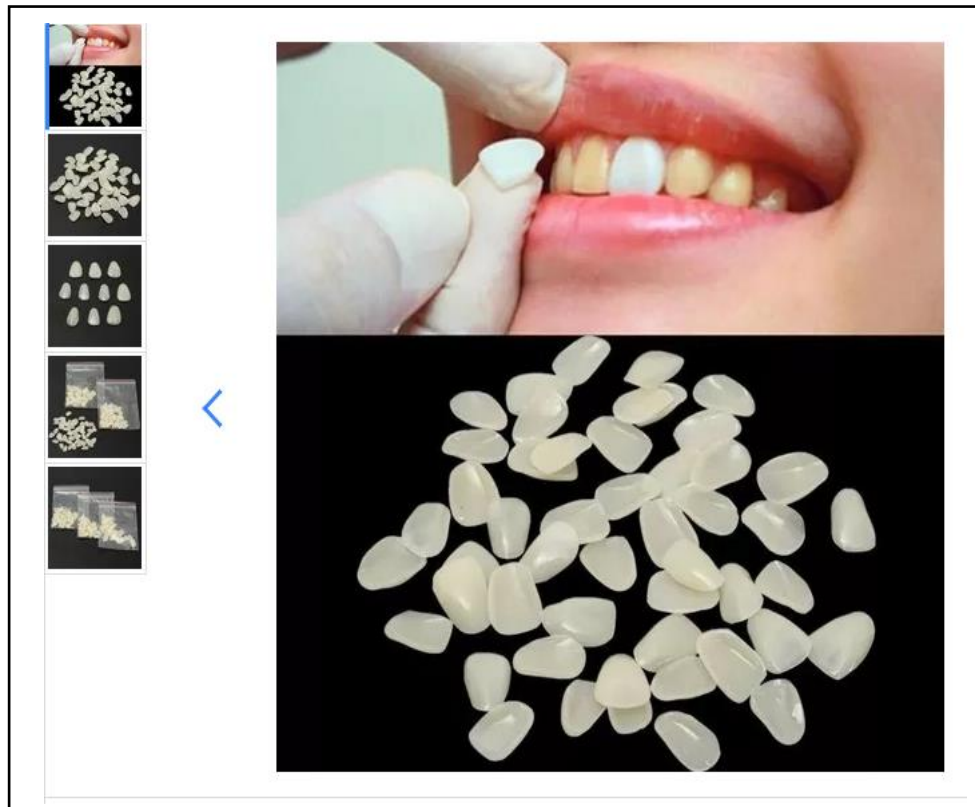
Em 2010, um estudo de Pletneva *et al* realizado pela *Health On the Net Foundation* (HON) com 524 pessoas (profissionais da saúde e leigos) evidenciou que a qualidade da informação em saúde é principal dificuldade para pesquisa na Internet. E para aumentar a qualidade das informações *online* sobre saúde, os fatores mais considerados seriam a “confiabilidade/credibilidade; precisão; disponibilidade da informação e facilidade de busca de informações e navegação”.

Na busca de informações sobre saúde bucal, as fontes são as mais variadas possíveis. Mas, técnicas modernas e a valorização da estética despertam sempre o interesse do público leitor. Além de enunciados que se mantêm mesmo sem sustentação científica, a internet traz à tona um apelo visual que desperta nos sujeitos reações intersubjetivas. A informação existe e está disponível ao leitor, mas o grau de compreensão sobre aquilo que está escrito é muito importante, principalmente, quando o assunto interfere diretamente no autocuidado à saúde.

O conteúdo sobre saúde bucal disponível nas plataformas digitais é incalculável, mas somente ter acesso às tecnologias de informação e comunicação não é garantia de uma melhor saúde bucal. Além de saber utilizar a tecnologia disponível é importante selecionar informações que favoreçam a uma necessidade individualizada. Por isso, sites que permitem uma maior interação entre os leitores favorecem a criação de uma rede de conhecimento, mais

democrática e crítica. O uso amplo da internet facilitou o surgimento de um problema muito presente nos dias atuais que é a compra de produtos odontológicos por qualquer pessoa, principalmente produtos para procedimentos estéticos, como facetas laminadas (Figura 19) e clareamento dentário (Figura 20).

Figura 20 - Produto comercializado na internet diretamente ao paciente



Fonte: https://produto.mercadolivre.com.br/MLB-1061290905-facetado-resina-dentes-dentes-de-porcelana-medica-_JM

A oferta desse tipo de produto para compra, diretamente na internet, é um perigo para a saúde bucal da população. O material utilizado na colagem das “falsas facetas” pode causar danos ao periodonto, principalmente à gengiva. Esse tipo de procedimento quando realizado em consultório é feito de forma individualizada, respeitando os traços anatômicos de cada paciente, exigindo ainda um planejamento digital na confecção das facetas ou laminados adaptados a arcada própria de cada paciente.

No caso do clareamento dental caseiro, o risco à saúde bucal do paciente também pode ser extremamente danoso. O material utilizado para agir nos canalículos dentinários promovendo um aspecto mais branco nos dentes é agressivo à polpa e aos tecidos de

sustentação dos elementos dentários. Realizar esse procedimento sem a supervisão de um dentista pode causar danos irreversíveis ao esmalte dentário.

Figura 21 – Kit de Clareamento Dentário comercializado na internet



Fonte: https://produto.mercadolivre.com.br/MLB-984052142-kit-clareador-dental-2-gel-whitelight-clareamento-dentario-_JM

A qualidade e a veracidade das informações assumem papel central no cenário social. O dicionário Oxford, por exemplo, escolheu a palavra Pós-verdade como o vocábulo do ano de 2017, “por ser um adjetivo que lida com circunstâncias em que fatos objetivos são menos influentes em moldar a opinião pública do que o apelo a emoções e crenças pessoais”¹⁵.

¹⁵ O Dicionário Oxford dedica sua palavra do ano, ‘pós-verdade’, a Trump e Brexit. Esta é a palavra do ano para o Dicionário Oxford, que constatou que o seu uso cresceu no “contexto do referendo britânico sobre a União

Conde e Alcará (2018) destacam que “na Era da Pós-verdade” a informação com carga emotiva influencia mais que os fatos, as mídias sociais tornam-se o ambiente propício para disseminação da desinformação. As mudanças tecnológicas fortalecem as trocas informacionais, mas fragilizam as interações relacionais e podem causar danos as pessoas. Por isso, a seguir discutir-se-á sobre a questão da cibercondria e do autocuidado.

4.4.2 Cibercondria x autocuidado

Considerada como uma doença midiática, a cibercondria surge como uma patologia causada pelos meios de comunicação em massa, principalmente, pela busca incessante de informações sobre doenças que a pessoa acredita ter, levando a males físicos e psicológicos como angústia e depressão (TABAKMAN, 2013, P.131).

Castiel e Vasconcellos-Silva (2003, p. 48) publicaram um artigo que fazia referência a uma reportagem da Revista Veja, na edição de 5 de setembro de 2001, cuja matéria ‘A dor de nunca saber o bastante’, de Cristiana Baptista, abordava o assunto ressaltando sobre a “angústia típica dos tempos atuais” devido aos efeitos psicológicos do excesso de informação. E mencionava os *cibercondríacos* como “pessoas que por meio de pesquisas sobre saúde na Internet descobrem informações que deveriam estar disponíveis apenas para médicos”.

Castells¹⁶ afirma que 97% de toda a informação existente no planeta está digitalizada e 80% estão na web, de acordo com a quantificação da revista Science. O excesso de informação estimula o aumento de *cibercondríacos*¹⁷, que realizam buscas incessantes por doenças na internet. Porém, a saúde não é uma ciência exata e cada caso é um caso, o conteúdo da web é amplo mas generalizado, ainda não há interatividade das especificidades.

Europeia e nas eleições presidenciais dos Estados Unidos”, até converter-se em um termo comum nas análises políticas. Segundo o Oxford, o termo foi utilizado pela primeira vez em um artigo de Steve Tsich, publicado em 1992 na revista The Nation, no qual ele falava sobre a primeira Guerra do Golfo. Tsich lamentava que “nós, como povo livre, decidimos livremente que queremos viver em uma espécie de mundo da pós-verdade”, ou seja, um mundo no qual a verdade não é mais tão importante ou relevante. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2016/11/16/internacional/1479308638_931299.html Data do acesso: 20/10/2017

¹⁶ Publicado em 11 de maio de 2012. <http://www.youtube.com/user/ucomplute...> - 17 de Noviembre de 2009. Autor: Departamento de Estudios e Imagen Corporativa. Área de Audiovisuales Descripción: Acto de presentación del libro ‘Comunicación y poder’ por su autor, Manuel Castells.

¹⁷ Os hipocondríacos digitais ou cibercondríacos são aqueles em que a busca por patologias na web se tornou uma obsessão. Reportagem do Diário do Nordeste, de Luana Lima, disponível em: <http://diariodonordeste.verdesmares.com.br/cadernos/cidade/busca-incessante-por-doencas-na-internet-gera-os-cibercondriacos-1.628908>.

Vasconcellos-Silva *et al* (2010) analisam aplicação dos conceitos clássicos sobre consumismo às práticas recentemente identificadas no campo da saúde, como o fenômeno da cibercondria.

Há ampla documentação acerca da evolução histórica do espírito do *consumerism* que estrutura sistemas de saúde americanos e europeus, suficientemente analisada sob variadas perspectivas. No debate da alocação de recursos públicos em saúde, parece haver um ambiente político-econômico-cultural amplamente favorável à tal racionalidade. A leitura de um documento chave no contexto do *National Health Service* (NHS) inglês nos faz acreditar que a escolha de profissionais e instituições deveria se pautar, como em qualquer tipo de mercado, pelo exercício da liberdade e da informação qualificada à frente de um rol de alternativas acessíveis [...] As mídias de massa revigoram cotidianamente um conceito diretamente ligado à lógica da auto-responsabilização em saúde – o *empowerment* individual – na crença de que, pelas vias do consumismo, o somatório de nossas saúdes individuais se prestaria à promoção de uma sociedade sadia. O mecanismo de produção de tais sentidos se potencializa em nosso país na aposição do conceito de saúde como bem de consumo coletivo e universalização do acesso aos serviços (contextualizado sob perspectivas políticas de democratização da saúde) enfocados pela mídia como direito de todos ao acesso individual à sua saúde em particular. Desconsidera-se, assim, a dimensão que implica inúmeras outras ações a desenvolver pelo intermédio de mobilização da sociedade civil organizada e a participação popular. A ênfase se afasta da co-responsabilização, do desenvolvimento de estratégias de articulação entre profissionais da saúde e população em vista de maior controle sobre suas condições de vida nos níveis individual e coletivo [...] Downie (2008) aponta para uma progressiva substituição do princípio da autonomia pelo apelo do consumismo, que deslocaria o locus de responsabilidade das ações para o consumidor.

Há uma nova alternativa de autonomia para a produção do conhecimento a partir da possibilidade de apropriação e de exploração dos conhecimentos produzidos em comum (GUIMARÃES, 2015). Porém, deve-se atentar para a ética do sujeito na construção do saber de si mesmo, como é o caso do uso de aparelho ortodôntico sem avaliação e indicação profissional, em que a própria pessoa deseja utilizar “braquetes¹⁸ e borrachinhas coloridas”, como acessório ou enfeite. O deslocamento da responsabilização do cuidado à saúde deve ser amplamente discutido, a mudança do *locus* traz não só o *empowerment* (poder) individual, mas também o esvaziamento da responsabilidade pelo Estado, pelas seguradoras, pelos planos de saúde. Cabe a pergunta: o autocuidado substitui o acompanhamento profissional?

Na internet e mídias sociais o movimento “faça você mesmo” (em inglês *DIY, Do It Yourself*) dá empoderamento aos usuários. A rede “propiciou aos *makers* e aos potenciais aprendizes o compartilhamento de informações e trocas de ideias” (TERRA, 2017, p. 116), através da web colaborativa (*web 2.0*).

¹⁸ Braquetes são peças de metal ou de material estético (da cor do dente) que são colados ao dente para sustentar o fio ortodôntico, presos por pequenos elásticos (de cor variada), responsáveis pela força na movimentação dos dentes durante o tratamento ortodôntico.

Numa simples busca no Google com o termo “clareamento caseiro” apareceram em 57 segundos cerca de 3.510.000 resultados, entre eles vídeos explicativos, conforme mostra o recorte do *print* da tela (Fig. 22)

Figura 22 – Clareamento Caseiro



Fonte: https://www.google.com.br/search?q=fa%C3%A7a+clareamento+caseiro&rlz=1C1GGRV_enBR751BR751&oq=fa%C3%A7a+clareamento+caseiro&aqs=chrome..69i57j0.8101j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8

O autocuidado em saúde, segundo o Portal do Ministério da Saúde é olhar para si, observar e escolher ações e formas para cuidar da sua saúde:

Para que as pessoas possam se cuidar é preciso que estejam motivadas e informadas. Essas orientações são, geralmente, realizadas pelas equipes de saúde, mas também podem ser oferecidas por pessoas próximas, como a família e os amigos. Além disso, outros espaços, como a igreja, a escola, o clube, as associações e a Internet, auxiliam o autocuidado.

O princípio fundamental do autocuidado é que você é o centro de qualquer mudança na sua vida e na sua saúde. Você é a pessoa que mais conhece sua própria situação, sabe o que precisa para se sentir bem, o que ajuda ou atrapalha os processos de mudanças.

Os profissionais de saúde podem e devem orientar, auxiliar e acompanhar as pessoas nesse processo. Sempre que precisar, procure ajuda na sua Unidade Básica de Saúde.

Neste sentido, o Ministério da Saúde lançou, no Dia Mundial do Cuidado da Pessoa com Diabetes, o primeiro site relacionado ao autocuidado para o cidadão brasileiro. O site é um espaço onde as pessoas podem se informar melhor a respeito da diabetes tendo em vista o cuidado e a prevenção para que possam conviver com a doença de uma maneira positiva e saudável.

No futuro, o Ministério da Saúde desenvolverá outros temas relacionados ao autocuidado.

A concepção do sujeito como participativo na sua saúde é importante no cenário epidemiológico, o problema é quando o autocuidado traz mais danos à saúde do que benefícios, como é o caso da aplicação de agentes clareadoras dentários, que possuem diferentes concentrações de ácido que agredem os dentes e as estruturas periodontais. Assim como o uso incorreto de aparelhos ortodônticos (Figura 22).

FIGURA 23 – Falsa percepção do autocuidado



Fonte: <http://dicasodonto.com.br/2018/01/22/dentista-e-o-poder-de-dizer-nao-aos-pacientes/nem-sempre-o-que-o-paciente-quer-dicas-odonto/>

Tabakman (2013, P. 133) relata que o médico epidemiologista Melvim Bernarde “denuncia a existência de uma pandemia de doenças midiáticas cujo sintoma principal é o pânico de tudo, de gorduras animais e telefones celulares, garrafas plásticas, forno de micro-ondas, café, açúcar e água muito quente”. E contra a “manipulação irresponsável das ansiedades populares”, o epidemiologista sugere uma “alfabetização científica”. Embora este conceito seja discutido entre diversos autores, pois, para uns significa “letramento científico” (expressão inglesa), para outros, “alfabetização científica” (expressão francesa e espanhola) (SASSERON & CARVALHO, 2011). Considera-se que a alfabetização científica envolve todos os conhecimentos científicos e tecnológicos importantes para que a sociedade possa resolver problemas no seu cotidiano, incluindo as necessidades de saúde, desde como escolher a pasta de dente até a indicação de correta dos serviços odontológicos.

5 RESULTADOS E ANÁLISE

“Para isso nos serve a teoria; esse é o sentido de qualquer empreendimento filosófico na contemporaneidade.”

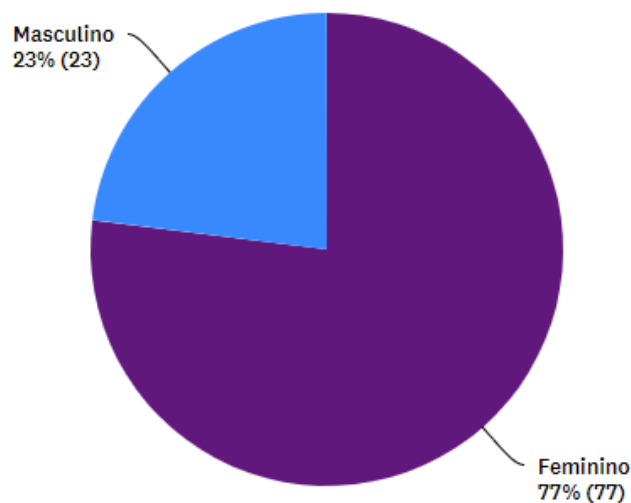
Habermas, 1989.

5.1 PACIENTES/PESSOAS LEIGAS EM ODONTOLOGIA

Ao abrir o questionário pela plataforma *Survey Monkey* o participante da pesquisa lê o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e concorda (ou não) com a sua participação. As primeiras perguntas são relacionadas ao perfil da pessoa: sexo (gênero), data de nascimento, escolaridade e local onde reside.

Todas as pessoas voluntárias concordaram em responder o questionário até o final, não havendo nenhuma desistência, por constrangimento ou outro motivo. Em relação ao gênero dos 100 participantes da pesquisa, 77 são do sexo feminino e 23 do masculino (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Gênero dos Pacientes



Fonte: Plataforma Survey Monkey – Análise dos resultados

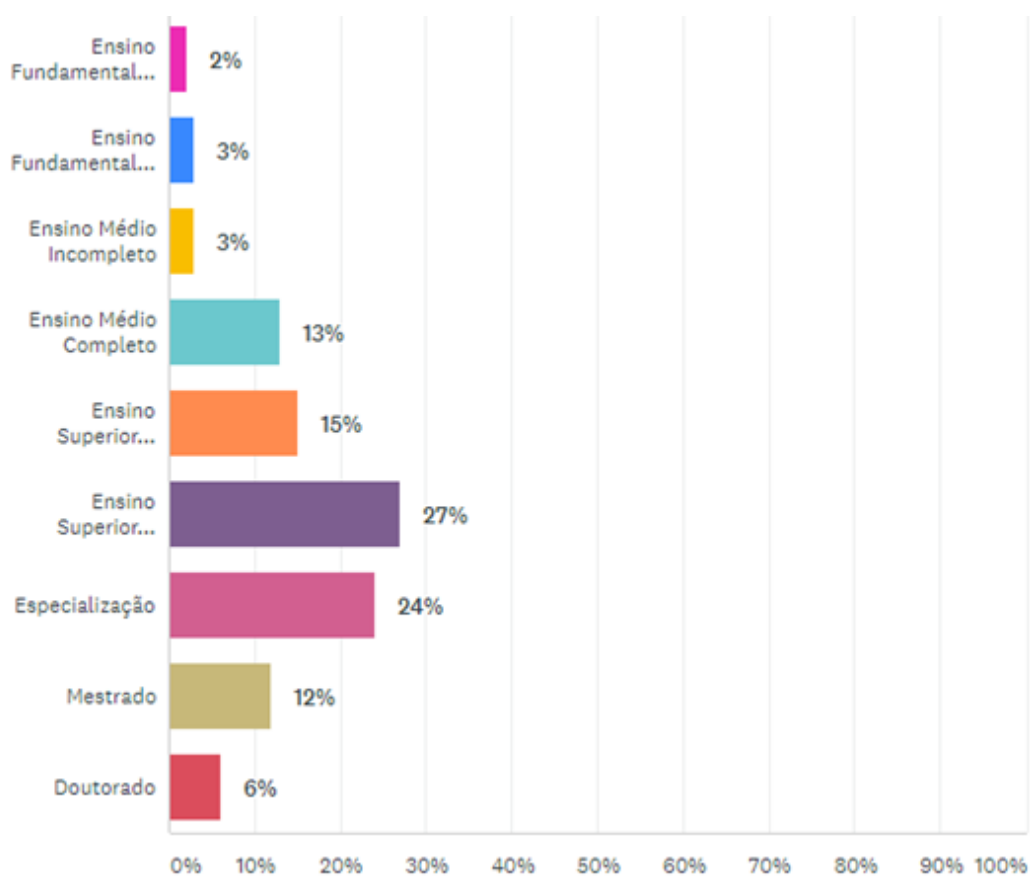
A média de idade dos participantes é de 41,62 com desvio padrão de 12,1985096 e a mediana de 43,5. Em relação à escolaridade, há representatividade de todos os segmentos de escolaridade, com os seguintes valores absolutos:

- Ensino Fundamental Incompleto = 2

- Ensino Fundamental Completo = 3
- Ensino Médio Incompleto = 3
- Ensino Médio Completo = 13
- Ensino Superior Incompleto = 15
- Ensino Superior Completo = 27
- Especialização = 24
- Mestrado = 12
- Doutorado = 6

Conforme a representação do Gráfico 2, em valores relativos, a seguir.

Gráfico 2 – Escolaridade dos Pacientes



Fonte: Plataforma Survey Monkey – Análise dos resultados

Como o convite para participar da pesquisa ocorreu através das redes sociais (*Facebook e WhatsApp*), os participantes são de diversos lugares conforme representado na Tabela 1. Essa descentralização de respostas obtidas se deu propositalmente para aumentar a diversidade de informações coletadas, embora mais da metade dos questionários respondidos

sejam da cidade do Rio de Janeiro. Principalmente em relação às frases consideradas como mito, a amostra de diversas regiões permite uma maior percepção se a cultura local influencia na crença de determinados enunciados, reproduzidos socialmente.

Tabela 1 – Número de participantes leigos por lugar

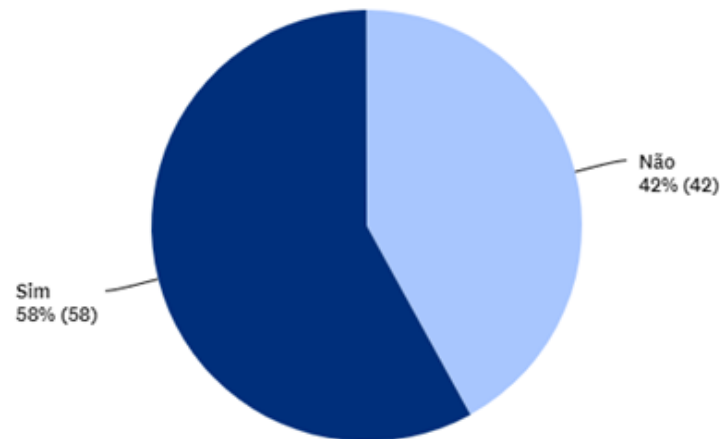
Lugar	Número de participantes
Belo Horizonte (MG)	1
Brumado (BA)	2
Caetité (BA)	2
Campina Grande (PB)	1
Dias d'Ávila (BA)	1
Duque de Caxias (RJ)	1
Feira de Santana (BA)	1
Itambé (BA)	1
Juiz de Fora (MG)	2
Magé (RJ)	13
Natal (RN)	3
Niterói	2
Nova Iguaçu (RJ)	1
Paris (FR)	1
Rio de Janeiro (RJ)	57
São João de Meriti (RJ)	1
Tanhaçu (BA)	1
Vitória da Conquista (BA)	9
TOTAL	100

Fonte: própria autora

Inicialmente, pensou-se em considerar como critério de exclusão ter parente dentista ou como amigo próximo. Mas, no decorrer da pesquisa este fato não foi primordial na interferência das respostas; pois, ao entrevistar pessoas ligadas à própria pesquisadora, as respostas eram bem distintas. Sendo assim, considerou-se que as respostas estão mais relacionadas ao meio social como um todo e não a pessoas isoladamente. Portanto, ter amigo ou parente dentista não é um critério de exclusão do participante, leigo em odontologia, na pesquisa.

Na amostra, 58 participantes da pesquisa possuem parente ou amigo cirurgião-dentista e 42 não tem um profissional de odontologia no convívio direto, conforme representado no gráfico a seguir.

Gráfico 3 – Ter dentista como amigo próximo ou parente

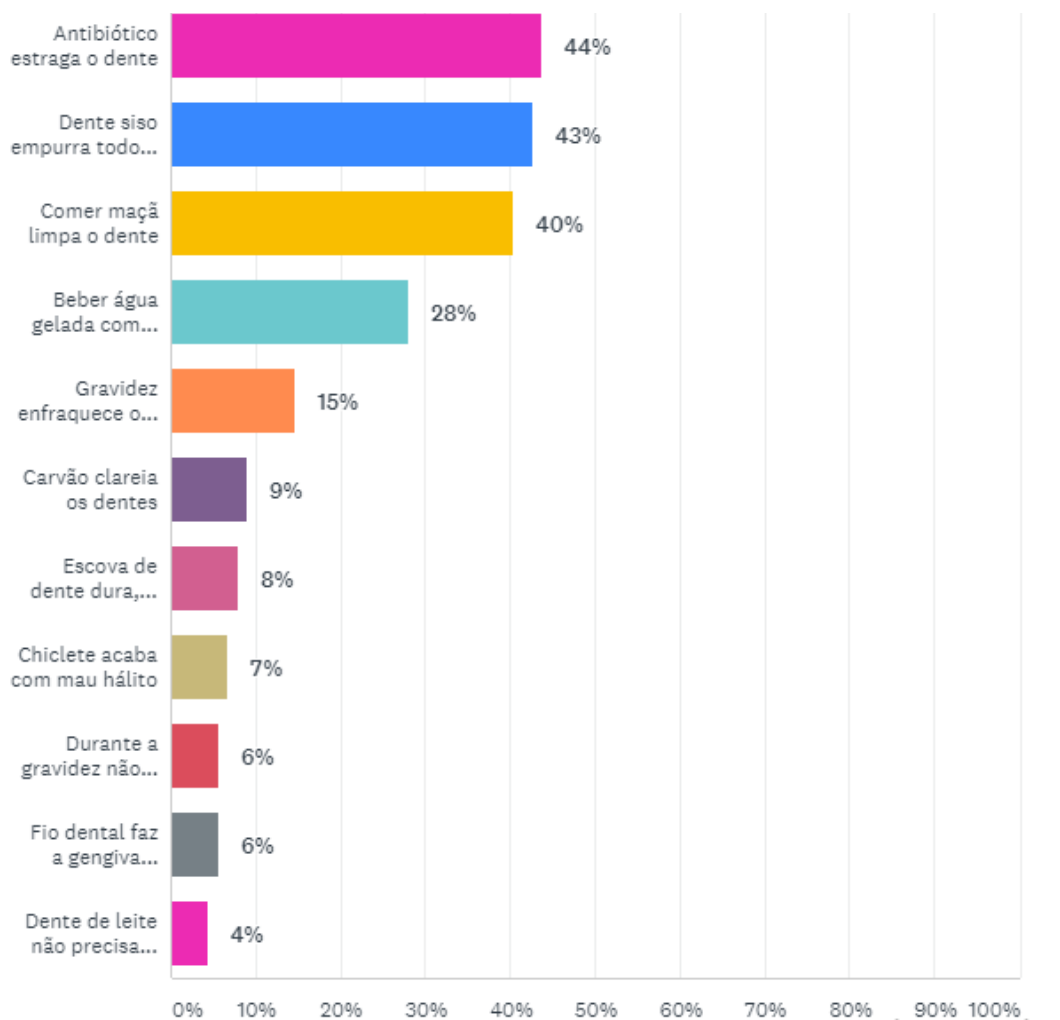


Fonte: Plataforma Survey Monkey – Análise dos resultados

Logo após o preenchimento de dados informacionais sobre o entrevistado, iniciam-se as variáveis investigadas na pesquisa. A primeira pergunta do instrumento de coleta dos dados se refere a(s) qual(is) frase(s) a pessoa considera(m) verdadeira(s), ou seja, a marcação de uma ou de várias respostas são permitidas.

As três frases mais assinaladas são que “antibiótico estraga o dente” (44%), “dente siso empurra os dentes” (43%) e que “comer maçã limpa os dentes” (40%). Seguidas de “beber água gelada com comida quente faz mal aos dentes” (28%), “gravidez enfraquece os dentes” (15%), “carvão clareia os dentes” (9%), “escova de dente dura limpa melhor” (8%), “chiclete acaba com mau hálito” (7%), “durante a gravidez não se realiza tratamento odontológico” (6%), “fio dental faz a gengiva sangrar” (6%) e “dente de leite não precisa tratar” (4%).

Gráfico 4 - Frases assinaladas como verdadeiras pelos pacientes

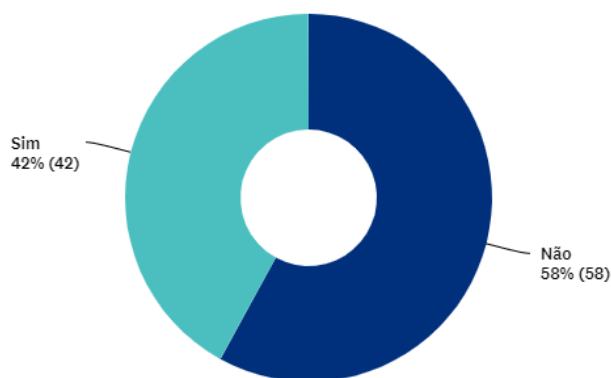


Fonte: Plataforma Survey Monkey – Análise dos resultados

Este resultado será discutido mais adiante, mediante a comparação obtida com as respostas dos profissionais (cirurgiões-dentistas).

Sobre a utilização da internet para obter informações sobre saúde bucal, cinquenta e oito (58%) assinalam que não utilizam e quarenta e dois (42%) que sim (GRÁFICO 5). Mas na sequência da pergunta, “aonde você obtém informações sobre saúde bucal”, dezenove (19) participantes são contraditórios, pois apesar da resposta negativa quanto ao uso da internet para obter informações sobre saúde bucal, relatam a plataforma que utilizam para a busca.

Gráfico 5 – Utilização da internet para obter informações sobre saúde bucal



Fonte: Plataforma Survey Monkey – Análise dos resultados

De acordo com um estudo encomendado pela seguradora Bupa ao Instituto Ipsos e à London School of Economics (2011)¹⁹, oito em cada dez brasileiros usam a internet para buscar informações sobre sua saúde. Sendo que, dessas pessoas, 45% procuram sobre hospitais, 68% consultam a internet sobre medicamentos e 41% desejam conhecer as experiências de outros pacientes. Então, supostamente, a resposta negativa ter um percentual maior pode estar relacionada ao recorte do assunto “saúde bucal”.

Portanto na pesquisa, das cinquenta e oito (58) respostas, trinta e nove (39) pessoas efetivamente relatam não buscar informações sobre saúde bucal na internet. Onze (11) participantes deixam em branco a resposta sobre “aonde buscam” e vinte e oito (28) justificam no campo “outros”, assim especificado:

- vinte e sete (27) não buscam informação na internet por fazê-lo diretamente com o dentista; e,
- um (1) relatou que busca informações com amigos.

No percentual das cinquenta e oito (58) pessoas que respondem NÃO utilizar a internet para obter informações sobre saúde bucal, dezenove (19) colocam as seguintes plataformas digitais como fonte de informação:

- Nove (9) buscam no *Google*;
- Dois (2) no *Facebook*;
- Dois (2) em *Sites*;
- Dois (2) em Artigos científicos;
- Um (1) no *Facebook* e *Instagram*;
- Um (1) no *Facebook* e com dentistas;
- Um (1) no *Youtube* e *Google*;

¹⁹ Fonte: http://proficiencia.cofen.gov.br/site/index.php?option=com_content&view=article&id=169. Data de acesso: 20 fev 2019.

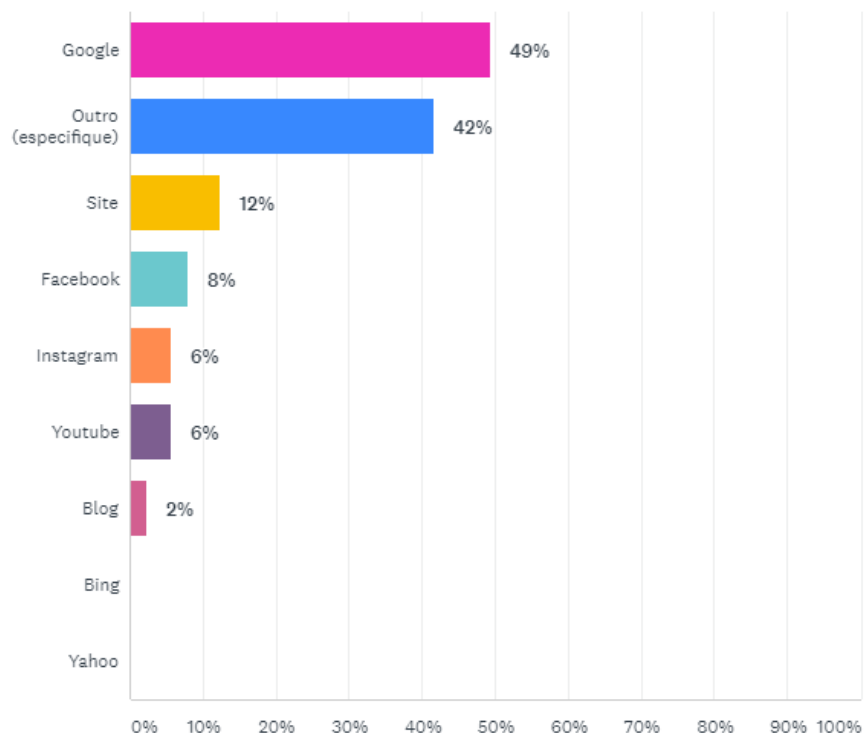
- Um (1) no *Youtube*.

A plataforma digital mais acessada é a do Google com 49% (Gráfico 6). Seguida de “outros” (42%), mas somente trinta e sete (37) dos quarenta e dois (42) que assinalam esta opção “outro” especificam a resposta:

- Trinta (30) = dentista;
- Dois (2) = artigo científico;
- Um (1) = site de especialidade;
- Um (1) = amigo;
- Um (1) = livros, artigos e cursos *online*;
- Um (1) = não pesquisa;
- Um (1) = “saber sobre saúde bucal”.

O *Facebook* é acessado por 8% da amostra, o *Instagram* 6%, o *Youtube* 6% e *Blog* 2%, *Bing* e *Yahoo* não são assinalados pela amostra.

Gráfico 6– Plataformas acessadas para obter informações sobre saúde bucal

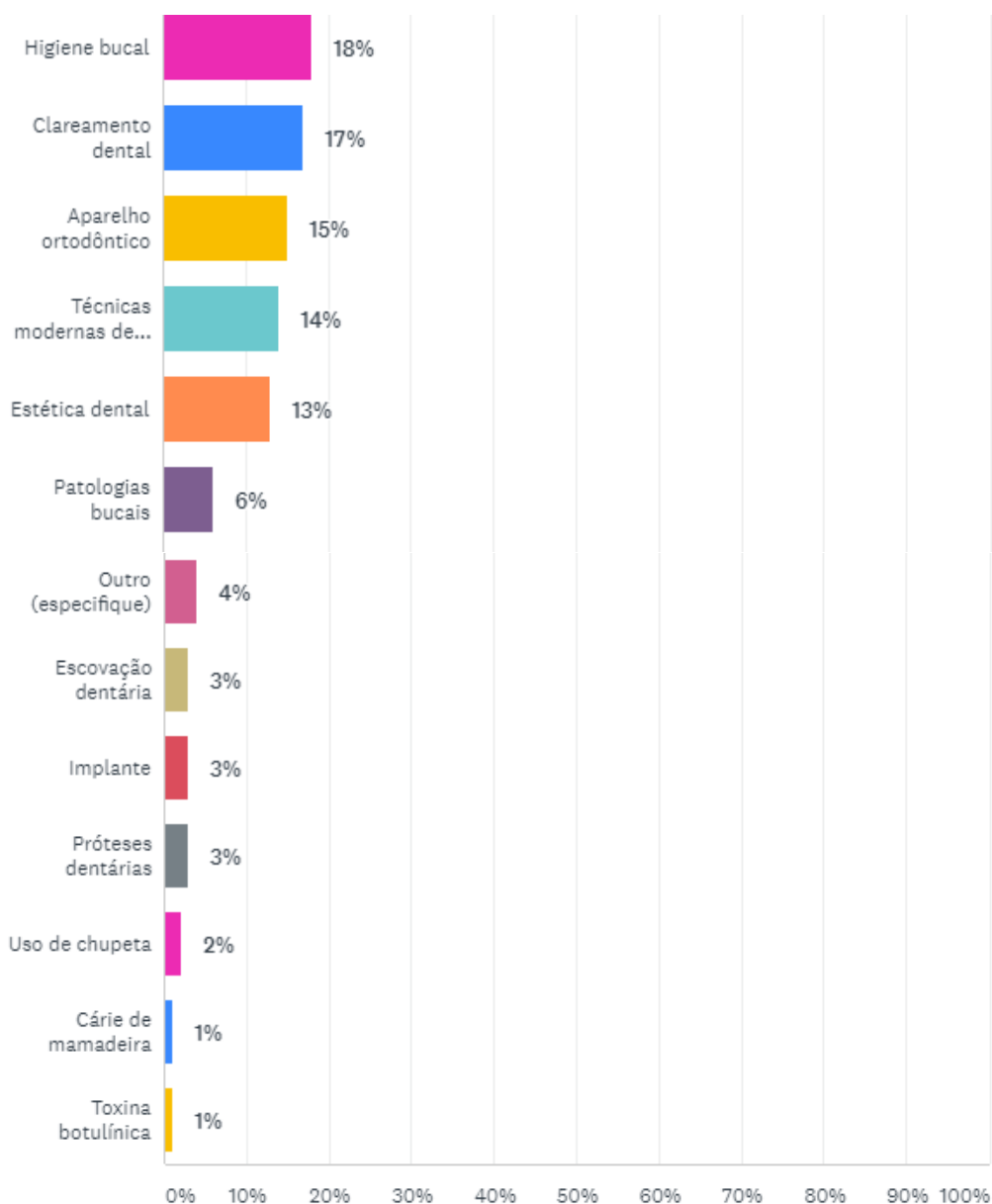


Fonte: Plataforma Survey Monkey – Análise dos resultados

Quando questionados a respeito do assunto sobre saúde bucal que desperta mais interesse e/ou curiosidade, a amostra considera que é sobre higiene bucal (18%), seguido de clareamento dental (17%), aparelho ortodôntico (15%), técnicas modernas de tratamento

(14%), estética dental (13%), patologias bucais (6%), outros (tumor benigno de células gigantes, ortopedia funcional de maxilares, alterações oclusais e sisos) (4%), escovação dentária (3%), implante (4%), escovação dentária (3%), próteses (3%), uso de chupeta (2%), cárie de mamadeira (1%) e toxina botulínica (1%) (GRÁFICO 7).

Gráfico 7 – Assunto sobre saúde bucal que desperta mais interesse/curiosidade

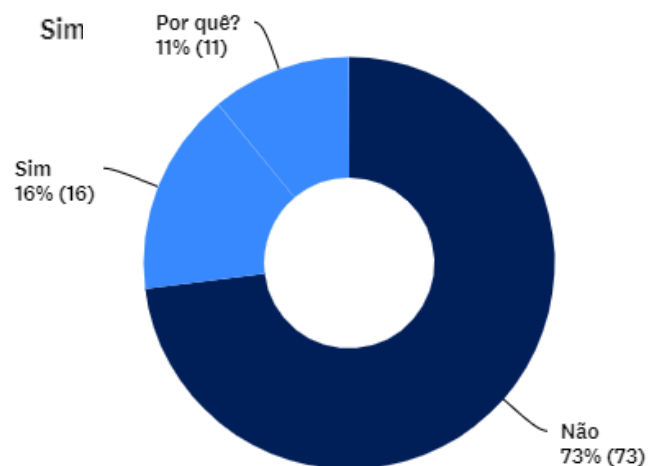


Fonte: Plataforma Survey Monkey – Análise dos resultados

De acordo com a pesquisa, 73% dos entrevistados assinalam que não buscam informações diretamente na internet sem falar com o dentista, 27% dos participantes afirmam ter recorrido a internet ao invés de falar diretamente com o dentista (GRÁFICO 8). Porém, 16% não respondem o porquê e somente 11% relatam os motivos, a seguir apresentados:

1. “Rapidez na informação”;
2. “Pois uma consulta é muito cara”;
3. “Ansiedade para saber algo sobre o tumor benigno que apareceu na minha filha”;
4. “Ao apresentar inflamação na gengiva”;
5. “Pressa”;
6. “Estava com a gengiva doendo”;
7. “Ausência de profissional fixo no momento da dúvida”;
8. “Urgência com dentista não disponível”;
9. “Tratei um canal e continuo doendo”;
10. “Queria saber mais sobre implante”;
11. “Creio que por não haver a necessidade”.

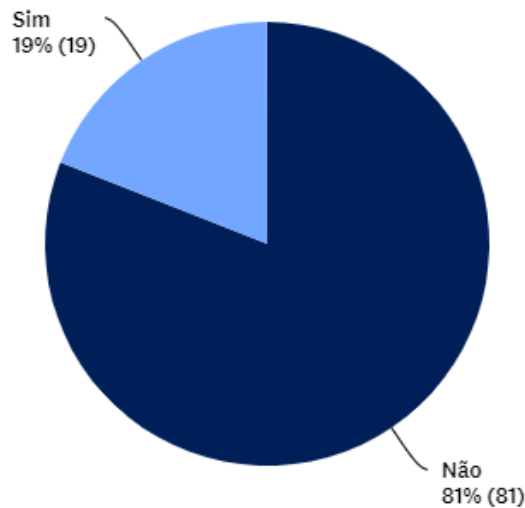
Gráfico 8 – Busca de informação na internet ao invés de falar diretamente com o cirurgião-dentista



Fonte: Plataforma Survey Monkey – Análise dos resultados

As justificativas baseiam-se mais em necessidades urgentes, como caso de dor. Inegavelmente, a internet tem o poder de dar respostas rápidas, a qualquer momento, em qualquer lugar. E pela visão do paciente, 81% consideram atendidas suas necessidades informativas. Apenas 19% relatam a necessidade de esclarecer com o dentista sobre alguma uma informação de saúde bucal, proveniente da internet (GRÁFICO 9).

Gráfico 9 – Informação de saúde bucal obtida na internet que precisou ser esclarecida por dentista



Fonte: Plataforma Survey Monkey – Análise dos resultados

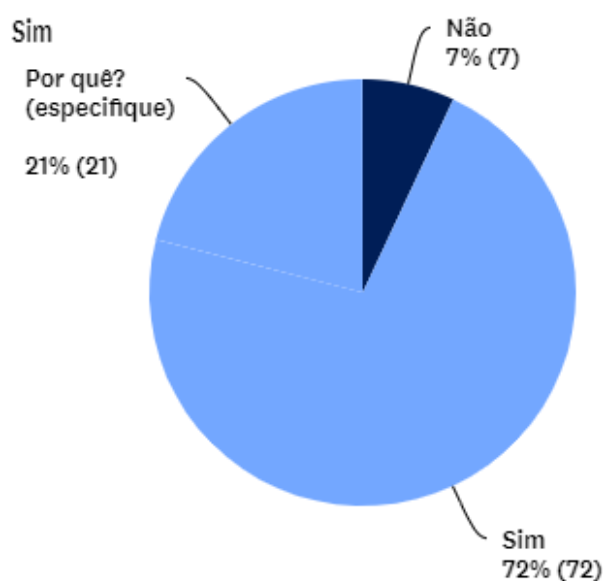
Apenas um (1) entrevistado ignora o relato sobre a natureza da informação que precisou ser esclarecida por um dentista, os demais dezoito (18) entrevistados relatam os seguintes assuntos esclarecidos pelos dentistas:

1. “Utilização de fio dental para aparelho ortodôntico”;
2. “Informação sobre formação de fluorose”;
3. “Se o fio dental era capaz de promover o deslocamento dos dentes”;
4. “Sobre o tumor”;
5. “Sobre clareamento dental”;
6. “O dentista me aconselhou sobre uma pasta de dentes muito abrasiva”;
7. “Assunto relacionado a implante”;
8. “Sobre diferença de métodos de clareamento”;
9. “Clareamento com gel”;
10. “Clareamento”;
11. “Sensibilidade dentária pós-clareamento”;
12. “Dor na gengiva”;
13. “Uso de aparelhos em crianças”;
14. “Clareamento”;
15. “Sobre perder o esmalte dos dentes”;

16. “Clareamento dental”;
17. “Qualquer informação obtida pela Internet tem que ser confirmada posteriormente com o profissional qualificado”;
18. “Canal feito continua doendo”.

Da amostra pesquisada, 93% consideram que as figuras e as fotos ajudam a entender melhor o conteúdo informativo da internet, apenas 7% são contrários a essa afirmativa (GRÁFICO 10).

Gráfico 10 – Figuras e/ou fotos ajudam a entender melhor o conteúdo informativo da internet



Fonte: Plataforma Survey Monkey – Análise dos resultados

Mas, apenas 21% registram as seguintes justificativas para o enunciado:

1. “Porque a visualização ajuda a esclarecer dúvidas”;
2. “Porque facilita mais as informações”;
3. “Porque motiva a leitura”;
4. “Imagens são melhor entendidas para quem não é da área”;
5. “Posicionamento, localização”;
6. “Mostra com clareza os procedimentos”;
7. “Porque para leigos, fica mais claro”;
8. “Apoio visual”;

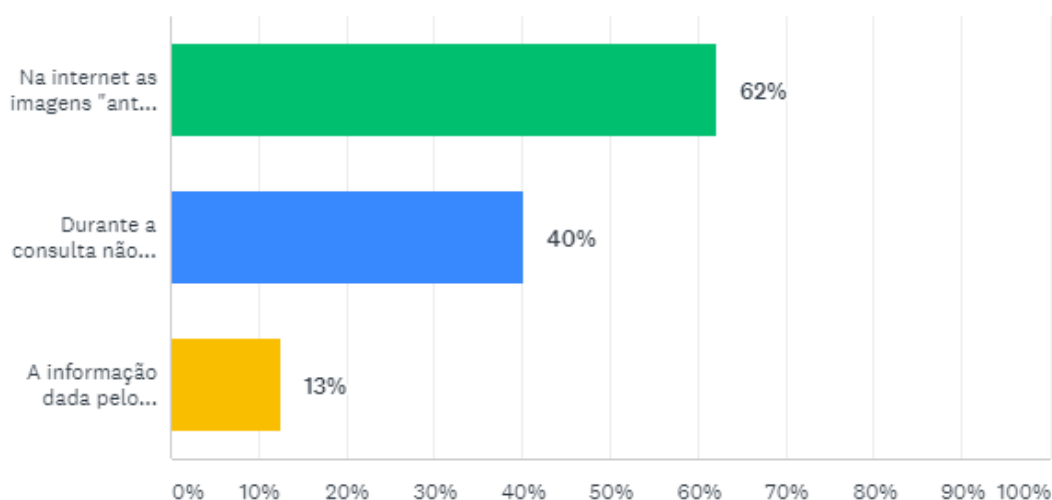
9. “Não necessariamente. Na maioria das vezes, as figuras servem para despertar o interesse pela leitura”;
10. “Sim. Em qualquer atividade, imagens sempre são úteis para uma melhor compreensão”;
11. “Complementa a escrita e ajuda a entender”;
12. “Fica mais fácil assimilar a informação”;
13. “Muitas ou na maioria das vezes quem está lendo não compreende os termos técnicos utilizados”;
14. “Permite visualizar a informação”;
15. “Melhora a visualização”;
16. “Causa maior interesse”;
17. “Tem pessoas que tem pouco entendimento”;
18. “Por que pela imagem você tem uma base sobre o que se trata”;
19. “Às vezes”;
20. “Por identificar com visual onde está o problema”;
21. “Nem sempre entendermos os termos médicos”.

A maioria se refere ao uso da imagem como um recurso facilitador ao entendimento, principalmente, por se tratar de “assuntos técnicos” e como uma forma de despertar o interesse para aquilo que está escrito.

Na humanidade, a comunicação visual é mais antiga do que a comunicação escrita. Seja por fotografia (grafia da luz) ou por filmes, as imagens gravadas fazem parte da realidade cotidiana. Embora esse assunto esteja cada vez mais permeado por questões éticas, principalmente com a evolução de programas digitais que “retocam a imagem”.

Finalizando no instrumento de coleta da pesquisa, pede-se para que o entrevistado assinale a(s) afirmativa(s) que concorda(m). A resposta mais assinalada (62%) é a de que “na internet os ‘antes e depois’ dos procedimentos odontológicos trazem falsas expectativas”. Na amostra, 40% consideram que “durante a consulta não dá tempo para o dentista repassar informações suficientes” e apenas 13% compactuam de que “a informação dada pelo dentista é mais complicada do que a encontrada na Internet” (GRÁFICO 11).

Gráfico 11 - Afirmativas que os pacientes/leigos concordam

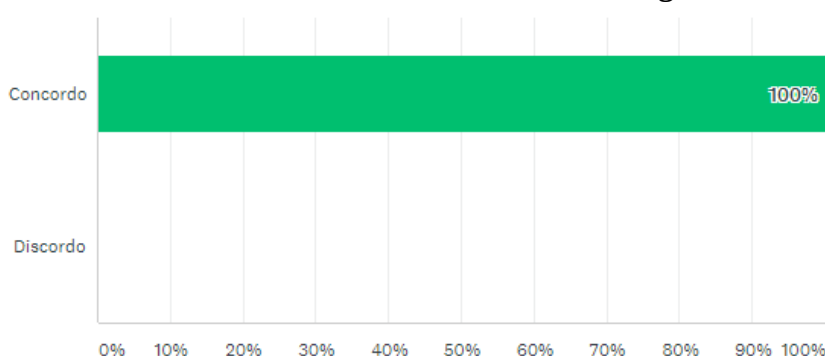


Fonte: Plataforma Survey Monkey – Análise dos resultados

5.2 PROFISSIONAIS DA ODONTOLOGIA (CIRURGIÕES-DENTISTAS)

A amostra aleatória é de 50 cirurgiões-dentistas participantes voluntários (GRÁFICO 12), com o critério de ter concluído a graduação em odontologia. A média de idade dos cirurgiões-dentistas da pesquisa é de 46 anos, com desvio padrão de 8,46. O valor da mediana é o mesmo da média, 46 anos.

Gráfico 12 - Concordância Voluntária de cirurgiões-dentistas



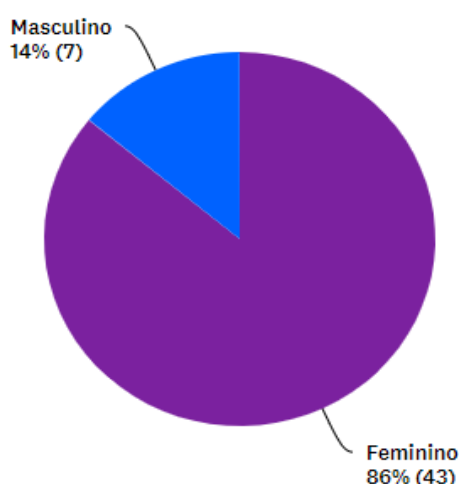
Fonte: Plataforma Survey Monkey – Análise dos resultados

A maioria dos 50 participantes é do sexo feminino (43) o que corresponde a 86% da amostra. Os participantes do sexo masculino (7) correspondem a 14% (GRÁFICO 13). A Odontologia já foi “uma profissão majoritariamente masculina”. A participação das mulheres na profissão reflete a presença feminina no mercado de trabalho do Brasil. O Conselho Federal de Odontologia (CFO) considera que a cada década aumenta a proporção de mulheres

inscritas no CFO “Entre os inscritos no CFO, há um predomínio de homens nas faixas de idade a partir de 61 anos. De 60 anos para baixo, predominam as mulheres e de forma crescente” (CFO, 2018).

De acordo com os dados do CFO (2018) “dos 484.450 inscritos (cirurgiões-dentistas, técnicos em prótese dentária, técnicos em saúde bucal, auxiliares em saúde bucal e auxiliares em prótese dentária), 337.336 (69,6%) são mulheres e 147.114 (30,4%) são homens”. Analisando a proporção de gênero somente entre os cirurgiões-dentistas, em 2018, dos “301.532 inscritos, 181.301 (60,1%) são mulheres e 120.231 (39,9%) são homens” (CFO, 2018).

Gráfico 13 – Gênero dos Participantes Dentistas



Fonte: Plataforma Survey Monkey – Análise dos resultados

Em relação à Universidade do Curso de Graduação em Odontologia, a amostra é bem diversificada, conforme demonstrado na tabela 2.

Tabela 2 - Universidade da graduação

Participante	Universidade da Gradação em Odontologia
1.	Universidade de São Paulo
2.	Universidade Federal Fluminense
3.	Universidade de São Paulo
4.	Escola Superior de Ensino Helena Antipoff
5.	Universidade De São Paulo campus BAURU
6.	Universidade Salgado de Oliveira
7.	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
8.	Universidade Camilo Castelo Branco
9.	Universidade Federal Fluminense
10.	Universidade de Uberaba (UNIUBE)
11.	Faculdade de Odontologia de Nova Friburgo

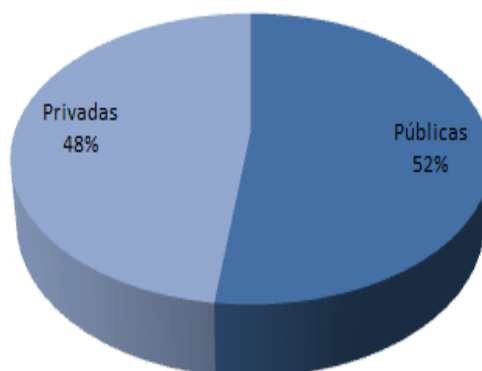
12.	Universidade Federal de Santa Catarina
13.	Universidade Federal Fluminense
14.	Universidade de Mogi das Cruzes
15.	Universidade Federal Fluminense
16.	Universidade Federal de Minas Gerais
17.	Universidade Veiga de Almeida
18.	Universidade de Nova Iguaçu
19.	Universidade de Pernambuco
20.	Universidade de Pernambuco
21.	Universidade de São Paulo
22.	Faculdade de Odontologia de Nova Friburgo
23.	Universidade de Taubaté
24.	Faculdade de Odontologia de Lins
25.	Universidade Federal Fluminense
26.	Universidade Federal do Rio De Janeiro
27.	Universidade Federal do Rio De Janeiro
28.	Universidade Estácio de Sá
29.	Universidade Federal do Rio De Janeiro
30.	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
31.	Faculdades São José
32.	Universidade Federal Fluminense
33.	Universidade de Nova Iguaçu
34.	Universidade Estácio de Sá
35.	Universidade Estácio de Sá
36.	Universidade Estácio de Sá
37.	Faculdade de Odontologia de Valença
38.	Universidade Salgado de Oliveira
39.	Faculdades São José
40.	Universidade Federal do Rio De Janeiro
41.	Universidade Federal de Minas Gerais
42.	Universidade de Mogi das Cruzes
43.	Universidade Federal do Pará
44.	Universidade Unigranrio
45.	Universidade do Estado do Rio De Janeiro
46.	Escola Superior de Ensino Helena Antipoff - PESTALOZZI
47.	Universidade Federal Fluminense
48.	Universidade de Taubaté
49.	Universidade Federal do Rio de Janeiro
50.	Universidade Federal Fluminense

Fonte: Própria autora

Os cirurgiões-dentistas participantes da pesquisa são graduados de faculdades particulares e públicas, 24 (48%) e 26 (52%) respectivamente (GRÁFICO 14). Considerou-se

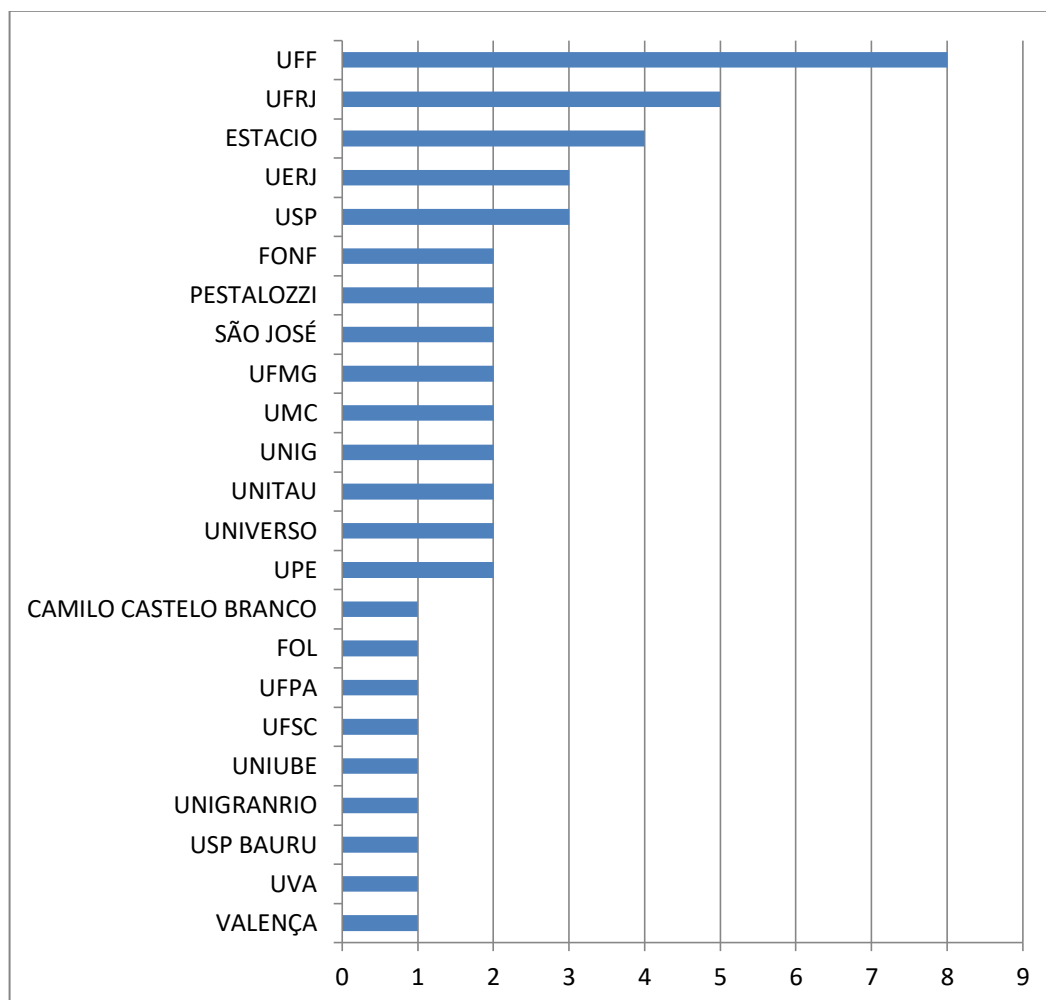
no resultado a época de graduação dos participantes na Faculdade de Odontologia de Nova Friburgo, que era uma instituição privada mas, atualmente, a faculdade é um campus da Universidade Federal Fluminense.

Gráfico 14 - Instituições Públicas e Privadas



Fonte: Própria autora

Sendo oito (8) dentistas formados pela Universidade Federal Fluminense (UFF), cinco (5) pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), quatro (4) pela Universidade Estácio de Sá, três (3) pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); três (3) pela Universidade de São Paulo (USP), dois (2) pela Faculdade de Odontologia de Nova Friburgo (FONF), dois (2) pela Pestalozzi; dois (2) pela Faculdade São José, dois (2) pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), dois (2) pela Universidade de Mogi das Cruzes (UMC), dois (2) pela Universidade de Nova Iguaçu (UNIG), dois (2) pela Universidade de Taubaté (UNITAU), dois (2) pela Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO), dois (2) pela Universidade de Pernambuco (UPE), um (1) pela Universidade Camilo Castelo Branco, um (1) pela Universidade Metodista de Piracicaba (Faculdade de Odontologia de Lins - FOL), um (1) pela Universidade Federal da Paraíba (UFPA), um (1) pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), um (1) pela Universidade de Uberaba (UNIBE), um (1) pela Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO), um (1) pela Universidade de São Paulo campus Bauru (USP Bauru), um (1) pela Universidade Veiga de Almeida (UVA) e um (1) pela Universidade de Valença (GRÁFICO 15).

Gráfico 15 – Número de Dentistas da amostra por Faculdade de Odontologia

Fonte: Própria autora

Em relação ao local de atuação profissional a distribuição da amostra é representada na Tabela 3.

Tabela 3 – Local de Atuação Profissional

LOCALIDADE	NÚMERO DE CD
Rio de Janeiro	24
São Paulo	6
Niterói	4
Búzios e Macaé	1
Ribeirão Preto	1
Nova Friburgo	1
Florianópolis	1
Belo Horizonte	2
Recife	2
Santos	1
Rio de Janeiro e Niterói	2

Nilópolis	1
Belford Roxo, Niterói e Rio de Janeiro	1
Duque de Caxias	1
Guarulhos	1
APOSENTADA, atuava No RJ	1
TOTAL	50

Fonte: Própria autora

Quanto as especialidades, a amostra é bastante diversificada e alguns possuem mais de uma especialidade. No site do CFO, em 2019, as seis especialidades mais registradas são: ortodontia, endodontia, implantodontia, prótese dentária, periodontia e odontopediatria (TABELA 4).

Tabela 4 – Especialidades mais registradas no Conselho Federal de Odontologia

	Nº total de CD registrados	%
1º - Ortodontia	26.541	23
2º - Endodontia	15.677	13,6
3º - Implantodontia	15.313	13,2
4º - Prótese dentária	11.831	10,2
5º - Periodontia	9.926	8,6
6º - Odontopediatria	8.661	7,5

Fonte: Conselho Federal de Odontologia (2019)

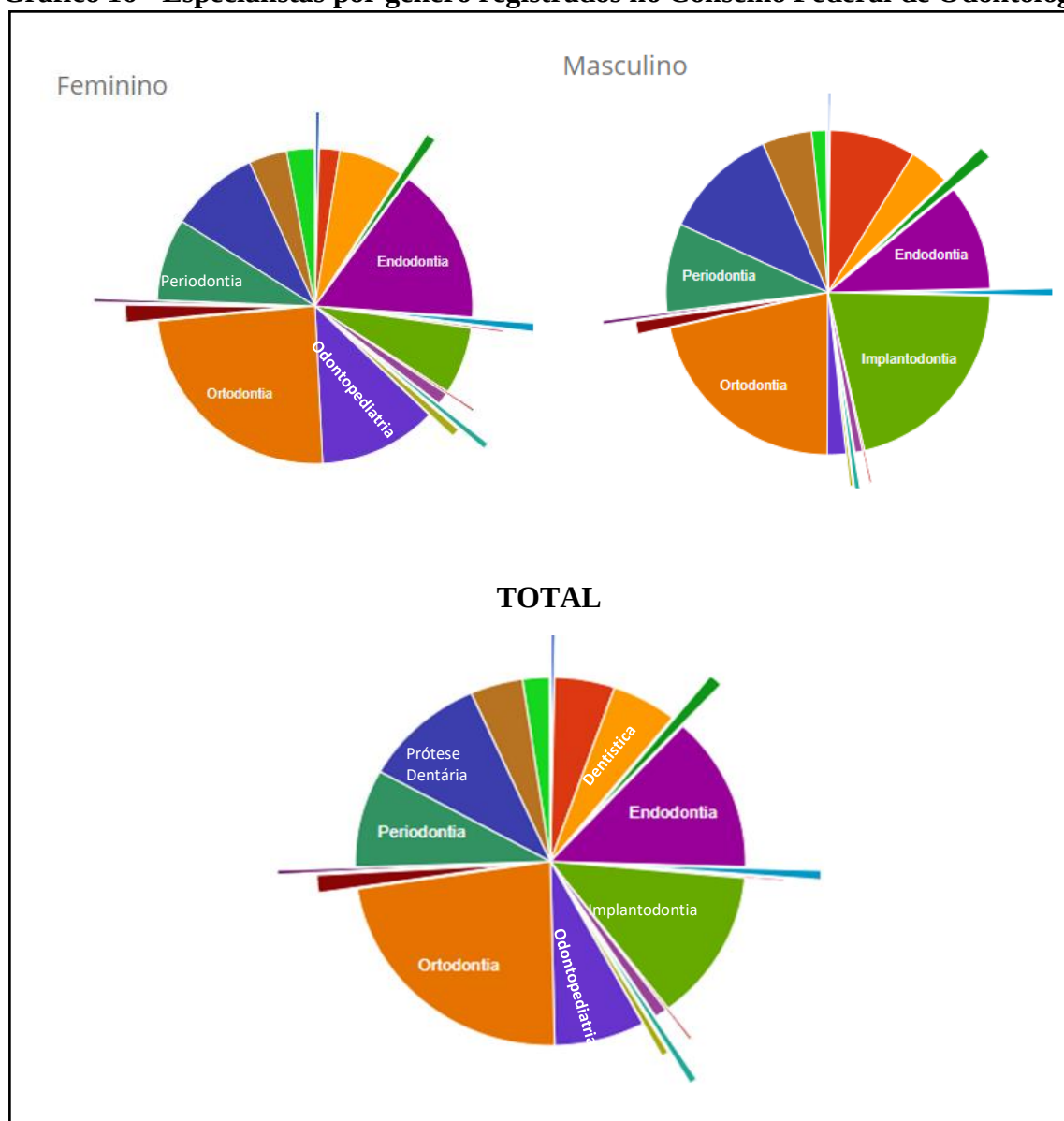
Para uma melhor noção do cenário de especialistas odontológicos brasileiros, o Quadro 2 apresenta o quantitativo de especialistas, por gênero, registrados no Conselho Federal de Odontologia (CFO).

Quadro 2 - Quantidade de especialistas registrados no Conselho Federal de Odontologia

Especialidade	Feminino	Masculino	Total
Acupuntura	278	118	396
Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial	1.331	4.444	5.775
Dentística	4.163	2.088	6.251
Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial	649	655	1.304
Endodontia	10.197	5.480	15.677
Estomatologia	552	384	936
Homeopatia	157	48	205
Implantodontia	4.390	10.923	15.313
Odontogeriatrica	166	111	277
Odontologia do Esporte	3	23	26
Odontologia do Trabalho	768	385	1.153
Odontologia Legal	418	322	740
Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais	550	145	695
Odontopediatria	7.701	960	8.661
Ortodontia	15.422	11.119	26.541
Ortopedia Funcional dos Maxilares	1.128	645	1.773
Patologia Oral e Maxilo Facial	232	192	424
Periodontia	5.358	4.568	9.926
Protese Buco-Maxilo-Facial	28	35	63
Protese Dentaria	5.842	5.989	11.831
Radiologia Odontologica e Imaginologia	2.473	2.570	5.043
Saude Coletiva	1.818	749	2.567
Total Geral	63.624	51.953	115.577

Fonte: Sistema de Cadastro - Rotina SISGER23 - Data: SEG 18 FEV 2019 07:22

Quando agrupadas de acordo com o gênero, pode-se observar que uma semelhança entre as especialidades mais escolhidas (ortodontia, periodontia e endodontia), embora a quantidade de implantodontistas diminua de forma significativa no sexo feminino, conforme dados do CFO apresentados a seguir (GRÁFICO 16).

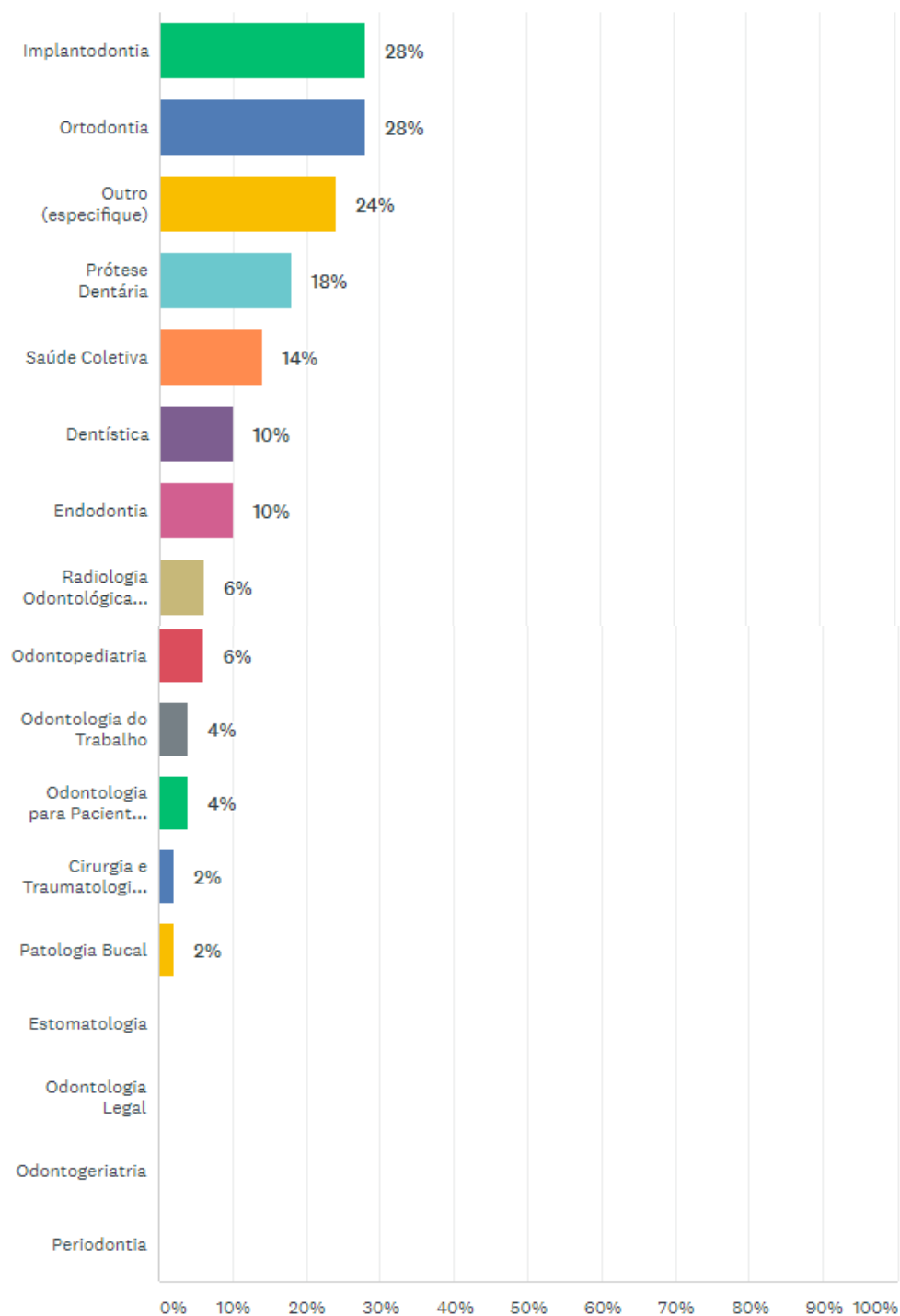
Gráfico 16 - Especialistas por gênero registrados no Conselho Federal de Odontologia

Fonte: Sistema de Cadastro - Rotina SISGER23 - Data: SEG 18 FEV 2019 07:22

Entre os cirurgiões-dentistas participantes da pesquisa, catorze (14) são implantodontistas e catorze (14) ortodontistas (28% cada); doze (12 - equivalente a 24%) assinalaram a opção outros sendo: 4 (quatro) em Harmonização Orofacial, 3 (três) em Ortopedia Funcional dos Maxilares, 2 (dois) em Gestão em Saúde da Família, 2 (dois) em Clínica Geral e 1 (um) em Homeopatia; nove (9) protesisistas (18%); sete (7) especialistas em Saúde Coletiva (14%); cinco (5) em Dentística e cinco (5) em Endodontia (10% cada); três (3) em Radiologia Odontológica e Imaginologia (6%); três (3) em Odontopediatria (6%); dois (2) em Odontologia do Trabalho (4%); dois (2) em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais (4%) e um (1) em Patologia Bucal (2%). Nenhum participante possui especialização

em Estomatologia, Odontologia Legal, Odontogeriatrica e Periodontia, conforme pode-se observar no Gráfico 17.

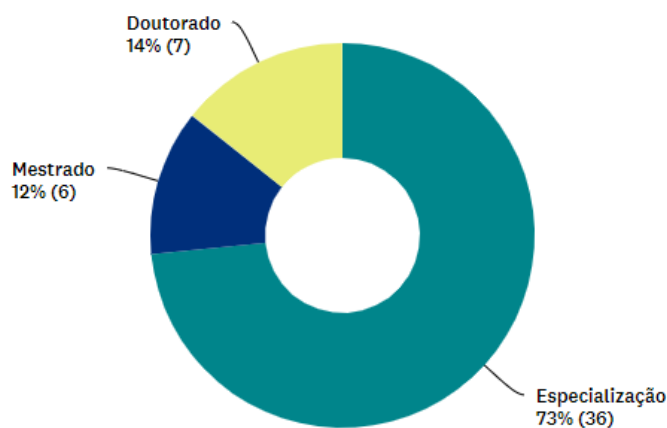
Gráfico 17 – Especialidades dos Cirurgiões-Dentistas



Fonte: Plataforma Survey Monkey – Análise dos resultados

Dos 50 cirurgiões-dentistas participantes da pesquisa, somente um (1) não possui pós-graduação. A maioria tem especialização (36 CD, 73%), seis (6) são mestres (12%) e sete (7) doutores (14%) (GRÁFICO 18).

Gráfico 18 - Pós-graduação da amostra de dentistas

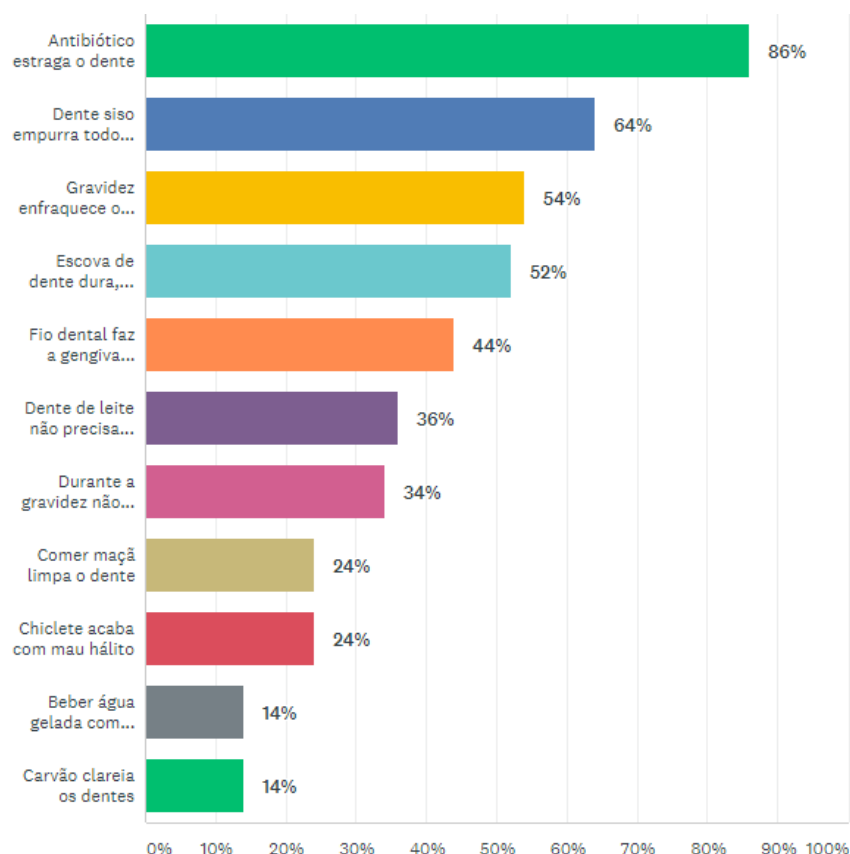


Fonte: Plataforma Survey Monkey – Análise dos resultados

Em relação as frases que os cirurgiões-dentistas consideram que fazem parte do senso comum dos pacientes, o enunciado que “antibiótico estraga os dentes” (86%) também é o mais apontado. Esta frase é constantemente pronunciada pelo paciente, principalmente por aqueles que possuem falta de elementos dentários. Provavelmente, numa intenção de justificar de imediato a(s) ausência(s) dentária(s), o paciente avisa que “tomou muito antibiótico e por isso perdeu o(s) dente(s)”.

Em seguida, a frase mais assinalada pelos profissionais é que “dente siso empurra os dentes” (64%), posteriormente, “gravidez enfraquece os dentes” (54%), “escova de dente dura limpa melhor” (52%), “fio dental faz a gengiva sangrar” (44%), “dente de leite não precisa tratar” (36%), “durante a gravidez não se realiza tratamento odontológico” (34%), “comer maçã limpa o dente” (24%), “chiclete acaba com mau hálito” (24%), “beber água gelada com comida quente faz mal para os dentes” (14%) e “carvão clareia os dentes” (14%), conforme demonstrado no gráfico 19.

Gráfico 19 - Frases que os dentistas consideram que mais fazem parte do senso comum dos pacientes



Fonte: Plataforma Survey Monkey – Análise dos resultados

No Quadro 3, consolidou-se um paralelo entre o percentual das respostas dos pacientes/leigos e dos cirurgiões-dentistas. A visualização facilita a comparação e o entendimento de que as percepções na maioria são assimétricas, lembrando que cada entrevistado poderia marcar mais de uma opção.

Quadro 3 - Percentual comparativo das respostas entre leigos e profissionais

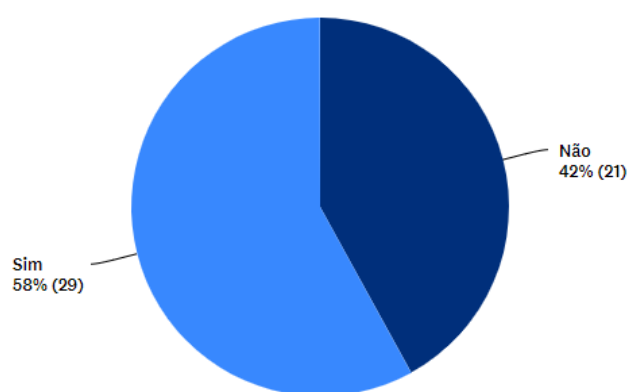
	Leigos	Profissionais
Antibiótico estraga o dente	44%	86%
Dente siso empurra todos os dentes	43%	64%
Comer maçã limpa o dente	40%	24%
Beber água gelada com comida quente faz mal aos dentes	28%	14%
Gravidez enfraquece os dentes	15%	54%
Carvão clareia os dentes	9%	14%
Escova de dente dura limpa melhor	8%	52%
Chiclete acaba com mau hálito	7%	24%
Durante a gravidez não se realiza tratamento odontológico	6%	34%
Fio dental faz a gengiva sangrar	6%	44%
Dente de leite não precisa tratar	4%	36%

Fonte: Própria autora.

Em relação à utilização da internet para divulgar informações sobre saúde bucal, vinte e nove (29) participantes da pesquisa afirmam utilizar (58%) e vinte e um (21) não utilizam a internet como meio de divulgação (42%) (GRÁFICO 20).

Porém, três (3) participantes que responderam não utilizar redes sociais para divulgar informações sobre saúde bucal nas plataformas digitais, registraram em qual plataforma divulgam: um (1) no Instagram, um (1) no Facebook e 1 Outros (presencial).

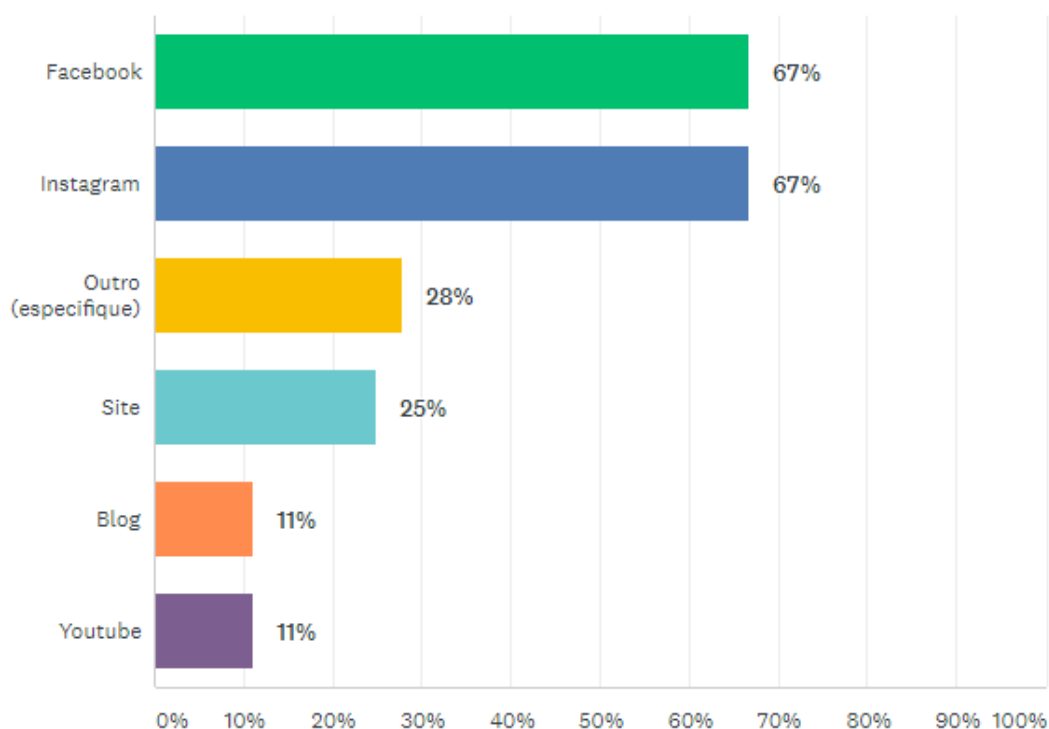
Gráfico 20 - Utilização da Internet para divulgar informações sobre saúde bucal



Fonte: Plataforma Survey Monkey – Análise dos resultados

A indagação sobre qual o tipo de plataforma utilizada para divulgar informações sobre saúde bucal, os participantes podiam escolher mais de uma opção. Entre os cinquenta (50) participantes, 29 afirmam que as plataformas mais utilizadas por eles são o *Facebook* e o *Instagram*, ambas com 67%. O próprio aplicativo do *Instagram* facilita esse compartilhamento de postagem, o que permite uma otimização na divulgação da informação (GRÁFICO 21). Numa visão mais global o Quadro 4 demonstra as respostas com as plataformas especificadas pelos participantes.

Na opção “outros”, dois (2) CD utilizam *WhatsApp*, um (1) anúncio em TV local, um (1) considerou como “outros” a informação presencial e um (1) colocou google.

Gráfico 21 - Tipo de plataforma utilizada para divulgar informações sobre saúde bucal

Fonte: Plataforma Survey Monkey – Análise dos resultados

Quadro 4 – Plataformas digitais utilizadas para divulgar informações sobre saúde bucal

Plataformas	Nº de Participantes da amostra
Facebook + Instagram	10
Facebook + Instagram + Blog + Site	3
Instagram	3
Facebook + WhatsApp	2
Facebook + Instagram + Site	2
Facebook	2
Youtube	1
WhatsApp	1
Instagram + Site	1
Instagram + TV local	1
Facebook + Instagram + Youtube	1
Facebook + Instagram + Site + Youtube	1
Facebook + Instagram + Blog + Site + Youtube	1
TOTAL	29

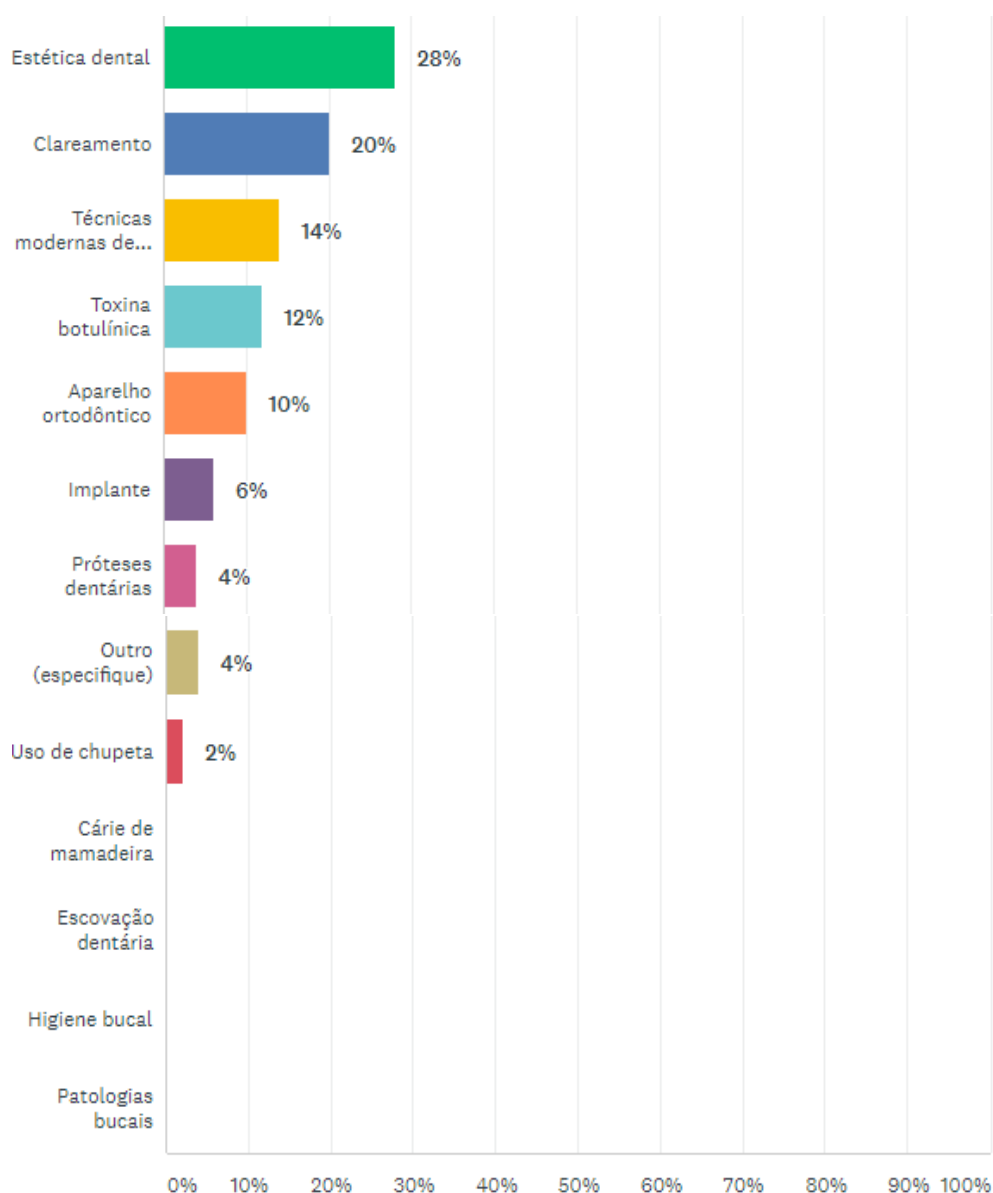
Fonte: Própria autora

Para os cirurgiões-dentistas da pesquisa, os assuntos que mais despertam a curiosidade ou interesse dos pacientes são: estética dental (28%), clareamento dentário (20%), técnicas modernas de tratamento (14%), toxina botulínica (12%), aparelho ortodôntico (10%), implante (6%), próteses dentárias (4%), outros (4%) e uso de chupeta (2%). pela percepção dos cirurgiões-dentistas os assuntos sobre cárie de mamadeira, escovação dentária, higiene

bucal e patologias bucais não são considerados interessantes para os pacientes (GRÁFICO 22). Em relação a opção “outros” foram acrescentadas as seguintes observações por dois (2) participantes:

- “Percebo que tudo que eu apresento para melhorar esteticamente falando (varia de paciente para paciente: estética dentária, prótese, implante, etc)”;
- “Harmonização Facial”.

Gráfico 22 - Assunto de saúde bucal que desperta mais curiosidade ou interesse dos pacientes



Fonte: Plataforma Survey Monkey – Análise dos resultados

Quando se compara as respostas entre pacientes/leigos e os cirurgiões-dentistas, o que mais desperta atenção é que a opção mais assinalada pelos leigos (Higiene Bucal) se quer é citada por algum profissional. A proporção entre as respostas está apresentada pelos enunciados, em ordem alfabética seguidas, com o percentual das respostas dos dois grupos (QUADRO 5).

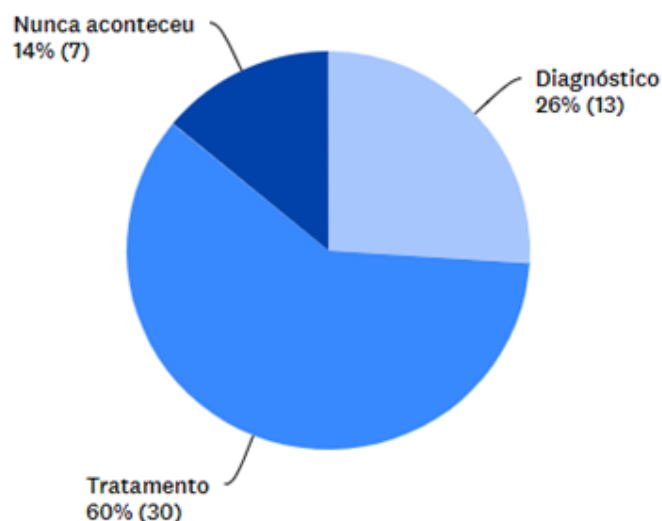
Quadro 5 - Comparação das amostras em relação ao assunto que mais desperta interesse ou curiosidade

Assunto	Pacientes	Profissionais	Ordem respectiva
Higiene bucal	18%	0%	1º / não citado
Clareamento dental	17%	20%	2º / 2º
Aparelho ortodôntico	15%	10%	3º / 5º
Técnicas modernas de tratamento	14%	14%	4º / 3º
Estética dental	13%	28%	5º / 1º
Patologias bucais	6%	0%	6º / não citado
Outro	4%	4%	7º / 8º
Escovação dentária	3%	0%	8º / não citado
Implante	3%	6%	9º / 6º
Próteses dentárias	3%	4%	10º / 7º
Uso de chupeta	2%	2%	11º / 9º
Cárie de Mamadeira	1%	0%	12º / não citado
Toxina botulínica	1%	12%	13º / 4º

Fonte: Própria autora

Pode-se afirmar que a relação profissional-paciente sofreu modificações com as informações trazidas pelos pacientes para às consultas. Apenas 14% da amostra pesquisada relata que nunca aconteceu do paciente trazer informações coletadas na internet para a consulta, um total de 86% já passou por essa experiência, sendo 26% referente ao diagnóstico e 60% ao tratamento do paciente (GRÁFICO 23).

Gráfico 23 - Informações coletas na internet por leigos trazidas para a consulta



Fonte: Plataforma Survey Monkey – Análise dos resultados

Na consulta, os assuntos trazidos pelos paciente se referem ao diagnóstico e ao tratamento, conforme os relatos dos cirurgiões-dentistas:

Quanto ao diagnóstico:

1. “Tipo de aparelho ortodôntico para seu problema de má oclusão”;
2. “Os pacientes olham no Google e já vem com diagnóstico do caso, exemplo: tempo de tratamento”;
3. “Paciente referia ter câncer, pois tinha afta há mais de 15 dias”;
4. “Paciente procurou atendimento com uma hiperplasia fibrosa achando que esta com câncer de boca”;
5. “Paciente já chegou informando que tinha cárie em determinado dente”;
6. “Lesão com suspeita de malignidade”;
7. “Reclamam que o siso empurram os outros dentes”;
8. “Sempre diagnóstico do Dr Google”;
9. “Vários”;
10. “Já sabendo o diagnóstico e o tratamento”;
11. “Vários vêm com informações sobre diagnósticos ‘vistos’ na internet”;
12. “O paciente hoje já sabe qual é sua maloclusão ou acha que sabe porque já pesquisou na internet”;

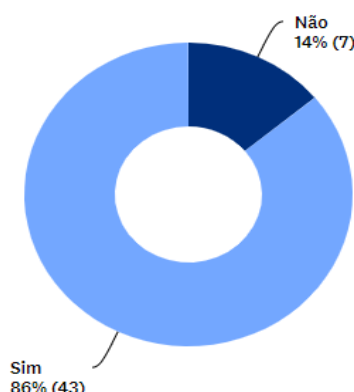
Quanto ao tratamento:

1. “Paciente com fotos de artistas querendo cor e formato iguais”;

2. “Uso de substâncias para reparar o dente (dentina reparadora). O paciente achou que era um tipo de restauração”;
3. “Colocar lente de contato, mas a indicação era de coroa total”;
4. “Vários pacientes já chegam com plano de tratamento que ele mesmo fez pq vê na internet muitas pessoas influenciadores fazendo e quer fazer tudo igual”;
5. “Sobre toxina botulínica”;
6. “O paciente achava que qualquer implante poderia ser realizado sem ‘corte’”;
7. “Paciente já chega procurando certo tipo de tratamento sem saber se tem indicação”;
8. “Utilização de lentes de contato”;
9. “Sabia todo o tratamento”;
10. “Tratamento de canal”;
11. “Tratamentos vistos na internet sempre são questionados ou sugeridos pelos pacientes”;
12. “Criança chegou chorando porque assistiu a vídeo com procedimentos cruento”;
13. “Técnicas modernas de tratamento estético e funcional”;
14. “Tel de o tratamento para doença periodontal” (sic);
15. “Tratamento para estética dental, como facetas e clareamento e etc”;
16. “Muito comum a pesquisa de opções de tratamento disponíveis”;
17. “Aparelhos invisíveis, lentes, facetas, anestesia sem dor (Morpheus)”;
18. “Tipos de clareamento”;
19. “Paciente acredita que lentes de contato dentais pode ser realizadas sempre sem nenhum desgaste e que não precisam de manutenção indicações”;
20. “Uso de lentes de contato”;
21. “Bolinha na língua, sangramento na gengiva”.

Certamente, a discursividade sobre assuntos vistos na internet também passou a fazer parte do rotina profissional odontológica, pois quarenta e três (43) dos CD (86%) relatam já ter explicado didática e corretamente alguma informação trazida por paciente, para a consulta. Apenas sete (7) profissionais (14%) afirmam não ter vivenciado essa experiência (GRÁFICO 24). Comparando com as repostas dadas pelo pacientes o resultado é inverso, porque na concepção dos pacientes 81% teve sua necessidade informacional atendida pela busca na internet e 19% dos pacientes afirma ter esclarecido dúvidas com o profissional.

Gráfico 24 - Dentistas que já explicaram didática e corretamente alguma informação trazida da internet por paciente



Fonte: Plataforma Survey Monkey – Análise dos resultados

As informações sobre saúde bucal que os profissionais precisaram explicar didática e corretamente foram:

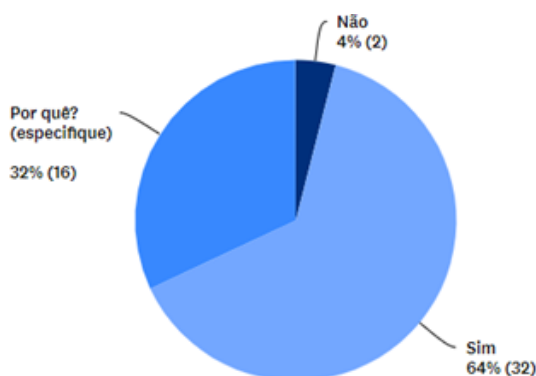
1. “Sobre prótese removível em silicone”;
2. “Uso de substâncias para reparar o dente (dentina reparadora). O paciente achou que era um tipo de restauração”;
3. “Lentes de contato dentais não necessitam de nenhum desgaste”;
4. “Gel de clareamento comprado na internet”;
5. “Sobre o diagnóstico ser único, o que difere entre os profissionais é o plano de tratamento”;
6. “Paciente com deficiência de pré maxila querendo preencher lábio para melhorar o aspecto de afundamento facial”;
7. “Sobre implantes e HOF”;
8. “O aparelho auto ligado é mais moderno”;
9. “Toxina botulínica deixa a pessoa diferente para sempre!”;
10. “Sobre rejeição em implantes”;
11. “Implante sem corte, clareamento caseiro”;
12. “Sobre lente de contato”;
13. “Que nem todos os casos podemos solucionar com lentes de contato”;
14. “Que a expectativa do resultado que se mostra na internet nem sempre é real”;
15. “Sobre halitose”;
16. “Informei que a lesão que estava em sua boca era de origem inflamatória pelo uso de prótese e não uma lesão maligna”;
17. “Se tratamento endodôntico pode causar infecção cerebral”;

18. “Utilização de dentifrício sem flúor”;
19. “Moldagem digital, pasta de dente, lente de contato, doença periodontal”;
20. “Clareamento sem orientação profissional”;
21. “Clareamento”;
22. “Que paciente gestante pode e deve realizar tratamento, durante a gestação”;
23. “Sobre aparelho dental invisível”;
24. “Uso de anestesia”;
25. “Desmenti o fato do siso empurrar os outros dentes”;
26. “Sobre escolha de aparelho AB”;
27. “Necessitei desmitificar tratamentos milagrosos”;
28. “Sobre a banalização do clareamento dental caseiro”;
29. “Paciente dizer do desgaste dentário necessário para tratamento com lentes”;
30. “Indicações e limitações de lentes de contato, facetas e clareamento dental”;
31. “Sobre indicação de lentes de contato”;
32. “Sobre clareamento e lentes de contato”;
33. “Tipo de maloclusão e ferramentas utilizadas para tratamento ortodôntico”;
34. “Técnicas de escovação”.

Uma pessoa respondeu “muitas” e duas “ não lembro”.

Quando questionado se o CD acha que a utilização de figuras e/ou fotos ajudam a entender melhor o conteúdo informativo da internet somente 4% afirma que não, 96% considera que sim, mas somente 32% desse percentual total apresenta uma justificativa na resposta. O resultado é semelhante entre os dois grupos, o que ratifica que o recurso iconográfico auxilia no processo informacional.

Gráfico 25 - Utilização de figuras e/ou fotos para entender melhor conteúdo informativo da internet



Fonte: Plataforma Survey Monkey – Análise dos resultados

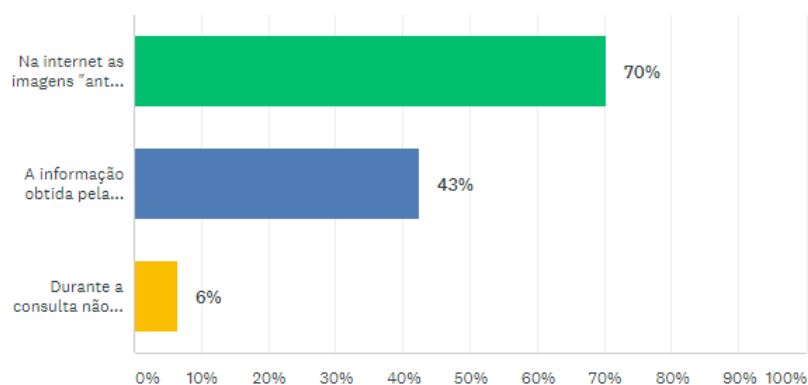
As justificativas de que as figuras auxiliam a entender melhor o conteúdo informativo da internet são:

1. “A imagem dá clareza ao paciente”;
2. “Porque através de figuras ou fotos conseguimos exemplificar e explicar melhor”;
3. “Somente exemplifica o resultado atingido com determinado tratamento, sendo ainda assim necessário boa conversa informativa”;
4. “Fica mais didático e visual”;
5. “A comunicação visual é um instrumento valido”;
6. “A figura, desde que colocada de forma correta e real, chama mais a atenção e resume a informação, principalmente se esta estiver numa linguagem técnica...afinal, a saúde está presente em todas as classes sociais”;
7. “Melhora o entendimento e a assimilação”;
8. “Para qualquer assunto que não dominamos, texto e ilustração juntos, promovem uma compreensão melhor”;
9. “Facilitam o entendimento”;
10. “Porque prende a atenção”;
11. “A visualização é de fácil entendimento para o paciente”
12. “Mais explicativo”;
13. “Paciente visualiza melhor”;
14. “A imagem ajuda a fixar o conteúdo”.

A última pergunta do questionário sobre qual(is) afirmativa(s) o cirurgião-dentista concorda, a resposta mais assinalada é a mesma dos pacientes, ou seja, 70% concordam que “na internet os ‘antes e depois’ dos procedimentos odontológicos trazem falsas expectativas para o paciente”.

Porém, a segunda opção mais considerada com 43% é de que “a informação obtida pela internet é mais simples que a repassada pelo profissional”. A percepção dos dentistas é que na internet a linguagem é mais fácil de ser entendida, provavelmente pelo usos de termos técnicos utilizados durante a conversa com o paciente. Mas esta opção é a menos assinalada pelos pacientes.

De acordo com a amostra estudada, somente 6% alegam que “durante a consulta não dá tempo de repassar informações suficientes para o paciente” (GRÁFICO 26).

Gráfico 26 - Afirmativas que os cirurgiões-dentistas concordam

Fonte: Plataforma Survey Monkey – Análise dos resultados

O comparativo entre as respostas dos dois grupos é apresentado no Quadro 6.

Quadro 6 - Comparação entre as amostras em relação as afirmativas que mais concordam

Afirmativa	Pacientes	Profissionais
Na internet as imagens "antes e depois" dos procedimentos odontológicos trazem falsas expectativas para o paciente	62%	70%
A informação obtida pela internet é mais simples que a repassada pelo profissional	13%	43%
Durante a consulta não dá tempo de repassar informações suficientes para o paciente	40%	6%

Fonte: Própria autora

Um fato interessante é que a percepção sobre o tempo de consulta para troca de informações é diferente para paciente e profissional, levando-se em consideração que 40% dos pacientes assinalam que “durante a consulta não dá tempo para o dentista repassar informações suficientes” e apenas 6% considera a mesma questão, é um indicativo que a falta de discursividade só é sentida pelos pacientes.

6 CONCLUSÃO

Os enunciados sobre saúde bucal reproduzidos socialmente continuam enraizados na cultura das pessoas. A busca de informações acontece, principalmente, diante de necessidades emergenciais, de novas patologias e de técnicas modernas, não há relato de busca para esclarecimento acerca dos pré-conceitos estabelecidos. Provavelmente, porque os enunciados sejam portadores de uma mensagem simbólica decorrente da crença às ideias compartilhadas pelo grupo a qual pertencem. A polifonia social é marcada por controvérsias na tentativa de explicar o mundo através da linguagem, estabelecendo uma dicotomia entre crença e ciência.

A linguagem tem poder reflexivo no seu uso linguístico, o cognitivo remete a experiências e o comunicativo as relações interpessoais. No processo de interação entre dentistas e pacientes, o uso da linguagem é um fator decisivo para o entendimento, sendo assim a Linguagem, a Argumentação e a Racionalidade são processos interligados. É no mundo da vida que os sujeitos, falantes e ouvintes, em suas práticas comunicativas levantam pretensões de validade que tem como finalidade chegar ao entendimento. Na argumentação por meio da linguagem, os sujeitos oferecem razões para a elucidação de pretensões de validade e toda comprovação explícita dessas pretensões demandam a forma de comunicação que cumpre os pressupostos da argumentação.

Os resultados da pesquisa apontam para essa falta dos processos interligados, a falta de discursividade é percebida pelos pacientes que consideram não haver tempo suficiente na consulta para o dentista passar informações. A discursividade entre paciente-profissional ainda é limitada e assimétrica, sem acesso a conteúdos informativos o paciente é muito mais receptor do que emissor da informação.

Nesse perspectiva, embora nem todo conteúdo tenha veracidade, a internet dá mais equidade informacional. Mas a facilidade de acesso à internet e o excesso de informação sobre saúde bucal nas plataformas digitais não garantem que os indivíduos estejam mais e melhor informados. Tabakman (2013, p.19) afirma que “se até há pouco tempo, para melhorar a saúde dos cidadãos, era suficiente melhorar a formação dos médicos que transferiam seu conhecimento ao paciente, hoje é necessário que as sociedades científicas utilizem um novo enfoque comunicativo que chegue à sociedade”.

A criação e utilização de aplicativos (App) é uma realidade concreta de como a tecnologia pode ser útil no cotidiano das pessoas, mas os App relacionados à saúde bucal ainda são pouco divulgados e utilizados. O objetivo sugerido pela Organização Mundial da

Saúde (OMS) de “promover políticas públicas de saúde através das tecnologias móveis, ainda precisa ser mais bem difundido entre os órgãos públicos brasileiros” (BONONE *et al*, 2012).

O impacto desse mundo mais tecnológico e informacional reflete diretamente no cotidiano das pessoas. O saber mais imediato sobre saúde bucal afeta à relação entre profissional-paciente e, conseqüentemente, o perfil epidemiológico brasileiro. Visto que, os dados do último levantamento epidemiológico em saúde bucal no Brasil (SB Brasil 2010) apontam para declínio da cárie dental até os 12 anos, o que coloca o Brasil num escore muito baixo, mas também ressaltam as desigualdades regionais, com valores extremos entre o nordeste e o sudeste. Cavaca *et al* (2012) consideram a mídia, como lugar privilegiado de produção e reprodução do real, com forte influência cultural, podendo contextualizar positivamente a “divulgação desses dados, ressaltando os avanços ou provocar uma reflexão consciente através da problematização dos desafios a serem enfrentados”. As informações na mídia podem ser instrumentos importantes para “suprir a necessidade social da informação, oferecendo visibilidade ao poder e ao mundo e fomentando o exercício da cidadania” (GENTILLI, 2005).

A utilização da internet amplia e fragmenta, simultaneamente os nexos de comunicação, impactando no modo como o diálogo é construído entre as pessoas numa sociedade democrática. Porém, a tendência natural do ser humano de julgar fatos com base na sua própria percepção é explorada pelos meios de comunicação para fins midiáticos, econômicos ou políticos. Esse fenômeno da pós-verdade, justifica que a opinião pública reage mais a apelos emocionais do que a fatos objetivos, preferindo acreditar em determinadas informações sem checar a veracidade. A informação recorre a crenças e emoções das massas, resultando em opiniões públicas manipuladas, há uma negligência com a verdade.

Com isso, ratifica-se a ideia de Caco Xavier (2006) de contrapor “comunicação em saúde” com a “saúde na mídia”. Na comunicação em saúde há “muita reflexão, mas pouca repercussão e abrangência”. Na mídia surge um novo *bios*, o *bios midiático*, “uma nova forma de consciência social baseada na não-linearidade”. Para o autor, “ao tentarmos nos aproximar do conceito de saúde apropriado pela mídia, os problemas são ainda maiores” (XAVIER, C. 2006, p. 45).

Finalmente, volta-se ao ponto inicial, em que Moretzsohn (2017, p. 302) se refere a “legião de imbecis” no discurso de Umberto Eco:

A criação de guetos apenas favorece a publicidade dirigida e fortalece a consolidação de convicções, o que vai na contramão da abertura ao debate público e, conseqüentemente, só ajuda a aumentar a ‘legião de imbecis’. Ao mesmo tempo, provoca a ilusão de que o mundo se reduz a essas bolhas, o que é fatal na apreensão

da realidade e induz a erro mesmo aqueles que precisariam estar atentos ao contraditório.

A informação sobre saúde bucal nas plataformas digitais pode ser frágil e volátil, oferecendo às pessoas informações genéricas e não individualizadas. É preciso criar condições para que a busca de informações seja capaz de escolher fontes com compromisso de veracidade e ética.

O assunto abordado nesta pesquisa ainda precisa ser mais explorado para que ganhos sociais aconteçam efetivamente. A odontologia, através de seus órgãos representativos, precisa ter um papel mais incisivo no que tange à educação em saúde bucal nas plataformas digitais.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Olga Maria Ramalho; ABEGG, Claídes; RODRIGUES, Cecile Soriano. Percepção de gestantes do Programa Saúde da Família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 789-796, 2004.
- ALMEIDA, Guido. Nota preliminar do tradutor. *In: Consciência moral e agir comunicativo*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.
- ALVES, M. A. S. Racionalidade e argumentação em Habermas. **Kínesis**, v. I, n. 2, p. 179-195, 2009.
- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n.1, p. 63-72, 2001.
- AZEVEDO, Cleomar. Alfabetização e Letramento: qualidade e desigualdade. *In: AZEVEDO, Cleomar. & SOUZA NETO, João Clemente. (org.). Estudos e Práticas de Alfabetização e Letramento*. 1ª ed. São Paulo: Expressão & Arte Editora. 2012. 112 p.
- BAKHTIN, Mikhail. Os gêneros do discurso. *In: _____ (org.). Estética da criação verbal*. Trad. Paulo Bezerra. São Paulo: Martins Fontes, p. 261-306, 2003.
- BARROS, Olavo Bergamaschi; PERNAMBUCO, Renata de Almeida; TOMITA, Nilce Emy. Escovas Dentais. **Revista da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos**, v. 4, n. 1, jan./abr. 2001.
- BONOME, Karolina da Silva; SANTO, Camila Cardoso Di; PRADO, Cristiane Soares; SOUSA, Fernando Sequeira; PISA, Ivan Torres. Disseminação do uso de aplicativos móveis na atenção à saúde. *In: CONGRESSO BRASILEIRO EM INFORMÁTICA EM SAÚDE*, 18., 2012. **Anais...** 2012.
- BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Comunicação Social. **Pesquisa brasileira de mídia 2015: hábitos de consumo de mídia pela população brasileira**. Brasília: Secom, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais**. Brasília: MS, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Coordenação de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: MS, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Autocuidado. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/autocuidado.php>. Acesso em: 31 de jul. 2018.
- BROOKS, John K.; BASHIRELAHI, Nasir; REYNALDS, Mark A. Charcoal and charcoal-based dentifrices. **The Journal of the American Dental Association – JADA**, v. 148, ed. 9, p. 661-670, 2017.

BUTZE, Juliane Pereira; ANGST, Patrícia Daniela Melchior; GOMES, Sabrina Carvalho. Perspectivas atuais sobre halitose bucal: revisão de literatura. **Brazilian Journal Periodontol**, v. 25, n. 2, p. 48-54, jun. 2015.

CAPRARA, Andréa; RODRIGUES, Josiane. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 139-146, 2004.

CAPRARA, A; RODRIGUES, J.; MONTENEGRO, B. J. Building the relationship: medical doctors and patients in the Family Medicine Programme of Ceará, Brasil. **Challenges of Primary Care-Oriented Health Systems: Innovations by Educational Institutions, Health Professions and Health Services**, Londrina, 2001.

CASAGRANDE, Cledes Antonio; CASAGRANDE, Euclides Fábio. A ética discursiva e o caráter procedimental do discurso prático em Habermas. **Conjectura**, v. 16, n. 3, p. 131-145. set./dez. 2011.

CASTIEL, L. D.; VASCONCELLOS-SILVA, P. R. The interface He@lth/Internet: perspectives and challenges. **Interface**, v. 7, n. 13, p. 47-64, 2003.

CASTELLS, Manuel. **A sociedade em rede**. v. 1. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CASTRO, Ingrid Rodrigues Monteiro de; BARBOSA, Oswaldo Luiz Cecilio; NEVES BARBOSA, Carla Cristina, CORRÊA DA SILVA, Fabiano Santos. Ação da Tetraciclina nos dentes. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 16, n.1, pp. 98-102. set./nov. 2016.

CAVACA, Aline Guio; GENTILLI, Victor; ZANDONADE, Eliana; CORTELLETE JÚNIOR, Moacyr; EMMERICH, Adauto. A saúde bucal na mídia impressa: análise das matérias jornalísticas nos anos de 2004-2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 5, p. 1333-1345, 2012.

CAVALCANTE, Lígia Eugênia; COSTA, Rosane Maria; NASCIMENTO, Raimundo César Campos; SANTOS, Raquel Jenyffer Souza. Competência em Informação na Área da Saúde. **InCID**, v. 3, n. 1, p. 87-104, jan./jun. 2012.

CFO. Conselho Federal de Odontologia. Dia Internacional da Mulher: mulheres conquistaram seu espaço na Odontologia brasileira. Disponível em: <http://cfo.org.br/website/dia-internacional-da-mulher/>. Data de acesso: 21 fev 2019.

CODATO, Lucimar Aparecida Britto; NAKAMA, Luiza; CORDONI JR, Luiz; HIGASI, Maura Sassahara. Atenção odontológica à gestante: papel dos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n.4, p. 2297-2301, 2011.

CONDE, César Augusto Galvão Fernandes; ALCARÁ, Adriana Rosecler. Desinformação: qualidade da informação compartilhada em mídias sociais. **Encontro Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação**, 2018.

COELHO, Elisa Quaresma; CARDOSO, José Eduardo Dias; COELHO, Augusto Quaresma. Informações médicas na internet afetam a relação médico-paciente?. **Revista Bioética** [online], v. 21, p. 142-149, 2013.

COELHO, Maria Lair Guimarães; BEZERRA, Mirna Marques; JÚNIOR, Francisco Freitas Gurgel; VIANA, Rebeca Sales; CHAGAS, Maristela Inês Osawa. Perda precoce da dentição decídua; análise da percepção das mães de crianças de 02 a 06 anos de idade na sede do distrito de Jaibará, Sobral – CE. **SANARE**, v. VI, n. 1, jan./jun. p. 85-94, 2005.

CORREA, Sonia Maria Barros Barbosa. **Probabilidade e estatística**. 2 ed. Belo Horizonte: PUC Minas Virtual, 2006. 116 p.

DA SILVA, Elias Gomes. Discursividade e educação em Bakhtin. **Trem de Letras**, Minas Gerais, v. 1, n. 1, 2012.

DAMATTA, Roberto. **Carnavais, Malandros e Heróis**. 4 ed., Rio de Janeiro: ZAHAR, 1983.

FALLIS, D. What Is Disinformation? **Library Trends**, v. 63, n. 3, 2015.

FELDHAUS, Charles; DUTRA, Delamar José Volpato. Habermas e a sociologia médica: saúde, Estado e direito. **Revista Brasileira de Estudos Políticos**, v. 99, p. 113-133, 2009.

FERNANDES, Daniele. Peirce e Foucault: signo estético e enunciado. **Revista Eletrônica de Filosofia**. São Paulo, v. 4, n. 1, jan/jun, 2007.

FERREIRINHA, Isabella Maria Nunes; RAITZ, Tânia Regina. As relações de poder em Michel Foucault: reflexões teóricas. **Rev. Adm. Pública**. Rio de Janeiro, v. 44, n. 2, mar./abr., 2010.

FIGUEIREDO, Gustavo de Oliveira; BRITO, Dyla Tavares de Sá; BOTAZZO, Carlos. Ideologia, fetiche e utopia na saúde: uma análise a partir da saúde bucal. **Ciência, Saúde coletiva** [online], v.8, n. 3, p.753-763, 2003.

FORNECK, Kári Lúcia; FUCHS, Juliana Thiesen; BERSCH, Maria Elisabete. Objetos digitais de aprendizagem para o ensino e a aprendizagem da leitura. **Revista Linguística**. Revista do Programa de Pós-Graduação em Linguística da Universidade Federal do Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, dez, 2015.

FOUCAULT, Michel. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1986.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Tradução de Raquel Ramalhete. 35. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

GARBIN, H.B.R.; PEREIRA NETO, A.F.; GUILAM, M.C.R. The internet, expert patients and medical practice: an analysis of the literature. **Interface**, v.12, n.26, p.579-88, jul./set. 2008.

GARCÍA-MARCO, Francisco-Javier. La pirámide de lá información revisitada: enriqueciendo el modelo desde la ciencia cognitiva. **El Profesional de la Información**, v. 20, n. 1, p. 11-24, 2011.

GENTILLI, Victor. **Democracia de massas: jornalismo e cidadania**. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2005.

GOMEZ, M. N. (Org.). **Diálogos habermasianos**. Brasília, IBICT, 2012. 468 p.

GONÇALVES, Márcio; LIMA, Clóvis Ricardo Montenegro. Validação discursiva da informação. **Linguagem & Ensino**, Pelotas, v. 17, n. 3, p.901-925, set./dez. 2014.

GONÇALVES, Márcio. Wikipédia na produção discursiva do conhecimento. In: MOLLICA, Maria Cecília; BATISTA, Hadinei Ribeiro; GUIMARÃES, Ludmila dos Santos (Orgs). **Cybercorpora e inovação com práticas de ensinagem**. 1ª ed. Curitiba: CRV, 2015.

GUIMARÃES, Ludmila dos Santos. Os sujeitos e as subjetividades em ambientes virtuais de aprendizagem. In: BATISTA, Hadinei Ribeiro; MOLLICA, Maria Cecília; PATUSCO SILVA, Cynthia (org.). **Sujeitos em ambientes virtuais**. *Festschriften* para Stella Maris Bortoni-Ricardo. 1ª ed. São Paulo: Parábola Editorial, 2015.

HABERMAS, Jürgen. **Teoría de la acción comunicativa I: Racionalidad de la acción y racionalización social**. Tradução de Manuel Jiménez Redondo. Madrid: Taurus, 1987.

HABERMAS, Jürgen. **Pensamento pós-metafísico: estudos filosóficos**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1990.

HABERMAS, Jürgen. **Comentários à ética do discurso**. Lisboa: Instituto Piaget, 1991

HABERMAS, Jürgen. **Consciência moral e agir comunicativo**. 2. ed. Rio de Janeiro: Edições Tempo Brasileiro, 2003.

HABERMAS, Jürgen. **A inclusão do outro: estudos de teoria política**. São Paulo: Loyola, 2004.

HABERMAS, Jürgen. **Entre naturalismo e religião: estudos filosóficos**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2007.

HEALTH ON THE NET FOUNDATION. **Analysis of 9th HON survey of health and medical internet users: winter 2004-2005**. Geneva: HON Foundation, 2006. Disponível em: <http://www.hon.ch/Survey/Survey2005/res.html>. Acesso em: 26 de maio 2016.

HEALTH ON THE NET FOUNDATION. **Evolution of internet use for health purposes**. Geneva: HON foundation; 2006. Disponível: http://services.hon.ch/cgi-bin/Survey/Survey2010/quest_oct.pt. Acesso em: 26 de maio 2016.

HEIDEGGER, Martin. **A caminho da linguagem**. Petrópolis: Vozes, 2003.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. Tradução: Ane Rose Bolner. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 432p.

HENRIQUES, Cláudio Maierovitch Pessanha. A dupla epidemia: febre amarela e desinformação. **Reciis**, v. 12, n. 1, p. 9-13, 2018.

HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD Contínua**. 2017. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/trabalho/17270-pnad-continua.html?edicao=23205&t=sobre>>. Data do acesso: 01 fev. 18.

IPM. **Inaf: Relatórios do Instituto Paulo Montenegro**. Disponíveis em: <<http://www.ipm.org.br/pt-br/programas/inaf/Paginas/default.aspx>>. Data de acesso: 29 de mai. de 2016.

KERTZER, David I. **Ritual, Politics, and Power**. New Haven, CT: Yale University Press, 1988.

KLEIMAN, Ângela. Modelos de alfabetização e as práticas de alfabetização na escola. In: KLEIMAN (org). **Os significados do letramento**. Uma nova perspectiva sobre a prática social da escrita. São Paulo: Mercado das Letras, p. 15-61, 1995.

KUBO, Fabíola Mayumi Miyauchi; MIALHE, Fábio Luiz. Fio dental: da dificuldade ao êxito na remoção do biofilme interproximal. **Arquivo Brasileiro de Odontologia**, Belo Horizonte, v. 47, n.1, p. 51-55, 2011.

LALANDE, A. **Vocabulário técnico e crítico da filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

LALUEZA, José L.; CRESPO, Isabel; CAMPS, Silvia. As tecnologias da informação e da comunicação e os processos de desenvolvimento e socialização. In: COLL, C.; MONEREO, C. **Psicologia da Educação Virtual: aprender e ensinar com as tecnologias da informação e da comunicação**. Porto Alegre: Artmed, p. 47-67, 2010.

LEAL, Marisa; MOLLICA, Maria Cecília. Funções de elementos figurativos na leitura. **Ecos de Linguagem**. 2015. Disponível em: http://anpoll.org.br/portal/wp-content/uploads/2015/07/ecos_de_linguagem_6.pdf. Acesso em: 19 de mai. de 2016.

LEMOIS, André. **Cibercultura**. Tecnologia e vida social na cultura contemporânea. Porto Alegre: Sulina, 2002.

LIMA, Clóvis Ricardo Montenegro. Notas para uma agenda de pesquisa do trabalho imaterial a partir da teoria do agir comunicativo. In: LIMA, C. R. M; GONZALEZ DE GOMEZ, M. N. (org.). **Discursos habermasianos**. Brasília: Ibict, p.153-168, 2012.

LODÉA, A. L. **Entendimento e linguagem: uma compreensão da teoria da ação comunicativa de Jürgen Habermas**. Universidade de Passo Fundo, Paraná, v. 26, n. 1, p. 55-79, 2010. Disponível em: < <http://revistas.unicentro.br/index.php/guaiaraca/article/viewFile/1848/1616>>. Acesso em: 22 maio 2016.

LIMA, Juliano de Carvalho.; RIVERA, Francisco Javier Uribe. Agir comunicativo, redes de

conversação e coordenação em serviços de saúde: uma perspectiva teórico-metodológica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.13, n.31, p.329-42, out./dez. 2009.

LYOTARD, Jean-François. **A condição pós-moderna**. Trad. Ricardo Corrêa Barbosa. Rio de Janeiro: José Olympio, 2002.

METTES, T. G; NIENHUIJS, M. E., VAN DER SANDEN, W. J., VERDONSCHOT E. H., PLASSCHAERT, A. J. Interventions for treating asymptomatic impacted wisdom teeth in adolescents and adults. Cochrane Database of Systematic Reviews. **Cochrane Database Syst Rev.**, 18 de Apr. 2005.

MIRANDA, Amanda Souza de. Do todo à parte: curso e percurso do jornalismo especializado em saúde. **Tuiuti: Ciência e Cultura [online]**, v. 1, p. 1-12, 2014.

MOLLICA, Maria Cecília. Redes sociais em grandes centros urbanos: um estudo sociolinguístico no Rio de Janeiro. IN: *Terceira Margem*. **Revista da Pós-graduação em Letras da Universidade Federal Do Rio De Janeiro**, ano III, n.3, p. 156-161, 1995.

MOLLICA, Maria Cecília. **Linguagem para formação em letras, educação e fonoaudiologia**. São Paulo: Contexto, 2009.

MORAN, José Manuel. Novas tecnologias e o reencantamento do mundo. **Revista Tecnologia Educacional**. Rio de Janeiro: v. 23, n. 2, p. 126, set./ out., 1995.

MORETZSOHN, Sylvia Debossan. “Uma legião de imbecis”: hiperinformação, alienação e o fetichismo da tecnologia libertária. **Liinc em Revista**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 294-306, 2017.

NASCIMENTO, Suzana Rodrigues; PRADO, Marta Lenise do. O agir comunicativo na construção do conhecimento em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 57, n. 2, p. 237-240, mar./abr. 2004.

OLIVEIRA, Manfredo de Araújo. **Reviravolta linguístico-pragmática na filosofia contemporânea**. São Paulo: Edições Loyola, 1996. 427 p.

OLIVEIRA, Raimunda Nonato da Cruz. O agir comunicativo no contexto das práticas de educação em saúde pública: um estudo à luz da teoria da ação comunicativa de J. Habermas. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 106, p. 267-283, abr./jun. 2011.

OLIVEIRA, Eliene de; FONSECA, Ana Flávia Prates; FAGUNDES, Ana Paula Gusmão; GUIMARÃES, Priscila Daniela Fonseca; NOBRE, Maria Cleonice de Oliveira; BONFIM, Maria de Lourdes Carvalho. Mitos e verdades sobre o envelhecimento: percepção dos idosos. **Revista Intercâmbio**, v. VII, p. 68-89, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. Global Observatory for eHealth. MHealth. **New horizons for health trough mobile technologies**. Geneva (Switzerland): OMS, 2011.

PACHECO, José Augusto; PEREIRA, Nancy. Globalização e identidades educativas. Rupturas e incertezas. **Revista Lusófona de Educação**, n. 8, p. 13-28, 2006.

PERES, Paulo E. C.; BIACCHI, Gislaine R.; KRUEL, Marina Coelho Silva; FRANCIOSI, Gabriel Mohr; GIACOMINI, Giuliano Omizzolo; CASTILHOS, Livia Gelain. A maçã limpa os dentes. Verdade ou mito? Avaliação da capacidade da maçã no controle do biofilme dental. **Revista Odonto**, v. 22, n. 43-44, p. 21-28, 2014.

PLETNEVA, N; CRUCHET, S.; SIMONET M.; KAJIWARA, M.; BOYER, C. Results of the 10th HON survey on health and medical Internet use. **Stud Health Technol Inform.**, v. 169, p. 73-7, 2011.

REIS, Deise Moreira; PITTA, Daniela Rocha; FERREIRA, Helena Maria Barbosa; PINTO DE JESUS, Maria Cristina; MORAES, Mari Eli Leonelli; SOARES, Milton Gonçalves. Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 15, n.1, p. 269-276, 2010.

ROCHA, Everardo. **O que é mito**. São Paulo: Brasiliense, 1996.

ROCHA, Maria Regina de Moura. **Crença, mito e verdade**: um estudo sobre o pensamento do aluno-professor. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona. Facultat de Ciències de La Educació. Departament de Pedagogia Aplicada, 2002.

ROBERTO, Luana Leal; NORONHA, Daniele Durães; SOUZA, Taiane Oliveira. MIRANDA, Ellen Janayne Primo; MARTINS, Andréa Maria Eleutério de Barros Lima; DE PAULA, Alfredo Maurício Batista; FERREIRA E FERREIRA, Efigênia; HAIKAL, Desirée Sant'ana. Falta de acesso a informações sobre problemas bucais entre adultos: abordagem baseada no modelo teórico de alfabetização em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n.3, p. 823-835, 2018.

SAAD, Elizabeth; SILVEIRA, Stefanie C. (org.). **Tendências em Comunicação Digital**. São Paulo: ECA/Universidade De São Paulo, 2016.

SASSERON, Lúcia Helena; CARVALHO, Anna Maria Pessoa de. Alfabetização científica: uma revisão bibliográfica. **Investigações em Ensino de Ciências**. v. 16, n. 1, p. 59-77, 2011.

SILVA, Cléber Domingos Cunha. Informação em saúde: produção, consumo e biopoder. **Ciência & saúde coletiva [online]**, v. 18, n.10, p. 3083-3090, 2013.

SILVA, Jonathas Luiz Carvalho. A teoria matemática da comunicação na ciência da informação: propondo uma nova relação entre sujeitos da informação. **Pesquisa Brasileira em Ciência da Informação e Biblioteconomia**, João Pessoa, v. 11, n. 1, p. 203-217, 2016.

SILVA FILHO, Rubens da Costa; SILVA, Leila Morás; LUCE, Bruno. Impacto da pós-verdade em fontes de informação para a saúde. **Revista Brasileira de Biblioteconomia e Documentação**, v. 13, p. 271-287, 2017.

SILVEIRA, Sérgio Amadeu da. O conceito de commons na cibercultura. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO, 30., 2007. **Anais eletrônicos ...** Disponível em: <http://www.intercom.org.br/papers/nacionais/2007/resumos/R1202-1.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2018.

SILVEIRA, Sérgio Amadeu da. Ensaio: convergência digital, diversidade cultural e esfera pública. In: PRETTO, N. L.; SILVEIRA, S. A. (org). **Além das redes de colaboração: internet, diversidade cultural e tecnologias do poder**. [online]. Salvador: EDUFBA, pp. 31-50, 2008.

SOARES, M. Letramento e escolarização. In: RIBEIRO, V. M. (org). **Letramento no Brasil: reflexões a partir do INAF 2001**. 2. ed. São Paulo: Global, p. 89 – 114, 2003.

SORENSEN, Kristine; VAN DEN BROUCKE, Stephan; FULLAM, James; DOYLE, Gerardine; PELIKAN, Jürgen; SLONSKA, Zofia; HELMUT, Marca. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. **BMC Public Health**, v. 12, n. 80, p. 1- 13, 2012.

SPINOLA, M. E. M. A neo-ontologia do pensamento do ereignis na apropriação da linguagem humanista em Martin Heidegger. **Revista Vozes dos Vales da UFVJM**, n. 2, out. 2012.

TABAKMAN, Roxana. **A saúde na mídia: medicina para jornalistas, jornalismo para médicos**. São Paulo: Summus Editorial, 2013.

TEIXEIRA, José A. de Carvalho. Comunicação em Saúde: relação técnicos de saúde: utentes. **Análise Psicológica**, v. 22, n. 3, p. 615-620, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v22n3/v22n3a21.pdf> Acesso em: 15 de fev. 2019.

TERRA, Carolina. A cultura Maker e sua influência junto às organizações. In: SAAD, Elizabeth; SILVEIRA, Stefanie C. (org.). **Tendências em Comunicação Digital**. São Paulo: Universidade de São Paulo, v. 2, 2017. 212 p.

THIEDE, Michael. Information and access to health care: is there a role for trust?. **Social Science & Medicine**, v. 61, p. 1452-1462, 2005.

THYLSTRUP, Anders; FEJERSKOV, Ole. **Tratado de cariologia**. São Paulo: Cultura Médica; 1988.

TOMITA, Nilce E.; BIJELLA, Vitoriano T.; LOPES, Eymar S.; FRANCO, Laércio J. Prevalência de cárie dentária em crianças da faixa etária de 0 a 6 anos matriculadas em creches: importância de fatores socioeconômicos. **Revista Saúde Pública**, v. 30, n. 5, p. 413-20, 1996.

UNESCO: Alfabetização para todos. Relatório de Monitoramento Global Educação para Todos 2006. **UNESCO Publishing**, 2005.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Universidade Federal do Rio de Janeiro. **Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa Divisão de Pesquisa**. Ética em Pesquisa (material informativo).

URIBE RIVIERA, FJ. **Agir comunicativo e planejamento social: uma crítica ao enfoque estratégico** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995. 216 p.

VASCONCELLOS-SILVA, Paulo Roberto; CASTIEL, Luiz David; BAGRICHEVSKY, Marcos; GRIEP, Rosane Harter. As novas tecnologias da informação e o consumismo em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p. 1473-1482, ago. 2010.

VELLOSO, Adriana de Freitas. **Informação e comunicação**: análise das redes sociais e dos fluxos dos saberes entre profissionais da atenção Básica de Saúde. 2014. Tese (Doutorado em Ciência da Informação) – Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Programa de Pós-graduação em Ciência da Informação, Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia, Rio de Janeiro, 2014.

VYGOTSKY, Lev Semenovich. **Pensamento e linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

VOLKOFF, Vladimir. **Pequena história da desinformação**: do cavalo de Tróia à Internet. Curitiba: Ed. Vila do Príncipe, 2004.

XAVIER, Antonio Carlos **A era do hipertexto**: linguagem e tecnologia. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2009. 227 p.

XAVIER, Caco. Mídia e saúde, saúde na mídia. In: SANTOS, Adriana (org). **Caderno mídia e saúde pública**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública/FUNED, 2006.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO PARA PACIENTES

Data de nascimento: ____/____/____

Sexo: ☐ masculino ☐ feminino

Escolaridade: _____

Local onde mora: _____

Possui algum dentista como amigo próximo ou parente? ☐ Sim ☐ Não

1. Qual(is) da(s) frase(s) abaixo você considera verdadeira(s)?

- | | |
|--|---|
| ☐ Antibiótico estraga o dente | ☐ Dente siso empurra todos os dentes |
| ☐ Carvão clareia os dentes | ☐ Fio dental faz a gengiva sangrar |
| ☐ Comer maçã limpa o dente | ☐ Escova de dente dura limpa melhor |
| ☐ Chiclete acaba com mau hálito | ☐ Gravidez enfraquece os dentes |
| ☐ Durante a gravidez não se realiza tratamento odontológico | |
| ☐ Beber água gelada com comida quente faz mal aos dentes | |
| ☐ Dente de leite não precisa tratar | |

2. Você utiliza a Internet para obter informações sobre saúde bucal? ☐ Não ☐ Sim,

Aonde? ☐ Google ☐ Yahoo ☐ Bing ☐ Instagram
☐ Youtube ☐ Facebook ☐ Blogs ☐ Outros: _____

3. Qual o assunto sobre saúde bucal que desperta mais seu interesse ou curiosidade?

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Aparelho ortodôntico | ☐ Estética dental | ☐ Próteses dentárias |
| ☐ Toxina Botulínica | ☐ Higiene bucal | ☐ Técnicas modernas de tratamento |
| ☐ Cárie de mamadeira | ☐ Implante | ☐ Uso de chupeta |
| ☐ Clareamento | ☐ Patologias bucais Qual (is)? _____ | |
| ☐ Escovação dentária | ☐ Outro: _____ | |

4. Alguma vez você recorreu à informação da Internet ao invés de falar diretamente com o dentista? ☐ Não ☐ Sim, por quê? _____

5. Você já teve dúvida de alguma informação sobre saúde bucal, vista na internet, e teve que esclarecer com o dentista? ☐ Não ☐ Sim, qual? _____

6. Você acha que a utilização de figuras e/ou fotos ajudam a entender melhor o conteúdo informativo Da internet? ☐ Não ☐ Sim, por quê? _____

7. Assinale abaixo a(s) afirmativa(s) com a(s) qual(is) concorda:

☐ A informação dada pelo dentista é mais complicada do que a encontrada na Internet.

☐ Durante a consulta não dá tempo para o dentista repassar informações suficientes.

☐ Na internet os “antes e depois” dos procedimentos odontológicos trazem falsas expectativas.

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO PARA CIRURGIÃO-DENTISTA

Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino
 Universidade onde cursou odontologia: _____
 Ano em que concluiu a graduação: _____
 Qual sua especialidade? _____
 Cidade onde atua profissionalmente: _____
 Pós-graduação: ☐ Especialização ☐ Mestrado ☐ Doutorado

1. Qual(is) das frases abaixo você considera que fazem parte do senso comum dos pacientes?

- | | |
|--|---|
| ☐ Antibiótico estraga o dente | ☐ Dente siso empurra todos os dentes |
| ☐ Carvão clareia os dentes | ☐ Fio dental faz a gengiva sangrar |
| ☐ Comer maçã limpa o dente | ☐ Escova de dente dura limpa melhor |
| ☐ Chiclete acaba com mau hálito | ☐ Gravidez enfraquece os dentes |
| ☐ Durante a gravidez não se realiza tratamento odontológico | |
| ☐ Beber água gelada com comida quente faz mal aos dentes | |
| ☐ Dente de leite não precisa tratar | |

2. Você utiliza a Internet para divulgar informações sobre saúde bucal? ☐ Não ☐ Sim

Qual plataforma digital você usa para divulgar as informações sobre saúde bucal?

- | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|--|
| ☐ Blogs | ☐ Facebook | ☐ Instagram |
| ☐ Youtube | ☐ Site | ☐ Outros: _____ |

3. Qual o assunto sobre saúde bucal que desperta mais o interesse ou curiosidade dos pacientes?

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Aparelho ortodôntico | ☐ Estética dental | ☐ Próteses dentárias |
| ☐ Toxina Botulínica | ☐ Higiene bucal | ☐ Técnicas modernas de tratamento |
| ☐ Cárie de mamadeira | ☐ Implante | ☐ Uso de chupeta |
| ☐ Clareamento | ☐ Patologias bucais | Qual (is)? _____ |
| ☐ Escovação dentária | ☐ Outro: _____ | |

4. Algum paciente já chegou com informações coletadas na Internet sobre:

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ Prognóstico | ☐ Diagnóstico | ☐ Tratamento |
|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|

Caso tenha acontecido, relate: _____

5. Você já precisou explicar, didática e corretamente, alguma informação errada obtida na Internet? ☐ Não ☐ Sim

Se sim, qual foi a informação? _____

6. Você acha que a utilização de figuras e/ou fotos ajuda a entender melhor o conteúdo informativo? ☐ Não ☐ Sim, por quê? _____

7. Assinale abaixo a(s) afirmativa(s) com a(s) qual(is) concorda:

☐ A informação obtida pela internet é mais simples que a repassada pelo profissional.

☐ Durante a consulta não dá tempo de repassar informações suficientes para o paciente.

☐ Na internet as imagens "antes e depois" dos procedimentos odontológicos trazem falsas expectativas para o paciente

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto de pesquisa: **INFORMAÇÃO SOBRE SAÚDE BUCAL NAS PLATAFORMAS DIGITAIS**

Responsável pelo Projeto: MARIANGELA REBELO MAIA

Prezado(a), Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa sobre a informação sobre saúde bucal na internet. Os pesquisadores pretendem realizar um estudo com as seguintes características:

Objetivo do estudo: avaliar a informação sobre saúde bucal nas plataformas digitais diante de tantas informações disponíveis na internet e suas consequências na relação dentista-paciente.

Descrição dos procedimentos para coleta de dados: a coleta de dados será feita através de respostas a um questionário.

Riscos: a participação na presente pesquisa envolverá um risco muito baixo a você, uma vez que será aplicado um questionário e não haverá nenhum procedimento clínico ou ingestão de quaisquer medicamentos ou mesmo com aparência similar. Ainda assim, você pode considerar que a participação na pesquisa pode gerar desconforto ou timidez em responder alguma pergunta ou por ter seu corpo medido. A fim de minimizar esses riscos garantimos a privacidade ao responder os questionários e o sigilo das respostas. Além disso, você terá sua identidade mantida sob sigilo (isto é, ninguém, além dos pesquisadores, tomará conhecimento das suas respostas).

Benefícios às participantes e para a sociedade: o presente estudo poderá beneficiar a sociedade sobre um maior conhecimento sobre o assunto.

Garantia de acesso aos pesquisadores: Em qualquer fase do estudo você terá pleno acesso aos pesquisadores responsáveis pelo projeto, através do PPGCI/IBICT-UFR (Endereço: Rua Lauro Muller, 455 – 4º andar – telefone: 21 3873-9453).

Garantia de liberdade: a sua participação neste estudo é absolutamente voluntária. Dentro deste raciocínio, todos os participantes estão integralmente livres para, a qualquer momento, negar o consentimento ou desistir de participar e retirar o consentimento, sem que isto

provoque qualquer tipo de penalização. Lembramos, assim, que sua recusa não trará nenhum prejuízo à relação com o pesquisador ou com a instituição e sua participação não é obrigatória. Mediante a aceitação, espera-se que você responda o questionário.

Direito de confidencialidade e acessibilidade: os dados colhidos na presente investigação serão utilizados para elaborar artigos científicos. Porém, todas as informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o absoluto sigilo de sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar a identificação do participante e ninguém, com exceção dos próprios pesquisadores, poderá ter acesso aos resultados da pesquisa. Por outro lado, você poderá ter acesso aos seus próprios resultados a qualquer momento.

Despesas e compensações: você não terá, em momento algum, despesas financeiras pessoais. As despesas, assim, se porventura ocorrerem, serão de responsabilidade dos próprios pesquisadores. Também, não haverá compensação financeira relacionada à sua participação.

Você concorda em participar, voluntariamente, da pesquisa?

☐ Concordo

☐ Discordo

ANEXO I – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INFORMAÇÃO SOBRE SAÚDE BUCAL NO MUNDO DIGITAL: CONFLITOS ENTRE CRENÇA E CIÊNCIA

Pesquisador: Mariangela Rebelo Maia

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 91978418.0.0000.5289

Instituição Proponente: Universidade Salgado de Oliveira - UNIVERSO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.738.039

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo exploratório descritivo com delineamento transversal e abordagem quali quantitativa a pesquisa caracterizar-se-á pela busca de compreensão da realidade da vida social compartilhada pelos indivíduos acerca do assunto. Levando-se em conta a explosão interativa que a Internet permite e vem influenciando a relação dentista-paciente quanto ao conhecimento sobre saúde bucal. Na ausência de um instrumento de coleta de dados já validado sobre o assunto, surgiu a necessidade da elaboração de um próprio questionário para ser aplicado na amostra composta por cirurgiões-dentistas e pacientes. O instrumento de coleta dos dados se constitui de um questionário com perguntas abertas, fechadas e dicotômicas; um para dentistas e outro para pacientes, com o mesmo teor.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a informação sobre saúde bucal no mundo digital, diante de tantas informações disponíveis na internet e suas consequências na relação dentista-paciente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A participação na presente pesquisa envolverá um risco mínimo, uma vez que será aplicado um

Endereço: MARECHAL DEODORO, 263 Bl. B - 3º andar			
Bairro: CENTRO		CEP: 24.030-060	
UF: RJ	Município: NITERÓI		
Telefone: (21)2138-4941	Fax: (21)2138-4941	E-mail: cepuniverso@nt.universo.edu.br	



UNIVERSIDADE SALGADO DE
OLIVEIRA - UNIVERSO



Continuação do Parecer: 2.738.039

questionário e não haverá nenhum procedimento clínico. Os participantes foram informados pelo pesquisador do sigilo e confidencialidade das informações e que podem retirar-se do estudo ou não permitir a utilização dos dados em qualquer momento da pesquisa

Benefícios:

O estudo poderá beneficiar a sociedade sobre maior conhecimento sobre o assunto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente projeto de pesquisa cumpre os aspectos éticos fundamentais

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados estão conforme a recomendação da Resolução CNS nº. 466 de 12 de dezembro de 2012

Recomendações:

Sem Recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem Pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1160601.pdf	20/06/2018 19:17:13		Aceito
Outros	folhaDeRostoeditavel.pdf	20/06/2018 19:15:53	Mariangela Rebelo Maia	Aceito
Outros	questionarios.pdf	20/06/2018 19:15:34	Mariangela Rebelo Maia	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CARTA_APRESENTACAO_PESQUISA DORES.pdf	20/06/2018 19:12:56	Mariangela Rebelo Maia	Aceito
Cronograma	cronograma2018.pdf	20/06/2018 19:12:24	Mariangela Rebelo Maia	Aceito
Declaração de	Lattes_pesquisadores.pdf	20/06/2018	Mariangela Rebelo	Aceito

Endereço: MARECHAL DEODORO, 263 Bl. B - 3º andar
Bairro: CENTRO CEP: 24.030-060
UF: RJ Município: NITEROI
Telefone: (21)2138-4941 Fax: (21)2138-4941 E-mail: cepuniverso@nt.universo.edu.br



UNIVERSIDADE SALGADO DE
OLIVEIRA - UNIVERSO



Continuação do Parecer: 2.738.039

Pesquisadores	Lattes_pesquisadores.pdf	19:11:58	Maia	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TC_pesquisadora.pdf	20/06/2018 19:11:35	Mariangela Rebelo Maia	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TC_Prof_Cecilia.pdf	20/06/2018 19:11:19	Mariangela Rebelo Maia	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TC_Prof_Clovis.pdf	20/06/2018 19:11:04	Mariangela Rebelo Maia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	20/06/2018 19:05:46	Mariangela Rebelo Maia	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetopesquisa.pdf	20/06/2018 19:05:16	Mariangela Rebelo Maia	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	20/06/2018 19:04:47	Mariangela Rebelo Maia	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

NITEROI, 26 de Junho de 2018

Assinado por:
Regina Celi Lema
(Coordenador)

Endereço: MARECHAL DEODORO, 263 Bl. B - 3º andar
Bairro: CENTRO CEP: 24.030-060
UF: RJ Município: NITEROI
Telefone: (21)2138-4941 Fax: (21)2138-4941 E-mail: cepuniverso@nt.universo.edu.br