

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS CENTRO  
DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA**

**TARSILA TEIXEIRA VILHENA LOPES**

**CONCEPÇÕES SOBRE CUIDADO EM SAÚDE BUCAL DE USUÁRIOS  
DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: A QUESTÃO DA NÃO  
ADESÃO**

**SÃO CARLOS**

**2015**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA**

**TARSILA TEIXEIRA VILHENA LOPES**

**CONCEPÇÕES SOBRE CUIDADO EM SAÚDE BUCAL DE USUÁRIOS  
DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: A QUESTÃO DA NÃO  
ADESÃO**

Trabalho de Conclusão de Mestrado Profissionalizante  
apresentado à Universidade Federal de São Carlos  
para obtenção do título de Mestre em Gestão da Clínica  
junto ao Programa de Pós Graduação em Gestão da  
Clínica.

Orientador: Bernardino Geraldo Alves Souto

Co-orientadora: Fernanda Gonçalves Duvra Salomão

**SÃO CARLOS**

**2015**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica



## FOLHA DE APROVAÇÃO

TARSILA TEIXEIRA VILHENA LOPES

**“NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO COMO EVENTO MARCADOR PARA  
DISCUSSÃO DE PRÁTICAS EM SAÚDE BUCAL EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE SÃO  
CARLOS, SP”**

Trabalho de Conclusão de mestrado  
apresentado à Universidade Federal de  
São Carlos para obtenção do Título de  
Mestre junto ao Programa de  
Pós-graduação em Gestão da Clínica.

DEFESA APROVADA EM 30/03/2015

### COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof. Dr. Bernardino Geraldo Alves Souto - UFSCar

Prof.ª Dr.ª Fernanda Lopez Rosell – FOAR-UNESP

Prof. Dr. Wagner dos Santos Figueiredo - UFSCar

---

Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica – PPGGC  
Tel.: (16) 3351-9612; e-mail: ppggc@ufscar.br

## DEDICATÓRIA

À memória de Abrahão, Bepa, Maria das Graçase  
avó Dalva, pessoas que marcaram minha vida.

Aos meus queridos pais e irmãos, José, Eloisa,  
Tatiana e Tales, com toda a gratidão e amor.

Aos meus tios Wagner e Rosângela e primos  
Gabriel, Guilherme e Patrícia.

Ao meu amor, Leandro Gustavo.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço às pessoas e às instituições que me ajudaram na realização deste trabalho:

Ao Prof. Dr. Bernardino Geraldo Alves Souto, do Departamento de Medicina da Universidade Federal de São Carlos, UFSCar. Sob sua orientação pude aprofundar meus conhecimentos sobre o tema e transformar minhas inquietações em um trabalho científico. Sua influência foi essencial para a elaboração desse estudo e na minha formação como pessoa.

À minha colega de profissão e co-orientadora, Fernanda Gonçalves Duvra Salomão, que ajudou, principalmente no início do meu processo de decisão pelo tema e no início da minha vida profissional.

Aos professores Wagner, Fernanda e Camila da banca examinadora, que foram fundamentais para o aprimoramento desse estudo. À disponibilidade dos professores Ayrton, Umaia, Adriana e Sueli.

À Unidade de Saúde da Família Astolpho Luís do Prado, que me acolheu como profissional e contribuiu para eu encontrar as pessoas, cujas falas, tornaram esse aprendizado possível. Meu, muito obrigada, a Eliana e demais funcionários da USF.

Aos profissionais da Prefeitura Municipal de São Carlos, pelo suporte institucional.

A todos os meus amigos, professores, funcionários, colegas do Mestrado em Gestão da Clínica e Residência da UFSCar, colegas de trabalho, que contribuíram diretamente e indiretamente para execução desta dissertação.

À Gislene e Juliana, que me ajudaram na correção dessa pesquisa. Aos meus amigos residentes Daiane, Pedro, Luis, Nayara, Laís, Manoel e às minhas amigas Vivian, Belisa e Andressa, que me ampararam nos enfrentamentos cotidianos.

E, sobretudo, a Deus, à minha família e namorado que me apoiaram, sendo meu suporte psicológico, sentimental e financeiro nessa jornada. Sem vocês tudo seria mais difícil.

Portanto, compartilho essa conquista com todos.

Obrigada!

*“Jesus não tem dentes no país dos banguelas.”*

***Titãs***

## RESUMO

A adesão é dependente do modelo de cuidado e sua relação com a pessoa com necessidades de saúde; modelo de cuidado e forma de relação que devem considerar as questões existenciais do sujeito assistido. Este estudo procurou compreender as concepções sobre cuidado em saúde bucal de usuários de uma Unidade de Saúde da Família (USF) do município de São Carlos - SP, à luz da não adesão terapêutica. Por meio da metodologia qualitativa, foram entrevistados usuários não aderentes ao tratamento odontológico. A partir do constructo, foi possível descrever os valores e concepções que as pessoas têm sobre sua saúde bucal; discutir qual a interferência e o significado desses valores, crenças e concepções sobre as condutas do sujeito perante o seu plano terapêutico e os cuidados de rotina. Bem como, descrever as concepções das pessoas não aderentes ao cuidado odontológico oferecido pela USF sobre aspectos da assistência que seriam importantes para sua adesão. Concluiu-se que esses sujeitos retrataram motivações próprias, relacionadas ao seu meio social, a abordagem dos profissionais e ligadas ao modelo assistencial para justificar a opção pela não adesão. Sob essa perspectiva se aposta em práticas de cuidado mais humanizadas para (re)significar posturas que favorecem o acometimento de doenças bucais.

**Palavras-chave:** Adesão. Pacientes desistentes do tratamento. Saúde da Família. Odontologia.

## ABSTRACT

Adhesion is dependent on the care model and its relationship to the person with health needs; model of care and form of relation that must consider the existential questions of the assisted subject. This study sought to understand the conceptions about oral health care of users of a Family Health Unit (USF) in the city. In the light of non-compliance, through the qualitative methodology, users who were not adherent to dental treatment were interviewed. From the construct, it was possible to describe the values and conceptions that people have about their oral health; to discuss the interference and meaning of these values, beliefs and conceptions about the behavior of the subject before his therapeutic plan and the routine care. As well as, describe the conceptions of people not adherent to the dental care offered by USF on aspects of care that would be important for their adherence. It was concluded that these subjects portrayed their own motivations, related to their social environment, the approach of professionals and linked to the care model to justify the option for non-adherence. From this point of view, one bets on more humane care practices to (re) signify postures that favor the affection of oral diseases.

**Keywords:** Adhesion. Patient dropouts. Family Health. Dentistry.



## **LISTA DE QUADRO**

Quadro 1 - Distribuição dos usuários não aderentes segundo sexo, idade e escolaridade .....	52
---	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Acquired Immuno Deficiency Syndrome
ARES	Administrações Regionais de Saúde
ATM	Articulação Temporomandibular
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPOD	Dentes Cariados Perdidos e Obturados
DGCA	Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial
ESB	Equipes de Saúde Bucal
FESC	Fundação Educacional de São Carlos
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OHIP	Oral Health Impact Profile
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PSE	Programa de Saúde nas Escolas
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNESP	Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos
USF	Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
2	<b>OBJETIVOS</b> .....	15
2.1	OBJETIVO GERAL.....	15
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	15
3	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	16
3.1	GENERALIDADES HISTÓRICAS SOBRE AS PRÁTICAS DE ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL .....	16
3.2	ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E SOCIAIS DAS DOENÇAS BUCAIS NO BRASIL .....	21
3.3	A PROBLEMÁTICA DA ADESÃO AO TRATAMENTO DE SAÚDE .....	23
3.3.1	<b>Critérios para a definição de adesão ao tratamento de saúde</b> .....	23
3.3.2	<b>A importância e a contextualização do fenômeno da não adesão ao tratamento</b> .....	25
3.4	ASPECTOS QUE PODEM FACILITAR OU DIFICULTAR A ADESÃO.....	26
3.4.1	<b>Fatores que podem Facilitar a Adesão</b> .....	26
3.4.1.1	A importância da escuta, acolhimento e vínculo para a adesão às práticas de cuidado em saúde .....	26
3.4.1.2	Conhecimento e compreensão sobre os acometimentos em saúde bucal e o tratamento .....	28
3.4.1.3	Potencialidades da abordagem transdisciplinar para a adesão ao tratamento .....	29
3.4.1.4	Redes sociais, apoio social e adesão .....	31
3.4.2	<b>Fatores que podem Dificultar a Adesão</b> .....	32
3.4.2.1	Barreiras relacionadas ao plano terapêutico .....	32
3.4.2.2	Elementos dos usuários que dificultam a adesão.....	33
3.4.2.3	Dificuldades socioeconômicas e demográficas .....	34
3.4.2.4	Interferência da equipe e do sistema de saúde na adesão .....	36
3.4.2.5	A influência da condição de saúde dos usuários na adesão ao tratamento odontológico .....	38
4	<b>METODOLOGIA</b> .....	40
4.1	TIPO DE ESTUDO .....	40
4.2	CENÁRIO DO ESTUDO.....	40
4.3	PERÍODO E LOCAL DA COLETA DOS DADOS.....	41
4.3.1	<b>Critério de Inclusão dos Sujeitos</b> .....	42
4.3.2	<b>Critério de Exclusão dos Sujeitos</b> .....	42
4.4	DESENHO DO ESTUDO .....	42
4.5	PROCESSAMENTO DOS DADOS .....	44
4.5.1	<b>Organização dos Dados para a Análise</b> .....	45
4.5.1.1	Preparação inicial do material .....	45
4.5.1.2	Pré-análise .....	45
4.5.1.3	Categorização e subcategorização.....	45
4.6	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA PARA A ANÁLISE DAS ENTREVISTAS.....	46
4.7	PROCESSO DE INTERPRETAÇÃO DAS FALAS DOS ENTREVISTADOS .....	47
4.8	VALIDAÇÃO EXTERNA.....	48
4.9	ASPECTOS ÉTICOS .....	49
4.10	DELIMITAÇÕES DESTA PESQUISA.....	49

<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>51</b>
5.1	A POPULAÇÃO DO ESTUDO .....	51
5.2	A INTERPRETAÇÃO DOS RELATOS DOS USUÁRIOS DA USF ASTOLPHO SOBRE AS PRÁTICAS DE SAÚDE BUCAL.....	53
<b>5.2.1</b>	<b>A Saúde Bucal – Concepções</b> .....	<b>53</b>
<b>5.2.2</b>	<b>A Prática de Cuidar</b> .....	<b>62</b>
5.2.2.1	<b>Educação em saúde</b> .....	62
5.2.2.2	Crenças .....	62
5.2.2.3	Valores.....	64
5.2.2.4	Rede de apoio .....	65
5.2.2.5	Relação profissional-usuário .....	67
<b>5.2.3</b>	<b>Modelo de atenção</b> .....	<b>70</b>
5.2.3.1	Acesso .....	70
5.2.3.2	Organização.....	73
5.2.3.3	Interação e tecnologia.....	76
5.2.3.4	Desconhecimento do sistema .....	78
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>80</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>83</b>
	<b>ANEXO A</b> .....	<b>98</b>
	<b>ANEXO B</b> .....	<b>100</b>
	<b>ANEXO C</b> .....	<b>101</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Brasil é um dos países com mais profissionais de odontologia do mundo, concentra aproximadamente 20% dos dentistas do globo. Apesar disso, a população brasileira ainda não tem acesso adequado aos serviços odontológicos. Essa falta de acesso é percebida pela população, uma vez que há relatos dos brasileiros que dizem considerar difícil conseguir atendimento odontológico nos serviços de saúde (BRASIL, 1988; MORITA; HADDAD; ARAÚJO, 2010; DATAFOLHA, 2014).

Embora dois terços da população desconheça o direito constitucional de acesso universal a serviços de saúde bucal no país, sendo essa uma das justificativas para a baixa procura, o número de atendimentos vem aumentando ao longo dos anos. O motivo é o crescimento das equipes de saúde bucal e investimentos em respectivas políticas públicas. Tais medidas proporcionaram ao país uma queda do número de dentes extraídos per capita e ampliação do acesso aos serviços públicos odontológicos, elevando o Brasil ao grupo de países com baixa prevalência populacional de cárie (BRASIL, 2011; DATAFOLHA, 2014).

Esse progresso foi identificado pelos levantamentos nacionais realizados em 2003 e 2010, conhecidos como Projetos SBBrasil. Tais levantamentos destacaram a importância do Programa Brasil Sorridente entre as estratégias da política nacional de qualificação da atenção em saúde bucal: por meio de seus resultados, foi possível identificar problemas e reorientar o planejamento da prevenção e assistência em saúde bucal, especialmente no âmbito da Estratégia Saúde da Família e dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) (BRASIL, 2011).

Apesar do reconhecido avanço do país no setor, os problemas odontológicos que demandam reabilitação ainda são os principais motivos que levam as pessoas a buscarem assistência em saúde bucal. Ainda assim, um terço dessas pessoas não concluiu tratamento (BRASIL, 2008a; DATAFOLHA, 2014).

Um dos fatores ligados à não conclusão do tratamento é a falta de adesão das pessoas ao projeto terapêutico singular e aos cuidados de rotina. A adesão é considerada um fenômeno dinâmico e multifatorial que requer decisões compartilhadas e corresponsáveis entre o usuário, a equipe de saúde e a rede social de apoio. Além disso, envolve aspectos comportamentais, psíquicos, sociais e assistenciais, cuja abordagem precisa considerar as questões socioculturais e subjetivas ligadas à relação entre saúde bucal e qualidade de vida (WORLD HEALTH

ORGANIZATION, 2003; SOUZA et al.,2009).

Tendo em vista que o modelo brasileiro de cuidado odontológico ainda é prioritariamente normativo e pouco atento aos aspectos que envolvem o fenômeno da adesão terapêutica, e que há o desconhecimento de significativa parcela da população sobre seus direitos assistenciais, nossas práticas de atenção nessa área demandam reflexão diante da elevada prevalência de abandono do tratamento entre pessoas com necessidades de cuidado de saúde bucal (LIMA; SCHNEIDER, 2010; MIOTTO et al., 2012).

Assim posto, é possível admitir que o fenômeno da adesão terapêutica é dependente do modelo de cuidado e sua relação com a pessoa com necessidades de saúde; modelo de cuidado e forma de relação que devem considerar as questões existenciais do sujeito assistido.

No espaço dessas ideias, o presente estudo investigou a motivação dos sujeitos pela não adesão terapêutica a cuidados de saúde bucal e sua relação com o modelo assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Em outras palavras, estudou a assistência odontológica no SUS à luz do fenômeno da adesão terapêutica de pessoas com necessidades de cuidado em saúde bucal.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Compreender as concepções sobre cuidado em saúde bucal de usuários da Unidade de Saúde da Família (USF) Astolpho Luis do Prado, São Carlos, SP, reveladas a partir da problemática da não adesão ao tratamento odontológico.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Descrever os valores e concepções que as pessoas têm sobre sua saúde bucal;
- b) Identificar qual a interferência e o significado desses valores, crenças e concepções sobre as condutas do sujeito perante o seu plano terapêutico singular e os cuidados de rotina;
- c) Descrever as concepções das pessoas não aderentes ao cuidado de saúde bucal oferecido pela USF Astolpho Luis do Prado sobre aspectos da assistência que seriam importantes para a adesão terapêutica.

### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### 3.1 GENERALIDADES HISTÓRICAS SOBRE AS PRÁTICAS DE ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

A saúde reflete a conjuntura econômica, social e cultural de uma época e lugar. Reconhecer sua historicidade significa compreender que o estabelecimento das práticas de saúde depende do grau de desenvolvimento de cada sociedade (BRASIL, 2006b; FONSECA; CORBO, 2007).

No Brasil, no século XVIII, o cuidado em saúde bucal era feito por benzedeiras, rezas e uso de medicamentos à guisa de óleo de cravo, láudano, cânfora, pólvora, teias de aranha, entre outros. Nessa época, quem exercia o ofício de curar eram cirurgiões, conhecidos como “práticos” e barbeiros (PEREIRA, 2012; FERREIRA; FERREIRA; FREIRE, 2013).

Apenas em 25 de Outubro de 1884, pelo decreto nº. 9.311, a odontologia foi reconhecida como curso superior. Contudo, funcionava de forma anexa ao curso de medicina e, em 1915, pôde atuar também junto com à farmácia. A odontologia, deste período, era exercida tanto por quem possuía curso superior, quanto por àqueles que não o tinham (PEREIRA, 2012).

A partir da proclamação da república em 1889, a organização sanitária do país visava o controle das doenças que ameaçavam a força de trabalho e a expansão das atividades capitalistas. A emergência dessas necessidades públicas passou a exigir um modelo de atenção em saúde, coerente com o capitalismo. Assim, em 1910, cria-se o modelo da racionalidade científica baseado nas descobertas da microbiologia e bacteriologia, consolidado pelo Relatório de Flexner. Esse novo paradigma influenciou a prática e a educação em saúde da época (MENDES, 1986; BRASIL, 2006b; FADEL; SALIBA, 2010).

A influência desse modelo de atenção na odontologia foi denominada de “odontologia científica” ou “odontologia flexneriana” ou ainda por “odontologia de mercado”, no qual marcou-se pela natureza individual do objeto, pela concepção mecanicista do homem, pelo crescente corporização do conhecimento em tecnologia de alta densidade de capital, pela dominância da especialização, pela seletividade de sua clientela e pela exclusão de práticas alternativas (MENDES, 1986; FRAZÃO; NARVAI, 2008).



Esse panorama pautou os primeiros atendimentos da odontologia nos serviços públicos. De modo que a organização desses serviços se fez pela livre demanda, mediante uma transposição da lógica de mercado para o espaço de realização dos serviços públicos. A partir daí, resultou o surgimento de uma prática empobrecida, com serviços de má qualidade, como se fosse um mercado de segunda linha. Esse *modus operandi* se manteve hegemônico, sobrevivendo às transformações ocorridas nas instituições previdenciárias (ZANETTI, 1993; BRASIL, 2006a).

Em contrapartida, foi nessa época, entre os anos 1930 e os anos 1970, que a odontologia viveu sua fase de tecnificação, com uma proliferação crescente de eventos científicos e com a formação de uma poderosa indústria de equipamentos, insumos e medicamentos (ZANETTI, 1993; FERREIRA; FERREIRA; FREIRE, 2013).

Um dos grandes problemas do modelo de odontologia de mercado foi a restrição de acesso, decorrente da visão do cuidado odontológico em mercadoria, passível de ser adquirida somente por quem tem recursos. Sendo assim, com o intuito de expandir a odontologia para a população, foi experimentado o sistema incremental, em 1952. Nele, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) instituiu um método de trabalho com o fim de completar o atendimento dental de uma população dada, eliminando suas necessidades acumuladas e posteriormente, mantendo-a sob controle, segundo critérios de prioridades quanto a idades e problemas (FRAZÃO; NARVAI, 2008).

A população-alvo desse sistema eram os escolares, considerada epidemiologicamente mais vulnerável e mais sensível às intervenções de saúde pública. Constituiu-se um progresso para a prática odontológica, uma vez que rompia com a lógica da livre demanda existente. Porém, tornou-se um modelo ultrapassado. Tanto do ponto de vista de eficácia, à medida que foi se transformando em um padrão a ser reproduzido acriticamente, em contextos de precariedade gerencial, falta de recursos e ausência de enfoque epidemiológico, quanto pela sua abrangência e cobertura, com restrição no acesso e exclusão do restante da população aos tratamentos (ZANETTI, 1993; FRAZÃO; NARVAI, 2008; FERREIRA; ABREU; OLIVEIRA, 2011).

Paralelamente à implantação do sistema incremental nos anos de 1950, há a descoberta da importância de fluoretos para modificar o risco da doença cárie. A partir disso, houve a implantação de medidas para incorporar o flúor na água de abastecimento público. Tal medida

configurou-se em uma das conquistas mais relevantes da saúde pública do século XX, uma vez que reduziu a prevalência de cárie dentária. Além disso, criaram-se outras formas de utilização de fluoretos, de forma a favorecer o desenvolvimento de fluorose, por isso houve a necessidade de adoção de práticas de uso consciente e parcimonioso de substâncias que continham flúor (BRASIL, 2009b; ANTUNES; NARVAI, 2010).

Nos anos 70, inicia-se uma nova proposta de modelo de atenção, a “odontologia simplificada”. Definida como uma prática profissional que, por meio da padronização, permite uma redução de passos, com a eliminação do supérfluo. Visa simplificar, com redução de custos, para tornar uma odontologia mais produtiva e, conseqüentemente, gerar um aumento de cobertura. É, neste momento, que ocorre a desmonopolização do saber com a incorporação do pessoal auxiliar (MENDES, 1986; BRASIL, 2008b).

Esse modelo, por sua vez, não propiciou uma mudança qualitativa da prática profissional. Em vez disso, marcou o dilema quantidade *versus* qualidade, pois há o discurso de que para haver produtividade, é preciso sacrificar a qualidade. Esse contexto não foi capaz de mudar a desigualdade social. Assim, após esse entendimento, originou-se o modelo “odontologia integral” ou “incremental modificado” (MENDES, 1986; FERREIRA; ABREU; OLIVEIRA, 2011).

A odontologia integral ficou conhecida, por tensionar o modelo de atenção voltado para o sistema incremental. Foi traduzida por uma prática que tem como característica a natureza coletiva do seu objeto, pela ênfase na prevenção, pela simplificação dos elementos da prática profissional, uso intensivo de tecnologia apropriada e pela desmonopolização do saber. Além disso, enfatizou a mudança de espaços de trabalho, das escolas para as unidades básicas de saúde, com ações integradas com outras áreas da saúde (MENDES, 1986; FERREIRA; ABREU; OLIVEIRA, 2011).

Por mais que os modelos de odontologia simplificada e integral tenham propiciado mudanças na natureza e nas rotinas clínicas, ele não foi suficiente para romper com o modelo hegemônico instituído pela SESP. Por isso, em seguida, surgiu no fim da década de 1980 o “Programa de Inversão da Atenção”, com o objetivo, de descentralizar a atenção curativa clássica e buscar estabilizar o meio bucal para eficácia dos métodos preventivos (MARQUES, 2012).

Esse programa fez com que a atenção curativa assumisse um caráter preventivo

avançado, integralizando cada vez mais a prática clínica. Entretanto, não foi uma alternativa que conseguiu contemplar os propósitos dos processos de politização sanitária, historicamente pretendidos e ousados, uma vez que não possibilitava a participação social e limitava o acesso. De forma que o atendimento odontológico continuou restrito às escolas e creches (ZANETTI, 1993; NICKEL; LIMA; SILVA, 2008; MARQUES, 2012).

A partir de 1985, há a inclusão de ações de prevenção e tratamento para o público da primeira infância, por intermédio do modelo “Atenção Precoce”, cuja intenção era delinear uma linha de prestação de cuidados preventivos implantada desdeo nascimento da criança. Embora esse modelo tivesse méritos na redução do índice de cárie, mostrou-se ineficaz pelo não cumprimento dos princípios de universalidade, integralidade e equidade nas ações de saúde bucal (NICKEL; LIMA; SILVA, 2008; MARQUES, 2012).

Assim, com a finalidade de garantir esses princípios e, também, as diretrizes do SUS, o Ministério da Saúde cria o Programa Saúde da Família, em 1994. A base operacional desse programa centraliza-se no atendimento do núcleo familiar, de modo que houve a inserção dos profissionais de odontologia por intermédio da Portaria 1.444 de 28/12/2000. Resultado de um longo processo de discussões entre entidades odontológicas, conselhos de saúde e profissionais da área. Nesse momento, o paradigma de atenção que vigora é a “Saúde Bucal Coletiva” (ZANETTI, 1993; BRASIL, 2004a; PEREIRA, 2009; FERREIRA; ABREU; OLIVEIRA, 2011).

A partir daí, o objeto de trabalho em saúde passa a negar a especificidade da prática odontológica, uma vez que tende a restabelecer o equilíbrio funcional do indivíduo pela diminuição e controle das morbidades tomado em sua dimensão coletiva. Nessa direção, não faz mais sentido a cura das necessidades acumuladas, mas sim trabalhar os riscos de adoecimento social, além do biológico. Para isso, é preciso que haja uma redução da autonomia do dentista no processo de cuidado, com a incorporação de pessoal auxiliar para assumir parcelas do atendimento (BOTAZZO, 2013).

Para a saúde bucal, esse novo formato de se praticar às ações cotidianas representa uma possibilidade de aumento do acesso, de efetividade na resposta às demandas da população e de alcance de medidas de caráter coletivo. Por isso, houve ganhos significativos nos campos do trabalho em equipe, das relações com os usuários e da gestão (BRASIL, 2004a).

Destaca-se, nesse modelo, o cuidado como eixo reorientador das práticas de saúde

bucal, a humanização do processo de trabalho, a corresponsabilização dos serviços, o desenvolvimento de ações voltadas para as linhas do cuidado e ações complementares e imprescindíveis voltadas às condições especiais de vida (BRASIL, 2008b). Há a necessidade de considerar a história social arraigada às populações, a fim de identificar as percepções, os significados e as crenças que interferem na adoção de condutas e agregam a diversidade das práticas em saúde (FADEL; SALIBA, 2010).

Apesar dos benefícios dessa estratégia sob o núcleo família, há críticas com relação à garantia do direito de acesso integral dos indivíduos aos serviços públicos de saúde, a centralidade na figura do cirurgião-dentista, que insiste em manter o atendimento restrito ao consultório, com práticas semelhantes ao modelo incremental da década de 50 e modelo de odontologia de mercado. Ou ainda, critica-se a forma de contratação desses profissionais sem o uso de concursos públicos e as políticas partidárias com favorecimentos desleais (FERREIRA; ABREU; OLIVEIRA, 2011; SILVESTRE, 2012).

Como medida para melhorar o acesso das pessoas à assistência odontológica, ocorre a formulação da Política Nacional de Saúde Bucal - Programa Brasil Sorridente, em 2003, no qual visou-se a expansão da rede assistencial da atenção secundária e terciária. Isso possibilitou a implementação e o credenciamento dos Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios regionais de próteses dentárias. Além de aumentar os sistemas de fluoretação da água de abastecimento público para municípios que ainda não o possuíam (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2006b; PEREIRA, 2009).

O acesso, por sua vez, continuou a ser um nó crítico, conforme análise da inclusão da Saúde Bucal na Estratégia Saúde da família realizada por Mattos et al. (2014). Uma vez que, há um déficit de recursos humanos capacitados para atividades de média complexidade, número limitado de vagas e falta de centros de especialidades em quantidades suficientes, na opinião dos gestores e profissionais de odontologia.

Mesmo assim, quando se compara o acesso atual com anteriormente, os autores afirmam que hoje está melhor, mas sem a garantia da atenção secundária e terciária. Além disso, eles apontam que é necessário ser mais bem incorporadas pelas equipes: a territorialização e a organização da demanda, além do aprimoramento do trabalho em equipe, com integração e inter-relação entre os profissionais de saúde (MATTOS et al., 2014).

Em suma, é possível verificar que, embora haja desafios e barreiras a romper, existem

avanços que devem ser mantidos e reforçados. Pois, assim, poderá haver um funcionamento de saúde bucal com ganhos reais nas práticas de atenção, condizentes com a consolidação do sistema único de saúde, melhoria substancial na saúde e qualidade de vida da população (MATTOS et al., 2014).

### 3.2 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E SOCIAIS DAS DOENÇAS BUCAIS NO BRASIL

Os acometimentos bucais mais significativos que fazem a população buscar atendimento são a cárie dentária, a doença periodontal, os traumatismos, as maloclusões, as fístulas e fissuras labiopalatinas, o câncer bucal, a fluorose dentária e a perda dos dentes. Por isso, são essas as principais afecções que a saúde pública visa reduzir a prevalência e a severidade (FRAZÃO; NARVAI, 2008; BRASIL, 2011).

De acordo com o levantamento do Ministério da Saúde, o Brasil, atualmente, configura-se como um país com baixa prevalência de cárie. Contudo, apesar dessa conquista para o contexto brasileiro, a cárie não pode ser considerada um problema resolvido. Isso porque a média da mensuração do índice CPO-D (Dentes Cariados Perdidos e Obturados) realizado no estudo foi satisfatória, no entanto ela não se reflete em todas as regiões naturais do país. A região Sul (2,06) e Sudeste (1,72) apresentaram melhores índices, enquanto a região Norte (3,16), Nordeste (2,63) e Centro-Oeste (2,63) (BRASIL, 2011).

O índice CPO-D é preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para identificar a presença de lesões de cárie desde o seu início e as necessidades advindas das mesmas. O ideal é que, o CPO-D seja zero, conseqüentemente regiões que têm uma média alta requerem medidas de necessidade de tratamento. No mundo, em virtude dos baixos índices de alguns países, é possível não ser constatado algum elemento como a cárie, a perda dos dentes ou obturações. Sendo o caso da Noruega, que já não inclui dentes cariados (PO-D) e Suécia, que não apresenta mais dentes perdidos (CO-D) (MOYSÉS et al., 2013).

Assim como a cárie, demais acometimentos bucais como periodonpatias, traumatismos, maloclusões, fluorose, e edentulismo permanecem prevalentes no país. De forma que todos proporcionam impactos na vida das pessoas, uma vez que podem resultar em conseqüências biopsicossociais, tais como prejuízo da digestão e deglutição, fonação, distúrbios na articulação temporomandibular (DTM), mordida aberta, mordida cruzada, estimular partos

prematturos, fraturas e morte (BRASIL, 2011; BULGARELI et al., 2013; MARIA DE MOURA et al., 2013; PEREIRA et al., 2013; RIBEIRO, 2013; SOUZA et al., 2013; TAVARES et al., 2014; CAMPOS; VARGAS; FERREIRA, 2014).

Vale ressaltar que populações com piores condições socioeconômicas apresentam maiores dificuldades de vencer os desafios dessas doenças e sequelas porque não encontram possibilidades para romper com as condições sociais que as geraram. Ou ainda, por sua situação de classe não permitir o acesso a práticas capazes de controlá-las (LIMA; SCHNEIDER, 2010).

A dificuldade no acesso pode ainda ter influência pelas escolhas dos dentistas sobre o local onde se estabelecem. Haja vista que os profissionais preferem residir em capitais e municípios de grande porte e PIB (Produto Interno Bruto) (MORITA; HADDAD; ARAÚJO, 2010).

Esse contexto influencia para que ocorra uma distribuição não homogênea das necessidades de saúde nas diferentes cidades brasileiras. Para atendê-las, os profissionais de saúde devem assumir uma postura ética para dirigir ações direcionadas aos que mais precisam, sem deixar de defender os demais princípios e diretrizes do SUS (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2012; PEREIRA et al., 2013).

Entretanto, é preciso salientar que nem sempre aquelas pessoas que possuem doenças bucais ou seus efeitos procuram por atendimento. Quando o fazem, às vezes, podem não utilizar o serviço. Isso porque não é apenas o biológico que motiva o desejo das pessoas por mudança, mas, sim, a interação de múltiplos fatores. Dos quais os efeitos e a importância de cada um deles é afetada pela bagagem cultural, pelas políticas de saúde vigentes e as características do sistema de saúde (ALMEIDA et al., 2009; BALDANI et al., 2010; BENDER; MOLINA; MELLO, 2010).

Para ilustrar essa situação, Baldani et al (2010) citam o exemplo dos idosos que, de acordo com o Relatório do Ministério da Saúde, apresentam um índice elevado de dentes perdidos, contudo são considerados o grupo que menos utiliza o serviço público. O que reforça a importância de entender como essa multiplicidade de fatores predispõe adesão ou a não adesão aos tratamentos nos serviços públicos (BALDANI et al., 2010; BRASIL, 2011).

### 3.3 A PROBLEMÁTICA DA ADESÃO AO TRATAMENTO DE SAÚDE

#### 3.3.1 Critérios para a definição de adesão ao tratamento de saúde

Diversos conceitos de adesão podem ser identificados. Numa perspectiva mais restrita, a adesão está associada à ideia de que o comportamento das pessoas corresponde às recomendações da equipe de saúde, tais como tomar medicamentos, seguir uma dieta ou fazer mudanças no estilo de vida (HAYNES, 1979; RAND, 1993). Esse conceito equivale à noção de obediência. Outras terminologias são comumente utilizadas para designar esse grau de coincidência entre as recomendações terapêuticas eo comportamento humano, como aderência (*adherence*) e obediência (*compliance*) (BRASIL, 2008c; MORAES; ROLIM; COSTA JÚNIOR, 2009; SANTOS et al., 2011; GOMES-VILLAS BOAS; FOSS FREITAS; PACE, 2014).

Geralmente, os profissionais de saúde que adotam essa compreensão de adesão consideram a pessoa a ser tratada como passiva frente ao tratamento, de maneira que ela não é corresponsável pelo seu plano de terapêutico. Por isso, quando ela não segue as prescrições, é entendido como um ato de desobediência. Profissionais com esse tipo de visão costumam acharem-se detentores de um saber superior ao do paciente. Desse modo que, se ocorre um “desvio” na conduta do usuário, o profissional transfere uma carga de responsabilidade maior para o sujeito. Isso faz com que o profissional se sinta frustrado por não atingir seu propósito e culpabilize a pessoa tratada pelo fracasso no tratamento (BRASIL, 2008c; MORAES; ROLIM; COSTA JÚNIOR, 2009; REINERS; NOGUEIRA, 2009; FERREIRA; FAVORETO, 2011; MELO, 2013).

Por outro lado, há um conceito para adesão mais abrangente. No qual, transcende o simples cumprimento de recomendações, para um entendimento de adesão como um processo dinâmico e multifatorial de negociação entre quem cuida e quem é cuidado. Nesse caso, são reconhecidas as responsabilidades específicas de cada um e tem como objetivo fortalecer a autonomia para o autocuidado. Para isso, é preciso que haja decisões compartilhadas e corresponsabilizadas entre o usuário, equipe de saúde e rede de apoio (BRASIL, 2008c; SOUZA et al., 2009; SANTOS et al., 2011).

Nesse caso, o trabalhador reconhece o usuário como gestor de sua própria vida, portador de necessidades, mas também de desejos, valores, saberes e potências, que precisam ser compreendidas de modo singular, para possibilitar a construção de um melhor plano de cuidado. Ocorre um processo de decisões mútuas, a partir de possibilidades concretamente

postas sobre quais meios devem ser escolhidos para atingir os fins almejados. Trata-se, assim, de uma experiência de saúde que envolve a troca de ideias de bem viver, com a construção de um modo conveniente de buscar realizá-las na nossa vida em comum (AYRES, 2007; BRASIL, 2008c; MERHY; FEUERWERKER, 2009).

Sob essa lógica, a adoção do termo adesão implica em trabalhar a saúde a partir do encontro, mediado pela ética no cuidado, que se expressa pelo manejo das tecnologias de trabalho e subjetividades. Isso faz com que o modelo assistencial não se configure por uma determinação, mas, sim, por atos de produção imanentes ao próprio processo, gerados pela relação de trabalhadores e usuários. Essa mudança no trabalho resulta em um processo de reestruturação produtiva, que pode conduzir ou não a uma ruptura com o modelo de atenção tradicional (FRANCO; MERHY, 2012).

Essa postura, caracterizada pela construção coletiva, pressupõe que as fronteiras dos diferentes núcleos de saber/poder, que se ocupam da produção de saúde, sejam ultrapassadas, por intermédio de uma política transversal. Tais ações políticas são capazes de transformar, garantir direitos, constituir novos sentidos, colocando-se, assim, a importância e o desafio de construir e ampliar espaços de troca, para um caminhar em direção do SUS almejado (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2010b).

Portanto, o termo aderência ou obediência refere-se à conduta do indivíduo que segue as orientações profissionais, enquanto o uso da palavra adesão é compreendido como uma atividade conjunta em que o indivíduo não apenas cumpre as prescrições, como também entende e concorda com elas, estabelecendo-se uma relação em que são acordadas as responsabilidades de cada um no tratamento (SANTOS et al., 2011).

Diante disso, pode-se dizer que a diferença crucial entre ambas as definições reside na presença ativa dos sujeitos sobre as ações no plano terapêutico. No qual, o objeto do cuidado a ser desenvolvido não deve se restringir ao indivíduo ou a população, mas ao produto construído a partir dos saberes dos diversos atores envolvidos nesse encontro. Sob este olhar, destaca-se que, quanto mais o cuidado se configura por trocas dialógicas verdadeiras e afasta-se de uma abordagem mecânica e unidirecional de saberes instrumentais, mais a intersubjetividade retroalimenta seus participantes de novos saberes tecnocientíficos e práticos (AYRES, 2007; BELLENZANI; NEMES; PAIVA; 2013).

Posta essa discussão, pode-se definir o conceito de aderência terapêutica como um formato em que o sujeito se subordina e obedece as orientações que recebe de modo vertical e



acrítico vinda do profissional de saúde, segundo a clínica degradada citada por Gastão Wagner. Nesse modelo conservador, figura o profissional como detentor da ordem e do saber e o sujeito como um paciente sem poder de decisão sobre seu próprio cuidado. Em conceituação oposta encontra-se o termo adesão terapêutica, que diz respeito ao pacto de cuidado entre serviço e pessoa com necessidade de saúde, segundo a lógica existencial da pessoa, fundamentada na clínica centrada no sujeito, de modo a valorizar a autonomia deste no processo de observância ao tratamento (CAMPOS, 2003).

### **3.3.2 A importância e a contextualização do fenômeno da não adesão ao tratamento**

Dentro do exposto até agora, a adesão dos usuários implica no exercício de uma clínica que valore as dimensões subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão. Na qual, lide com os usuários enquanto sujeitos, buscando sua participação e autonomia no projeto terapêutico (HAYACIBARA et al., 2012).

O princípio da autonomia envolve a conotação de escolha individual, livre de coação. Nessa perspectiva, ser autônomo é ter o direito de decidir sobre o que lhe diz respeito, sobre a conveniência dos atos que atentem aos seus interesses e assumir os efeitos dessa decisão. Sendo assim, implica na existência de um senso de reciprocidade, no qual deve ser conferido respeito à outra pessoa. Mesmo nas situações que não haja plena autonomia, cabe aos profissionais de saúde não deixar de ouvir o que os usuários têm a dizer. Pois, embora possa haver uma autonomia reduzida, não impede que eles participem das discussões sobre a produção dos seus cuidados (FREITAS; SEIDL, 2011).

Ao destacar esse princípio como elemento central na co-produção de saúde, reafirma-se o papel ativo dos sujeitos na invenção de novas possibilidades de vida. No qual, os usuários se tornam protagonistas na gestão de si mesmo e na sua relação com suas próprias fragilidades (CAMPOS; GUERRERO, 2010).

Segundo Quintanilha, Sodré e Dalbello-Araújo (2013), a participação dos usuários na construção do seu plano de cuidados pode se manifestar de diversas formas, inclusive por modos não instituídos. Por essa característica, ela passa a ser denominada de participação rizomática. Uma vez que, pode ser vista de diferentes ângulos e está sempre em transformação.

O caráter múltiplo, heterogêneo e de muitas entradas desse rizoma permite o atravessamento de diversas lógicas nos agenciamentos de construção da realidade social. Em

virtude disso, não cabe julgamento de valor sobre a atuação dos sujeitos, massim compreensão de como ele funciona. Nesse sentido, não há bom ou mal, mas sim subjetividades que são capturadas em determinado território existencial e que significam mundo da vida conforme esse território (FRANCO; ANDRADE; FERREIRA, 2009; FRANCO; MERHY, 2012).

Essas subjetividades refletem as particularidades do indivíduo, que são dadas na medida em que os usuários se interagem com os trabalhadores. É a partir dessa relação que, emerge o campo de forças capazes de produzir realidades, afetos e desejos. No qual, podem implicar em um aumento ou redução da potência de agir. Portanto, reconhecer a micropolítica desse processo permite analisar cada singularidade produzida nas diferentes experimentações da prática clínica (FRANCO; ANDRADE; FERREIRA, 2009; SILVA, 2009; CAMPOS; GUERRERO, 2010; PEZZATO; L'ABATTE; BOTAZZO, 2013).

Naturalmente que, por esse jogo de forças entre os sujeitos, o processo produtivo de saúde atua sobre tensões constitutivas. Uma vez que, essas forças podem não ser harmônicas, e nem se articularem entre os mesmos campos de interesse. Por essa razão, os incômodos produzidos nessa relação deflagram o movimento de resistência das pessoas, que questionam o modo de produção de saúde instituído. Nesse sentido, resistir torna uma ação política que recusa práticas individuais e faz circular novas formas de vida que se criam a partir de novas possibilidades de existir (MANSANO, 2009; QUINTANILHA, 2012).

Portanto, é importante refletir sobre como ocorre esses encontros, para que haja uma compreensão das dificuldades encontradas nesse processo e os possíveis caminhos para superá-las. Para isso, é preciso considerar as relações de força, isto é de poder, no âmbito dessa dimensão política. Pois, são essas forças que se instalam que induzem, inibem, facilitam ou dificultam as ações para a produção do cuidado em saúde no SUS (PEZZATO; L'ABATTE; BOTAZZO, 2013).

### 3.4 ASPECTOS QUE PODEM FACILITAR OU DIFICULTAR A ADESÃO

#### 3.4.1 Fatores que podem Facilitar a Adesão

##### 3.4.1.1 A importância da escuta, acolhimento e vínculo para a adesão às práticas de cuidado em saúde

O acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, que possibilita analisar o processo de trabalho em saúde com foco nas relações

estabelecidas. É um dispositivo que implica no compartilhamento de saberes, angústias e invenções. Por essa razão, pressupõe uma postura com parâmetros éticos, técnicos, humanitários e de solidariedade (BRASIL, 2010a).

Nessa perspectiva, o acolhimento favorece a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre os usuários e os serviços de saúde (BRASIL, 2010a). Segundo Araújo, Azevedo e Saldanha (2014), o vínculo do usuário com os serviços de saúde pode contribuir para a adesão ao tratamento. Isso porque, no momento que o usuário confia no profissional de saúde, passa a atender as recomendações por ele sugeridas. Contudo, salientam que essa relação não deve gerar dependência do usuário.

Para que essas relações sejam construídas, os profissionais de saúde devem escutar as necessidades de saúde que os usuários relatam. Escutar não significa apenas ouvir, significa dar espaço para que os usuários falem de si, possibilitando a percepção de uma demanda que ultrapassa a resposta técnica. Ou seja, que nem sempre é expressa por palavras, é estar atento e disponível para perceber o outro, permitindo a revelação do que está velado (FERREIRA; CUNHA, 2014).

Uma das formas de escuta na clínica se refere à anamnese. Esta pode ser desempenhada por modos distintos a depender do profissional e serviço de saúde. Nessecaso, é comum que muitos, façam uso de roteiros fechados. Contudo, esse formato pode representar uma armadilha para o trabalhador. Uma vez que, as perguntas podem direcionar as respostas dos usuários e restringi-las apenas ao que foi perguntado. Geralmente, quando há o predomínio de perguntas fechadas, atribui-se a conversa um caráter monológico, presente no discurso técnico-científico (BARROS; BOTAZZO, 2011; BELLENZANI; NEMES; PAIVA, 2013).

Apesar de ser uma medida útil na clínica, pode limitar o olhar e ouvidos para outras questões que poderiam emergir, como dependência química, violência sexual ou doméstica, rendimento escolar ou conflitos familiares. Demandas estas que, denunciam uma realidade social num determinado tempo, que se melhor investigadas e compreendidas podem possibilitar uma abordagem mais integral. Por essa razão, já há estudos que investem em anamneses com questões abertas, por entender que podem contribuir para favorecer conversas dialógicas (BARROS; BOTAZZO, 2011; BELLENZANI; NEMES; PAIVA, 2013).

Esse agir comunicativo demanda da clínica um trabalho em equipe, no qual é aceitável o uso de protocolos desde que eles tenham espaço para serem questionados. Nesse sentido, o

importante é aprender com as diferentes manifestações das doenças no ser humano, para poder construir um plano de cuidado singular. No qual, as decisões são tomadas conforme as escutas realizadas sobre as exposições das incertezas e com o compartilhamento das dúvidas. Portanto, refere-se a uma clínica imprevisível, que zela por uma construção coletiva. Em que, evita-se a diluição de responsabilidades e a omissão diante do desconhecido ou imprevisto (CAMPOS, 2003; BRASIL, 2010b).

Diante disso, atualmente, reconhece-se que é crucial uma postura dos profissionais de saúde com uma prática voltada para reflexão, capaz de produzir uma visão crítica, criativa, responsável e comprometida. No qual, exige-se um exame permanente de seus valores e análise das influências sobre o modo de viver dos usuários, como seus desejos e sua cultura (MITRE et al., 2008; BRASIL, 2010b).

#### 3.4.1.2 Conhecimento e compreensão sobre os acometimentos em saúde bucal e o tratamento

As doenças bucais possuem etiologia complexa e multifatorial, das quais dependem da motivação das pessoas para manutenção dos cuidados básicos em relação a sua saúde bucal. Em virtude disso, práticas de motivação e educação são estimuladas, com o propósito de despertar interesse e percepções críticas sobre os problemas de saúde. Assim, passam a constituir como instrumentos de transformação social (LIMA; SCHNEIDER, 2010; OLIVEIRA, M.F., 2012).

Para atingir esse objetivo, essas práticas devem ser planejadas com um enfoque que transcenda a simples aplicação de técnicas e administração de recursos. Nesse sentido, devem buscar não só efetividade das ações, mas também a aceitabilidade dos usuários, que requer adaptar o cuidado aos desejos, expectativas e valores dos indivíduos e das famílias. No qual, as percepções da população sobre os problemas de saúde identificados são levadas em consideração, pois, do contrário, as medidas adotadas podem ser inócuas (FEKETE, 2000).

O fracasso ou satisfação pelo atendimento prestado estão atrelados à forma como é realizado o acolhimento dos usuários, a escuta de suas necessidades e o planejamento a partir do que foi referido e observado. Para isso, é preciso observar se o método utilizado está compatível com o público alvo, principalmente com a população infantil, que requer escolhas

mais cuidadosas (MOTA; SANTOS; MAGALHÃES, 2012; OLIVEIRA, M.F., 2012).

Quando se observa falhas no tratamento programático devido à faltas, comsubsequente desistência do tratamento, há de se ter uma visão ampliada sobre as possíveis razões para isso ter ocorrido. Uma delas está relacionada à percepção das pessoas sobre seu estado de saúde, que pode coincidir ou não com a avaliação do profissional (JAHNKE et al., 2013; IZECKSOHN; FERREIRA, 2014; PESSANHA DE CARVALHO et al., 2014).

Segundo Melo, Braga e Forte (2011), a grande maioria de pessoas que faltam as consultas, avaliam-se positivamente, mesmo declarando necessitar de tratamento. Ao passo que, na avaliação dos profissionais essa avaliação seria negativa. Esse achado fez com que os autores desse estudo inferissem que a baixa interferência da condição de saúde bucal na qualidade de vida desses usuários contribui para explicação do elevado índice de faltas obtido.

Com intuito de promover estilos de vida “saudáveis” e adesão ao tratamento, os profissionais de saúde se utilizam de estratégias de educação. Contudo, é comum que eles se apoiem em metodologias ligadas ao conceito positivista de ensino e instrução. Eles acreditam que é preciso “educar” a população “deseducada” a ter um estilo de vida saudável. Esse tipo de prática tem gerado baixo impacto nas condições de saúde bucal e autonomia dos sujeitos no exercício do controle do seu processo saúde-doença. Por essa razão, atualmente, argumenta-se sobre a importância de utilizar estratégias de ensino- aprendizagem problematizadoras, das quais viabilizam a produção de novos conhecimentos, sem perder a determinação social do complexo promoção-saúde- doença-cuidado (MIALHE; SILVA, 2011; FEUERWERKER; MERHY, 2011).

O desafio dessa abordagem, por sua vez, é lidar com as diversas formas que as pessoas percebem a vida. Portanto, é preciso refletir sobre o modo como é produzido o cuidado, para que se possa experimentar um novo jeito de produzi-lo. Embora esta não seja uma tarefa fácil, é um caminho para se trabalhar no território de produção de encontros e mútuas afetações na defesa da vida (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005; CECILIO et al., 2012; FEUERWERKER; MERHY, 2011).

#### 3.4.1.3 Potencialidades da abordagem transdisciplinar para a adesão ao tratamento

As mudanças do perfil epidemiológico das doenças bucais, as novas práticas baseadas

em evidências científicas e a promoção de saúde no seu conceito ampliado estimularam as Diretrizes Curriculares Nacionais a reorientarem os critérios de exigência da formação dos profissionais de odontologia. De modo que, passou-se a valorar não só a competência técnica, mas também a relevância social das ações de saúde desses profissionais. Essa mudança de postura fez com que houvesse a incorporação de novas estratégias pedagógicas baseadas na transdisciplinaridade e em espaços multiprofissionais de atuação (BRASIL, 2006a; MIALHE; SILVA, 2011).

Entende-se por transdisciplinaridade, um espaço em que há uma integração global das ciências. No qual, os núcleos de saber se complementam, sem que haja uma fronteira entre eles. A construção desse campo transdisciplinar pode potencializar tanto conhecimentos e práticas, quanto a coprodução dialética de sujeitos individuais e coletivos (PEREIRA; LIMA, 2008; CAMPOS; GUERRERO, 2010).

Isso porque requer uma atitude entre as pessoas de abertura a novas sensibilidades, dizibilidades e visibilidades que expressam a multivetorialização, nos quais estão envolvidas as práticas concretas de cuidado e gestão em saúde. Práticas, estas, que se materializam na relação entre os sujeitos envolvidos na e com a construção do cuidado (BRASIL, 2010b).

A ideia básica é que, nesses espaços de construção do cuidado que se baseiam na transdisciplinaridade, haja uma superação da compartimentalização do saber. No sentido de buscar uma convergência e elaboração de conceitos e métodos compartilhados. Assim, trata-se de um convite para uma atuação “entre”, “através” e “além” das disciplinas, gerando condições para possibilitar novas práxis (GUIMARÃES; SILVA, 2010).

Na odontologia, essa nova prática profissional remete a um desempenho para além dos limites do consultório. Nos quais, as equipes de saúde se encontram mais sensibilizadas pela complexidade das famílias e agindo no contexto da atenção em saúde e da clínica ampliada. Em virtude disso, compreendem o processo saúde-doença que o sujeito está inserido, as circunstâncias das famílias, as afetividades produzidas e as dificuldades para adesão ao tratamento. Portanto, trabalham para elaborar um projeto terapêutico comum, melhorando sua adesão às práticas de cuidado em saúde bucal (BRASIL, 2006a; SILVEIRA et al., 2014).

#### 3.4.1.4 Redes sociais, apoio social e adesão

As redes sociais são formadas pela interação que ocorre entre as pessoas ao longo do cotidiano de suas vidas. Isto é, por aquelas pessoas que o indivíduo mantém contato e algum tipo de vínculo. Alguns autores classificam essas redes em formais e informais. Quando a fonte de pessoas são os profissionais que trabalham nas unidades de saúde, refere-se à rede formal. Em contrapartida, a informal é compreendida por membros de família, amigos, relações de trabalho, de inserção comunitária e de práticas sociais (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2011; ALVARENGA et al., 2011; MARQUES et al., 2011).

Frente a situações adversas da vida, as pessoas tendem a se ajudar mutuamente, para que as necessidades sejam desempenhadas ou os problemas resolvidos. Essa situação de troca referente a qualquer informação ou auxílio oferecido por pessoas ou grupos produz um efeito positivo para quem recebe e para quem oferece. Por essa razão é caracterizada como uma circunstância de apoio social (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2011; MARQUES et al., 2011).

O apoio social se destaca como um dos fatores que podem melhorar a adesão aos tratamentos. Isso porque, como esse fenômeno é visto como um comportamento humano, ele sofre influência direta do ambiente social que a pessoa vive. Assim, após a compreensão das relações sociais das pessoas e sobre como elas podem facilitar ou promover comportamentos promotores e/ou protetores, os profissionais de saúde podem efetuar melhores planejamentos para obtenção do sucesso terapêutico (ALVARENGA et al., 2011; GOMES-VILLAS BOAS et al.; 2012; ALVES et al., 2013).

Nessa perspectiva, estratégias de realização de diagnósticos e planejamentos participativos das ações em saúde são relevantes para mobilizar não só o sujeito, mas também a rede social que o circunda. Desse modo, são instrumentos que representam uma possibilidade de construir uma relação dialógica entre o saber popular e o saber técnico-científico (GOMES; MERHY, 2011).

Portanto, ressalta-se a importância de incorporar o constructo da rede social nas ações de rotina dos profissionais. Haja vista que os mesmos podem potencializar o apoio social com o desenvolvimento de intervenções que contemplem as necessidades reais dos usuários. Para isso, o foco do trabalho deve se ater tanto nas deficiências do suporte social, quanto nas deficiências pessoais ou da rede. Essas atitudes podem colaborar para tornar visíveis processos

antes não identificados pelos usuários e permitir atuações de profissionais em campos ainda não explorados (GOMES; MERHY, 2011; CAVALCANTE et al., 2012).

### **3.4.2 Fatores que podem Dificultar a Adesão**

#### **3.4.2.1 Barreiras relacionadas ao plano terapêutico**

A adesão aos tratamentos se deve pela motivação das pessoas para mudar seu comportamento “não saudável”. Essa motivação é despertada pela intensidade e urgência que as pessoas sentem suas necessidades de saúde. Contudo, existem algumas barreiras que as pessoas não conseguem ultrapassar para se tornarem mais saudáveis, apesar delas quererem. Ao identificar essas barreiras, os profissionais de saúde não devem tentar convencer as pessoas a assumirem determinados comportamentos, mas sim levantar quais são àqueles que elas desejam mudar. Para que, assim, o plano de cuidado seja cogido (MENDES, 2012).

Dentre as possíveis barreiras que dificultam a adesão estão os aspectos inerentes ao tratamento. Sendo constituídos, principalmente, por fatores que envolvem a complexidade dos regimes de terapêuticos, a duração do tratamento e a percepção do processo saúde-doença (BRASIL, 2008c; REINERS et al., 2012; GOMES VILLAS- BOAS; FOSS-FREITAS; PACE, 2014).

Os tratamentos odontológicos são complexos à medida que intervêm nas múltiplas vertentes do processo de adoecimento. No qual, não só as variáveis biológicas são trabalhadas, como também dieta, higiene, medicação, experiências da vida, cultura, subjetividades. Por envolver dinâmicas de cuidado que implica em mudanças na vida diária das pessoas, a adesão pode não ser estabelecida. Ainda mais se as estratégias de intervenção exigem muitas modificações (CASTILHO et al, 2014; GOMES VILLAS- BOAS; FOSS-FREITAS; PACE, 2014).

Em tratamentos prolongados e antiestéticos ou diante de mudanças permanentes no cuidado, essas dificuldades aumentam. Uma vez que, grandes períodos de intervenção contribuem para desmotivação dos usuários. Por essa razão, há uma preferência das pessoas pelo uso de intervenções mais rápidas e estéticas como possibilidades de tratamento no lugar (ROCHA; BERCHET, 2000; MACHADO et al., 2011; PARO; VIANA; LIMA, 2013).

A motivação só ocorre quando o sujeito tem consciência de sua própria condição bucal



e tem a intenção de mudá-la. Entretanto, esse interesse pode ser perdido, à medida que o sujeito considera suficiente os ganhos obtidos e percebe melhora de sua queixa. Logo, essa nova percepção pode induzir o abandono do tratamento pela crença de que não há mais necessidade de desfrutá-lo (SOUSA FILHO et al., 2012; PARO; VIANA; LIMA, 2013; ROSELL et al., 2013).

Assim, é preciso ter em mente que, um dos maiores desafios que os profissionais de saúde lidam em relação ao usuário consiste em manter a motivação das pessoas, para que elas não interrompam o tratamento. De forma que, eles devem lançar mão de estratégias para abordar questões do tratamento, como também de apoio as pessoas com baixa expectativa para adesão (MORAES; ROLIM; COSTA JÚNIOR, 2009; MENDES, 2012; REINERS et al., 2012).

#### 3.4.2.2 Elementos dos usuários que dificultam a adesão

Reconhecer quais os fatores associados aos usuários que interferem na adesão ao tratamento permitem que os profissionais de saúde reflitam sobre suas ações e melhorem o desempenho de suas estratégias de intervenção. Entre eles, destacam-se os medos e ansiedades frente ao tratamento, as crenças e os mitos, o uso de álcool e substâncias ilícitas e os aspectos relativos ao cotidiano de vida e esquecimento (ALMEIDA et al., 2009; GOMES et al., 2010; SANTOS et al., 2011; TREVISAN; PINTO, 2013).

Muitas pessoas com medo e ansiedade evitam o tratamento odontológico, provocando faltas em consultas e retornos após períodos de tempo mais longos. Essa resposta de fuga ou esquiva ocorre por uma dificuldade das pessoas de lidar com os elementos que produzem essas sensações. Tais como: o ambiente (instrumentos, motores, equipamentos), experiências dolorosas anteriores, desconhecimento dos procedimentos e atitudes dos profissionais. Por essa razão, as pessoas tendem a procurar dentista apenas quando julgarem necessário, o que eleva ainda mais o nível de ansiedade delas, contribuindo para sua não adesão (CHAVES et al., 2006; MARQUES; GRADVOHL; MAIA, 2010; ROLIM, 2010; TORNELLI, 2011; COSTA et al., 2014).

As imagens negativas sobre o tratamento que geram medo e ansiedade podem estar relacionadas com as crenças e mitos que as pessoas podem ter. Na odontologia, é possível visualizar melhor como essas crenças interferem na adesão em gestantes. A resistência delas

ao acompanhamento odontológico é real e está fundada nas informações difundidas na sociedade de que o tratamento pode propiciar danos à mãe e ao bebê. No geral, essas concepções culturais têm mais força do que as recomendações dos profissionais. Por isso, é importante um cuidado que considere a história social e cultural, assim os profissionais podem criar maneiras de transpor essas barreiras que dificultam ou impedem as ações (LEAL; JANOTTI, 2009; FIGUEIRA et al., 2013; SANFELICE et al., 2013; TREVISAN; PINTO, 2013).

Outro aspecto citado como barreira para adesão diz respeito ao uso abusivo de álcool e drogas. A dependência dessas substâncias provoca tanto alterações diretas nas condições de saúde bucal, quanto modificações de comportamento dessas pessoas. Essa associação de fatores, somada com a intensidade e constância do uso dessas substâncias, implica em maiores chances das pessoas desenvolverem patologias graves. Embora os agravos sejam sérios, os cuidados em saúde são protelados em detrimento dos efeitos provocados por essas substâncias (SANTOS et al., 2011; SOUSA FILHO et al., 2012; ALVES; NAI; PARIZI, 2013).

Essas dificuldades em operacionalizar o cuidado também são descritas na literatura por outros aspectos relacionados ao cotidiano dos sujeitos. Entre eles, os principais são por esquecimento, compromissos de última hora e responsabilidades de trabalho ou de escola. Conhecer essas razões propicia um plano de cuidado mais adequado ao estilo de vida do sujeito, podendo ampliar sua adesão terapêutica (ROCHA; BERCHET, 2000; ALMEIDA et al., 2009; SANTOS et al., 2011; VAZQUEZ et al., 2014).

Nessa perspectiva, a melhora da adesão requer intervenções que se baseiem na reflexão e respeito à autonomia e individualidade dos sujeitos. Portanto, precisam se desenvolver e adaptar às características das pessoas (SANTA-HELENA; NEMES; NETO, 2010).

#### 3.4.2.3 Dificuldades socioeconômicas e demográficas

Há algumas variáveis socioeconômicas e demográficas que estão associadas a uma menor adesão ao tratamento. São elas: sexo, idade, condição socioeconômica e escolaridade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003; MENDES et al., 2014).

Segundo estudos de Baldani et al. (2010), Pinto, Matos e Loyola Filho (2012) e Miranda e Peres (2013), os homens utilizam os serviços odontológicos com menor frequência do que as mulheres. Possíveis razões para o predomínio do sexo feminino pode estar

relacionada a uma disponibilidade maior de tempo para comparecer às consultas no horário de funcionamento. Uma vez que mulheres apresentam um nível de ocupação mais baixo que os homens, conforme apontado pelo estudo de Pinto, Matos e Loyola Filho (2012). Ou ainda, elas efetivam mais consultas odontológicas por demonstrarem mais preocupadas com sua saúde bucal (MACHADO, 2010; CHAVES et al., 2012).

O fato dos homens não buscarem os serviços de atenção básica como as mulheres, torna-os mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas. Tratamentos crônicos ou de longa duração comprometem a adesão do sujeito aos esquemas terapêuticos. Pois, exigem um grande empenho do usuário para modificar hábitos de vida para cumprir seu tratamento. Tal afirmação também é válida nas ações de promoção e prevenção à saúde, por requerem mudanças comportamentais na maiorias das vezes (MENDES et al., 2014).

No quesito idade, a adesão ao tratamento deve ser avaliada conforme a fase de vida. Tendo em vista que, o comportamento das pessoas é influenciado pelas características de desenvolvimento de cada uma delas. Na infância e adolescência, a adesão pode variar conforme as peculiaridades relativas à faixa etária, e também pelo valor atribuído a saúde bucal pelos pais e cuidadores. Adultos e idosos, por sua vez, possuem mais autonomia para tomada de decisões em prol de sua saúde do que crianças e adolescentes. Porém, os estudos apontam que sujeitos adultos dentados frequentam mais o dentista comparado aos idosos e pessoas desdentadas, que usam prótese. Uma das razões para a baixa procura dessa população está atrelada a falta de percepção da necessidade de cuidados de saúde bucal, uma vez que esta percepção provavelmente está reduzida a tratamento odontológico como uma abordagem especificamente voltada pra a reabilitação somente dos dentes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003; BALDANI et al., 2010; MACHADO, 2013).

Outro ponto é a escolaridade, esse fator influi diretamente sobre a assimilação dos usuários sobre o que o profissional lhes disse. Pessoas com baixa escolaridade sentem mais dificuldade de compreender diagnósticos, esquemas terapêuticos ou as necessidades de mudança de hábitos nocivos, isso faz com que diminua a adesão. Porém essa falta de compreensão também pode estar relacionada a fatores da instituição cuidadora (MENDES, 2012; MENDES et al., 2014).

Quanto a variável renda, pessoas com piores condições econômicas apresentam menores possibilidades de frequentarem os serviços odontológicos. Além disso, dificuldades

ligadas ao contexto de pobreza podem limitar a capacidade dessas pessoas de sustentarem o tratamento. Uma vez que, os custos para propiciar o cuidado podem se constituir como barreiras. Esse fator pode ser substancial para aquelas famílias que residem em áreas rurais e que são numerosas. Portanto, passa a ser um aspecto que reflete no comportamento de adesão das pessoas ao tratamento (MELO; BRAGA.FORTE, 2011; SANTOS et al., 2011; MIRANDA; PERES, 2013).

Assim, entre os fatores que dificultam esse fenômeno estão os contextos socioeconômicos desfavoráveis. Dos quais, homens, que não estejam na fase adulta, com baixa escolaridade e menor nível econômico estão mais susceptíveis a não aderirem ao tratamento (MELO; BRAGA; FORTE, 2011; MENDES et al., 2014).

#### 3.4.2.4 Interferência da equipe e do sistema de saúde na adesão

Os serviços de saúde são locais marcados pelos encontros dos diferentes modos de vida das pessoas. Esses encontros podem ser entre trabalhadores e usuários, entre trabalhadores, entre trabalhadores e gestores e, também entre usuários e gestores. Por isso, trata-se de um local onde o trabalho é influenciado pelas relações que os sujeitos estabelecem entre si. É a partir dessas relações que são produzidas as diversas tensões, das quais enfrentamos nas rotinas do dia-a-dia (QUINTANILHA; SODRÉ; DALBELLO-ARAÚJO, 2013; MERHY, 2014).

O primeiro tensionamento é desencadeado pela procura de uma vaga para consultar o cirurgião-dentista. Nesse sentido, a recepção pode se tornar um obstáculo por limitar o atendimento. Ela tem como papel acolher o usuário e informá-lo sobre com quem e se ele vai ser atendido. Por esse motivo, a falta de acolhimento ou de humanização na relação usuário-recepção, por meio de uma situação em que não há garantia de acesso, retrata um embate inicial travado no cotidiano dos serviços. Na tentativa de garantir esse acesso, os serviços tem regulado sua assistência por critérios administrativos. Porém, ao invés de contribuir para o cuidado, esses arranjos tornam o serviço excludente e conflituoso, envolvendo disputas injustas entre os usuários para obtenção de vaga (SANTOS; ASSIS, 2010).

Inúmeras são as barreiras organizacionais descritas para dificultar o comparecimento dos usuários às consultas. Sendo assim, as principais são: problemas de agendamento, tempo de fila de espera, distância da residência ao serviço odontológico, desconhecimento da marcação da consulta, antecedência com que se recebeu o aviso e ausência de flexibilidade para

remarcações (CAVALCANTI et al.; 2013; MACHADO, 2013; ALMEIDA et al., 2014).

Passado esse momento, iniciam as tensões advindas do processo de trabalho de dentro dos consultórios odontológicos. Nessa fase, é importante identificar as necessidades de saúde normativas (pautada na avaliação clínica dos profissionais) e as necessidades percebidas (resultante de crenças, conhecimento e julgamento de valores da pessoa afetada). Entretanto, nem sempre os profissionais valorizam as necessidades percebidas, demarcando a distância entre os saberes entre o dentista e da situação de adoecimento do sujeito. Por isso, o encontro entre eles fica marcado pela disputa de saberes e poderes dos distintos projetos de saúde que operam nas instituições (JAHNKE et al., 2013; PEZZATO; L'ABBATE; BOTAZZO, 2013).

Os desencontros de horizontes geram conflitos de práticas. De modo que, como os profissionais não se sentem abertos para discutir os pontos de vistas dos usuários, acabam por impor suas expectativas de maneira autoritária. Nesse sentido, a grande dificuldade que se faz presente é acreditar no papel instituinte de cada um na construção de uma odontologia mais humana, acolhedora e integral (LONGHI; CRACO; PALHA, 2013; PEZZATO; L'ABBATE; BOTAZZO, 2013).

Outro ponto diz respeito sobre a relação do cuidado e o aparato tecnológico disponível. A limitação de infraestrutura e recursos, e ausência de valorização adequada dos funcionários são fatores que podem desestimular os profissionais a manterem a assistência nos moldes da Clínica Ampliada (GIUDICE; PEZZATO; BOTAZZO, 2013).

Sobre esse aspecto, Santos e Assis (2010) mostram que as práticas dos profissionais são ambíguas. De acordo com eles, em alguns momentos são ofertadas tecnologias suficientes para o exercício da profissão, mas os dentistas desempenham uma clínica de procedimentos rápidos, comprometendo a qualidade dos resultados. Ou ainda podem adotar uma ótima relação com o usuário, mas não apresentarem resultados técnicos satisfatórios. Por fim, ele pode não possuir uma infraestrutura adequada, mas contorna as dificuldades e desenvolve um processo de cuidado centrado no usuário mesmo com a resolutividade limitada. Nessa perspectiva, o sucesso das ações dos serviços de saúde depende de um planejamento adequado, acompanhado de sua organização e monitoramento (ROSELL et al., 2013).

Além dos apontamentos já levantados, a falta de pontualidade dos profissionais ou até mesmo sua ausência sem justificativa prévia podem se constituir como barreiras para adesão dos usuários ao serviço (ALMEIDA et al., 2014).

Após o atendimento ambulatorial, a etapa final do cuidado consiste em como é lidar com as tensões que permeiam a integralidade do cuidado. Em que são observadas barreiras de acesso à assistência especializada, problemas com a resolutividade das unidades básicas para reduzir a demanda reprimida, falta de integração da equipe de saúde bucal com os de outras áreas, bem como articulação incipiente entre os serviços para prover um cuidado ampliado de saúde. Soma-se a essas dificuldades, o fazer odontológico pouco permeável a relações democráticas e dialógicas na relação trabalhador-usuário (CHAVES et al., 2012; SANCHEZ et al., 2015).

Portanto, em todo processo de cuidado ocorrem tensões, dos quais provoca inquietação, contestação e indignação dos sujeitos-usuários. A partir delas, há o desafio de pensar, (re) criar e agir em novas configurações para que os sujeitos sejam protagonistas em relação ao destino de suas vidas (SANTOS; ASSIS, 2010).

#### 3.4.2.5 A influência da condição de saúde dos usuários na adesão ao tratamento odontológico

Um dos fatores que podem determinar a falta de adesão ao tratamento se refere à condição da doença. Sob essa perspectiva, a severidade dos sintomas, o nível de incapacidade da doença, sua velocidade de progressão e gravidade, a disponibilidade de tratamentos efetivos e comorbidades associadas se apresentam como aspectos limitantes para o sucesso terapêutico (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003; GOMES et al., 2010).

As percepções dos usuários de susceptibilidade e severidade da doença podem motivar as pessoas a buscar tratamento. Contudo, a simples intenção não significa que os sujeitos irão executá-lo. É comum na odontologia, os sujeitos identificarem a severidade das doenças bucais pelo prejuízo estético visual ou olfativo, não sendo apontadas questões relativas à mastigação e pronúncia, por exemplo. Uma das explicações para essa percepção está atrelada ao fato de que as pessoas, por não possuírem determinado padrão, sentem-se inseguras, inferiores, envergonhadas e com medo de serem prejudicadas no convívio social (FIGUEIRA et al., 2013).

Assim como a severidade da doença, o nível de incapacidade bucal pode ser um fator determinante para não adesão. Isso porque, a impossibilidade de exercer uma ou mais funções do sistema estomatognático varia de indivíduo para indivíduo. Nesse sentido, as pessoas

acabam priorizando o atendimento, quando a incapacidade bucal produzir dor, sofrimento ou infecção (FRAZÃO; NARVAI, 2008; VARGAS; VASCONCELOS; RIBEIRO, 2012).

A velocidade de progressão e gravidade das doenças bucais faz com que aumente o risco de perda de dentes. A falta desse órgão, principalmente se for anterior, representa uma desfiguração facial. Sendo considerada, um estigma e uma ameaça à identidade individual, social e familiar do sujeito. Por adquirir um significado que compromete a qualidade de vida dos usuários, os indivíduos tendem a procurar ajuda profissional. Em contrapartida, outras pessoas podem não se importar com a seqüela ou em receber o tratamento, por isso acabam por não valorizar o trabalho da equipe de saúde (SANTILLO et al., 2013; SOUSA; NÓBREGA; ARAKI, 2014; RUSSI; ROCHA, 2015).

Sob essa óptica, a tomada de decisão do usuário sobre sua necessidade de tratamento passa a ser destaque, pois se baseia nos sentimentos e sensações sobre o que os sujeitos querem. Utilizar esses indicadores subjetivos juntamente com as informações clínicas permite disponibilizar métodos mais eficientes para reduzir os impactos das doenças bucais, melhorando a qualidade de vida dessas pessoas (CHAPELIN; BARCELLOS; MIOTTO, 2008; MIOTTO et al., 2012; JAHNKE et al., 2013).

Além dessas características supracitadas, a presença de comorbidades associadas às doenças bucais pode influenciar o processo de adesão do usuário. Uma vez que, elas podem favorecer a instalação, a gravidade e a progressão das patologias orais. São exemplos delas, a depressão, diabetes, HIV/AIDS, hipertensão, doenças cardiovasculares, entre outras (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003; BRASIL, 2008c; SOUSA; NÓBREGA, ARAKI, 2014).

Por fim, deve-se ter em mente que reconhecer as barreiras da adesão possibilita ajudar o usuário a enfrentá-las. O que requer maior envolvimento entre os sujeitos implicados no cuidado e habilidade dos profissionais para proporcionar um atendimento crítico-reflexivo, capaz de trabalhar a importância da continuidade do tratamento. Como efeito disso, espera-se amenizar os impactos das doenças, diminuir a necessidade de intervenções complexas e evitar a não adesão (SOUSA FILHO et al., 2012).

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo de natureza fenomenológica, no qual foi usado o método qualitativo de investigação.

### 4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado em uma Unidade de Saúde da Família (USF), situada no município de São Carlos – SP, na qual atuei como residente em odontologia e aluna do Programa de Mestrado em Gestão da Clínica. Duas cirurgiãs-dentistas atuavam na equipe de saúde bucal desta USF.

São Carlos é uma cidade localizada no centro geográfico do Estado de São Paulo, cerca de 240 km da capital paulista. É composta por 221.950 habitantes, dentro de uma área de 1.137,332 km<sup>2</sup>. Com estimativa de ter aumentado para 236.457 habitantes no ano de 2013 (IBGE, 2010).

Foi intitulada como a capital da tecnologia. Tanto pelo seu polo de desenvolvimento científico e tecnológico, advindo das universidades e centros de pesquisa, quanto pela atividade industrial (SÃO CARLOS, 2014a).

No que diz respeito à organização do município, ele se organiza por 05 subdivisões, chamadas de administrações regionais de saúde (ARES). Elas têm o papel de coordenar as unidades de saúde localizadas na sua área de abrangência e de atender às necessidades de saúde dos moradores da área geográfica. São administrações, que respondem ao Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial (DGCA) e a Secretaria Municipal de Saúde, respectivamente (SÃO CARLOS, 2014b). Nessa estrutura organizacional, o coordenador de saúde bucal é responsável por administrar a área de odontologia.

Referente à educação continuada e permanente dos servidores públicos, a prefeitura municipal juntamente com a Fundação Educacional de São Carlos (FESC) instituíram a escola municipal do governo para promovê-los. Assim, são oferecidos cursos, com intuito de atualizar e de qualificar os profissionais (SÃO CARLOS, 2008).

Com relação à rede de atenção à saúde bucal é constituída por 27 equipes de saúde bucal (ESB) nas 29 unidades básicas, 07 ESB distribuídas nas 02 unidades móveis



odontológicas, 01 ESB no ambulatório que cuida de pessoas com doenças sexualmente transmissíveis (DST/AIDS) e 01 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Configurando-se num total de 89 cirurgiões-dentistas, 56 auxiliares de saúde bucal e 03 técnicas de saúde bucal (MAGRI, 2013; SÃO CARLOS, 2014c).

Das 27 ESB mencionadas da atenção básica, 17 correspondem à estratégia de saúde da família. Sendo todas, com equipes de saúde bucal modalidade I, que devem dar suporte a um total de 14.297 famílias – dado de dezembro de 2014 (BRASIL, 2014). A respeito do CEO, é um centro inaugurado desde 2007, modalidade II. No qual, oferece atendimento especializado de periodontia, endodontia, cirurgia oral, prótese, diagnóstico de lesões bucais e atendimento aos portadores de necessidades especiais, voltados à população são carlense (BRASIL, 2007, 2014; SÃO CARLOS, 2014b).

Nesse sentido, a rede de atenção em saúde bucal de São Carlos se configura a partir da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente. No qual, tem como desafio reorientar o processo de trabalho e ampliar o acesso às ações de saúde bucal, em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2006b).

Apesar dessa estrutura organizacional da saúde bucal, é perceptível em todos os níveis de atenção a não adesão dos usuários ao tratamento odontológico. Segundo a coordenação de saúde bucal, são poucos os dados do município que descrevem esse fenômeno. De modo que, eles podem ser encontrados nos prontuários dos usuários ou nas agendas dos profissionais somente.

No CEO, entretanto, outro recurso utilizado é a quantificação das faltas por especialidades. Trata-se de uma ferramenta que possibilita conhecer a porcentagem da população que não compareceu ao serviço, porém não possibilita compreender os motivos que levaram os sujeitos a optarem por não ir.

#### 4.3 PERÍODO E LOCAL DA COLETA DOS DADOS

Os dados foram coletados na Unidade de Saúde da Família Astolpho Luis do Prado do município de São Carlos-SP, durante o mês de março de 2013.

#### **4.3.1 Critério de Inclusão dos Sujeitos**

- Pessoas com 18 anos de idade ou mais, adstritas à USF Astolpho Luis do Prado, em São Carlos, SP;
- Pessoas em tratamento odontológico na USF citada, que faltaram a pelo menos três consultas, sem aviso prévio, ao longo desse tratamento ou o abandonado espontaneamente;

Esse critério é utilizado pelo próprio serviço para regular a assistência em relação ao desligamento da pessoa ao tratamento por abandono e incluir outro sujeito que se encontra na fila de espera. Essa norma foi elaborada pelos profissionais do serviço odontológico dessa USF, por isso pode ter alterações quando comparado com outras unidades de saúde situadas em São Carlos. Vale ressaltar que, de uma maneira geral, os serviços odontológicos estabelecem critérios que definem quando o sujeito abandonou o tratamento, dos quais podem variar de acordo com o local, cidade ou região do país.

- Pessoas em condições físicas e mentais para a realização da entrevista e disponíveis para respondê-la;
- Pessoas que concordaram com a participação no estudo mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ANEXO A), consoante à resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

#### **4.3.2 Critério de Exclusão dos Sujeitos**

- Pessoas não localizadas para a entrevista durante o trabalho de campo;
- Pessoas que receberam somente atendimento eventual ou emergencial na unidade, sem que estivessem fazendo tratamento regular contínuo;

#### **4.4 DESENHO DO ESTUDO**

Por meio da metodologia qualitativa, foram entrevistados usuários do serviço de saúde bucal da USF Astolpho Luis do Prado.

A entrevista tem sido um instrumento importante para investigações qualitativas, pois tende a compreender o fenômeno no encontro interpessoal estabelecido com o usuário. Entre os modos de conduzi-la, optou-se pela entrevista semidirigida, também chamada de semiestruturada. Uma vez que é uma técnica usada quando o pesquisador conhece as perguntas, mas não pode prever a resposta (TURATO, 2013).

No uso desse tipo de entrevista, não há necessidade de ter uma fase de entrevistas-piloto ou de pré-testes. Visto que, essas expressões correspondem a práticas de pesquisas positivistas, em que faz sentido assegurar-se se a ferramenta está apropriada para a aplicação e coleta de dados. Por esse motivo, a etapa subsequente desse estudo foi desempenhar as “entrevistas de aculturação”. Entende-se por aculturação o momento em que o pesquisador assimila ideias e costumes da população alvo, em um ambiente onde ele está imerso temporariamente (TURATO, 2013).

As perguntas utilizadas nessa etapa podem ser visualizadas pelo roteiro estabelecido previamente, (ANEXO B).

Ao passo que as entrevistas aconteciam, foram observadas não só as falas dos usuários, mas também a apresentação pessoal, os aspectos comportamentais e também a comunicação não verbal, como informações adicionais para subsidiar a interpretação – técnica da observação (TURATO, 2013). Quanto ao registro das falas, as mesmas foram gravadas por um equipamento eletrônico para posterior transcrição e análise.

Foram entrevistados os usuários do serviço de saúde que eram atendidos por mim e pela outra cirurgiã-dentista. Em virtude disso, adotamos alguns cuidados, tais como: propiciar o melhor ambiente possível para as entrevistas, deixar os entrevistados a vontade para falar o que pensavam e, na eventualidade de me perguntarem alguma dúvida com relação à odontologia, responder ao final. Assim, o local escolhido para a realização desses encontros foi à residência dos usuários. De tal forma que, foram conduzidas à conveniência deles (TURATO, 2013).

A amostragem foi feita pela estratégia de escolha dos sujeitos por variedade de tipos. Nessa abordagem, as pessoas foram incluídas pelo critério da homogeneidade fundamental, amostra fechada pelo número de tipos de informantes e conforme características eleitas pelo pesquisador. O critério da homogeneidade fundamental pode ser definido por uma mesma característica ou variável a todos os sujeitos da amostragem (TURATO, 2013). Nesse estudo,

apresentou-se como uma particularidade em comum, o fato de todos serem não aderentes ao tratamento odontológico oferecido pela USF Astolpho Luis do Prado.

A partir do momento que, todos os sujeitos disponíveis no campo da pesquisa incluídos por esse critério de homogeneidade fundamental foram buscados, a amostra foi fechada. Para isso, a equipe de saúde bucal dessa USF listou nomes de pessoas não aderentes. Dos quais, foram confirmados se correspondiam aos critérios de inclusão e exclusão, definidos pelo próprio pesquisador.

A amostra selecionada foi entrevistada e tiveram seus dados transcritos para serem analisados. A análise foi feita segundo o conteúdo temático levantado pela interpretação ideográfica das entrevistas.

O constructo constituiu o resultado da pesquisa, o qual, ao ser confrontado com a literatura, resultou na discussão dos achados e conclusão do estudo.

#### 4.5 PROCESSAMENTO DOS DADOS

Os dados foram consolidados e trabalhados a partir da análise temática do conteúdo.

Essa técnica é utilizada para selecionar e reorganizar o material transcrito segundo temas, os quais são identificados por várias leituras minuciosas de todo o material bruto colhido (TURATO, 2013).

Ao se fazer uma análise temática, o pesquisador deve descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação, cuja presença dos temas indica os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso (MINAYO, 2000; BARDIN, 2011).

É possível desmembrar esses temas, classificando e dividindo as significações do constructo em categorias. Dos quais, os critérios de escolha e de delimitação são orientados pela dimensão da análise – determinada pelo objetivo pretendido (BARDIN, 2011).

Operacionalmente, a análise temática do conteúdo se desdobrou conforme os seguintes passos:

## **4.5.1 Organização dos Dados para a Análise**

### 4.5.1.1 Preparação inicial do material

Processo de transcrição do material bruto das entrevistas, colhido em mãos, para um arquivo de computador.

### 4.5.1.2 Pré-análise

O primeiro contato com o material foi realizado por intermédio das leituras flutuantes das 14 entrevistas transcritas. Isto é, foi feita leituras e releituras até chegar a uma espécie de “impregnação” do conteúdo, no qual conhecemos os textos, deixando-nos invadir pelas impressões e orientações (MINAYO, 2000; BARDIN, 2011; TURATO, 2013).

### 4.5.1.3 Categorização e subcategorização

Em seguida, realizamos a releitura do texto, com intuito de identificar as unidades de significado entendidas como locuções de efeito. Estas revelam os aspectos significativos das percepções expressas pelos sujeitos, para compreensão e análise de suas vivências. São unidades apreendidas por intermédio de um processo mental analítico-associativo, fundamentado num referencial teórico apropriado (VIETTA, 1995).

Dessa maneira, identificamos e classificamos os aspectos que apresentavam convergência de conteúdo dos entrevistados. De tal forma que, pudemos organizá-las em categorias, criando a constituição de um corpus a ser analisado. Para essa etapa, preocupamos em seguir as normas de validade da exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência (MINAYO, 2000; BARDIN, 2011; TURATO, 2013).

Sendo assim, essa etapa consistiu em trabalhar as falas e as significações para que os dados fossem sistematizados em processos de categorização e subcategorização tornando-os mais significativos e válidos para serem interpretados. Portanto, foi uma fase que transformamos os dados brutos em organizados/ lapidados (TURATO, 2013).

#### 4.6 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA PARA A ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

A análise dos dados fundamentou-se na corrente filosófica humanista- existencial- personalista.

Para a corrente humanista, a concepção de mundo e da existência tem o homem como centro de todas as coisas. Trata-se de uma reflexão que reconhece o valor e a dignidade do homem, fazendo do mesmo a medida de todas as coisas e considerando na natureza humana seus limites, interesses e potencialidades. É uma tentativa do homem de compreender-se e de fazer-se compreendido (VIETTA, 1995).

Nessa abordagem, o homem é visto em sua totalidade e integridade. De forma que ele toma como ponto de partida sua experiência consciente. Por mais que ele compreenda a condição humana como limitada pela imbricação eu-corpo/outro/mundo, considera-se consciente de sua liberdade, autonomia e responsabilidade. Assim, assume uma ética fundamentada na abertura para a experiência, na possibilidade de escolha, na exequibilidade da redefinição do sentido de vida. É visto como o único entre os seres que precisa de um sentido para viver (GOMES; HOLANDA; GAUER, 2004; ARAGÃO, 2012).

No existencialismo, há uma preocupação de compreender e explicar a existência humana. Nesse sentido, o homem não é visto como um ser universal, mas sim como um ser concreto com vontade e liberdade pessoais, consciente e responsável. Em que, a experiência singular trata diretamente da existência humana. Como somente o homem tem consciência de sua singularidade, ele se torna a categoria central da existência (VIETTA, 1995).

Já o personalismo se fundamenta pela existência de pessoas livres e criadoras. Envolve e centraliza sua reflexão na pessoa existente. Para essa filosofia, a existência da pessoa é dialética, não se reduz ao desenvolvimento mecânico de potencialidades pré- determinadas ou pré-definidas. É uma contínua pulsação, uma ininterrupta disputa entre exteriorização e interiorização (VIETTA, 1995).

Essas concepções apresentam uma tendência à superposição, dos quais se identifica os pontos de confluência mais proeminentes. São eles: o valor do homem como pessoa, a supremacia e sensibilidade para os valores da pessoa, o reconhecimento da importância de reavivamento e do resgate do valor e dignidade humana, a compreensão do homem como um ser único e singular, a apreensão do ser em sua totalidade e a percepção da existência como um

processo dinâmico, em constantetransformação, no qual nada é definitivo (VIETTA, 1995; ARAGÃO, 2012).

Uma abordagem que vai ao encontro com a natureza fenomenológica da pesquisa qualitativa em questão. Uma vez que, é um estudo que busca compreender o fenômeno investigado, cuja preocupação é com as pessoas que o vivenciam (MARTINS; BICUDO, 1989; LIMA, 2010).

Trata-se de uma metodologia que coloca em evidência o homem, suas relações com o mundo e a correlação entre eles. No qual, instaura-se uma atitude dialogal do acolhimento do outro, em suas opiniões, ideias e sentimentos. Numa perspectiva de compreender e ver como ele vê, sente ou pensa (SPÍNOLA, 1997).

Nesse prisma, o pesquisador respeita as dúvidas existentes sobre o assunto e procura se movimentar de forma cuidadosa, para que possa emergir dos sujeitos o sentido por eles percebido sobre o tema (MARTINS; BICUDO, 1989).

Dessa forma, as generalizações na vã tentativa de compreender o homem são deixadas de lado e as atenções se voltam apenas para a singularidade de cada fenômeno (VIETTA, 1995).

Diante do apresentado, ao se estudar uma parte do sistema de saúde a luz do fenômeno da não adesão ao tratamento odontológico, buscou-se compreender os aspectos subjetivos do comportamento das pessoas. Isso porque, os fenomenologistas acreditam que os múltiplos modos de interpretar as experiências estejam disponíveis para cada um de nós através da interação com os outros, assim como as significações denossas experiências constituem uma realidade construída (TURATO, 2013).

#### 4.7 PROCESSO DE INTERPRETAÇÃO DAS FALAS DOS ENTREVISTADOS

O processo reflexivo da análise transcorreu a partir das significações trazidas pelos sujeitos acerca dos sentidos e significados do fenômeno da não adesão ao tratamento odontológico, e chegou à fala das significações não ditas, latentes e dissimuladas. Esses dados foram interpretados à luz do referencial teórico supracitado (TURATO, 2013).

Mediante as categorias e subcategorias já definidas, pudemos realizar uma nova leitura e organizar cada uma delas em tópicos que os entrevistados destacaram, sobretudo, por

reiteração. Dentro de cada tópico, abordamos as questões segundo sua homogeneidade e em suas diferenciações internas. Nessa perspectiva, tivemos a preocupação de não buscar apenas a verdade essencialista desse material, mas sim o significado que os entrevistados expressaram (MINAYO, 2012).

Seguimos a sugestão de Turato (2013), que orienta o investigador a apresentar cada tópico em discussão. Assim, pudemos contemplar no texto os três elementos que compõe o processo de investigação científica: a tríade fenômeno-significado- interpretação. O primeiro elucida o fenômeno que está sob consideração, o Segundo aponta qual o significado que demos a ele e concluímos com a nossa interpretação o significado trazido.

A partir de cada interpretação que realizamos, confrontamos com artigos da literatura, dos quais nos embasaram para elaborar a discussão. Após concretizá-la, pudemos produzir o texto da conclusão, tendo como premissa transmitir informações concisas, coerentes e, o mais possível, fidedignas (MINAYO, 2012).

Essa fase de interpretação dos dados foi, sem dúvida, o momento que houve mais dificuldade ao longo da pesquisa, uma vez que tivemos que nos observar enquanto pesquisadores para não colocar como palavras dos sujeitos, as nossas. Por isso, procuramos realizar constantes reuniões de orientação para buscar não enviesar os dados. Sendo assim, essa dificuldade foi suprida com o apoio recebido.

Outra questão que devemos destacar foi que, apesar de todas as entrevistas serem transcritas, não foram utilizadas as 14 no capítulo de “resultados e discussão”, pois no momento que atingimos a décima primeira entrevista, obtivemos a saturação dos resultados da pesquisa. Esse ponto é atingido quando as informações adicionais passam a ser redundantes e reincidentes (TURATO, 2013). Sendo assim, no momento que o percebemos, optamos por não considerar os dados dos demais entrevistados nesse estudo.

#### 4.8 VALIDAÇÃO EXTERNA

Segundo Turato (2013), essa é uma fase em que ocorre a supervisão com o orientador da pesquisa, com discussões em grupos de pesquisa, apresentação e debate de resultados em eventos.

Para cuidar dessa preocupação, essa pesquisa passou por constantes supervisões com



o orientador, o projeto de pesquisa foi apresentado em dois seminários promovidos pela instituição e submetemos esse trabalho às bancas de qualificação e defesa do programa de mestrado profissional.

#### 4.9 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto que originou esse estudo foi submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar e aprovado sob o protocolo nº 10830012.7.0000.5504 (ANEXO C), parecer nº 198.378, no dia 18 de Fevereiro de 2013. Assim como, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, elaborado conforme resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

#### 4.10 DELIMITAÇÕES DESTA PESQUISA

Esse estudo foi realizado em um território de uma unidade de saúde da família do município de São Carlos-SP, de modo que as percepções analisadas podem não refletir as concepções de outros bairros ou de outras cidades, uma vez que existem outros processos de crenças particulares da região que o sujeito está inserido.

Além disso, as percepções são representações mutáveis a partir do tempo e das concepções sobre o processo saúde-doença. Por essa razão, esses achados podem ser válidos por um determinado prazo, devido à instabilidade dos processos que caracterizam a trajetória da ciência e da humanidade. Entretanto essas características não tiram o mérito da pesquisa, pois é um estudo que ajuda a compreender um fenômeno pouco estudado na odontologia.

Houve também uma limitação de percepção por faixa etária, uma vez que as idades avaliadas foram de 18 anos até 53 anos. Em virtude disso, não se pode afirmar que os achados desse estudo sejam os mesmos para crianças e idosos, pois esse público de pessoas não foi avaliado.

No quesito escolaridade, observamos que a maioria das pessoas entrevistadas estudou até o ensino médio. De certa forma, essa variável não influenciou significativamente nas respostas das pessoas. Entretanto, se os sujeitos da pesquisa pertencessem a algum outro grau de instrução poderia afetar no modo como as pessoas percebem os sentidos e os significados desse fenômeno.

Esse estudo por não ter envolvido outras características socioeconômicas se restringiu a avaliar apenas o quesito idade e escolaridade, caso tivesse sido incorporado outras variáveis, assim como o quesito raça-cor, a discussão poderia ter caminhado para um novo rumo.

Outro recorte é proveniente de que esse estudo tem como foco avaliar a percepção de pessoas que não são aderentes. Bem provável que, se houvesse uma abrangência para pessoas que são aderentes, os achados se mostrariam diferentes dos que foram apresentados nesse estudo. A opção por escolher não aderentes se deu por uma motivação pessoal, no qual me mobilizava mais compreender as razões que as pessoas não iam às consultas odontológicas ou negligenciavam seus autocuidados.

O fato das entrevistas terem sido feitas nas residências dos entrevistados se mostrou a conveniência deles, o que contribuiu para dar liberdade a eles sobre o que desejassem falar. Ainda mais que, sabendo que eles eram não aderentes, poderiam ter barreiras para irem à unidade de saúde. No entanto, existiram as interferências relacionadas ao lar deles, como, por exemplo, choro de criança, barulho de animais ou ainda falas pontuais da família assentindo com o entrevistado. Interferências essas que foram contornadas pelo pesquisador no momento da entrevista, porém não atrapalharam, nem prejudicaram o conteúdo das falas.

A escolha do método, a forma como o dado é interpretado, a análise do ponto de saturação são aspectos da pesquisa qualitativa que influenciam nos resultados, discussão e conclusão do trabalho. Por esse motivo são características que devem ser levadas em consideração na leitura do estudo.

Por fim, a relação estabelecida por mim e pelo entrevistado pode ter sido um aspecto relevante nessa pesquisa. Tendo em vista que o dado qualitativo é resultante dessa interação, ele pode ter sido influenciado por um contato prévio que eu tive com o sujeito no momento que eu o atendi ambulatorialmente. Sabendo disso, tomei os devidos cuidados para que isso não compromettesse os dados.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 A POPULAÇÃO DO ESTUDO

A partir da relação de sujeitos faltosos realizada pelos profissionais da Unidade de Saúde da Família Astolpho Luis do Prado, foi possível quantificar 45 pessoas. Destas, 31 pessoas foram excluídas, 09 por não terem faltado pelo menos três vezes sem justificativa ou desistido do tratamento, 01 por não estar em condição de saúde mental para realizar a entrevista, 08 por referirem não ter tempo livre para responder e 13 por não serem localizadas. Assim, foram entrevistadas as 14 pessoas restantes, uma vez que todas as incluídas assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Dessas entrevistas realizadas, todas as 14 foram transcritas, porém durante a fase de análise percebemos que os dados se repetiam, por isso determinamos o ponto de saturação na décima primeira. O que fez discutirmos os resultados de 09 pessoas do gênero feminino e 02 do gênero masculino.

No que se refere à idade, houve uma variação de 18 a 53 anos. O que demonstra que as percepções deles podem ser influenciadas pelo comportamento de jovens e adultos basicamente. Com relação à escolaridade, a média de anos de estudo oscilou entre àqueles que têm ensino fundamental incompleto e àqueles que possuem ensino médio completo. Segue o quadro que discrimina essas variáveis de que citei, (Quadro 1).

Quadro 1- Distribuição dos usuários não aderentes segundo sexo, idade e escolaridade

<b>Nº da Entrevista</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Escolaridade</b>
1.	Masculino	18	Ensino Médio Completo (pelo menos 11 anos de estudo completos)
2.	Feminino	21	Ensino Médio Completo (pelo menos 11 anos de estudo completos)
3.	Feminino	24	Ensino Médio Completo (pelo menos 11 anos de estudo completos)
4.	Feminino	25	Ensino Médio Completo (pelo menos 11 anos de estudo completos)
5.	Feminino	26	Ensino Médio Completo (pelo menos 11 anos de estudo completos)
6.	Feminino	27	Ensino Médio Completo (pelo menos 11 anos de estudo completos)
7.	Feminino	38	Ensino Médio Completo (pelo menos 11 anos de estudo completos)
8.	Feminino	39	Ensino Médio Completo (pelo menos 11 anos de estudo completos)
9.	Feminino	42	Ensino Fundamental Incompleto (menos de 08 anos de estudo completos)
10.	Feminino	43	Ensino Fundamental Incompleto (menos de 08 anos de estudo completos)
11.	Masculino	53	Ensino Médio Completo (pelo menos 11 anos de estudo completos)

## 5.2 A INTERPRETAÇÃO DOS RELATOS DOS USUÁRIOS DA USF ASTOLPHO SOBRE AS PRÁTICAS DE SAÚDE BUCAL

Após a leitura flutuante das entrevistas, iniciamos o processo de categorização e subcategorização. Destacamos fragmentos das falas originais dos usuários e as agrupamos de tal forma que estabelecemos um “corpus” a ser analisado. Essa organização nos permitiu elaborar três categorias: “A Saúde Bucal – Concepções”, “A Prática de Cuidar” e “Modelo de Atenção”. As duas últimas foram subcategorizadas, sendo “A Prática de Cuidar” dividida em cinco subcategorias (Educação em Saúde; Crenças; Valores; Rede de Apoio; Relação Profissional-Usuário) e “Modelo de Atenção” em quatro (Acesso; Organização; Interação e Tecnologia; Desconhecimento do Sistema).

### 5.2.1 A Saúde Bucal – Concepções

Encontrei a seguinte abordagem no relato da entrevistada de 25 anos:

“Uma boca boa... acho que sem tártaro, sem cárie, sem... branquinho, né [risada]. E agora, boca ruim é onde tem aquele excesso de tártaro, tem cárie, tem... falta dente na boca, né. Ai 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].”  
(Entrevista 04)

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 entra em contradição com seu próprio conceito a respeito, quando descreveu uma boca ruim como sendo aquela que tem as características que ela mesma tem em sua cavidade oral, mas, atribuiu-se numa condição intermediária ou razoável de saúde bucal. Quanto ao aspecto funcional ou estético, essa entrevistada não fez comentários. No entanto, pode-se supor que, pelas risadas ao longo da resposta, não leva a sério o suficiente as reflexões sobre saúde bucal. Em síntese podemos observar que essa mulher trata sua saúde bucal com certa negligência, talvez por ter uma concepção pouco qualificada sobre essa questão.

Segundo estudos da literatura, o comportamento das pessoas é condicionado pela concepção sobre saúde bucal, pelos valores culturais e experiências passadas no sistema de saúde. Dessa forma, uma grande parcela da população não frequenta os serviços odontológicos por não apresentar uma concepção da necessidade do tratamento odontológico. Consequentemente, esse pouco conhecimento sobre a importância da saúde bucal reflete na

baixa procura e adesão às práticas de cuidado (SILVA; ROSELL; VALSECKI JUNIOR, 2006; TREVISAN; PINTO, 2013). O mesmo comportamento dessa entrevistada.

A adoção de uma postura negligente, para muitas pessoas, não é visto como um problema. Esse entendimento pode estar associado a uma ideia de que ter doenças comocária é uma situação normal e esperada no decorrer da vida (CAVAZZOLA, 2011).

Com o propósito de falar mais sobre essa postura, cito a resposta da entrevistada 10 (mulher, de 21 anos) para a pergunta sobre quais os problemas de saúde que ela acha que tem:

“Problemas?...Exatamente quais tipos de problema? Descuidada ... só isso que eu tenho a dizer. Não sei. E agora?” (Entrevista 02)

Objetiva e diretamente ela demonstrou dificuldade em perceber de imediato a importância dos cuidados com a saúde bucal. Ao refletir sobre a saúde geral, trouxe à tona a ideia de saúde bucal, como algo que demanda cuidados que ela não tem. Esse achado permite supor que a concepção de importância da saúde bucal está em um nível secundário da noção geral de saúde; não aparece como prioridade. Talvez essa seja uma razão da negligência com a boca. A pessoa concebe que cuidar da boca é importante, porém, essa importância é relativamente pequena por não afetar seu cotidiano, portanto, não cuida conforme deveria.

A noção de qualidade de vida é eminentemente humana e tem sido aproximada ao grau de satisfação existencial. Trata-se de uma concepção individual, em que o contexto do sistema cultural e de valores que o sujeito vive é relacionado com seus objetivos, expectativas, normas e preocupações (HAIKAL et al., 2011; CUNHA et al., 2014). Diante disso, a ocorrência de doenças bucais pode afetar a qualidade de vida das pessoas, na medida em que exercem influência na saúde sistêmica e interferem na eficácia de atividades diárias (SANTILLO et al., 2013). Uma vez isso não acontecendo está justificada a negligência dessa mulher.

Essa fala reafirma a inferência realizada no estudo de Melo, Braga e Forte (2011), de que a baixa interferência da condição de saúde bucal na qualidade de vida dos usuários contribui para explicação do elevado índice de faltas nas consultas. Diante dessa realidade, ressalta-se a necessidade de sensibilizar os usuários sobre a responsabilização frente aos cuidados de saúde.

De forma semelhante concebe o entrevistado 11:

“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 tododia.” (Entrevista 11).

Para esse entrevistado, problema de saúde é quando o sujeito sente algum incomodo, como dor. Ele sente um desconforto na hora da escovação, inclusive ele procura identificar o motivo. Contudo, nenhuma queixa é relevante a ponto de fazê-lo procurar pelo cirurgião-dentista. Pode-se supor que o tratamento odontológico só se torna prioritário, quando os problemas de saúde produzem dor ou desconfortos não toleráveis. Essa ideia pressupõe que esse sujeito compreenda o tratamento apenas como práticas curativas, pelo menos no discurso dessa fala.

O impacto social das doenças bucais pode ser avaliado pelos seguintes indicadores subjetivos: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, psicológica e social e deficiência na realização de atividades cotidianas. Dos quais podem ser mensurados pela ferramenta *Oral Health Impact Profile* (OHIP) em estudos quantitativos (MIOTTO et al., 2012; ROSELL et al., 2013). Entretanto, nenhum desses impactos foi relevante para que ele procurasse o serviço odontológico.

Em estudos qualitativos, esses domínios são investigados pelo discurso dos sujeitos, podendo ser citadas dimensões como incomodo, dor, problemas com a aparência, dificuldade mastigatória, problemas com a fonética e limitação do convívio social (HAIKAL et al., 2011). O que também não aparece como um problema para o entrevistado.

A concepção do sujeito frente às doenças bucais pode ser descrita pela fala a seguir:

“...Acomodação, porque é uma coisa que ela não vai te prejudicar de uma hora para outra, ela vai te prejudicar aos poucos. Então, enquanto a pessoa tá ali vendo que a boca tá certa, o dente tá inteirinho, tá bonitinho, tá ...sempre vai deixar pro amanhã, o amanhã, o amanhã...até o dia que quebrar um pedaço, abrir um furo, aí saí correndo. Ai ele arruma tempo até de madrugada, mas ai ele vai.” (Entrevista 02)

As doenças bucais não complicam rapidamente, por esse motivo as pessoas postergam o momento de buscar ajuda profissional até sentirem incomodadas. Esse comportamento pode estar associado ao fato de que a vida das pessoas é repleta de atividades a serem cumpridas, por isso é necessária uma hierarquização para resolvê-las. Como a condição bucal não está como prioritária, é deixada para um segundo momento.

O comodismo, a falta de motivação e o hábito de procrastinar estão associados ao baixo valor que é atribuído à saúde bucal. Podem favorecer esses comportamentos a natureza das doenças da cavidade oral que não interfere na qualidade de vida do sujeito, o medo e o esquecimento da consulta agendada (MELO; BRAGA; FORTE, 2011; CABRAL; SANTOS; MOREIRA, 2013). Assim, como demonstrou essa entrevistada.

Esses comportamentos exigem a compreensão dos profissionais, para eles não julgarem os sujeitos e prejudicarem o vínculo estabelecido. No entanto, não inviabiliza que estimulem a superação deles, por intermédio de ações que tem o protagonismo dos sujeitos como ponto alvo (KANNO; BELLODI; TESS, 2012; LACERDA et al., 2014).

Ao questionar a entrevistada 03 sobre as razões que levam os sujeitos a não procurarem ou concluírem o tratamento odontológico, ela respondeu:

“... eu acho que é falta de vontade, mesmo. Porque tem muita gente que não tá nem aí, né, não tá nem aí. É que nem tem uma moça, [...] ela não tem um dente na boca. [...] o postinho tá ali para ela poder ir [...] marcar uma consulta. Se tiver que fazer uma dentadura, tenta conseguir de graça, ou mais barato, sei lá. Mas não vai atrás, e tem dinheiro. [...] Eu acho que é falta de interesse...” (Entrevista 03)

Para essa mulher de 24 anos, o modo como algumas pessoas se cuidam não corresponde com a sua concepção de cuidado. Pode-se dizer que ela não consegue compreender a escolha dos sujeitos em não buscar tratamento profissional, ao passo que considera ter recursos para o atendimento ser realizado. A luz desse entendimento, sugere-se que a forma como as pessoas se cuidam é uma questão da autonomia dos sujeitos.

Liberdade pode ser definida pela possibilidade que o sujeito tem de agir conforme suas vontades. É diferente do conceito de autonomia, que requer que a pessoa tenha capacidade de governar-se pelos próprios meios. Com respeito aos distintos significados, é preciso considerar a capacidade de o sujeito agir com autonomia (PRZENYCZKA et al, 2012). Uma vez que, as pessoas têm direito de serem livres e autônomas.

Sendo assim, ao considerar a autonomia do sujeito frente suas escolhas, o profissional pode problematizá-las, quando o sujeito for ao seu encontro. O que implica na produção de um processo de criação de vida, que só é factível pela diferenciação do virtual. Nessa perspectiva, o ambiente deve ser propício para experimentação e dispositivos de abertura a outras sensibilidades, ao invés de um cenário de subordinação e adestramento. Para isso, o direito de se criar, enunciar e gerir as decisões deve ser respeitado (FLORES; SOUZA, 2014).



A mesma entrevistada 03 ao falar de si aborda sobre suas próprias escolhas, que podem ser observadas pela seguinte fala:

“...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 coca, não faz nada, nem café ele bebe. Eu já faço as três coisas já fumo, bebo café e tomo coca. São as três coisas que acabam com o dente.” (Entrevista 03)

Para essa mulher, a referência de dentes saudáveis é aquela que mantém os dentes bonitos, branquinhos, fundamentada na aparência do esposo. Para alcançar uma saúde bucal assim, ela entende que a pessoa precisa ter certos hábitos que favoreçam a conservação dos dentes, os quais ela não segue nem demonstrou preocupação em seguir, concluindo por uma escolha em favor dos hábitos que ela mesma entende como não favoráveis à conservação dos dentes.

Ainda que haja a consciência da necessidade de modificar seus hábitos, a incorporação de hábitos saudáveis é difícil de acontecer por ser um costume adquirido há muito tempo e já presente na rotina diária das pessoas (CÂMARA et al., 2012). Sendo assim, o desejo pela mudança de hábitos alimentares dessa mulher pode existir, mas não ser aplicado.

Ayres (2004) fala sobre isso quando se refere que, nem todas as ações consideradas importantes para o bem-estar podem ser imediatamente traduzidas e operadas como conhecimento técnico. Se assistência à saúde não se resume a aplicação de técnicas, então não é um simples modo de fazer, mas sim uma decisão sobre quais opções podem e devem ser feitas. Esse entendimento faz com que os profissionais de saúde assumam uma postura de mediadores com os sujeitos, sobre quais as possibilidades que ambos devem querer; ser e fazer. Logo, a intervenção técnica tem que se articular com outros aspectos tecnológicos, para não se restringir a arte de assistir apenas à criação e manipulação de “objetos”.

A entrevistada 05 trouxe outra forma de conceber a saúde bucal – pela estética, ao relatar que:

“...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 to pensando no implante, porque é horrível, fica feio a boca...” (Entrevista 5)

Essa mulher procura restabelecer sua perda dentária, antes mesmo disso acontecer. Seu estímulo, baseado nesta fala, é estético, porque sua condição bucal “fica feia”. Por essa razão, pode-se supor que a imagem negativa dessa boca faz com que ela se mobilize para buscar

tratamento reabilitador protético. Além disso, ela menciona que as pessoas de antigamente não se importavam em perder os dentes. Essa fala sugere que houve uma mudança de comportamento das pessoas, que antes estavam conformadas com a perda dos dentes e hoje, não.

Na situação descrita, o impacto da estética, muitas vezes, torna-se maior do que a função mastigatória. Isso porque, o sujeito pode se perceber descaracterizado na face. O que os torna estigmatizados (GOURSAND; ROCHA; ALMEIDA, 2014).

Diante do exposto, vale destacar que, a concepção sobre os aspectos estéticos influencia a tomada de decisão desses sujeitos sobre sua necessidade de tratamento. Portanto, ela vai depender do caráter subjetivo que varia de indivíduo para indivíduo e também do contexto histórico e socioeconômico que o mesmo está inserido (MARTINS; BARRETO; PORDEUS, 2008; JAHNKE et al., 2013).

O valor estético também se faz presente, quando o jovem, de 18 anos, responde à pergunta sobre quais problemas de saúde ele acredita ter:

“Relativo à saúde bucal? Qualquer... Eu acho que só acne, só. Eu faço um tratamento que, eu acho que tá muito extenso pro que deveria ser pro padrão, sabe. Eu tive um amigo que se tratou dois anos e eu acho que eu to uns 5 ou 6anos me tratando ainda.” (Entrevista 1)

Esse jovem considera que seu problema de saúde é apenas a acne. Procura tratamento para resolvê-la, mas o que acaba lhe preocupando é o tempo de tratamento, devido à comparação que faz com o seu amigo. Essa resposta permite visualizar que a acne é um problema para ele, provavelmente por se tratar de uma doença que compromete a estética e tem valor relacional com o grupo, tendo em vista que se trata de um adolescente. Isso sugere que sua condição bucal, no momento, não está interferindo em sua aparência, nem em suas relações sociais. Por isso, ele não busca por alternativas de cuidado que não correspondam às que ele já faz para si. Dessa forma, sua negligência em saúde bucal se identifica pelo conflito de entendimento do processo de cuidado, que para os profissionais está além do que é identificado pelo sujeito.

Nessa idade, as pessoas são mais sensíveis aos impactos referentes à concepção da aparência, do que indivíduos adultos. Porém, o desejo pela estética não significa apenas vaidade própria dessa fase, mas sim uma necessidade social. Uma vez que, a aparência interfere nas

interações desses sujeitos e na autoestima (SOUZA et al., 2012; PERES et al., 2013).

Com relação ao que esse entrevistado acredita ser uma boca boa e ruim, relata:

“Hum...uma boca boa...assim, nos termos técnicos tipo os dentes alinhados, uma gengiva saudável, né, sem presença de muita placa bacteriana, né, e tal. Uma boca ruim é o contrário disso, é aquela gengiva mais amolecida, né, avermelhada, né, que é, como que fala, inflamada, né. E os dentes amareladossem muito esmalte também.” (Entrevista 1)

Ele associa saúde bucal de acordo com um padrão de dentes alinhados, gengiva saudável, sem placa, sem presença de inflamação. Assim, quando a condição bucal destoa desse padrão é porque precisa de tratamento. Ele tem uma noção da importância não só de aparência, em termos de saúde bucal, mas funcional também. Contudo, uma noção provavelmente vinda de fora, talvez distante da sua experiência existencial ou cultural. Seu relato apresenta pontos interessantes para serem avaliados no âmbito de educação em saúde, dos quais fizemos nos questionar se essa compreensão significa um avanço do que seria os cuidados em saúde bucal ou é apenas uma reprodução de um discurso hegemônico.

Segundo Oliveira, M.F. (2012), os programas de motivação e educação em saúde são capazes de despertar interesse pela manutenção da saúde, desenvolvendo nas pessoas consciência crítica das reais causas dos problemas. Por ser um instrumento de transformação social, contribui para a reformulação de hábitos e a aceitação de novos valores. No entanto, por haver inúmeros métodos para serem trabalhados com os sujeitos, faz-se necessário avaliar o quanto eles são eficazes. No estudo desses autores, os resultados demonstraram que as estratégias utilizadas aumentaram o conhecimento em saúde bucal e melhoraram a adesão aos cuidados odontológicos. Resposta diferente desse entrevistado, que mesmo apresentando uma concepção de saúde bucal mais elaborada não foi aderente ao tratamento. Fato que nos fez refletir sobre quais métodos de aprendizagem são mais apropriados para serem usados nessas situações.

A entrevistada 09, mulher de 42 anos, apresenta outra concepção de saúde bucal:

“... Eu não fui, coitada, hum...porque a doutora ah..ela é dentista faz anos, né, e ela sabia que eu fumava e eu não coloquei no questionário que ela me deu que eu fumava, porque eu não faço questão de falar, porque isso não faz bem para ninguém, a gente sabe, né. Nem para quem fuma, nem para quem tá perto. (Se bem que eu não fumo perto de ninguém, pra já não ) (Tom mais baixo). E foi isso, que eu não fui. Eu falei, coitada, ela vai descobrir que eu fumo, porque o dente amarela, mancha, né. E...ai eu acabei não indo, uma vez ” (Entrevista 09)

O hábito de fumar cigarro é algo que ela não se orgulha. Ela sabe que não é o recomendado para sua saúde, no entanto não consegue deixar de fazê-lo. Entre as outras pessoas, ela consegue esconder, no entanto compreende que sua omissão não passará despercebida pelo cirurgião-dentista. Diante da sua própria desaprovação e também da sociedade pelo seu vício por cigarros, seu hábito passa a representar um estigma social. Nessa perspectiva, pode-se sugerir que apresenta receio do julgamento do profissional, quando o mesmo for avaliá-la clinicamente.

É sabido que o tabagismo está associado às doenças da cavidade oral, como câncer de boca, abscessos ou periodontopatias. Em virtude disso, os cirurgiões-dentistas têm como premissa recomendar a cessação do hábito. Entretanto, embora muitos fumantes tenham a intenção de abandonar o tabaco, nem sempre conseguem devido à dependência (CINI; FLORES; PANUTTI, 2012). Como ocorre com essa mulher.

Para modificar esse comportamento, os profissionais tem se utilizado de estratégias, das quais podem se mostrar efetivas ou gerar a estigmatização do fumante. Nesse sentido, é compreensível que os sujeitos ao perceberem o estigma tendam a manter em segredo seu hábito e se sintam inibidos de procurar a ajuda profissional (SMITH; LEGATT, 2014). Mesmo comportamento da entrevistada.

A entrevistada 05, de 26 anos, relatou o seguinte:

“... uma boca boa, né, seja bem cuidada pelo paciente e que o paciente seja orientado, assim, pelo profissional da área, que exista um cuidado não só de solução, mas de precaução também, né, porque na minha infância eu não tive isso...” (Entrevista 05)

Nesse caso, a concepção de saúde bucal foi vinculada à adoção de medidas de cuidado profilático, terapêutico e longitudinal articulado entre profissional e sujeito com necessidades de saúde.

A concepção desta entrevistada vai ao encontro dos princípios do SUS de: tomada de decisões compartilhadas entre profissional e pessoa sob cuidado, que considera o conhecimento sobre saúde e a autonomia dessa pessoa; e de longitudinalidade e integralidade no sentido de que a saúde bucal deve ser observada desde a infância e precisa de atenção preventiva e curativa.

Em seguida, cito o comentário dessa mulher de 39 anos, que abordou sobre bons hábitos de higiene bucal:

“...To mantendo, assim escovando mais, passando fio dental, que antes eu não fazia com frequência e ...tento assim não ficar com um intervalo muito grande sem escovar. Eu acho que não tá ainda com aquela boca assim, mas melhorou bem do que era. Eu acho. Eu to cuidando bem melhor.” (Entrevista 8)

A participação do sujeito no cuidado exige sua dedicação. No caso desta entrevistada, ela tem construído sua motivação pelo próprio efeito da sua dedicação ao perceber que isso melhorou seu estado de saúde bucal.

Comparando as duas últimas entrevistadas, observa-se que a primeira valorizou muito a intervenção do dentista, ainda que tenha se colocado como participante pelo compartilhamento do cuidado. A segunda entrevistada já assumiu para si essa responsabilidade pela saúde bucal.

A participação do usuário nas tomadas de decisão do seu processo terapêutico que determina sua adesão às práticas de cuidado. Embora o dentista possa estimular a participação do sujeito sobre sua saúde bucal, a aceitação da proposta de conservar os dentes vai depender da visão que o usuário tem sobre o futuro de sua dentição. Sendo assim, faz-se necessário estimular estratégias de problematizar os limites e as potencialidades das escolhas, para obter-se, ao final, uma tomada de decisão compartilhada e corresponsável entre usuário e profissional (LONGHI; CRACO; PALHA, 2013; SCHIMIDT et al., 2014).

Em síntese dessa categoria, pode-se afirmar que a negligência com o cuidado em saúde bucal se estabeleceu por concepções pouco qualificadas sobre saúde bucal; não dar a devida importância para a condição oral, por não afetar a qualidade de vida; valorização do tratamento assistencial nos casos de incômodos não toleráveis; por características das doenças bucais que influenciam no comportamento de comodismo, falta de motivação e no hábito de procrastinar; por compreensões distintas sobre o modo de operacionalizar o cuidado em saúde bucal; pela complexidade de articular desejos, deveres, possibilidades e fazer. Além dessas dimensões, os sujeitos atribuíram à condição bucal valores estéticos, funcionais, relacionais e de estigma social. Por fim, mostraram a imagem de um cuidado integral da atenção em saúde bucal ainda em construção.

## 5.2.2 A Prática de Cuidar

### 5.2.2.1 Educação em saúde

Os cuidados com a saúde bucal foram relatados da seguinte maneira pela entrevistada 05 (mulher, 26 anos):

“...eu sempre cuidei muito mal mesmo, né, então, assim, eu acho que por falta de informação também dos meus pais que sempre me orientaram a só escovar antes de dormir, né. Fio dental eu só fui conhecer com 12 ou 13 anos, então, eu já tinha um bom estrago, né. Quando eu comecei a fazer o tratamento eu já tinha perda total de um dente e, assim, em decorrente eu acho que foram três extrações, assim. Foi mal cuidado mesmo. Tem uma que tá, mas não pode mexer, né, durante a gestação e tem mais um que precisa.” (Entrevista 05)

Ela compreende que foi a responsável pelo descuido que acarretou nos agravos de sua cavidade oral. No entanto, considera que o mesmo foi proveniente das orientações inadequadas que recebeu no decorrer de sua vida. Pode-se supor que, uma das possíveis razões para que os sujeitos não tenham como valores sociais os hábitos de cuidado odontológico é porque não receberam estímulos para isso de sua rede social.

A família pode ser considerada o primeiro núcleo social de inserção dos indivíduos e como o ambiente fundamental para o desenvolvimento humano. Por essa característica, ela representa um elemento importante tanto na determinação de doenças bucais, como também no processo de modificação de hábitos ou comportamentos (CÂMARA et al., 2012; ALMEIDA; VIANA, 2013). Conforme demonstrado pela própria entrevistada.

Esse aspecto demonstra que, a participação da família e de pessoas significativas do sujeito para o cuidado pode influenciar a adesão. Quando há divergência de opiniões com as recomendações de saúde, pode dificultá-la. Do contrário, pode favorecer comportamentos promotores e/ou protetores de saúde (GOMES VILLAS-BOAS et al., 2012).

### 5.2.2.2 Crenças

Algumas crenças populares podem retardar a busca pelo tratamento odontológico, como é o caso da fala da entrevistada 08 (mulher, 39 anos).

“O meu marido trincou um dente, ai ficou acho que uns dois anos com odente daquele jeito. Ai o ano passado, ele foi comer um peixe e um espinho parece que pegou no lugar e começou a doer. Ai ele começou a pingar dipirona do dente. Tanto é que ele foi um bom tempo assim, até que ele começou a sentir que essa parte aqui

do maxilar tava começando a ficar enxada e dolorida. Ai ele procurou um dentista, porque já tava naquele caso extremo.” (Entrevista 08)

Esse sujeito crê que a ação tópica da dipirona sobre o dente vai aliviar sua dor, de forma que usou esse recurso até sua situação se agravar. Nesse momento, optou por procurar ajuda profissional. Esse sujeito enfrentou o seu sofrimento, mediante a crença de uma estratégia popular, no entanto reconheceu o limite dessa alternativa e mudou sua escolha, buscando os cuidados odontológicos ofertados pelo dentista. Pode-se inferir que se sua condição bucal não piorasse, ele provavelmente adiaria por mais tempo o tratamento dentário. Portanto, os recursos populares se não adequadamente aplicados podem atuar como potenciais barreiras para adesão terapêutica.

Segundo Nogueira et al. (2012), a busca tardia pelo tratamento odontológico está relacionada a interferência das crenças e dos mitos. A consequência desse comportamento é o aumento da severidade das doenças bucais, que implica em maiores riscos para a vida.

Diante de credices e mitos, os profissionais devem compreender e valorizar, pois são representações de uma sistematização de conhecimentos que vão se acumulando ao longo de várias gerações. Contudo, com respeito e diálogo, eles devem identificar e apontar aquelas que se tem conhecimento dos malefícios causados à população. Nessa perspectiva, propõe-se que as práticas de educação em saúde sejam construídas com a participação popular no seu cotidiano, deixando de ser apenas ofertas pontuais dos serviços para ser algo inerente às práticas de cuidado (GOMES; MERHY, 2011). Dessa forma, podem favorecer a adesão.

A crença de que o tratamento odontológico pode prejudicar a gravidez foi constatada pela entrevistada 05:

“É por que talvez, ... no meu caso mesmo, foi por eu ter esse problema, eu não podia fazer o tratamento, porque eu estava grávida, mas não a parte do tratamento dentário, é que foi tanta a falta de informação, que na época eu tinha que fazer um raio x, eu fiquei morrendo de medo, eu tinha medo que prejudicasse a gravidez, então, eu sabia que não, mas no meu caso mesmo, é que porque eu tenho o transtorno obsessivo compulsivo e ele gerava crise de pânico, assim, em mim. Então, não adiantava enfrentar, o medo era grande e eu me controlava, então eu imaginava que alguma coisa ruim iria acontecer. Porque o meu não é tanto mania de trancar a porta três vezes, essas coisas, o meu são mais os pensamentos ruins mesmo. Então, se eu for vai acontecer, então eu não vou mais.” (Entrevista 05)

A crença dessa mulher de 26 anos está no fato de que o aparelho de raios-X irá prejudicar a formação do bebê. Esse medo é acentuado por suas condições de saúde, o que a leva a abandonar o tratamento odontológico. Nessa situação, essa mulher sente um medo tão

intenso de que algo possa atrapalhar sua gestação, que se recusa a tratar, por mais que já lhe foi dito que é prejudicial. Passa a ser um medo fora de seu controle, no qual não permite seu enfrentamento.

O período da gestação é um momento de preservar a vida tanto da mãe, quanto do bebê. Isso faz com que as mães se sintam com uma grande responsabilidade em gerarriscos para a criança. Por essa razão, é uma fase de receptividade às orientações dos profissionais. Contudo, ainda que elas considerem importantes essas recomendações e elas exerçam influência sobre suas práticas de cuidado, suas concepções culturais podem ter mais força. O que constata a importância do envolvimento do profissional sobre o meio cultural que a gestante está inserida (SANFELICE et al., 2013).

Em virtude dessa visão, as gestantes podem ter a crença de restrições ao tratamento odontológico nesse período, por sentirem insegurança de que algum tipo de procedimento pode prejudicar o bebê. As intervenções que mais as amedrontam são risco de anestésias, uso de raios-X e risco de exodontias causarem hemorragias (TREVISAN; PINTO, 2013).

Figueira et al. (2013) demonstram em seu estudo que, a confiança no conhecimento e nas recomendações dos profissionais de saúde são capazes de influenciar as decisões da gestante. Pois, podem (re)significar a crença de que o tratamento odontológico é contraindicado durante esse período, estimulando a sua busca.

Nesse caso ainda, existem os problemas mentais dessa mulher que aumentam a proporção desse medo que ela sente. Uma vez que, suscitam ideias, pensamentos ou imagens de forma repetida e persistente, provocando-lhe ansiedade frente ao tratamento odontológico (OLIVEIRA, A.G., 2012).

### 5.2.2.3 Valores

A entrevistada 02 (mulher de 21 anos) também retrata o medo relacionado à odontologia:

“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 saía 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.”  
(Entrevista 02)

As experiências odontológicas para essa jovem representam sofrimento, pois envolveram dor e anestesia. Para não reviver essas sensações, ela se recusa a voltar ao dentista. Apesar de saber que os tratamentos são diferentes, bem como a atuação dos profissionais. Pode-se inferir que a não adesão dessa entrevistada aos cuidados ambulatoriais está diretamente associada ao medo que sente do tratamento. Sendo que, esse medo fica ainda mais difícil de ser superado, pois não confia no profissional que lhe atende.

O medo é caracterizado por uma percepção de perigo a uma ameaça presente ou imaginária, no qual faz o organismo a reagir com alterações fisiológicas, comportamentais, motoras ou cognitivas. Essas reações e respostas individuais são causadas por fatores emocionais ou dor em situações de estresse agudo, por isso podem propiciar um ímpeto de fugir desse perigo iminente. É um conceito diferente de ansiedade, que é referida como uma emoção existencial ligada à incerteza de algo pode ou não dar certo. Embora sejam sensações relacionadas, o medo leva o sujeito a reagir, enquanto a ansiedade aumenta a receptividade sensorial (TORNELLI, 2011).

#### 5.2.2.4 Rede de apoio

No ambiente odontológico, esse medo pode ser representado pela fala da entrevistada 05:

“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...” (Entrevista 05)

Ela possuía uma imagem negativa da odontologia pela visão de outras pessoas, o que contribuiu para ela ter medo do desconhecido, dos motores ou de sentir dor. No caso dessa mulher, sua vivência modificou sua percepção de medo do tratamento odontológico, porém demonstra o quanto ainda é uma imagem que reflete no imaginário coletivo de sua rede de relacionamentos.

A ansiedade e o medo podem ser desencadeados pela imaginação que preenche desconhecimentos, pelo estranhamento do lugar, por ideias pré-concebidas ou experiências concretas anteriores, pelo aguardo da dor, pelo medo, por luzes brilhantes, barulhos altos ou

por movimentos bruscos. Diante da multiplicidade de variáveis envolvidas, ofertar conforto e segurança ao usuário em procedimentos estressantes tem se mostrado uma importante ferramenta para diminuir o impacto dessas emoções (ZANETTI et al., 2001; TORNELLI, 2011). Como foi percebido por essa entrevistada.

Além dessa estratégia, essa imagem negativa pode ser revertida com um planejamento com ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, incluindo a rede social de apoio e pelo bom relacionamento entre profissional-usuário. Tais ações podem contribuir para melhorar a adesão ao autocuidado com a saúde bucal e à procura regular por atenção odontológica (CAVALCANTE; MATOS; CABRAL, 2014).

A entrevistada 04, mulher de 25anos, mostra o quanto a maturidade da personalidade pode influenciar na adesão, quando responde sobre o que acha de suaboca e dentes:

“(...) tem muita coisa para fazer, né, tem que arrancar, tem que obturar, tem que fazer um monte de coisa e o meu trauma, você já viu, né, você conhece [risada]. Então, eu acho que meu único problema maior que eu tenho mesmo é com esse trauma meu. (...) (Trauma:) Minha mãe diz que quando eu tinha 4 anos, (...) eu tive aquela cárie de mamadeira, aí eu fui numa dentista e parece que ela não foi tão delicada quanto era para ser, aí eu peguei trauma, nunca mais fui no dentista, ela tratou tudo, (...) Fui voltar (...) quando eu tinha 12 anos, que eu coloquei aparelho, mas, aí, eu não tinha nenhum problema com tártaro, com cárie, nada. Era só mais, para arrumar, mesmo, os dentes. Aí, eu coloquei aparelho, acho que fiquei uns 2 anos e pouco, depois era para usar o móvel, incomodava, eu não usei mais também. Ai, eu não fui mais, parei o tratamento também, (...) Ai, depois da minha gravidez, com 16 anos, que eu precisei voltar, [...] voltaram as dores, daí eu fui ver, quebrou toda a parte do dente de trás, e aí, com aquela dor que eu tinha, também não fui, não fui, fui deixando, aí onde virou aquela gengivite, aquela coisa horrível, e aí voltei agora. Eu acho, que faz uns dois anos que eu to tentando tratar, mas também não consigo. Porque vou pelo postinho, e demora muito, né. Aí é onde eu vou parar, vou e paro, aí eu nunca consigo terminar o tratamento.” (Entrevista 04)

Essa jovem de 25 anos relata suas dificuldades com o serviço odontológico de forma longitudinal, quando menciona suas experiências desde a infância até os dias atuais. Compreende que sua falta de adesão está relacionada à vivência traumática e também aos aspectos organizacionais da unidade de saúde. Pode-se supor que sua negligência aos cuidados bucais está relacionada à imaturidade de sua personalidade, embora ela aponte para outras razões. A impressão que tive foi que sua experiência traumática e a falta de acesso foram argumentos que ela usou para justificar suas ausências ao dentista. Pois, o trauma não era uma recordação viva (sua mãe que lhe contou), enfrentou o tratamento odontológico em outras ocasiões, tolerou a dor de um dente, recorrendo ao profissional por um aspecto mais estético do que funcional. Por esses elementos apresentados, supus que é uma pessoa que não

conhece tão profundamente a si, seus limites, para afirmar com convicção os reais motivos de sua não adesão à terapêutica.

A maturidade não se dá pela idade cronológica, mas sim por um processo que envolve possibilidades e disposições do sujeito no campo fisiológico, psicológico, ontológico e de suas virtudes. Necessita de autoconhecimento e reflexão de atitudes e escolhas, encontrando a medida entre o ideal e real. Ou seja, é aquela pessoa que encontra saídas para seus problemas na hora certa. Enquanto, uma pessoa imatura é aquela que pode apresentar comportamentos de dissimulação, esquiva, teatro ou defesa. Tenta enganar os outros, sem compreender que só está se enganando (PEREIRA;GOMES, 2014). Comportamentos dos quais podem ser percebidos por essa entrevistada.

O desenvolvimento de uma personalidade madura requer esforços individuais para reconhecer sua essência. Uma pessoa com pouco conhecimento sobre si deixa levar-se por qualquer ideal, pois o que deseja está longe de seu real. Assim, interessa-se por bens momentâneos, que sejam prazerosos, mas não adotam uma postura de responsabilidade e virtuosa. A vida, por sua vez, oferece oportunidades para o sujeito crescer em maturidade, que estimula o sujeito a aprender ser responsável com suas experiências (GONÇALVES; LAMELA; BASTOS, 2013; PEREIRA; GOMES, 2014). Como foi o exemplo da urgência odontológica dessa jovem.

Sendo assim, a ideia que está em pauta se refere a um movimento dialético do sujeito com ele mesmo e com o mundo. No qual, ocorrem escolhas frente às dificuldades lhe impostas, que podem resultar em abandono ou enfrentamento. Nessa direção, o caminho do ser humano é traçado pelo ato libertário do homem, que se encontra em contínua conversão e criação (ALBERNAZ, 2014).

#### 5.2.2.5 Relação profissional-usuário

No enfrentamento do tratamento, pode-se deparar com entraves na continuidade do cuidado, como demonstra a entrevistada 02:

“...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.”  
(Entrevista 02)

Essa jovem entende que o aspecto relacional entre o usuário e o profissional é importante para o enfrentamento do tratamento odontológico. De forma que, o fato dela não conhecer os profissionais do serviço especializado dificulta sua continuidade do cuidado. 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. Contudo, a organização do sistema de saúde pode agir como um limitante, uma vez que pode dificultar a integralidade do cuidado, porque os sujeitos não apresentam vínculo com os profissionais do CEO.

O vínculo pode ser considerado uma ferramenta que agencia as trocas de saberes entre o técnico e o popular, convergindo-os para a viabilização do ato terapêutico. O mesmo é construído a cada encontro, a partir das negociações terapêuticas, do diálogo franco, da assunção de responsabilidades e pela resolução das queixas e necessidades (SANTOS et al., 2008; BARROS; BOTAZZO, 2011; VIEGAS; PENNA, 2012).

Dificuldades na construção desse vínculo ou falhas de acolhimento em outros níveis de atenção comprometem a satisfação dos sujeitos pela assistência à saúde. De forma que, desqualifica uma rede de atenção em saúde que objetiva a integralidade do cuidado (STORINO; SOUZA; SILVA, 2013).

Com relação à postura dos profissionais, a entrevistada 03, mulher de 24 anos, fala o seguinte:

“(...)Ah! Meus dentes eu não gosto muito. Porque... eu fiquei, o quê...Vai fazer 10 anos que eu to 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 coca, aí mancha os dentes, quebra a pecinha, aí eles me xingam, brigam comigo, então eu acabo sempre interrompendo um casamento, evoltando em outro dentista, e, assim, por diante(...)” (Entrevista 03)

Essa mulher compreende que a relação com um dentista deve ser uma parceria entre profissional e usuário. Porém, ela expressa que seguir uma dieta saudável é um limite, no qual não consegue abdicar. Em razão desse comportamento, é repreendida, levando-a a abandonar o tratamento e trocar de profissional. Essa atitude me induz a pensar que a prática do dentista não foi centrada no sujeito, em que a gestão do cuidado é corresponsável. Foi uma conduta em que a responsabilidade pelo tratamento recaiu mais sobre o usuário, sugerindo um sentimento de culpa do sujeito sobre sua condição bucal. Portanto, sugere que

uma lógica de conceito de aderência, ao invés de adesão.

O baixo envolvimento dos profissionais nos processos terapêuticos está relacionado à visão de um cuidado normativo, voltado apenas para parâmetros biomédicos. Em que os usuários precisam obedecer às recomendações dos profissionais, adotando um comportamento que coincide com as orientações. Essa postura não valoriza a escuta da vivência do sujeito na construção do plano de cuidados, de forma que passa a prejudicar a participação do usuário (FERREIRA; FAVORETO, 2011; LONGHI; CRACO; PALHA, 2013).

Além disso, o medo de ser repreendido pelo profissional afasta o sujeito do consultório, quando sente vergonha da condição bucal que apresenta. Esse comportamento revela ainda a distância existente entre usuário e dentista (TREVISAN; PINTO, 2013).

Outra questão foi identificada pela entrevistada 06, mulher de 27 anos:

“(...)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 (...)” (Entrevista 06)

A pontualidade dos profissionais na hora do atendimento simbolizou um dos fatores para sua satisfação pelo serviço de saúde bucal. Dessa forma, pode-se dizer que as pessoas preferem ser atendidas por profissionais que respeitam o pacto de horário. Sendo este, um elemento importante para adesão ao tratamento odontológico.

O atraso no atendimento gera um profundo descontentamento dos usuários. Essa atitude pode culminar para um sentimento de aversão ao tratamento. Embora essa falha possa ser desconsiderada facilmente, a recorrência deve ser evitada. Pois, pode comprometer a imagem positiva sobre o tratamento e a própria empatia que o sujeito sente pelo profissional (ALMEIDA et al., 2014).

O desrespeito com os pactos estabelecidos previamente pode ameaçar a relação construída e comprometer o vínculo de corresponsabilização pela saúde dos usuários. De forma que, passam a constituir como uma barreira para o exercício da ação de cuidar. Como o intuito é promover a participação ativa do sujeito no processo de decisão, recomenda-se uma postura ética dos profissionais pautadas na humanização e na busca por um modelo de cogestão embasado no compromisso do profissional e usuário (LIMA et al., 2014).

Diante do que foi apresentado nesse estudo, pode-se dizer que os aspectos relacionados à adesão terapêutica foram: não ter hábitos de cuidado odontológico como valores sociais transmitidos pela rede de relacionamentos do sujeito; falta de aplicação adequada de recursos populares; medo proveniente da crença de que o tratamento odontológico pode prejudicar a vida; medo do tratamento odontológico por considerar o mesmo como sinônimo de sofrimento; medo da imagem negativa da odontologia presente no imaginário coletivo da população; imaturidade da personalidade humana para enfrentar suas experiências odontológicas; falta de vínculo com os profissionais de odontologia das unidades básicas; falta de vínculo com os profissionais de saúde bucal dos centros de especialidades odontológicas, prejudicando a integralidade do cuidado; abordagem dos dentistas sem ser centrada na clínica do sujeito e problemas na postura ética dos profissionais interferindo na qualidade das relações com os usuários.

### **5.2.3 Modelo de atenção**

#### **5.2.3.1 Acesso**

As Entrevistadas a seguir nos mostram o avanço do acesso à odontologia, ao mencionarem:

“(...) se você tinha problema de dente, de dor, você não tinha tratamento lá, você tinha que arrancar. Tanto que eu tenho vários dentes que não existem na minha boca, porque teve que ser arrancado por causa de dor, essas coisas. Não existia tratamento de canal. Se existia a gente não tinha possibilidade de pagar. Então, era um conjunto de coisas. Então a gente arrancava, né, para se livrar da dor, pra se livrar do dente...” (Entrevista 09)

A dor de dente sentida por essa mulher, de 42 anos, fez com que procurasse por atendimento odontológico. Nessa época, não havia acesso a tratamentos de canais pelo serviço público, apenas era um procedimento realizado nos consultórios particulares. Por não ter condições financeiras para custeá-lo, a possibilidade para aliviar sua dor era a extração dentária. Essa fala retrata um contexto em que o acesso a tratamentos odontológicos pelo serviço público era incipiente. De forma que, a maior parte da população que não tinha como pagar por dentista ficava sem assistência. Por esse motivo, a condição bucal das pessoas se agravava, culminando para procedimentos como a exodontia. Em contrapartida, hoje, compreende que o serviço odontológico público ampliou com a inclusão de procedimentos de especialidades, como o tratamento endodôntico.

Frazão e Narvai (2008) concordam com essa entrevistada quando referem que a falta de acesso ao tratamento odontológico era uma realidade vivida por muitos brasileiros. No qual, o modelo de atenção era eficiente para quem podia pagar e para os demais a alternativa era a extração dos dentes. Segundo os autores, esse processo social transformou o edentulismo como um traço cultural, em que a população passou a crer que a perda dentária era algo natural e inevitável.

No que se refere ao avanço das práticas odontológicas no sistema público, Antunes e Narvai (2010) atribuem à incorporação das equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família e a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), como impulsos para o aumento da oferta de atendimentos odontológicos pelo SUS. Entendimento que também é possível de ser conferido pela fala da entrevistada<sup>10</sup>, descrita abaixo:

“... mas... Agora não, agora cê tem mais recurso. Todo... a maioria, todos os posto tem o seu dentista...” (Entrevista 10)

Expressa que atualmente o acesso ao tratamento odontológico está melhor, porque tem mais dentistas na rede pública.

O recorte da entrevistada 04 (mulher, 25 anos) se fundamentou no acesso das práticas dos dentistas no âmbito escolar:

“...na escola tinha aquele tratamento de flúor, né, que eles faziam a escovação e passavam o flúor, [...] Hoje, eu sei que tem nas escolas dos meus filhos, eu vejo, que tem lá a salinha dos dentistas, com tudo montado, sabe. Eu sei que a orientação de hoje é bem melhor que a de antigamente. Antigamente, [...] não tinha nada, assim de mais firme, sabe. Hoje tá bem melhor, se tem uma manchinha preta, eles já chamam, sabe, para procurar saber o que é, já fica mais em cima. Agora, antigamente, não.” (Entrevista 04)

Essa jovem relata que, na sua infância, tinha acesso às ações coletivas, mas não as práticas curativas. Diferentemente da escola dos seus filhos, que possui tanto ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, quanto de ações de cuidado ambulatoriais na própria escola. Por essa razão, considera que hoje as práticas odontológicas estão melhores do que no passado. Pode-se supor que essa entrevistada notou uma melhora do acesso ao tratamento odontológico e da integralidade do cuidado, ao comparar as duas realidades. Uma vez que, percebe que a intervenção precoce do dentista evita a progressão de doenças bucais.

O tratamento ambulatorial na própria escola é uma característica do sistema incremental, programa escolar que visava eliminar as necessidades de tratamento e depois

manter a condição bucal por práticas preventivas. Não foi considerada uma assistência eficaz, pois resultou em um modelo excludente e sem enfoque epidemiológico (NARVAI, 2006; VIEIRA et al., 2013). Ainda que na visão dos autores, o acesso às práticas curativas nas escolas não foi considerado apropriado, a percepção dessa entrevistada se mostra ao contrário, pois avaliou que seus filhos possuem um melhor acesso ao tratamento odontológico.

Atualmente, o programa de saúde nas escolas (PSE) se baseia em ações de promoção de saúde e prevenção de doença. Em que a equipe de saúde bucal fica responsável por levantar as necessidades de saúde, realizar agendamentos para as intervenções necessárias de acordo com a capacidade clínica instalada da rede de serviços odontológicos; desenvolver ações coletivas e inserir ações de promoção de saúde no projeto político e pedagógico das escolas (BRASIL, 2009a). A jovem em questão aprecia essa sensibilidade dos dentistas para evitar o agravamento das doenças bucais, embora ela mostre dar mais valor às práticas curativas do que às ações coletivas.

Apesar dos relatos que houve a ampliação no acesso aos tratamentos odontológicos, a dificuldade ainda é percebida pela entrevistada 04, mulher de 25 anos:

“... E a demora também. Esses tempos atrás, me ligaram para ir fazer particular, numa clínica dessas novas, e era uma vez por semana. Ai compensa, né, porque não tem como falhar. Você vai toda semana. Agora, nopoquinho, eu fui, ai agora no começo do ano eu fui para marcar, elas nem me viram, já marcaram para março. Eu fui no começo de janeiro, lá para o dia 10, 15 de janeiro. Daí marcou para março. Você acaba desanimando. Acho que, por isso que o pessoal dá aquela afastada, porque demora muito, né...” (Entrevista 04)

A falta de disponibilidade de vagas para o agendamento no serviço ou os longos períodos de retorno desmotivam as pessoas a buscar ou continuar o tratamento odontológico. Dessa forma, o momento de marcação de consultas pode representar uma barreira para os sujeitos que tem intenção de se tratar. O que pode levar à faltas ou desistências, que podem contribuir para um aumento da demanda reprimida, dificultando ainda mais o acesso.

A gerência dessa grande demanda é um entrave para os serviços odontológicos. Em virtude disso, se aposta na resolutividade dos atendimentos realizados na atenção básica, bem como em estratégias de marcação permanente de consultas, substituição de faltosos e protocolos para estimular a adesão do sujeito (CHAVES et al., 2012). Problemas percebidos por essa entrevistada.

Dificuldade de acesso também pode estar atrelada a falha no acolhimento, a partir



de um desencontro entre profissional e usuário. Isso porque, acolhimento e acesso podem ser vistos como parte do mesmo processo cuidado, em que valoriza mais as necessidades humanas do que as normatizações e burocracias de um serviço. Nesse sentido, o acolhimento passa a ser um recurso privilegiado de acesso à saúde. Em que pode favorecer o cuidado e autocuidado (CAMARGO-BORGES; JAPUR, 2008; GONÇALVES, 2013). Pode ter havido uma falha no acolhimento dessa usuária no serviço de saúde pública, quando essa mulher disse que nem a viram e já a marcaram.

Atualmente, a crítica sobre o acesso tem sido aos serviços de especialidades, ao invés dos da atenção básica, como descreve o relato dessa pessoa de 42 anos:

“Eu preciso tratar um canal, que tá aberto, aquele lá que você abriu para mim. Lembra, que tava com cheiro e tudo, doendo. Eu preciso tratar ele. Até agora eu não consegui, nem pelo SUS, nem pelo CEO lá e nem particular. Por enquanto, eu não consegui. Tanto que você fez um encaminhamento para mim, lembra?...pro CEO, pra eu fazer o tratamento de canal. E... Então, eu to esperando. Quero fazer uma limpeza, mas a limpeza é mais simples, então eu acredito que esta seja mais simples.” (Entrevista 09)

Ela pretende procurar atendimento profissional para realizar os procedimentos de raspagem e tratamento endodôntico. Ela acredita ser mais fácil de conseguir tratar essa primeira demanda, do que a segunda. Porque o tratamento endodôntico exige um nível de complexidade maior, assim só é possível realizá-lo nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) ou pelo particular. Mediante essa circunstância, ela opta por esperar até ser chamada. Esse relato demonstra que a odontologia precisa melhorar o acesso aos procedimentos especializados, uma vez que o acesso aos procedimentos básicos já ficou mais fácil de ser obtido.

Esse entendimento vai ao encontro com o nó crítico vivenciado pelas gestões municipais de não conseguir garantir a universalidade e a integralidade da atenção em saúde bucal, principalmente relacionada à atenção secundária e terciária (MATTOS et al., 2014). Uma das razões para isso pode ser atribuída pelo fato de que, a expansão desses níveis de atenção não acompanhou o crescimento da oferta dos serviços odontológicos básicos (VAZQUEZ et al., 2014).

### 5.2.3.2 Organização

A mesma entrevistada aponta para um problema de gestão, quando diz:

“... eu acredito, que se tivesse o material, eu acredito que você tinha cuidado da minha boca, como se eu tivesse ido em um dentista particular. [...] Euachei

um absurdo, quando a doutora falou que o posto ali não arranca odente. Se bem que se fosse no caso de arrancar o dente, já arrancava. Mas ela falou que ali não arranca dente, que tem que ir no CEO também. [...] O que falta é material, para fazer um canal, até para por um dente provisório. Eu acredito que o posto podia fazer isso. [...] Porque a gente paga...(resmungo: tadinha, não está no mérito de pagar imposto). Deixa para lá, vamos continuar com sua pesquisa.” (Entrevista 09)

Para ela, a referência de serviço odontológico parece ser o dentista particular, que pode realizar todos os procedimentos em um mesmo local. Em virtude disso, acredita que o dentista da unidade básica encaminha para o CEO por faltar o material necessário para executá-los. Essa compreensão fica conflitante quando pensa sobre o procedimento de extração dentária, contudo reitera seu posicionamento sobre a precariedade de materiais ao falar do canal e do dente provisório. Finaliza seu raciocínio com sua indignação com os órgãos públicos de não prover essa infraestrutura, uma vez que a sociedade paga impostos para sustentar o sistema público de saúde. Pode-se supor que essa mulher desconhece a organização do sistema público de saúde bucal em profundidade, que envolvem aspectos relacionados a políticas, financiamento e gerenciamento de insumos e recursos físicos. Dos quais, inviabilizam a concretização desse desejo de tratar procedimentos especializados na atenção básica.

A organização da assistência em saúde bucal, por muitos anos, foi restrita aos serviços básicos, ainda com grande demanda reprimida. Entretanto, com o advento de investimentos na odontologia pela estratégia do Programa Brasil Sorridente, expandiu a oferta de procedimentos básicos e aumentou o acesso da população para procedimentos de níveis secundários e terciário de atenção. Nesse sentido, os CEOs se estabeleceram como unidades de referência para as equipes de saúde bucal da atenção básica, para executarem procedimentos clínicos complementares compatíveis com esse nível de atenção (BRASIL, 2006b). Procedimentos estes que a entrevistada gostaria que fossem realizados pela atenção básica.

A implementação dos serviços da atenção secundária é um grande desafio para alcançar a integralidade das ações em saúde bucal pelo SUS. Pois, faz necessário o desenvolvimento de fluxos de referência e contrarreferência para as informações circularem pelo sistema. Dos quais, devem ser superados ou amenizados para diminuir o tempo para a resolução das necessidades de saúde bucal da população. A qualidade da referência e contrarreferência pode demonstrar o bom atendimento odontológico, bem como suas problemáticas podem resultar em faltas às consultas para a continuidade do tratamento, que devem ser analisados pelos gestores de saúde (VAZQUEZ et al., 2014). Esse pode ser um dos problemas de gestão que podem corroborar para insatisfação dessa entrevistada com o sistema

de saúde.

O valor da resolutividade do tratamento odontológico também foi um ponto importante na avaliação das práticas de cuidado, como demonstram as falas dos entrevistados 05 (mulher de 26 anos) e 11 (homem de 53 anos):

“...Estava em processo já para fazer rx, só que complicou muito, tava tendo muita amigdalite, muitos processos de infecção e eu acabei indo no pronto-socorro pra ver uma infecção na garganta e o profissional falou assim: "Você já não quer aproveitar, porque pode ser que seja um dos motivos para que você está ficando tão doente". Realmente. Foi extraído o dente, assim, uma coisa maluca, assim, eu não acreditei, né, eu fui para ver a garganta, sai medicada com antibiótico pra fazer a extração dos dentes, voltei e tirei os pontos. Foi um ótimo atendimento.” (Entrevista 05)

A avaliação positiva dessa jovem pelo atendimento está relacionada à resolutividade de uma necessidade de saúde que nem ela tinha percebido. É provável que a visão ampliada desse profissional sobre o problema, juntamente com a prontidão em resolvê-lo que resultaram na satisfação dela pelo serviço.

Um agir competente e satisfatório de uma equipe de saúde requer acolhimento de seu usuário e apresentação de soluções para seus problemas de saúde. Além disso, é preciso que a prestação de serviço ocorra em um tempo preciso, para diminuir o sofrimento de quem procurou por assistência. A agilidade da equipe na atenção em saúde, bem como a disponibilização de tecnologias possibilita reorganizar e transformar as práticas de saúde para uma atenção integral e resolutiva (SILVA et al.; 2013). Requisitos estes que proporcionaram a satisfação da entrevistada 05 pelo seu atendimento no pronto-socorro.

O entrevistado 11, homem de 53 anos, revela a importância da resolutividade quando fala:

“...Tem obturação aqui, que eu fiz com 15 anos de idade, tá até hoje. [...] Esse dente tava perdido, eu ia por um pivô ou uma jaqueta, que falava muito antigamente. E ele falou, não, eu vou conseguir recuperar seu dente e ele conseguiu recuperar meu dente e tá até hoje. Pra você vê, 15, faz 28 anos, tá até hoje o dente. Nunca doeu, nunca deu problema, nunca soltou a obturação. Nunca! E dente da frente, heim. Era muito bom. Tinha muito pouco profissional nessa área na época, muito pouco, mas os poucos que tinham, eles trabalhavam bem, viu.” (Entrevista 11)

A qualidade do tratamento odontológico foi mensurada pela habilidade técnica do profissional em tratar um dente anterior que aparentemente não tinha solução, pela durabilidade do tratamento executado e por não gerar desconforto ou dor. Pode-se supor que um tratamento resolutivo é aquele que atende a necessidade de saúde do sujeito, com um trabalho que dure e restabelece a função e estética prejudicada. O que me induza a pensar que o domínio dos

conhecimentos técnicos caracteriza-se como um elemento importante para atingir esses resultados esperados.

Mota, Santos e Magalhães (2012) concordam com o entrevistado quando afirmam que um dentista ideal requer que ele tenha habilidades técnicas, porém os autores acrescentam que é necessário também um contato humanizado e acolhedor com o sujeito. Avaliam que um bom perfil de cirurgião-dentista é aquele que realiza os procedimentos adequadamente, está atualizado, não provoca dor, interage com simpatia, é afável, passa segurança, é educado e também cuidadoso. Aspectos que o próprio sujeito de pesquisa reconhece como importantes em falas descritas a seguir.

A reação desse usuário quando existe falta de resolutividade pode ser demonstrada pelo recorte:

“... 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...”(Entrevista 11)

O fato do material restaurador não permanecer no dente simbolizou que o tratamento foi ineficaz. De tal forma que, considerou o profissional que o fez sem habilidade técnica, pois não resolveu sua necessidade de saúde. Em consequência disso, desanimou-se em continuar o tratamento e procurou outro profissional apenas para refazer esse procedimento que era para estar finalizado. Nesse caso, provavelmente, esse sujeito considerou que o profissional não é qualificado o suficiente, pois não correspondeu com suas expectativas de tratamento odontológico. Por essa razão, não se sentiu mais motivado em continuar com a terapêutica, rompendo com o vínculo entre ele e o profissional.

Segundo Merhy, Franco e Magalhães Júnior (2013), a resolutividade está associada a diferentes aspectos, tais como recurso instrumental, conhecimento técnico dos profissionais, a ação acolhedora, pela relação de vínculo e ao significado que se dá no encontro entre profissionais e usuários. A partir dessa compreensão, é possível avaliar que a falta de um tratamento resolutivo contribuiu para a falta de adesão desse usuário ao cuidado odontológico programático.

#### 5.2.3.3 Interação e tecnologia

O apontamento realizado pelo homem da entrevista 11 faz referência a características das práticas dos dentistas atuais comparada com as de antigamente:

“...O que melhorou hoje, [...] foi a questão do problema de transmissão de doenças.

Antigamente, ninguém se preocupava com isso, não tinha nada descartável na época, também não se falava de tanta transmissão de doenças transmissíveis, que nem tem hoje. [...] Mudou muito, né, tecnologia, né, tem muito material de primeira. [...] Hoje em dia, dentista hoje, não só dentista, mas qualquer profissão, tá visando muito dinheiro. Se um dentista, hoje, fizerem trabalho desse, dessa qualidade, pra você vê, você vai no dentista a cada 8, 9, 10 anos. [...] Então, se você trata um cliente para voltar daqui há 10 anos, ele não vai te dar lucro. Ele tem que voltar a cada 6 meses, 1 ano no dentista. No máximo 1 ano, não é. Tem que ir, tem que girar dinheiro. [...] Então, a pessoa tinha que trabalhar mais... com mais amor na profissão e com mais respeito ao consumidor. [...] Tem que escolher os profissionais, né. Vai escolhendo os profissionais e vai... onde esse fez o serviço ruim, a gente vai passar para outro, né. Tem profissional que não tá nem aí. Tá nem aí.”(Entrevista 11)

Para ele, o atendimento odontológico melhorou no que tange a preocupação dos profissionais para as questões de biossegurança, para evitar a contaminação cruzada e com relação aos equipamentos e materiais disponíveis para uso. Entretanto, critica a influência do lucro no cuidado em saúde, considera que esse aspecto não era tão relevante quanto hoje. Por essa razão, avalia que os profissionais de saúde precisam dar mais ênfase aos valores humanos. Diante dessa circunstância, reconhece sua autonomia para optar por um dentista que considere mais apropriado. Pelo exposto, pode-se inferir que, esse sujeito acredita que o atendimento odontológico apresenta melhores condições estruturais de trabalho, mas precisa superar um modelo assistencial que é voltado para o mercado de consumo. Pois, assim, está comprometendo a qualidade dos serviços de saúde.

A influência do modelo assistencial de odontologia de mercado na conduta dos profissionais de saúde pode ser visualizada pelo avanço de recursos tecnológicos, bem como pela organização de cuidado guiada pelo capitalismo, mencionados pelo entrevistado. A essência desse modelo de atenção está na base biológica e individual sobre a qual o profissional constrói o seu fazer clínico e em sua organização voltada para o modo de produção capitalista. Em que os cuidados em saúde são transformados em mercadorias. Diante da valorização sobre os procedimentos técnicos, contribuiu para potencializar a indústria de equipamentos e insumos odontológicos (NARVAI, 2006; FERREIRA; FERREIRA; FREIRE, 2013).

Nesse modelo assistencial prevalece o uso de tecnologias duras (materiais e equipamentos), em detrimento de tecnologias leve-duras (definidas pelo conhecimento técnico) e leves (interação sujeito-profissional). Modificar o modelo assistencial requer uma inversão dessas tecnologias, para um processo de trabalho centrado nas tecnologias leves e leve-duras. Tais tecnologias definem os três campos em que o processo de qualificação do cuidado com a saúde deve se adequar (MERHY, 1998; MERHY; FRANCO; MAGALHAES JUNIOR, 2013).

Esse contexto foi percebido pelo entrevistado, ao passo que identificou as diferentes tecnologias em saúde no âmbito da odontologia e deseja um trabalho centrado nele.

A opinião desse sujeito de pesquisa vai ao encontro com o estudo de Collet et al. (2011), quando afirma que, de um modo geral, a população almeja um profissional hábil competente tecnicamente, mas, sobretudo, um ser humano. Por essa razão, o sucesso do tratamento odontológico vai ser influenciado por aspectos tanto da formação técnico-científica, mas também do campo relacional. Além desses fatores, as questões éticas, de biossegurança e de estrutura do consultório foram requisitos indicados para qualificar o cirurgião-dentista.

#### 5.2.3.4 Desconhecimento do sistema

A satisfação pelo atendimento odontológico pode ser representada pela entrevistada 03, mulher de 24 anos, quando perguntei como era o tratamento de dentes na infância e hoje:

“...Nós, não tinha muito, não. [...] Então, dentista, assim, a gente começou... Que nem, eu comecei a ir no dentista só com 18 anos, eu tenho 24 anos. [...] (hoje?) Eu... eu tinha medo de ir no postinho, mas eu adorei o postinho, adorei as dentistas, elas são atenciosas, elas tratam bem, você entendeu, a boca da gente, elas conversam com a gente, elas faz tudo o que tem que fazer mesmo, sabe. As vezes, a gente não tem condições, elas encaminham para outro lugar, pra tá fazendo tipo um canal ou alguma coisa assim. Mas eu gosto... eu gosto... tanto eu, quanto meu marido vai ali no postinho. Entendeu, eu gosto, eu gosto muito dali.” (Entrevista 03)

Essa jovem ficou com medo de procurar o serviço público de saúde bucal, porque ela não teve acesso quando criança. Contudo, quando procurou atendimento, surpreendeu-se com a qualidade do serviço ofertado, tanto pelos aspectos relacionais com os profissionais, quanto pela sua organização. Ao que parece, o acesso, a humanização do cuidado e a integralidade da atenção foram aspectos importantes para ela sentir-se satisfeita com o serviço de saúde odontológico.

A universalidade da atenção, a equidade, territorialização, integralidade e controle social foram as diretrizes que puseram em cheque os modelos de atenção vigentes e imputaram como desafio a reorganização do modelo assistencial de saúde. Estrutura-se, assim, a lógica do modelo Saúde Bucal Coletiva enquanto paradigma da programação da odontologia no contexto do SUS (FERREIRA; ABREU; OLIVEIRA, 2011). O processo de trabalho da estratégia da saúde da família propõe o exercício desse paradigma, de tal forma que essa entrevistada percebeu algumas dessas diretrizes na prática.

Esse atual modelo de atenção em saúde tem como centro o campo relacional, abrindo o encontro com os usuários para espaços de fala, escuta, olhares, signos que tem sentido para trabalhadores e usuários. Sendo assim, configura-se em uma produção de cuidado marcada por subjetividades ativas na construção de novos territórios de práticas em saúde (FRANCO; MERHY, 2012). Dos quais, ao serem sentidos por essa jovem geraram satisfação pelo atendimento recebido.

Em suma, pode-se afirmar que antes o modelo assistencial era ineficiente, com dificuldade de acesso e que resultava em práticas mutiladoras para quem não podia pagar. Com o aumento de dentistas no SUS, o acesso melhorou. Porém, ainda é insuficiente, principalmente nos serviços especializados. Soma-se a isso, a baixa compreensão das pessoas sobre os fluxos organizacionais. Isso dificulta garantir a integralidade e universalidade da atenção, influenciando na adesão dos sujeitos. Nas escolas, o acesso ao cuidado odontológico foi resultado de ações coletivas e assistenciais, das quais puderam ser comparadas com o sistema incremental e programa saúde na escola – PSE. O valor da resolutividade dos serviços odontológicos também foi observado pelos sujeitos. A falta de um tratamento resolutivo comprometeu a adesão. Por fim, esse estudo demonstrou a influência dos modelos “odontologia de mercado” e “saúde bucal coletiva” nas práticas dos dentistas e o quanto interferem na qualidade do sistema e na satisfação dos sujeitos pela atenção em saúde bucal.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No que diz respeito ao escopo deste trabalho, o mesmo focalizou um grupo populacional de menor nível socioeconômico usuária do serviço público. Portanto, assumiu-se dentro desta limitação de abordagem cujos achados subjetivos típicos de uma pesquisa qualitativa poderão não se aplicar a outro tipo de população.

Não obstante, contribuiu para encontrarmos diferentes concepções sobre o cuidado em saúde bucal que estão relacionadas à problemática da não adesão ao tratamento odontológico. Podemos observar pelas falas dos entrevistados que a negligência ao cuidado pode ocorrer por uma concepção pouco qualificada sobre a importância da saúde bucal, à luz da clínica ampliada. Esse entendimento faz com que cuidar da boca não apareça como prioridade. Passa a ser, quando os problemas bucais produzem dor ou desconfortos não toleráveis, afetando o cotidiano. Esse comportamento pode ser favorecido pela natureza assintomática do início das doenças orais e pela rotina de vida das pessoas, que é repleta de atividades a serem cumpridas.

As concepções dos sujeitos se interagem com os valores e contexto cultural que vivem, bem como está relacionado com suas preocupações, objetivos e expectativas. Nesse ínterim, o modo como às pessoas se cuidam nos permite refletir sobre sua autonomia sobre a gestão de sua saúde, que deve ser respeitada. Isso requer dos profissionais que ajam como mediadores sobre quais as possibilidades que ambos devem querer, ser e fazer.

Tanto os valores estéticos quanto os funcionais podem levar a não adesão às práticas de cuidado em saúde bucal. O fato é que pessoas que não se sentem prejudicadas em sua aparência, sua sociabilidade ou funcionalidade pela doença bucal que portam não percebem a necessidade ou importância de visitarem o dentista. Nesse caso a intervenção do dentista pode contribuir para alterar esse entendimento. Contudo, as estratégias utilizadas devem ser pensadas para não julgar o comportamento dos usuários, pois podem acarretar em prejuízos no vínculo estabelecido. Principalmente, nos casos que envolvem estigmas sociais.

A adoção dessa prática por parte dos profissionais compreende explorar a clínica ampliada, que requer medidas de cuidado profilático, terapêutico e longitudinal centrado na pessoa. As mesmas devem ser articuladas entre profissional e sujeito com necessidades de saúde, por intermédio de decisões compartilhadas e corresponsáveis. É a participação do usuário no seu processo terapêutico que vai determinar sua adesão.



Ainda que os sujeitos desejem transformar suas práticas de cuidado em saúde, existem interferências que podem atuar como barreiras para a adesão. Tais como os hábitos inadequados apreendidos e estimulados por sua rede social; o uso inapropriado de recursos populares que levam a postergar a intervenção do dentista, contribuindo para agravar as doenças; as crenças de que o tratamento dentário possa afetar a integridade física do indivíduo ou do bebê, em caso de gestantes e, por fim, o medo ou ansiedade do tratamento.

O medo ou a ansiedade podem transformar o tratamento em sinônimo de sofrimento, que leva o sujeito a se esquivar desse perigo ou da incerteza de que algo pode não dar certo. Essa apreensão pode ser (re)significada pela própria vivência do usuário. O ímpeto pela fuga também está associado à imaturidade de personalidade, que é quando o sujeito não encontra saídas para seus problemas na hora certa. O vínculo do profissional e usuário ajuda a superar esses obstáculos, porém esse elo pode ser enfraquecido pela organização da assistência, abordagem vertical dos profissionais ou por desrespeito aos pactos estabelecidos previamente.

No que se refere às ações de saúde bucal e à organização da assistência, alguns entrevistados entendem que o modelo assistencial era eficiente apenas para quem podia pagar. De forma que a condição bucal dos demais resultava em práticas mutiladoras. O acesso melhorou com o aumento de investimentos na área. Porém, apresenta-se a quem da necessidade da população, que se desestimula a aderir ao tratamento. Percebem que o acesso está mais difícil principalmente nos serviços especializados. Por isso, acreditam que os procedimentos do CEO poderiam ser ofertados pela atenção básica. Mostram desconhecimento dos problemas de gestão para concretizar esse desejo. Nas escolas, dizem que o acesso à assistência e integralidade melhorou, pois os profissionais estão mais sensíveis a evitar a progressão das doenças.

A resolutividade foi um aspecto importante para avaliar a qualidade da assistência. Compreendem que um agir competente requer uma visão ampliada sobre a necessidade de saúde, disponibilidade e tecnologias para resolvê-la, proporcionando resultados que não incomodem mais. A falta de um tratamento resolutivo desestimula a continuidade do cuidado, pois os sujeitos perdem a confiança no profissional. Referem que tanto a habilidade técnica do profissional é importante, quanto os aspectos relacionais. Por isso, avaliam a necessidade de superar o modelo assistencial de odontologia de mercado para o centrado no sujeito.

Diante do exposto, avaliamos que concepções, crenças, valores, aspectos sociais,

cultura, signos de todas as pessoas envolvidas no cuidado interferem na não adesão. Isso porque esses aspectos atravessam as relações humanas e condicionam os comportamentos das pessoas. Esses sujeitos retrataram motivações próprias, relacionadas ao seu meio social, a abordagem dos profissionais e ligadas ao modelo assistencial para justificar a opção pela não adesão. Dessa forma, revelaram o quanto esse fenômeno é complexo e multifatorial. Por essa razão, requer um modelo de atenção que valorize tais domínios, bem como respeite a autonomia dos sujeitos. Sob essa perspectiva se aposta em práticas de cuidado mais humanizadas para (re)significar posturas que favorecem o acometimento de doenças bucais.

Acreditamos que o estudo possa colaborar para a reflexão de estratégias que visam melhorar não só a adesão dos usuários ao tratamento odontológico, mas também a qualidade da atenção em saúde bucal. Sugiro como novos estudos sobre o tema entrevistar aderentes, ao passo que esse estudo focou nos faltosos. Ou ainda perguntar diretamente sobre a não adesão do sujeito.

## REFERÊNCIAS

- ALBERNAZ, M. F. **Personalismo e a formação humanizadora**: um estudo das contribuições de Mounier. 2014. 150 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2014. Disponível em: < <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/3902>>. Acesso em: 15 fev. 2014.
- ALMEIDA, G. L. et al. Estudo do perfil sócio-econômico dos pacientes e os motivos que os levaram a faltar em consultas odontológicas na estratégia de saúde da família em uma distrital de Ribeirão Preto/SP. **Cienc. Odontol. Bras.**, Ribeirão Preto, n. 1, p. 77-86, jan./mar. 2009.
- ALMEIDA, T. F.; VIANA, M. I. P. Contexto familiar e saúde bucal de pré-escolares: uma revisão sistemática com ênfase nos fatores psicossociais. **Rev. Baiana Saúde Pública**, Salvador, v. 37, n. 3, p. 739-756, jul./set. 2013.
- ALMEIDA, T. F. et al. Percepções de mães de pacientes sobre o atendimento odontológico na Clínica de Odontopediatria da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. **RFO**, Passo Fundo, v.19, n. 2, p. 172-179, maio/ago. 2014.
- ALVARENGA, M. R. M et al. Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Dourados, v. 16, n. 5, p. 2603-2611, 2011.
- ALVES, D. M; NAI, G. A; PARIZI, J. L. S. Avaliação da ação do uso de drogas na saúde bucal de dependentes químicos. **Colloq. Vitae**, Presidente Prudente, v. 5, n. 1, p.40-58, jan./jun. 2013.
- ALVES, M. R. et al. Rede de suporte social a pessoas idosas com sintomas depressivos em um município do nordeste brasileiro. **Rev. Pesq. Cuidado é Fundamental**, Itapetinga, v. 5, n. 1, p. 3667-3676, 2013. Disponível em: <[http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2286/pdf\\_752](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2286/pdf_752)>. Acesso em: 02 abr. 2013.
- AMENDOLA, F.; OLIVEIRA, M. A. C.; ALVARENGA, M. R. N. Influência do apoio social na qualidade de vida do cuidador familiar de pessoas com dependências. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 884-889, 2011.
- ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. C. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 360- 365, 2010.
- ARAGÃO, M. A. **O significado da dor torácica para aqueles que a vivenciaram**. 2012. 126 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012. Disponível em: <[https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/11764/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o\\_Enf\\_%20Maristela%20Arag%C3%A3o.pdf](https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/11764/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Enf_%20Maristela%20Arag%C3%A3o.pdf)>. Acesso em: 18 ago. 2013.
- ARAUJO, L. G. P.; AZEVEDO, R. C. S.; SALDANHA, R. A. O enfermeiro e a educação em saúde, no atendimento aos portadores de tuberculose (TB) na unidade básica de saúde. **J Res.: Fundam. Care**. São Gonçalo, v. 6, n. 1, p. 378-386, jan./mar. 2014. Disponível em: < <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750621035> >. Acesso em: 13 ago. 2014.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.13, n.3, p.16-29, set./dez. 2004.

AYRES, J. R. C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. **PHYSIS: Rev Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-62, 2007.

BALDANI, M. H. et al. Determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda. **Rev. Bras. Epidemiol.**, Ponta Grossa, v. 13, n. 1, p. 150-162, 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 1 ed. São Paulo: Edições 70, 279 p. 2011.

BARROS, R. S.; BOTAZZO, C. Subjetividade e clínica na atenção básica. narrativas, histórias de vida e realidade social. **Ciênc. Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 16 n. 11, p. 4337-4348, 2011.

BELLENZANI, R.; NEMES, M. I. B; PAIVA, V. Comunicação profissional-pacientee cuidado: avaliação de uma intervenção para adesão ao tratamento de HIV/Aids. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 17, n. 47, p. 803-834, out./dez. 2013.

BENDER, A. S.; MOLINA, L. R.; MELLO, A. L. S. F. Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. **Rev Espaço Saúde**, Londrina, v. 11, n. 2, p. 56-65, jun. 2010.

BOTAZZO, C. **Diálogos sobre a boca**. São Paulo: Hucitec, 2013.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: < <https://www.presidencia.gov.br/casacivil/site/static/le.htm> >. Acesso em: 17 jan. 2014.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS – **DATASUS**. Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. 2014. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares nacionais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a. 162 p (Série F: Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Um panorama da saúde no Brasil. Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 82 de 10 de janeiro de 2007**. Habilita Centros de Especialidades Odontológicas – CEO a receberem os incentivos financeiros destinados à implantação e ao custeio dos serviços especializados de saúde bucal. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 11 jan. 2007. Seção 8, p. 37.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Bucal. Série A. **Normas e manuais técnicos. (Cadernos de Atenção Básica, nº 17)** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na Escola**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009a. 96p.:il. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Caderno de Atenção Básica, n. 24)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (DNSB)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **A Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b. (Série técnica – Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009b. 58p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a. 44 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Formação e Intervenção**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010b. 242 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Caderno HumanizaSUS; v.1)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão e todas as instâncias do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. **Projeto SBBrasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal-Resultados Principais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008c. (Série A: Normas e Manuais Técnicos) (Série Manuais, n. 84).

BULGARELI, J. V. et al. Prevenção e detecção do câncer bucal: planejamento participativo como estratégia para ampliação da cobertura populacional em idosos. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3461-3473, 2013.

CABRAL, M. C. B.; SANTOS, T.S.; MOREIRA, T.P. Percepção das gestantes do programa de saúde da família em relação à saúde bucal no município de Ribeirópolis, Sergipe, Brasil. **Rev. Port. Saúde Pública**, Lisboa, v. 31, n. 2, p. 160-167, 2013.

CÂMARA, A. M. C. S. et al. Percepção do processo saúde-doença: significados e valores da educação em saúde. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Belo Horizonte, MG, v. 36, n.1, p. 40-50, 2012. Suplemento 1.

CAMARGO-BORGES, C.; JAPUR, M. Sobre a (não) adesão ao tratamento: ampliando sentidos do autocuidado. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 64-71, jan./mar. 2008.

CAMPOS, A. C. V.; VARGAS, A. M. D.; FERREIRA, E. F. Satisfação com saúde bucal de idosos brasileiros: um estudo de gênero com modelo hierárquico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 757-773, abr. 2014.

CAMPOS, G. W. S. **A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada.** CAMPOS, GWS Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A.V.P. **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada.** São Paulo: Hucitec, 2010. 411p.

CASTILHO, L. S. A experiência da integralidade do cuidado em um projeto de extensão odontológica. **Participação**, Brasília, DF, n. 26, p. 7-14, 2014.

CAVALCANTE, L. P. et al. Rede de apoio social ao dependente químico: Ecomapa como instrumental na assistência em saúde. **Rev. Rede Enferm. Nordeste**, Maranguape, CE, v. 13, n. 2, p. 321-331, 2012.

CAVALCANTE, P. S.; MATOS, M. S.; CABRAL, M. B. B. S. O cirurgião-dentista na visão das crianças: estudo exploratório em centros municipais de educação infantil de Salvador, Bahia. **Rev. Baiana Saúde Pública**, Salvador, BA, v. 38, n. 2, p. 387- 403, abr./jun., 2014.

CAVALCANTI, R. P. et al. Absenteísmo de consultas especializadas no sistema de saúde pública: relação entre causas e o processo de trabalho de equipes de saúde da família, João Pessoa, PB, Brasil. **Tempus - Actas Saúde Coletiva**, João Pessoa, v. 7, n. 2, p. 63, 2013.

CAVAZZOLA, A. S. **Percepção de profissionais voltados ao cuidado da criança em relação à negligência à saúde bucal como forma de maus-tratos.** 2011. 85 p. Tese (Doutorado em Odontologia) – Departamento de Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/94814>. Acesso em: 12 abr. 2013.

CECILIO, L. C. O. et al. Escolhas para inovarmos na Produção do Cuidado, das Práticas e do Conhecimento: como não fazermos “mais do mesmo”? **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 280-289, 2012.

CHAPELIN, C. C; BARCELLOS, L. A.; MIOTTO, M. H. M. B. Efetividade do tratamento odontológico e redução de impacto na qualidade de vida. **UFES Rev. Odontol.**, Vitória, ES, v. 10, n. 2, p. 46-51, 2008.

CHAVES, A. M. et al. Estudo epidemiológico da ansiedade dos pacientes ao tratamento odontológico. **Rev. Odontol. UNESP**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 263-268, 2006.

CHAVES, S. C. L. et al. Características do acesso e utilização de serviços odontológicos em municípios de médio porte. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Salvador, v. 17, n. 11, p. 3115-3124, 2012.

CINI, L.; FLORES, A. G.; PANNUTI, C. M. Dependência nicotínica em pacientes da clínica odontológica. **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.**, João Pessoa, v. 12, n. 1, p. 99-105, jan./mar. 2012.

COLLET, E. L. et al. A opinião de um grupo de adultos sobre as qualidades essenciaisa um cirurgião-dentista. **Salusvita**, Bauru, v. 30, n. 3, p. 149-158, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Código de Ética Odontológica**, 2012.

Aprovado pela Resolução CFO – 118/2012. Disponível em:

<<http://cfo.org.br/legislacao/codigos/>>. Acesso em: 12 mar. 2012.

COSTA, A. M. D. D. et al. Ansiedade ao tratamento odontológico em escolares do Ensino Médio no município de Alfenas-MG. **Braz. J. Periodontol.**, Alfenas, MG, v. 24, n. 2, p. 13-18, 2014.

CUNHA, M. et al. Saúde oral, literacia e qualidade de vida em idosos-Revisão Sistemática da Literatura. **Rev. Enferm. Referência**, série 4, n. 1, p. 125-134, fev./mar. 2014.

DATAFOLHA. Conselho Federal de Odontologia. DataFolha Instituto de Pesquisas.

**Pesquisa sobre hábitos, atitudes e comportamentos na Saúde Bucal**, 2014. Disponível em:

[https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2020/04/RESULTADOS\\_sau%cc%81de-bucal\\_V2-Cecilia.pdf](https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2020/04/RESULTADOS_sau%cc%81de-bucal_V2-Cecilia.pdf). Acesso em 12 jul 2014.

FADEL, C. B.; SALIBA, N. A. As representações sociais como instrumento de informação para a saúde bucal coletiva. **Rev Gaúcha Odontol.**, Porto Alegre, v. 58, n.4, p. 521-526, 2010. Disponível em: <<http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2014/11/H%C3%A1bitosAtitudeseComportamentosnaSa%C3%BAdeBucal.pdf>> . Acesso em: 16 mar. 2012.

FEKETE, M. C. A qualidade na prestação do cuidado em saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Organização do cuidado a partir do problema: uma alternativa metodológica para atuação da equipe de saúde da família**. Brasília, DF, OPAS, 2000. p.51-57.

FERREIRA, D. C.; FAVORETO C. A. O. A análise da narrativa dos pacientes com HIV na construção da adesão terapêutica. **Physis Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 917-936, 2011.

FERREIRA, E. B; ABREU, T. Q.; OLIVEIRA, A. E. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: revisão de literatura. **Rev. Pesq. Saúde**, São Luís, v. 12, n. 3, p. 37- 42, set./dez. 2011.

FERREIRA, N. P; FERREIRA, A. P.; FREIRE, M. C. M. Mercado de trabalho na odontologia: contextualização e perspectivas. **Rev. Odontol. UNESP**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 304-309, jul./ago. 2013.

FERREIRA, R. A.; CUNHA, C. F. Relação médico-paciente na adolescência. **Rev. Med. Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 24, p. S80-S86, 2014. Suplemento 2.

FEUERWERKER, L. C. M.; MERHRY, E. E. Educação permanente em saúde: educação, saúde, gestão e produção do cuidado. In: MANDARINO, A.C.S.; GALLO, E.; GOMBERG, E. (org). **Informar e educar em saúde: análises e experiências**. Salvador: UFBA, 2011.

FIGUEIRA, T. R. et al. O modelo de crenças em saúde e o processo saúde-doença- cuidado bucal por gestantes. **ROBRAC Rev. Odontol. Bras. Central**, Goiânia, v. 22, n. 63, p. 169-173, 2013.

FLORES, E. T. L.; SOUZA, D. O. G. O uso do diário como dispositivo cartográfico na formação em Odontologia. **Interface – Comunic. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 18, n.48, p. 197-209, 2014.

FONSECA, A. F.; CORBO, A. D. **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007 (Coleção Educação profissional e docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde 1). 265p.

FRANCO, T. B.; ANDRADE, C. S.; FERREIRA, V. S. C. **A produção subjetiva do cuidado** – cartografias da estratégia saúde da família. São Paulo: Hucitec, 2009.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. **Rev. Eletrôn. Tempus Acta Saúde Coletiva**, Brasília, v.6, n.2, p.151-163, 2012. Disponível em: <[www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1120/1034](http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1120/1034)> .Acesso em: 10 jul. 2013.

FRAZÃO P.; NARVAI, P. C. **Saúde bucal no Brasil – Muito além do céu da boca**. 21<sup>a</sup>. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

FREITAS, A. F; SEIDL, E. M. F. Estudo sobre a heteronomia na assistência em saúde de crianças e adolescentes com necessidades especiais. **Rev. Bioét.**, Brasília, DF, v. 19, n. 1, p. 119-40, mar. 2011.

GIUDICE, A. C. M. P.; PEZZATO, L. M.; BOTAZZO, C. Práticas avaliativas: reflexões acerca da inserção da saúde bucal na Equipe de Saúde da Família. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 32-42, jan./mar. 2013.

GOMES, C. A. P. et al. **A assistência farmacêutica na atenção à saúde**. Belo Horizonte, Ed. FUNED, 2010. 144p.

GOMES, L. B; MERHY, E. E. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo da literatura brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 7- 18, jan. 2011.

GOMES, W. B.; HOLANDA, A. F; GAUER, G. **Psicologia humanista no Brasil**. História da Psicologia no Brasil no século XX. São Paulo: EPU, 2004.

GOMES-VILLAS BOAS, L. C. et al. Relação entre apoio social, adesão aos tratamentos e controle metabólico de pessoas com diabetes mellitus. **Rev. Latino-Am.Enferm.** Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, p.52-58, jan./fev. 2012. Disponível em: <[www.revistas.usp.br/rlae/issue/view/3347](http://www.revistas.usp.br/rlae/issue/view/3347)>.

GOMES-VILLAS BOAS, L. C.; FOSS-FREITAS, M. C.; PACE, A. E. Adesão de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 ao tratamento medicamentoso. **Rev. Bras.Enferm.**, Brasília, v. 67, n. 2, p. 268-73, mar./abr. 2014.

GONÇALVES, C. A. **Motivos de faltas às consultas odontológicas nas unidades de saúde da família de Piracicaba/SP e implementação de estratégias para sua resolutividade por meio de uma pesquisa-ação**. 2013. 63 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Odontologia) – Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas,



Piracicaba, 2013. Disponível em:

<<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000908833>>. Acesso em 17 abr. 2013.

GONÇALVES, R; LAMELA, D; BASTOS, A. Envelhecimento e sabedoria: só idade não basta. **Actas Gerontol.**, Porto, v.1, n.1, p. 1-10, 2013. Disponível em: [actasdegerontologia.pt/index.php/gerontologia/article/view/47/33](http://actasdegerontologia.pt/index.php/gerontologia/article/view/47/33)>. Acesso em 18 mai 2013.

GOURSAND, D; ROCHA, E. A; ALMEIDA, P. S. O impacto gerado pelas ausências dentárias nos idosos. **Clin. Pesq. Odontol.**, Taubaté, v. 6, n. 1, p. 46-53, 2014.

GUIMARÃES, D. A.; SILVA, E. S. Formação em ciências da saúde: diálogos em saúde coletiva e a educação para a cidadania. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 5, p. 2551-2562, 2010.

HAIKAL, D. S. et al. Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: uma abordagem quanti-qualitativa. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n. 7, p. 3317-3329, 2011.

HAYACIBARA, M. F. et al. Experiência de clínica ampliada em odontologia na Universidade Estadual de Maringá. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, vol.36, n.1, p. 178-183, jan./mar. 2012. Suplemento 2.

HAYNES, R. B. **Determinants of compliance: the disease and the mechanics of treatment.** Baltimore MD: Johns Hopkins University Press, 1979.

IBGE. **Dados censitários de 2010.** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População e Indicadores. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>> Acesso em: 18 jul. 2014.

IZECKSOHN, M. M. V.; FERREIRA, J. T. Falta às consultas médicas agendadas: percepções dos usuários acompanhados pela estratégia saúde da família, Manguinhos, Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Med. Fam. Comun.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 32, p. 235- 241, 2014.

JAHNKE, M. M. et al. Necessidade de tratamento odontológico autopercebida enormativa em indivíduos de três distritos sanitários de Porto Alegre/RS. **RFO**, Passo Fundo, v. 18, n. 3, p. 271-276, set./dez. 2013.

KANNO, N. P.; BELLODI, P. L.; TESS, B. H. Profissionais da estratégia da saúde da família diante de demandas médico-sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 21, n. 4, p. 884-894, 2012.

LACERDA, D. A. L. et al. Educação popular e controle social em saúde do trabalhador: desafios com base em uma experiência. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, n. 2, p.1377-1388, 2014.

LEAL, N. P.; JANNOTTI, C. B. Saúde bucal da gestante atendida pelo SUS: práticas e representações de profissionais e pacientes. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 8, p. 413- 421, ago. 2009.

LIMA, A. C. B. S. **Vivência da responsabilidade da enfermeira no cuidado ao paciente crítico na UTI.** 2010. 120 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010. Disponível em:<[http://www3.pgenf.ufba.br/tesesdissertacoes/2010/CUIDAR%202010/DISSER\\_P](http://www3.pgenf.ufba.br/tesesdissertacoes/2010/CUIDAR%202010/DISSER_P)

[GENF\\_262\\_ANA%20CLARA%20RIBEIRO.pdf](#)>. Acesso em: 10/11/2011.

LIMA, C. A. et al. Relação profissional-usuário de saúde da família: perspectiva da bioética contratualista. **Rev. Bioét.**, Brasília, DF,, v.22, n. 1,p. 152-60, 2014.

LIMA, R. C. A.; SCHNEIDER, L. Percepção sobre saúde bucal e análise das causas de evasão do tratamento odontológico de adolescentes do ensino público municipal e estadual de Araucária, PR. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 3, p. 320-330, 2010.

LONGHI, M. P.; CRACO, P. F.; PALHA, P. F. Comunicação entre usuários e trabalhadores de saúde em colegiados de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF,v. 66, n. 1, p. 38-45, jan./fev. 2013.

MACHADO, A. T. **Absenteísmo às consultas odontológicas programadas dos escolares adscritos à equipe de saúde da família da Pedra Vermelha: uma aproximação descritiva.** Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2590.pdf>>. Acesso em 10 jul 2011.

MACHADO, A. T. **Não comparecimentos às primeiras consultas odontológicas na atenção secundária em um município mineiro de grande porte.** 2013. 111 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/ZMRO-9BPMWS>>. Acesso em 15 ago. 2013.

MACHADO, A. W. et al. O papel da ortodontia como auxiliar na estética labial. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 4, p. 773-777, 2011.

MAGRI, L. V. **Estudo comparativo de indicadores de saúde bucal em modelos assistenciais da Atenção Básica de São Carlos/SP a partir do SIA-SUS.** 2013.100f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão da Clínica) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2013. Disponível em: <<https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/6919>>. Acesso em: 15 set. 2013

MANSANO, S. R. V. Sujeito, subjetividade e modos de subjetivação na contemporaneidade. **Rev. Psicol. UNESP**, Assis, v. 8, n. 2, p. 110-117, 2009.

MARIA DE MOURA, A. et al. Prevalência de cárie em crianças portadoras de fissura labiopalatal. **Odonto**, São Bernardo do Campo, v. 21, n. 41-42, p. 55-63, 2013.

MARQUES, A. K. M. C. et al. Apoio social na experiência do familiar cuidador. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 945-955, 2011.

MARQUES, J. B. **Modelos de assistência em saúde bucal no Brasil.** 2012. 34 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão em Saúde) – Secretaria de Educação a Distância, Universidade Estadual da Paraíba, João Pessoa, 2012.

MARQUES, K. B. G.; GRADVOHL, M. P. B.; MAIA, M. C. G. Medo e ansiedade prévios à consulta odontológica em crianças do município de Acaraú-CE. **RBPS**, Fortaleza, v. 23. n. 4, p. 358-367, out./dez. 2010.

MARTINS, A. M. E. B. L.; BARRETO, S. M.; PORDEUS, I. A. Fatores relacionados a autopercepção da necessidade de tratamento odontológicos entre idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 487-496, 2008.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. **A Pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. 1ª São Paulo: Editora Moraes, 1989. 110 p.

MATTOS, G. C. M. et al. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n.2, p. 373-382, 2014.

MELO, A. C. B. V.; BRAGA, C.C.; FORTE, F.D.S. Acessibilidade ao serviço de saúde bucal na atenção básica: desvelando o absenteísmo em uma unidade de saúde da família de João Pessoa-PB. **Rev. Bras. Cienc Saúde**, João Pessoa, v. 15, n. 3, p. 309- 318, 2011.

MELO, L. P. Análise biopolítica do discurso oficial sobre educação em saúde para pacientes diabéticos no Brasil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1216-1225, 2013.

MENDES, E. V. A reforma sanitária e a educação odontológica. **Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 533-552, out./dez. 1986.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. In: **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: <[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf)> Acesso em 10. set. 2013.

MENDES, L. M. O. et al. Fatores associados à não adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: uma revisão integrativa. **Revista Univap**, São José dos Campos, v.20, n.35, p. 1-13, jul. 2014.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM BELO HORIZONTE – Reescrevendo o Público. São Paulo, Xamã, 1998.

MERHY, E. E. As vistas dos pontos de vista. Tensão dos programas de saúde da família, que pedem medidas. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/artigos\\_rbsf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/artigos_rbsf.php)>. Acesso em: 15 mai. 2014.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO ACS, GONBERG E, organizadores. **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristovão: Editora UFS, 2009, p. 29-56.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. **Integralidade e transversalidade das necessidades de saúde nas linhas de cuidado**. Movimentos moleculares na micropolítica do trabalho em saúde. 2013. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/profile/Emerson\\_Merhy/publication/268200414\\_Integralidade\\_e\\_transversalidade\\_das\\_necessidades\\_de\\_sade\\_nas\\_linhas\\_de\\_cuidado\\_Movimentos\\_moleculares\\_na\\_micropolitica\\_do\\_trabalho\\_em\\_sade/links/547326a70cf24bc8\\_ea19b88b.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Emerson_Merhy/publication/268200414_Integralidade_e_transversalidade_das_necessidades_de_sade_nas_linhas_de_cuidado_Movimentos_moleculares_na_micropolitica_do_trabalho_em_sade/links/547326a70cf24bc8_ea19b88b.pdf)>. Acesso em 15 mai. 2014.

MIALHE, F. L.; SILVA, C. M. C. A educação em saúde e suas representações entre alunos de um curso de odontologia. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 1555-1561, 2011.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa Qualitativa em Saúde. 7. ed. São Paulo: HUCITEC, 2000.

MIOTTO, M. H. M. B. et al. Avaliação do impacto na qualidade de vida causado por problemas bucais na população adulta e idosa em município da Região Sudeste. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 397-406, 2012.

MIRANDA, C. D. C.; PERES, M. A. Determinantes da utilização de serviços odontológicos entre adultos: um estudo de base populacional em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2319-2332, nov. 2013.

MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n.2, p. 2133-2144, 2008.

MORAES, A. B. A.; ROLIM, G. S.; COSTA JÚNIOR, A. L. O processo de adesão numa perspectiva analítico comportamental. **Rev. Bras. Terap. Comport. Cognitiva**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 329-345, 2009.

MORITA, M. C.; HADDAD, A. E.; ARAÚJO, M. E. **Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro**. Maringá: Dental Press International, 2010. Disponível em <[http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2010/04/PERFIL\\_CD\\_BR\\_web.pdf](http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2010/04/PERFIL_CD_BR_web.pdf)>. Acessoem: 10 jan. 2014.

MOTA, L. Q.; SANTOS, T. A.; MAGALHÃES, D. B. L. Humanização no atendimento odontológico: acolhimento da subjetividade dos pacientes atendidos por alunos de graduação nos campos de estágio. **Rev. Bras. Cienc. Saúde**, João Pessoa, v.16, n. 4, p. 537-544, 2012.

MOYSÉS, S. J. **Saúde coletiva: políticas, epidemiologia da saúde bucal e redes de atenção odontológica**. KRIGER L, MOYSÉS SJ, MOYSÉS ST: (Org.). São Paulo: Artes Médicas, 2013.

NARVAI, P. C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, p. 141-147, 2006. Número Especial.

NICKEL, D. A.; LIMA, F. G.; SILVA, B. B. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 241-246, fev. 2008.

NOGUEIRA, L. T. et al. Retardo na procura do tratamento odontológico e percepção da saúde bucal em mulheres grávidas. **Odontol. Clín.-Cient.**, Recife, v. 11, n. 2, p. 127-131, abr./jun. 2012.

OLIVEIRA, A. G. Caracterização dos pacientes com transtorno obsessivo compulsivo: um estudo epidemiológico. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 17, n. 4, p. 676-682, out./dez. 2012.

OLIVEIRA, M. F. Motivação no controle do biofilme dental e aprendizado em relação à saúde

bucal em escolares. **UEPG Ci. Biol. Saúde**, Ponta Grossa, v. 18, n. 2, p. 115- 120, jul./dez. 2012.

PARO, C. A.; VIANNA, N. G.; LIMA, M. C. M. P. Investigando a adesão ao atendimento fonoaudiológico no contexto da atenção básica. **Rev. CEFAC.**, Campinas, v. 15, n. 5, p. 1316-1324, set./out. 2013.

PEREIRA, A. C. **Tratado de saúde coletiva em odontologia**. 1ª ed. Nova Odessa: Napoleão, 2009.

PEREIRA, A. C. et al. Conceitos importantes para a prevenção em saúde bucal. In: PEREIRA, A.C.; MENEGHIM, M. **Saúde coletiva: métodos preventivos para doenças bucais**. São Paulo: Artes Médicas, 2013. p. 11-22. (ABENO: Odontologia Essencial: temas interdisciplinares).

PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008. 478 p.

PEREIRA, M. A. M; GOMES, R. A. Maturidade. **Fasem Ciênc.**, Uruaçu, v. 3, n. 1, p.1-9, 2014. Disponível em: <<http://www.fasem.edu.br/revista/index.php/fasemciencias/article/view/54/pdf>>. Acesso em 01 jul. 2014.

PEREIRA, W. Uma história da odontologia no Brasil. **Hist. Perspect.**, Uberlândia, v. 25, n. 47, p. 147-173, jul./dez., 2012.

PERES, M. A. et al. Perdas dentárias no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, p. 78-89, 2013. Suplemento 3.

PESSANHA DE CARVALHO, M. A. et al. Estudo de caso sobre as faltas dos usuários às consultas programadas de uma equipe de saúde da família do município do Rio de Janeiro. **JMPHC: Manag. Prim. Health Care**, [s.l.] v. 5, n. 2, p. 140-152, 2014.

PEZZATO, L. M; L'ABBATE, S.; BOTAZZO, C. Produção de micropolíticas no processo de trabalho em saúde bucal: uma abordagem socioanalítica. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n. 7, p. 2095-2104, 2013.

PINTO, R. S.; MATOS, D. L.; LOYOLA FILHO, A. I. Características associadas ao uso de serviços odontológicos públicos pela população adulta brasileira. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 2, p. 531-544, 2012.

PRZENYCZKA, R. A. et al. O paradoxo da liberdade e da autonomia nas ações do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 427-431, abr./jun. 2012.

QUINTANILHA, B. C. **Participação rizomática: um modo de participação social no Sistema Único de Saúde**. 2012. 92f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2012. Disponível em: <[http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese\\_5376\\_.pdf](http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese_5376_.pdf)>. Acesso em: 15 abr. 2012.

QUINTANILHA, B. C.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAUJO, M. Movimentos de resistência no Sistema Único de Saúde (SUS): a participação rizomática. **Interface Comunic. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 17, n. 46, p. 561-573, jul./set. 2013.

- RAND, C. S. Measuring adherence with therapy for chronic diseases: implications for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. **Am. Cardiol.**, New York, v. 72, p. 68D-74D, 1993.
- REINERS, A. A. O. et al. Adesão ao tratamento de hipertensos da atenção básica. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 11, n. 3, p. 581-587, jul./set. 2012.
- REINERS, A. A. O.; NOGUEIRA, M. S. Conscientização do usuário hipertenso para a adesão ao tratamento. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 1, p.59-65, jan./fev. 2009.
- RIBEIRO, C. M. Relação entre doença periodontal em gestantes com parto prematuro e o nascimento de bebês de baixo peso. **Rev. Saúde Desenvolv.**, [s.l.], v. 4, n. 2, jul./dez. 2013.
- ROCHA, C. R.; BERCHET, S. B. Estudo do abandono do tratamento odontológico em serviço público de Porto Alegre: o centro de saúde Murialdo. **Rev. Fac. Odontol.**, Porto Alegre, v. 42, n. 2, p. 25-31, dez. 2000.
- ROLIM, G. S. **Efeito de procedimentos preparatórios na colaboração da criança durante o atendimento odontológico**. 2010. Tese (Doutorado em ;Saúde da Criança e do Adolescente) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000775261>. Acesso em 22 mai. 2012.
- ROSELL, F. L. et al. Impacto dos problemas de saúde bucal na qualidade de vida de gestantes. **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.**, João Pessoa, v. 13, n. 3, p. 287-293, jul./set. 2013.
- RUSSI, S.; ROCHA, E. P. **Prótese total e prótese parcial removível**. KRIGER L; MOYSÉS SJ; MOYSÉS ST; (Org.). São Paulo: Artes Médicas, 2015.
- SANCHEZ, H. F. et al. A integralidade no cotidiano da atenção à saúde bucal: revisão de literatura. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 201-214, jan./abr. 2015.
- SANFELICE, C. et al. Crenças e práticas do período gestacional. **Rev. Saúde (Santa Maria)**, Santa Maria, v. 39, n. 2, p. 35-48, jul./dez. 2013.
- SANTA-HELENA, E. T.; NEMES, M. I. B; NETO, J. E. Fatores associados à não- adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em Unidades de Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2389-2398,dez. 2010.
- SANTILLO, P. M. H. et al. Impacto biopsicossocial da perda dentária em trabalhadores brasileiros de área rural. **Pesq. Prát. Psicossoc. – PPP**, São João del- Rei, v. 8, n. 2, jul./dez. 2013.
- SANTOS, A. M. et al. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 464-470, 2008.
- SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. **Saúde bucal: da fragmentação à integralidade**. Feira de Santana: UEFS, 2010.
- SANTOS, W. J. et al. Barreiras e aspectos facilitadores da adesão à terapia antirretroviral em



Belo Horizonte-MG. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 6, p. 1028-1037, 2011.

SÃO CARLOS (Município). Prefeitura Municipal de São Carlos. Fundação Educacional de São Carlos. Escola Municipal de Governo. São Carlos, 2008. 23 p.

SÃO CARLOS (Município). Site da Prefeitura Municipal de São Carlos. Administrações Regionais. 2014a. Disponível em: <<http://www.saocarlos.sp.gov.br>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

SÃO CARLOS (Município). Site da Prefeitura Municipal de São Carlos. A cidade de São Carlos. São Carlos: Secretaria Municipal. 2014b. Disponível em: <<http://www.saocarlos.sp.gov.br>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

SÃO CARLOS (Município). Site da Prefeitura Municipal de São Carlos. A saúde bucal no município de São Carlos. 2014c. Disponível em: <<http://www.saocarlos.sp.gov.br>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

SCHIMIDT, M. D. et al. Continuidade do cuidado na rede de atenção à saúde: negociação entre usuários e profissionais. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 15, n. 5, p. 812- 822, set./out. 2014.

SILVA, F. G. Subjetividade, individualidade, personalidade e identidade: concepções a partir da psicologia histórico cultural. **Psic da Ed.**, São Paulo, 28, 1º sem., p.169- 195, 2009.

SILVA, R. M. M. et al. Resolutividade na atenção à saúde da criança: percepção de pais e cuidadores. **Acta Paul Enferm.** São Paulo, v. 26, n. 4, p.382-388, 2013.

SILVA, S. R. C.; ROSSEL, F.L; VALSECKI JUNIOR, A. Percepção das condições de saúde bucal por gestantes atendidas em unidade de saúde no município de Araraquara, São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 6, n. 4, p. 405-410, out./dez. 2006.

SILVEIRA, F. et al. Interação de saberes para articulação de ações de saúde bucal coletiva: cartografia de uma equipe de saúde da família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p.4879-4888, 2014.

SILVEIRA, L. M. C.; RIBEIRO, V. M. B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. **Interface Comunic. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 91-104, set./2004/ fev./2005.

SILVESTRE, J. A. C. Dez anos de inclusão da saúde bucal na estratégia saúde da família no Brasil: uma revisão da produção científica. **Cadernos ESP**, Fortaleza, v. 6, n. 1, p. 65-74, jan./jun. 2012.

SMITH, D. R.; LEGGAT, P. A. Casa de ferreiro, espeto de pau: o tabagismo entre profissionais de saúde. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v. 39, n. 129, p. 119-121, 2014.

SOUSA FILHO, M. P. et al. Pacientes vivendo com HIV/AIDS e coinfeção tuberculose: dificuldades associadas à adesão ou ao abandono do tratamento. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 139-145, jun. 2012.

SOUSA, J. N. L; NÓBREGA, D. R. M.; ARAKI, A. T. Perfil e percepção de diabéticos sobre a relação entre diabetes e doença periodontal. **Rev. Odontol. UNESP**, São Paulo, v. 43, n. 4,

p. 265-272, jul./ago. 2014.

SOUZA, G. B. et al. Práticas para a saúde: avaliação subjetiva de adolescentes. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 562-571, out./dez. 2012.

SOUZA, J. G. S. et al. Traumatismos faciais decorrentes da prática esportiva. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 53-57, jan./fev./mar. 2013.

SOUZA, M. S. P. L. et al. Características dos serviços de saúde associadas à adesão ao tratamento da tuberculose. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 6, p. 998-1005, 2009.

SPÍNOLA, T. A fenomenologia e a enfermagem: algumas reflexões. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 403-9, dez. 1997.

STORINO, L. P.; SOUZA, K. V.; SILVA, K. L. Necessidade de saúde de homens na atenção básica: acolhimento e vínculo com potencializadores da integralidade. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 638-645, out./dez. 2013.

TAVARES, T. S. C. et al. Lesões bucais em gestantes e a dificuldade de adesão ao tratamento. **Rev. Odontol. (ATO)**, Bauru, v. 14, n. 7, p. 384-395, jul. 2014.

TORNELLI, H. R. **Avaliação de ansiedade ao tratamento odontológico e do estresse relacionado à cirurgia do terceiro molar inferior**. 2011. 71 f. Dissertação (Mestrado em Ciência Odontológica) – Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/23/23147/tde-11092012-123618/pt-br.php>>. Acesso em: 04 jun. 2013.

TREVISAN, C. L.; PINTO, A. A. M. Fatores que interferem no acesso e na adesão das gestantes ao tratamento odontológico. **Arch Health Invest**, [s.l.], v. 2, n. 2, p. 29- 35, 2013.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 6ª ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

VARGAS, A. M. D.; VASCONCELOS, M.; RIBEIRO, M. T. F. **Saúde bucal: atenção ao idoso**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2012.

VAZQUEZ, F. L. et al. Referência e contrarreferência na atenção secundária em odontologia em Campinas, SP, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 245-255, 2014.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. O vínculo como diretriz para a construção da integralidade na estratégia saúde da família. **Rev. Rene.**, Fortaleza, v. 13, n. 2, p. 375- 85, 2012.

VIEIRA, V. Municipalização de Serviços de Saúde segundo profissionais de saúde bucal em um município do interior do Estado de São Paulo, Brasil. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 22, n. 3, p. 795-803, 2013.

VIETTA, E. P. Configuração triádica, humanista-existencial- personalista: uma abordagem teórica - metodológica de aplicação nas pesquisas de enfermagem psiquiátrica e saúde mental. **Rev. Latino-am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 3, n. 1, p. 31-43, jan. 1995.



WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Adherence to long-term therapies: evidence for action.** Geneva, World Health Organization, 2003. Disponível em: <[www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_full\\_report.pdf](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf)>. Acesso em: 10 jan. 2011.

ZANETTI, C. H. G. **As marcas de mal-estar social no sistema nacional de saúde tardio: o caso das políticas de saúde bucal no Brasil dos anos 80.** 1993. 133 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1993.

ZANETTI, G. et al. Conduta clínica frente aos diferentes tipos de comportamento infantil. **UNOPAR Cient. Ciênc. Biol. Saúde**, Londrina, v. 3, n. 1, p. 69-75, out. 2001.

## ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado Sr. (a) \_\_\_\_\_

Eu, Tarsila Teixeira Vilhena Lopes, dentista atuante na Unidade de Saúde da Família (USF) Astolpho Luis do Prado, residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade e aluna do Programa de Pós Graduação em Gestão da Clínica junto à Universidade Federal de São Carlos – UFSCar em parceria com a Prefeitura Municipal de São Carlos, estou desenvolvendo uma pesquisa sob a supervisão do Prof. Dr. Bernardino Geraldo Alves Souto e Fernanda Gonçalves Duvra Salomão.

Essa pesquisa pretende entender as razões porque algumas pessoas faltam às consultas com o dentista ou têm dificuldade em seguir orientações de cuidados com os dentes. Sua opinião sobre esse assunto é importante para ajudar os dentistas a entenderem os problemas que dificultam às pessoas seguirem certinho todo o tratamento dentário e para eles pensarem sobre seu modo de cuidar.

Você foi escolhido porque, segundo fui informada, em algum momento do tratamento não pôde vir à consulta ou não pôde seguir certinho as orientações do dentista, porque você tem mais de 18 anos e tem capacidade para entender as coisas que pretendo lhe perguntar.

Sua participação será da seguinte maneira: primeiro precisarei que me informe suaidade, o número de anos que você estudou na escola e se você tem algum problema de saúde. Depois disso, precisarei que responda algumas perguntas sobre o que você já aprendeu ou experiências que tem relacionada à saúde da boca e dos dentes, conforme o roteiro em anexo.

Essa entrevista será gravada em sua residência, no momento que melhor lhe convier, sem imagem (só será gravada a fala).

Sua participação não é obrigatória, você tem total e absoluta liberdade de não querer realizá-la. Além disso, você tem o direito de desistir de participar em qualquer momento, mesmo se tiver aceitado no começo, sem penalidade alguma e sem nenhum prejuízo em sua relação comigo ou na forma de atendimento na unidade de saúde. Caso aceite, não receberá nenhum favor e nem pagamento por isso Embora não haja nenhum benefício direto em participar, indiretamente você estará contribuindo para um conhecimento que poderá ser útil aos dentistas.

Como risco, existe a possibilidade de ocorrer vazamento das informações, sentir vergonha durante a entrevista, não querer responder alguma das perguntas, sentir medo, preocupação com relação ao efeito da resposta na unidade de saúde, sentir desconforto em sua rotina devido ao agendamento do encontro ou recordar de fatos desagradáveis na sua relação com o dentista ou serviço.

Para diminuir o risco de vazamento de informações, o conteúdo das gravações será analisado apenas por mim e pelos meus orientadores. O modo como você e os demais entrevistados serão identificados será por números, será omitido seus nomes. Assim, será mantida sua privacidade e sigilo de seus dados pessoais em todas as fases da pesquisa.

Com relação aos riscos sobre desconfortos gerados na fase de entrevista, eles serão minimizados com a lembrança de que você poderá desistir em qualquer momento e que poderá recusar responder qualquer questão. Para evitar preocupações com sua rotina, a entrevista será agendada de acordo com sua disponibilidade.

Sua participação não gerará nenhum custo financeiro ou material para você, mas, caso isso ocorra, lhe será ressarcido na medida exata do custo eventualmente gerado.

Você poderá ter acesso aos resultados da pesquisa, no entanto não serão revelados os dados particulares dos participantes. O mesmo resultado será apresentado para o público através de publicação científica, palestra, defesa de dissertação, conversas ou outros.

Dúvidas sobre o projeto e sua participação poderão ser esclarecidas, agora ou a qualquer momento, pela pesquisadora Tarsila Teixeira Vilhena Lopes, 8824-8717(celular) /e-mail:

tarsilalopes@yahoo.com.br, pelos profissionais de saúde da USF, 3307-1378 (USF Astolpho), ou pelos profissionais da UFSCar, Entidade responsável, 3351-8676 /3351-9612, fax: 3351- 8302 e e-mail: ppggc@ufscar.br.

Este documento visa proteger a qualidade do estudo e o respeito aos seus direitos e de todos os participantes. Ele foi desenvolvido sob a supervisão da UFSCar e do Comitê de Ética em Pesquisa. É constituído por duas vias, uma ficará em seu poder, caso participe do estudo, e a outra em meu poder – pesquisadora.

---

Tarsila Teixeira Vilhena Lopes  
Rua José Antonio Maciel, nº 90 Ap. 2.  
Tel: 16 - 8824-8717

**Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.**

**O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: [cephumanos@power.ufscar.br](mailto:cephumanos@power.ufscar.br)**

**São Carlos, 08 de Dezembro de 2012.**

---

Sujeito da pesquisa

## ANEXO B - Roteiro de entrevista semiestruturada

Entrevista nº: \_

Data: \_\_/\_\_/\_\_

- 
1. Que problemas de saúde você acredita que tem?
  2. Em relação à boca e os dentes, o que é você acha?
  3. Como era o tratamento de dentes na sua época de criança? E hoje?
  4. Compare uma boca que você ache boa e outra ruim? E a sua?
  5. O que você acha que faz com que algumas pessoas não procurem um dentista ou não sigam o tratamento direito?
  6. Sexo: Feminino ( ) Masculino ( )
  7. Idade: \_\_\_\_\_
  8. Escolaridade:  
( ) Ensino Infantil  
( ) Ensino Fundamental Completo (pelo menos 8 anos de estudo completos) ( ) Ensino Fundamental Incompleto (menos de 8 anos de estudo completos) ( ) Ensino Médio Completo (pelo menos 11 anos de estudo completos)  
( ) Ensino Médio Incompleto (de 9 a menos de 11 anos de estudo completos) ( ) Ensino Superior Completo (pelo menos 13 de estudo completos)  
( ) Ensino Superior Incompleto (de 12 a menos de 13 anos de estudo completos) ( ) Analfabeta (não cursou nem a primeira série do ensino fundamental)

## ANEXO C – Parecer consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO CARLOS/UFSCAR



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Percepções de usuários de serviço odontológico sobre sua não adesão ao tratamento.

**Pesquisador:** TARGILA LOPES

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 10830012.7.0000.5504

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 158.378

**Data da Relatoria:** 12/03/2013

**Apresentação do Projeto:**

A compreensão do comportamento de não-adesão deve considerar a subjetividade do sujeito, bem como suas necessidades e dificuldades, mais do que a precisão com que ele segue as orientações recomendadas. É importante estudá-lo para que haja uma reflexão sobre a complexidade do sujeito e no modo de gestão do cuidado.

Por meio de estratégia qualitativa, serão entrevistados usuários do serviço de saúde bucal da Unidade de Saúde da Família (USF) Astolpho Luis do Prado, situada no município de São Carlos. A equipe listará as pessoas faltosas ao cuidado odontológico, considerando este o primeiro critério de inclusão. Será considerado faltoso aquele indivíduo que não comparecer pelo menos a três atendimentos agendados, sem aviso prévio, ao longo do tratamento ou quando o abandonarem espontaneamente. A partir da listagem dos faltosos, o pesquisador identificará aqueles contempláveis pelos demais critérios de inclusão, que são: ter mais de 18 anos de idade, tempo livre para entrevista, concordar com o termo de consentimento livre e esclarecido e ter ou estar em condições físicas e mentais para a realização da entrevista.

A coleta dos dados será feita por meio de entrevistas semiestruturadas, combinando perguntas fechadas e abertas que serão gravadas.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 395

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-405

UF: SP

Município: SÃO CARLOS

Telefone: (16)3331-6883

E-mail: cep@ufscar.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO CARLOS/UFSCAR



**Recomendações:**

nenhuma

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Todas as recomendações foram acatadas

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais e Ortótipo do CEP:**

SÃO CARLOS, 18 de Fevereiro de 2013.

---

Assinado por:  
Maria Isabel Ruiz Beretta  
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SÃO CARLOS

Telefone: (16)3331-4683

E-mail: cep@ufscar.br