

Percepções de usuários adultos sobre sua não adesão aos cuidados primários de saúde bucal: estudo qualitativo

Percepciones de los usuarios adultos sobre su no adherencia a la atención primaria de salud bucal: un estudio cualitativo

Perceptions of adult users about their non-adherence to primary oral health care: a qualitative study

Recebido: 08 nov 2021

Revisado: 08 dez 2021

Aceito: 15 mar 2022

Autor de correspondência

Tarsila Teixeira Vilhena Lopes
tarsilatvlopes@gmail.com

Como citar:

Lopes TTV, Souto BGA. Percepções de usuários da atenção básica sobre sua não adesão aos cuidados de saúde bucal. J Manag Prim Health Care. 2022;14:e005. <https://doi.org/10.14295/jmp hc.v14.1187>.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não haver nenhum interesse profissional ou pessoal que possa gerar conflito de interesses em relação a este manuscrito.

Copyright:

Este é um artigo de acesso aberto, distribuído sob os termos da Licença Creative Commons (CC-BY-NC). Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original.



Tarsila Teixeira Vilhena LOPES⁽¹⁾
Bernardino Geraldo Alves SOUTO⁽¹⁾

⁽¹⁾ Universidade Federal de São Carlos, Programa de Pós-graduação em Gestão da Clínica. São Carlos, São Paulo, Brasil.

Resumo

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, mediante o protocolo CAAE n. 10830012.7.0000.5504, e teve o objetivo levantar e descrever a percepção espontânea de um conjunto de adultos sobre sua não adesão aos cuidados primários de saúde bucal. Trata-se de um estudo qualitativo que, em março de 2013, gravou 14 entrevistas feitas por um único entrevistador. Todos os participantes elegíveis e acessíveis foram entrevistados. O critério de elegibilidade foi pessoas de ambos os sexos que tinham mais de 18 anos e haviam faltado sem justificativa a pelo menos três consultas odontológicas ou abandonado o acompanhamento em uma Unidade de Saúde da Família do município de São Carlos, São Paulo. Foi feita análise do conteúdo temático sobre 11 destas entrevistas devido à saturação dos achados a partir da décima primeira e a interpretação das falas se baseou na filosofia humanista-existencial-personalista. Foram identificadas duas categorias temáticas: Concepções sobre saúde bucal e Práticas de cuidado; a última foi distribuída em duas subcategorias: Medo e Relação profissional-usuário. Encontrou-se que a negligência em relação à atenção odontológica pode ter origem na compreensão da pessoa de que a saúde bucal se restringe à ausência de sintomas dentários, no medo do tratamento e numa postura profissional menos afeita ao cuidado centrado na pessoa. Portanto, é necessário que o processo de cuidado considere a saúde bucal contextualizada no indivíduo em seu ambiente de crenças e percepções, e articule este contexto no projeto terapêutico.

Descritores: Cooperação e Adesão ao Tratamento; Pacientes Desistentes do Tratamento; Estratégias de Saúde Nacionais; Assistência Odontológica; Saúde Bucal.

Resumen

Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos, bajo protocolo CAAE n. 10830012.7.0000.5504, y tuvo como objetivo encuestar y describir la percepción espontánea de un grupo de adultos sobre su no adherencia a la atención primaria a la salud bucal. Se trata de un estudio cualitativo que, en marzo de 2013, obtuvo 14 entrevistas realizadas por uno entrevistador solamente. Todos los participantes elegibles y accesibles fueron entrevistados. El criterio de elegibilidad fueron personas de ambos sexos, mayores de 18 años, que hubieran faltado injustificadamente a por lo menos tres citas odontológicas o abandonado el seguimiento en una *Unidade de Saúde de Família* del municipio de São Carlos, São Paulo. En 11 de estas entrevistas se realizó análisis de contenido temático debido a la saturación de los hallazgos desde la undécima y la interpretación de los discursos se basó en la filosofía humanista-existencial-personalista. Fueron identificadas dos categorías temáticas: Concepciones sobre salud bucal y Prácticas de cuidado; el último se distribuyó en dos subcategorías: Miedo y Relación profesional-usuario. Se constató que la negligencia en relación con el cuidado odontológico puede tener su origen en la comprensión de la persona de que la salud bucal se restringe a la ausencia de síntomas dentales, miedo al tratamiento y una actitud profesional menos proclive al cuidado centrado en la persona. Por lo tanto, es necesario que el proceso de atención considere la salud bucal contextualizada en el individuo en su entorno de creencias y percepciones, y articule ese contexto en el proyecto terapéutico.

Palabras-claves: Cumplimiento y Adherencia al Tratamiento; Pacientes Desistentes del Tratamiento; Estrategias de Salud Nacionales; Atención Odontológica; Salud Bucal.

Abstract

This research was approved by the Ethics Committee in Research with Human Beings, under protocol CAAE n. 10830012.7.0000.5504, and aimed to survey and describe the spontaneous perception of a group of adults about their non-adherence to primary oral health care. This is a qualitative study that, in March 2013, recorded 14 interviews conducted by a single interviewer. All eligible and accessible participants were interviewed. The eligibility criterion was people of both sexes who were over 18 years-old and who had unjustifiably missed at least three dental appointments or abandoned follow-up at a *Unidade de Saúde de Família* in the city of São Carlos, São Paulo. Thematic content analysis was performed on 11 of these interviews due to the saturation of the findings from the eleventh and the interpretation of the speeches was based on the humanist-existential-personalist philosophy. Two thematic categories were identified: Conceptions about oral health and Care practices; the last one was distributed in two subcategories: Fear and Professional-user relationship. It was found that negligence in relation to dental care may originate from the person's understanding that oral health is restricted to the absence of dental symptoms, fear of treatment and a professional attitude less inclined to person-centered care. Therefore, it is necessary that the care process consider oral health contextualized in the individual in his environment of beliefs and perceptions and articulate this context in the therapeutic project.

Keywords: Treatment Adherence and Compliance; Patient Dropouts; National Health Strategies; Dental Care; Health Education, Dental.

Introdução

A adesão aos cuidados de saúde é um fenômeno dinâmico e multifatorial que requer decisões compartilhadas e corresponsáveis entre a pessoa, a equipe de cuidado e a rede social de apoio. Envolve aspectos comportamentais, psíquicos, sociais e assistenciais, cuja abordagem pela equipe de saúde precisa considerar as questões socioculturais e subjetivas ligadas à relação entre saúde e qualidade de vida.¹⁻³

Esse conceito de adesão aos cuidados de saúde transcende a ideia de que a adesão seja um simples cumprimento de recomendações. No caso da saúde bucal, é importante identificar as razões para o não comparecimento às consultas odontológicas agendadas, as

peculiaridades relacionadas ao acesso ao sistema de saúde e a percepção da pessoa sobre suas próprias necessidades de saúde, entre outros fatores que influenciam a dedicação dela ao plano de cuidados.^{4,5}

Por outro lado, a atenção em saúde bucal no Brasil, historicamente é influenciada por diferentes modelos assistenciais. O modelo predominante, de 'Odontologia de Mercado', caracteriza-se por ser prioritariamente normativo e pouco atento aos aspectos que envolvem o fenômeno da adesão terapêutica. Privilegia a atenção individualizada, a concepção mecanicista do homem, a crescente corporização do conhecimento em tecnologia de alta densidade de capital, a dominância da subespecialização, a seletividade de sua clientela e a exclusão de práticas alternativas.^{6,7} Esse modelo pode dificultar o acesso aos serviços odontológicos para uma fração da sociedade, corroborando por uma concepção que apenas quem possui recursos financeiros pode ter acesso à assistência odontológica.⁸

Na busca por alternativas e pela ampliação do acesso das pessoas aos serviços de saúde bucal, a Política Nacional de Saúde Bucal – PNSB do Sistema Único de Saúde – SUS já representa uma conquista ao reduzir o índice de perdas dentárias na população a partir de 2002 mediante a facilitação do acesso.⁹

No entanto, é possível mais do que acesso: também é importante a observância das pessoas aos cuidados de saúde bucal para que não haja subaproveitamento da oportunidade criada pela PNSB. Portanto, o presente estudo teve como objetivo levantar e descrever a percepção espontânea de um conjunto de adultos sobre sua não adesão aos cuidados primários de saúde bucal.

Nesse sentido, considerando que o não comparecimento às consultas odontológicas agendadas no SUS prejudica a assistência e obstrui a solução de demandas no campo da saúde bucal,¹⁰ o presente estudo colabora para melhorar a gestão deste problema ao oferecer conhecimentos que ajudam a compreender o fenômeno da não adesão ao cuidado odontológico na atenção primária de saúde.

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos em 18 de fevereiro de 2013, sob o protocolo CAAE n. 10830012.7.0000.5504 e mediante o parecer n. 198.378.

Os dados foram coletados mediante entrevistas individuais que foram gravadas somente em áudio. A própria pesquisadora realizou e gravou sozinha as 14 entrevistas ao longo do mês de março de 2013. Todos os participantes elegíveis e acessíveis foram

entrevistados e recebiam cuidado de saúde por parte da equipe a que a entrevistadora pertencia. O critério de elegibilidade foi pessoas de ambos os sexos que tinham mais de 18 anos e haviam faltado sem justificativa a pelo menos três consultas odontológicas ou abandonado o acompanhamento na Unidade de Saúde da Família Astolpho Luis do Prado, no município de São Carlos, São Paulo, nos últimos três anos, desde o início das atividades odontológicas na Unidade de Saúde em 2010. Este local foi escolhido por conveniência porque era onde a pesquisadora atuava profissionalmente como cirurgiã-dentista, juntamente com mais duas colegas cirurgiãs-dentistas.

Entre os entrevistados, alguns eram atendidos rotineiramente pela própria pesquisadora. Para evitar a influência desta contingência no processo da pesquisa, houve cuidado em garantir que as entrevistas fossem realizadas no ambiente pessoal do entrevistado, em deixá-los à vontade para expressar livremente e só responder dúvidas pessoais sobre o acompanhamento odontológico a fim da entrevista. Em resumo, a entrevista foi conduzida à conveniência da pessoa, conforme sugere Turato¹¹ em relação à situação exposta.

Cada pessoa foi entrevistada uma única vez em sua própria residência, mediante visita domiciliar previamente combinada exclusivamente para este fim, e não foi solicitado a nenhum entrevistado a revisão da entrevista.

Os participantes foram convidados por telefone e as entrevistas foram realizadas somente após a concordância deles mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Embora a quantidade de pessoas entrevistadas tenha seguido o critério da exaustão, o aproveitamento das entrevistas nas análises se deu por saturação; o que foi alcançado ao final da décima primeira entrevista.

Utilizou-se um roteiro semiaberto de perguntas que era ajustado ao contexto de cada entrevistado conforme a respectiva necessidade de aculturação. Em outras palavras, havia um conjunto de perguntas planejadas para direcionar o foco da entrevista que era adaptado à forma de compreensão de cada entrevistado conforme esta necessidade era detectada ao longo da conversa com ele. Esta estratégia permitiu transformar a entrevista em uma interlocução dialógica entre a entrevistadora e a pessoa entrevistada, sem perda do foco da entrevista. Por meio desta estratégia, dispensou-se treinamento prévio da entrevistadora ou pré-testagem do roteiro conforme orientado por Turato.¹¹

O conteúdo de cada gravação foi literalmente transcrito pela própria entrevistadora; em seguida, foi submetido à análise temática, da qual participaram os dois autores deste artigo.

Esta análise se deu por uma etapa ideográfica de identificação dos aspectos tratados pelos entrevistados a respeito do objeto da pesquisa, seguida por uma etapa nomotética de organização do conteúdo identificado na fase ideográfica em um corpo coletivo de achados que foram distribuídos por categorias temáticas. As falas foram interpretadas à luz da corrente filosófica humanista-existencial-personalista.¹² Essas etapas tendem a uma superposição entre si que possibilita identificar os pontos de confluência mais proeminentes. Por humanismo, é reconhecido o valor e a dignidade da pessoa, considerando seus limites, interesses e potencialidades. A corrente existencialista se caracteriza por se preocupar em compreender e explicar a existência humana, em que a pessoa é vista como um ser particular, com vontade e liberdade próprias, consciente e responsável. Por fim, o personalismo se configura como um postulado filosófico de que as pessoas são livres e criativas, em que a existência delas não se prende a um dado definitivo.¹² Por esta trajetória, decodificaram-se sentidos e significados dados pelos entrevistados acerca do fenômeno da não adesão ao cuidado odontológico no âmbito do modelo assistencial.

Na apresentação dos resultados, foram usados nomes fictícios para personalizar os entrevistados sem identificá-los.

Resultados e Discussão

As manifestações mais espontâneas e coletivas sobre a falta a consultas odontológicas agendadas na atenção primária de saúde sem aviso prévio ou sobre o abandono do acompanhamento tiveram a ver com a noção de saúde como ausência de doença, medo do tratamento e vínculo frágil com o cirurgião-dentista.

Não obstante, antes de aprofundar esses achados, é importante destacar que, desde o início das atividades odontológicas na Unidade de Saúde em 2010, três anos antes da realização desta pesquisa, acumularam-se 36 pessoas com mais de 18 anos que haviam faltado, sem avisar, a pelo menos três consultas odontológicas agendadas ou que haviam abandonado o acompanhamento sem comunicar ao serviço. Destas, 22 foram excluídas: uma por não estar em condição de saúde mental para realizar a entrevista, oito não estavam disponíveis e 13 não foram localizadas. Assim, foram entrevistadas as 14 pessoas restantes e foram aproveitadas 11 entrevistas na análise devido à saturação dos achados a partir da décima primeira: a de nove mulheres e dois homens com idade entre 18 e 53 anos na faixa escolar entre o ensino fundamental e o médio.

Na fala dessas 11 pessoas, foi possível identificar duas categorias temáticas 'Concepções sobre saúde bucal' e 'Práticas de cuidado'; esta última foi subcategorizada em 'Medo' e 'Relação profissional-usuário'.

(1) Concepções sobre saúde bucal

Maria percebeu sua saúde bucal como:

Uma boca boa... acho que sem tártaro, sem cárie, [...] né [risada]. E agora, boca ruim é onde tem aquele excesso de tártaro, tem cárie, tem... falta dente na boca, né. Aí é uma boca ruim... A minha? A minha é meio termo [risada]. A minha tem dia que ela tá branquinha, tem dia que não tá, tem tártaro, tem um pouquinho de cárie, tem dente faltando. Eu acho que é bem meio termo [risada] (Maria, 25 anos).

Essa entrevistada pôs como boca sadia aquela que não tem lesões, sequelas ou sinais de malcuidado. No entanto, sua autoavaliação em relação à qualidade de sua saúde bucal entrou em contradição com seu próprio conceito a respeito quando descreveu uma boca ruim como sendo aquela que tem as características que ela mesma observa em sua cavidade oral; mesmo assim, definiu sua própria condição de saúde bucal como intermediária ou razoável.

Este achado sugere que a autopercepção da pessoa sobre seu bom estado de saúde bucal pode ser superestimada em relação à sua condição real e conscientemente identificada como se houvesse algum grau de não reconhecimento objetivo dos seus problemas de saúde dentária. A esse respeito, Marshman e colaboradores¹³ comentaram que a autopercepção das pessoas sobre sua imagem pode ser um dos motivos apontados para não procurar por atendimentos de saúde.

Sob esse prisma, apesar das pessoas apresentarem problemas dentários detectáveis ao exame clínico pelo cirurgião-dentista, eles podem não ser reconhecidos objetivamente pelo indivíduo. Nesse sentido, é importante que o profissional da assistência procure compreender a autopercepção da pessoa sobre sua saúde bucal, uma vez que esta percepção pode influenciar a adesão ao plano de cuidados.¹⁴

Essa ausência de percepção da necessidade também parece ser o motivo de Antônia não ter procurado por assistência odontológica. Na visão dela, mesmo não cuidando adequadamente da boca, não tem problema de saúde bucal. Assim, não vê necessidade de cuidar da boca e não identifica demandas relacionadas a isto:

Problemas? Exatamente quais tipos de problema? Descuidada ... só isso que eu tenho a dizer. Não sei. E agora? (Antônia, 21 anos).

José nos ajudou a entender as entrevistadas anteriores ao esclarecer que a percepção da necessidade de cuidado odontológico está diretamente relacionada a algum desconforto objetivamente sentido, quando respondeu:

Eu não sinto nada, não sinto dor, nem nada. O problema é a hora que escova, que tem o desgaste, passa a escova dói. Só isso. De vez em

quando tem mau hálito. Não sei se é do dente ou do problema do esôfago. Não é todo dia (José, 53 anos).

Para esta pessoa, o problema surge quando sente algum incômodo, como dor. Ainda assim, vê sua condição como um problema menor e que, talvez, nem tenha origem bucal. Ou seja, além de **só isso**, ela **não sente mais nada**. Pode-se supor que o cuidado odontológico só se torna prioritário, quando os problemas de saúde produzem dor ou desconforto significativo. Talvez isto indique baixa prioridade a cuidados odontológicos devido à percepção de que problemas dentários têm reduzido potencial de ameaçar a vida. Essa ideia pressupõe que as pessoas podem compreender o tratamento apenas como uma prática com fins curativos, conforme verificado por Monteiro e colaboradores em estudos com gestantes.¹⁵ Portanto, é importante que profissionais do cuidado odontológico estejam atentos a esta visão curativista de algumas pessoas para tentarem qualificá-la em benefício da adesão delas mesmas ao projeto terapêutico.

Camélia ao falar sobre suas próprias escolhas que reconheceu relacionadas à promoção da saúde dentária, disse que:

[...] a boca do meu marido é melhor que a minha. A dele é um dente saudável, bonito, sabe, branquinho, não tem nada, porque não fuma, não bebe refrigerante, não faz nada, nem café ele bebe. Eu já faço as três coisas já fumo, bebo café e tomo refrigerante. São as três coisas que acabam com o dente (Camélia, 24 anos).

Para essa entrevistada, a saúde bucal é representada por uma dentição de boa aparência, o que depende de determinados hábitos que ela não tem. A noção dela é que estes hábitos são essenciais para a conservação dos dentes, mas, ainda não encontrou volição suficiente para agir por esta conservação. Talvez porque só a aparência como motivo não foi suficiente para estimulá-la a evitar problemas dentários, embora sejam intensos e frequentes os apelos e o valor dado a esta questão estética na sociedade moderna.

De acordo com Câmara, ainda que haja consciência sobre o potencial benefício da modificação de hábitos, este empreendimento é difícil por ser um costume adquirido há muito tempo e já presente cultura da rotina diária de uma pessoa. Portanto, exige um motivador realmente significativo no âmbito das percepções.¹⁶

Em situações semelhantes à de Camélia, em que a autopercepção sobre a saúde pode ser influenciada por alguém afetivamente ligado à pessoa, uma abordagem familiar no âmbito do cuidado ampliado talvez ajude na adesão terapêutica. É quando a percepção sobre a saúde bucal do outro por parte de alguém próximo pode fazer com que pessoas com vínculo afetivo entre si estimulem um ao outro a buscar o cuidado odontológico.¹⁷

Assim, a identificação de contextos desta natureza na vida da pessoa com necessidade de atenção à saúde pode revelar questões importantes para o plano de cuidados que costumam ser invisíveis por uma prática assistencial de modelo mais prescritivo.¹⁸

E aí, o aspecto estético pode se revelar motivador:

[...] Antigamente, as pessoas não se importavam tanto de perder os dentes, a dentadura resolve. Hoje, não. Existe toda uma preocupação. Pelo menos eu sou assim, eu perdi um aqui, vou ter que tirar esse, eu já estou pensando no implante, porque é horrível, fica feia a boca... (Gardênia, 26 anos).

Embora o desconforto sintomatológico seja um aspecto decisivo pela procura assistencial, a insatisfação com a aparência dos dentes pode também, em alguns casos, motivar pessoas a buscarem por intervenções que oportunizam a abordagem da saúde bucal a partir da valorização estética facial.¹⁹ De todo modo, pareceu que o aspecto estético também só foi motivador quando gerou desconforto; segundo Passos-Soares, ao ponto de ser percebido de uma forma que impacta negativamente a qualidade de vida.²⁰

Em síntese, as pessoas relataram que o que as motiva pela adesão aos cuidados de saúde bucal são desconfortos físicos ou emocionais causados pelos dentes. Ou seja, a relação entre boca e saúde não existe até que alguma manifestação de desconforto, preferencialmente aguda, convoque a pessoa a pensar na boca como um órgão demandante de algum tipo de atenção. A percepção foi que boca sem sintoma, a princípio, é boca sadia; no sentido mais reducionista em que a saúde é percebida apenas como resultado da ausência de uma doença objetiva. Assim, foi notada relação entre boca e doença, mas, não entre boca e saúde. Nesse sentido, a promoção da saúde bucal torna-se algo muito distante, ao ponto de não ser perceptível. Ainda que a estética facial dê algum significado à boca no rosto, este significado é restrito à aparência e não alcança o escopo da promoção de saúde.

Posto isto, faz sentido a negligência com o cuidado odontológico uma vez que sua utilidade é percebida como limitada à solução de problemas agudos causadores de desconforto direto. Na ausência deste desconforto, a pessoa não vê razão para ir ao cirurgião-dentista.

Por outro lado, Dalazen e colaboradores¹⁴ acrescentaram que a visão das pessoas sobre sua condição bucal, bem como seu desejo por tratamentos dentários, é condicionada não só por sua autopercepção em relação à sua saúde bucal, como também por seus valores, cultura, experiências de educação em saúde e vivência com o modelo histórico de atenção odontológica centrada na doença.

(2) Práticas de Cuidado

O cuidado em saúde demanda um pacto terapêutico entre a pessoa com necessidade de atenção e o profissional que presta a assistência. Este pacto é dependente, entre outras coisas, do efeito da relação entre a pessoa e o profissional do cuidado, a qual é influenciada pelas preocupações da pessoa sobre o seu problema de saúde e pela capacidade do profissional em aliviar estas preocupações.²¹ Nesse sentido, surgiram duas subcategorias dentro do conteúdo das entrevistas sobre as práticas de cuidado:

(2.1) Medo

A entrevistada Angelina retratou o medo relacionado a experiências desagradáveis em relação ao cuidado odontológico:

A primeira vez que eu fui no dentista, foi detectado um cisto. [...]Algumas partes foram normais, assim, sossegadas, mas teve umas que eu sofri bastante. [...] Uhn! Complicado. (E hoje?) Olha, para mim se não tivesse aquela anestesia, não ia ter problema nenhum [...], mas eu cheguei a ir uma vez num outro dentista, ele foi tentar me dar anestesia, ele perfurou a minha gengiva inteira, entrava de um lado e saia do outro. Depois disso, eu fiquei mais ainda com medo dele. Não são todos iguais para você ter uma certeza se vai. O tratamento é diferente um pro outro. [...]Sei lá, e outra hora você pensa que você vai sofrer isso de novo. E você ainda tenta conversar com a pessoa que te fez isso e ela finge que não fez nada para você (Angelina, 21 anos).

As experiências com o tratamento odontológico para essa jovem representam sofrimento, pois envolveram dor, anestesia e problemas na relação com o cirurgião-dentista. Tornou-se insegura sobre continuar o tratamento com aquele profissional com quem a experiência foi desagradável, extrapolando esta insegurança em relação à assistência prestada por cirurgiões-dentistas de uma maneira geral.

O medo também esteve presente na fala de Gardênia:

Acho que medo, talvez, assim do...medo do...de uma coisa que você ainda não conhece, assim. [...] Para mim, pelo que todo mundo falava era horrível, a maquininha, e fui...e dói, assim, eu senti, as vezes uma dorzinha, mas nada, assim, absurdo, sabe, do jeito que as pessoas falavam... (Gardênia, 26 anos).

Ela possuía uma imagem negativa do tratamento dentário pela visão de outras pessoas, o que contribuiu para ter medo do desconhecido, dos motores ou de sentir dor. No caso dessa mulher, sua vivência modificou sua percepção de medo do cuidado odontológico, porém sua fala demonstrou o quanto este medo ainda persiste no imaginário coletivo de sua rede de relacionamentos.

De acordo com alguns autores, a ansiedade e o medo podem ser desencadeados pela crença ligada a relatos de percepções alheias ou à desinformação e pela desambientação; ou por experiências progressas desagradáveis. Nesse sentido, informar, acolher e confortar a pessoa envolvida tem se mostrado uma importante ferramenta para diminuir o impacto negativo dessas emoções.^{22,23}

Em suma, as falas de Angelina e Gardênia exemplificam o quanto o medo e a ansiedade podem dificultar a adesão aos cuidados odontológicos. Ao mesmo tempo, apontaram a origem deste medo em questões socioculturais, conforme já abordado por Dalazen e colaboradores,¹⁴ potencialmente reforçáveis por experiências desagradáveis. Por serem tratamentos que envolvem procedimentos invasivos, requerendo intervenções com anestesia e motores, intensificam o imaginário frente a experiências que já não foram confortáveis. Nesse sentido, é importante que a equipe assistencial aja de modo a desmistificar percepções potencialmente nocivas à adesão aos cuidados de saúde, informando adequadamente a pessoa mediante uma postura empática e compreensiva.

(2.2) Relação profissional-usuário

Angelina, ao se confrontar com seus entraves na continuidade da assistência na unidade básica de saúde, relatou:

[...] Então, porque ela vai fazer a parte dela aqui, só que o meu problema não agrega só a parte dela aqui. Ela teria que me levar para aquele Centro de Especialização que tem lá no centro. Só que lá eu não vou. Uma coisa é eu conhecer ela aqui e fazer o tratamento com ela aqui, outra coisa é eu sair daqui para lá, as cegas, no escuro, não é qualquer um que vai respeitar o meu espaço, que nem ela faz (Angelina, 21 anos).

O aspecto relacional entre o usuário e o profissional é importante para o enfrentamento do cuidado odontológico. Dessa forma, o fato dela não conhecer os profissionais do serviço especializado dificulta sua continuidade da assistência. Nesse sentido, pode-se supor que o vínculo dos sujeitos com os profissionais representa uma linha tênue que transmite a confiança de que a pessoa precisa para superar as forças que a impedem de tratar.

Segundo Longhi e colaboradores, o vínculo deve existir como uma condição para funcionamento do serviço em termos de responsabilização e longitudinalidade do cuidado.²⁴ É considerado uma ferramenta que agencia as trocas de saberes entre o técnico e o popular, convergindo-os para a viabilização do ato terapêutico. Nesta linha, Graff e colaboradores²⁵ acrescentam que o vínculo precisa ser construído a cada encontro, a partir das

negociações terapêuticas, do diálogo franco, da assunção de responsabilidades e destinar-se à efetiva resolução das queixas e necessidades.

Camélia, com relação à postura dos profissionais, acrescentou o seguinte:

(...) Ah! Meus dentes eu não gosto muito. Porque... eu fiquei, o quê...Vai fazer 10 anos que eu estou de aparelho. Eu não me dou com os dentistas, porque eu gosto de comer amendoim, gosto de comer essas coisas, eu fumo, tomo café, tomo refrigerante, aí mancha os dentes, quebra a pecinha, aí eles me xingam, brigam comigo, então eu acabo sempre interrompendo um casamento, e voltando em outro dentista, e, assim, por diante (...) (Camélia, 24 anos).

A conciliação entre as possibilidades, as necessidades e os desejos é angular para o projeto terapêutico. A falta ou a contrariedade de um deles pode romper a adesão e comprometer o vínculo e o próprio plano de cuidados. Ou seja, é preciso centrar o cuidado na pessoa, entender os fundamentos singulares da adesão e considerá-los no âmbito da negociação com o indivíduo com necessidade de saúde.

A este respeito, alguns pesquisadores comentaram que a desatenção de alguns profissionais sobre estas questões nos processos terapêuticos pode, em certa medida, estar relacionada à visão de um cuidado normativo, voltado apenas para parâmetros biomédicos; em que os usuários precisam obedecer às recomendações dos profissionais, adotando um comportamento subordinado às orientações.^{26,27}

Essa postura torna a participação do sujeito passiva, conflitando com a negociação demandada pelo processo de cuidado. Em sentido contrário, recomenda-se uma postura ética dos profissionais pautada na humanização e na busca por um modelo de cogestão do projeto terapêutico entre si, sua equipe e a pessoa com necessidade de cuidado. Portanto, embasado em um compromisso mútuo dialogicamente construído entre o profissional, usuário e equipe assistencial.^{25,28}

Nesta direção que toca o respeito à pessoa, Sebastiana comentou:

(...) Você chegava lá no posto, você ficava esperando a hora do dentista chegar, esperava...esperava. Depois de você esperar até umas 10 horas da manhã, eles disseram que não tinha dentista. [...] aqui é bom, o postinho, porque atende. Todas as vezes que eu fui, me encaixou e atendeu na hora (...) (Sebastiana, 27 anos).

A negligência com a pessoa pode ser motivo de insatisfação oportunizadora da ruptura do vínculo com potencial de comprometer a adesão terapêutica.

Silva e colaboradores²⁹ consideram que a partir do momento em que a prática assistencial soa como desrespeitosa, por abster-se do zelo pela comunicação e

dialogicidade, pode ser percebida como desumanizada ao ponto de prejudicar a adesão terapêutica.

Por outro lado, o juízo da pessoa sobre o produto do trabalho do cirurgião-dentista também pode influenciar o pacto de cuidado:

[...] Eu fui no dentista faz [...] uns 6 anos [...] Foi antes da obturação cair, depois a menina arrumou para mim e eu não fui mais. Desanimei! O profissionalismo do dentista me fez desanimar..." (José, 53 anos)

Justificou sua descontinuidade ao tratamento no sentimento de que foi tecnicamente mal atendida pelo cirurgião-dentista, uma vez que o procedimento executado não teve a durabilidade que esperava. Pode-se inferir que a não resolutividade de seu problema dentário na medida da expectativa que tinha afetou a relação estabelecida entre José e o cirurgião-dentista.

A resolutividade está associada a diferentes aspectos, tais como recurso instrumental, conhecimento técnico dos profissionais, ação acolhedora e relação de vínculo, bem como os sentidos e significados que emanam do encontro entre profissionais e pessoas com necessidade de cuidados.^{25,30}

Esses últimos quatro entrevistados citados demonstraram o quão importante é o aspecto relacional entre usuário e cirurgião-dentista no enfrentamento de seus tratamentos odontológicos. São encontros que esperam não só qualidade técnica na execução dos procedimentos, como também momentos de construção de vínculo, de troca de saberes e de diálogo, pautadas numa postura humanizada e corresponsável. Por isso, repreensão de comportamentos, desrespeito com os pactos estabelecidos e desempenho técnico insuficiente podem contribuir para a descontinuidade da assistência odontológica.

Em síntese, as pessoas sem adesão ao cuidado odontológico na atenção primária de saúde demonstraram ter percepção superestimada da sua condição de saúde bucal motivadas pela ausência de sintomas ou desconforto objetivos. Assim, pareceu que, para estas pessoas, o interesse por cuidado só se justifica no âmbito curativo, onde é ausente a visão preventiva ou sua necessidade de recorrer cirurgião-dentista para evitar doenças. Eventualmente pode haver motivação estética, porém, desde que este aspecto também alcance o significado do sofrimento ou do desconforto, ainda que subjetivo.

Por outro lado, a expectativa por alívio imediato dos sintomas e pela perenidade do resultado da intervenção odontológica é muito alta. Só de ter que ir ao cirurgião-dentista já é visto como algo desagradável ao ponto de desejar que a necessidade desta ida seja a mínima e mais resolutiva possível.

O medo do tratamento dentário e a qualidade insuficiente do pacto terapêutico e da relação entre o profissional e a pessoa com necessidade de atenção odontológica também foram fatores importantes relacionados à não adesão ao plano de cuidados.

Não obstante a estes achados, esta pesquisa foi realizada em 2013. Desde então, a PNSB vem sendo considerada uma política que zela por práticas em favor da necessidade de adesão das pessoas aos cuidados de saúde bucal na atenção primária de saúde. Entretanto, nos últimos anos, com a implementação de medidas de austeridade fiscal, a qualidade da assistência pública vem enfrentando dificuldades operacionais em termos de financiamento e qualificação do modelo assistencial.^{31,32} Com o advento do projeto SB Brasil 2020,³³ que tem como objetivo traçar o perfil epidemiológico mais atual da saúde bucal da população brasileira, estratégias e planejamentos para melhorar o cuidado odontológico oferecido às pessoas poderão ser elaborados a partir dos seus resultados.

Por outro lado, pensando também nas outras limitações deste estudo além do tempo decorrido desde sua realização, propõe-se que seus resultados não sejam amplamente generalizados por se tratar de uma análise de achados subjetivos influenciáveis por aspectos do ambiente e das pessoas estudadas, os quais podem diferir do que ocorre em outros lugares e populações. Além disso, seus achados não são os únicos possíveis, nem definitivos, e podem ter outras interpretações a partir de referenciais teóricos diferentes, o que complementaria o conhecimento aqui apresentado sobre o fenômeno estudado.

É possível, ainda, que outros aspectos relevantes ao entendimento da falta de adesão aos cuidados de saúde odontológica na atenção primária de saúde não tenham surgido nem sido discutidos no espaço desta pesquisa por não terem sido apresentados espontaneamente pelos entrevistados. Talvez, para alcançá-los, sejam necessárias entrevistas dirigidas às questões potencialmente omissas, mas, isso não fez parte dos objetivos nem do método deste estudo.

Não obstante, tem-se o resultado de uma investigação que ajuda a compreender o fenômeno da má adesão ao cuidado de saúde odontológica na atenção primária à saúde, embora esta compreensão não tenha sido esgotada mediante este estudo.

Conclusão

Um aspecto que parece ter motivado as pessoas a não comparecerem às consultas odontológicas agendadas na atenção primária de saúde ou a abandonarem o acompanhamento foi a superestimação da sua condição de saúde bucal baseada na ausência de sintomas. Esta ausência de sintomas ou de alteração estética desconfortante, interpretado como inexistência de problemas de saúde bucal, mostrou subtrair da pessoa a

compreensão da necessidade de comparecer às consultas agendadas ou mesmo continuar o acompanhamento.

Isso determina que o cirurgião-dentista deve estar atento em demonstrar às pessoas sem adesão às consultas, quando elas comparecem, a importância de passar pelo atendimento rotineiro para que aquela condição de doença não aconteça e não chegue ao ponto de causar o desconforto que a fez comparecer. Ou seja, a percepção de doença que motivou a pessoa sem adesão às consultas a comparecer ao cirurgião-dentista pode ser uma oportunidade para explorar ações ampliadas de cuidado em saúde bucal.

Outro aspecto foi a ansiedade de quem precisa de cuidados odontológicos, potencialmente relacionada ao medo dos procedimentos terapêuticos a que precisará se submeter. Isso exige que o cirurgião comece o atendimento pensando em reduzir esta ansiedade para evitar novas faltas às consultas agendadas.

Nesse sentido, a expectativa das pessoas é grande em relação à atitude do profissional. Portanto, é preciso estar atento para não frustrar tais expectativas, partindo de em um vínculo de confiança que demonstre empatia, competência técnica e, ao mesmo tempo, alivie o problema agudo que motivou a ida à consulta.

Por outro lado, é possível supor que o modelo odontológico tradicional de visão mais tecnicista e curativista tenha colaborado para a dificuldade de adesão das pessoas ao tratamento odontológico vista hoje e para a dificuldade de cirurgiões-dentistas em fazerem a gestão desta má adesão. Portanto, é possível crer que a melhoria da adesão terapêutica aos cuidados odontológicos no SUS exigirá, entre outras coisas, a revisão do modelo assistencial e da qualificação da formação de cirurgiões-dentistas pela provisão de um cuidado ampliado e integral centrado na pessoa. Felizmente, estas questões não estão fora do que pretende a PNSB.

Contribuição autoral

TTVL idealizou e desenvolveu todo o projeto da pesquisa, inclusive o levantamento e a análise dos dados, redigiu o artigo, revisou o texto completo e aprovou o formato final; BGAS orientou todo o projeto da pesquisa e colaborou com as análises dos dados, participou da redação do artigo, revisou o texto completo e aprovou o formato final.

Referências

1. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Sabaté E, editor. Geneva: WHO; 2003 [citado 4 ago. 2022]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682>.

2. Testoni G. Não adesão ao tratamento odontológico por adolescentes: uma revisão sistemática e metanálise [dissertação]. Piracicaba (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2018.
3. Morais FDMG. Influência do letramento em saúde e autoeficácia na adesão ao tratamento odontológico em adolescentes do município de Piracicaba [dissertação]. Piracicaba (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2019.
4. Vazquez FL, Cortelazzi KL, Gonçalo CS, Bulgareli JV, Guerra LM, Tagliaferro ESP, et al. Estudo qualitativo sobre as justificativas de adolescentes para a não adesão ao tratamento odontológico. *Cienc Saude Colet*. 2015;20(7):2147-56. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015207.04502014>.
5. Farias CML, Santos Neto ET, Esposti CDD, Moraes L. Absenteísmo de usuários: barreiras e determinantes no acesso aos serviços de saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2020;15(42):2239. [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2239](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2239).
6. Mendes EV. A reforma sanitária e a educação odontológica. *Cad Saude Publica*. 1986;2(4):533-52. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1986000400012>.
7. Frazão P, Narvai, PC. Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca. 21a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
8. Chaves GM, Viegas SMF, Roquini GR, Santos TR. Acesso, acessibilidade e demanda na estratégia saúde da família. *Esc Anna Nery*. 2020;24(4):e20190331. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0331>.
9. Pucca Junior GA, Gabriel M, Carrer FCA, Paludetto Junior M, Lucena EHG, Melo NS. Acesso e cobertura populacional à saúde bucal após a implementação da política nacional de saúde bucal "Brasil Sorridente". *Tempus Actas Saude colet*. 2020;14(1):29-43. <http://doi.org/10.18569/tempus.v14i1.2629>.
10. Ferreira MB, Lopes AC, Lion DC, Nogueira DA, Pereira AA. Absenteísmo em consultas odontológicas programáticas na estratégia saúde da família. *Rev Univ Vale Rio Verde*. 2016;14(1):411-9. <http://doi.org/10.5892/ruvrd.v14i1.2601.g2347>.
11. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 6a ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2013.

12. Vietta EP. Configuração triádica, humanista-existencial-personalista: uma abordagem teórica-metodológica de aplicação nas pesquisas de enfermagem psiquiátrica e saúde mental. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 1995;3(1):31-43. <https://doi.org/10.1590/S0104-11691995000100004>.
13. Marshman Z, Porritt J, Dyer T, Wyborn C, Godson J, Baker S. What influences the use of dental services by adults in the UK?. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2012;40(4):306-314. <http://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2012.00675.x>.
14. Dalazen CE, Bomfim RA, De-Carli AD. Fatores associados à autopercepção da necessidade de tratamento odontológico e de prótese em idosos brasileiros. *Cien Saude Colet*. 2018;23(3):945-52. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.09682016>.
15. Monteiro ACC, Pereira RM, Monteiro LPA, Costa ICC. Tratamento odontológico na gravidez: o que mudou na concepção das gestantes. *Rev Cienc Plural*. 2016;2(2):67-83. <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2016v2n2ID10903>.
16. Câmara AMCS, Melo VLC, Gomes MGP, Pena BC, Silva AP, Oliveira KM, et al. Percepção do processo saúde-doença: significados e valores da educação em saúde. *Rev Bras Educ Med*. 2012;36(1 suppl 1):40-50. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000200006>.
17. Silva Junior MF, Chandler CL, Baldani MH, Batista MJ, Sousa MLR. The role of an individual's perception of their partner's oral health in heterosexual couples. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr*. 2021;21:e0237. <https://doi.org/10.1590/pboci.2021.104>.
18. Franco TB, Hubner LCM. Clínica, cuidado e subjetividade: afinal, de que cuidado estamos falando?. *Saude Debate*. 2019;43(spec 6):93-103. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S608>.
19. Zavanelli AC, Sônego MV, Zavanelli RA, Mazaro JVQ, Falcón-Antenucci. Perception and expectation: what do patients really want from the dental treatment?. *Rev Gaucha Odontol*. 2017;65(3):243-8. <https://doi.org/10.1590/1981-863720170002000093257>.
20. Passos-Soares JS, Gomes-Filho IS, Santos LPS, Santos PNP, Silva ICO, Balinha ISCE, et al. Impacto da perda dentária na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de adultos. *Rev Cienc Med Biol*. 2018;17(2):158-63. <https://doi.org/10.9771/cmbio.v17i2.24734>.

21. Miname SC, Leduc VR. O impacto da assistência humanizada em pacientes com cuidados paliativos: uma revisão de literatura. *Braz J Health Rev.* 2022;5(1):835-42. <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n1-072>.
22. Barasuol JC, Busato CA, Felipak PK, Menezes JVNB. Abordagem de pacientes com ansiedade ao tratamento odontológico no ambiente clínico. *Rev Assoc Paul Cir Dent.* 2016;70(1):76-81.
23. Cardoso ACL, Rocha AK, Melo BRR, Calixto LC, Velo MMAC, Romão DA. Manifestation of anxiety during dental treatment: integrative literature review. *J Health Sci.* 2019;21(5):445-53. <https://doi.org/10.17921/2447-8938.2019v21n5p445-453>.
24. Barbosa MIS, Bosi MLM. Vínculo: um conceito problemático no campo da saúde coletiva. *Physis.* 2017;27(4):1003-22. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400008>.
25. Graff VA, Toassi RFC. Clínica em saúde bucal como espaço de produção de diálogo, vínculo e subjetividades entre usuários e cirurgiões-dentistas da atenção primária à saúde. *Physis.* 2018;28(03):e280313. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280313>.
26. Longhi MP, Craco PF, Palha PF. Comunicação entre usuários e trabalhadores de saúde em colegiados de Saúde da Família. *Rev Bras Enferm.* 2013;66(1):38-45. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000100006>.
27. Oliveira Junior JB, Grisotti M, Manske GS, Moretti-Pires RO. As práticas corporais como dispositivos da biopolítica e do biopoder na atenção primária à saúde. *Saude Debate.* 2021;45(128):42-53. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112803>.
28. Lima CA, Oliveira APS, Macedo BF, Dias OV, Costa SM. Relação profissional-usuário de saúde da família: perspectiva da bioética contratualista. *Rev Bioet.* 2014;22(1):152-60.
29. Silva FD, Chernicharo IM, Ferreira MA. Humanização e desumanização: a dialética expressa no discurso de docentes de enfermagem sobre o cuidado. *Esc Anna Nery.* 2011;15(2):306-13. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000200013>.
30. Merhy, EE, Franco, TB, Magalhães Júnior, HM. Integralidade e transversalidade das necessidades de saúde nas linhas de cuidado. *Movimentos moleculares na micropolítica do trabalho em saúde.* 2003 [citado 08 ago. 2013]. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/268200414>.

31. Cayetano MH, Carrer FCA, Gabriel M, Martins FC, Pucca Junior GA. Política nacional de saúde bucal brasileira (Brasil Sorridente): um resgate da história, aprendizados e futuro. *Univ Odontol.* 2019;38(80):1-23.
32. Lorena Sobrinho JE, Martelli PJ. Saúde bucal no Brasil: análise do ciclo da política. *Univ Odontol.* 2019;38(80):1-25.
33. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Projeto SB Brasil 2020: pesquisa nacional de saúde bucal. Brasília, DF: MS; 2021.

Minicurrículo

Tarsila Teixeira Vilhena Lopes | <https://orcid.org/0000-0002-5191-9717>
<http://lattes.cnpq.br/7108828407945652>

Bernardino Geraldo Alves Souto | <https://orcid.org/0000-0003-4083-3050>
<http://lattes.cnpq.br/7264826508407685>