

Marta Maria Lopes de Carvalho

**A PERCEÇÃO DO PACIENTE SOBRE OS CUIDADOS MÉDICO-DENTÁRIOS
DURANTE A CONSULTA MÉDICO-DENTÁRIA**

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2015

Marta Maria Lopes de Carvalho

**A PERCEÇÃO DO PACIENTE SOBRE OS CUIDADOS MÉDICO-DENTÁRIOS
DURANTE A CONSULTA MÉDICO-DENTÁRIA**

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2015

Marta Maria Lopes de Carvalho

**A PERCEÇÃO DO PACIENTE SOBRE OS CUIDADOS MÉDICO-DENTÁRIOS
DURANTE A CONSULTA MÉDICO-DENTÁRIA**

Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para obtenção do
grau de mestre em Medicina Dentária

RESUMO

Com este trabalho de investigação pretendemos compreender a perceção do paciente sobre os cuidados médicos dentários durante uma consulta odontológica.

O estudo situa-se no paradigma de investigação qualitativa, seguindo uma orientação fenomenológica. O estudo é do tipo exploratório e descritivo e envolveu dezasseis pacientes, selecionados intencionalmente numa amostragem não probabilística. O contexto de estudo foi a clínica pedagógica da faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa do Porto. O tratamento de dados foi realizado através da análise de conteúdo.

Dos resultados obtidos, os participantes deste estudo percecionaram atributos pessoais e profissionais do médico dentista, o fator económico, o menor tempo de espera para consulta e o tipo de materiais utilizados como dimensões presentes num atendimento médico dentário com qualidade. A maioria dos entrevistados salientou um impacto positivo do profissional na sua qualidade de vida, relatando como os cuidados mais valorizados: a relação de ajuda, um bom diagnóstico clínico, o empenho do profissional, um bom resultado final, a ausência de dor e procedimentos técnicos como o tratamento de doença cárie dentária. Os cuidados médicos-dentários menos valorizados foram os procedimentos técnicos como extrações, a arrogância dos profissionais, um tempo de espera prolongado e um preço elevado da consulta.

Fica evidente ao longo deste estudo a necessidade de uma maior individualização dos cuidados médicos-dentários. Sugere-se que o médico dentista estabeleça com o paciente uma relação de ajuda, procurando uma comunicação terapêutica bem sucedida.

ABSTRACT

With this investigation work it was our aim to understand the patient's perception about oral health care during a dental consultation.

This study stands on a qualitative approach, following a phenomenological orientation. It is of an exploratory and descriptive type and it involved sixteen patients, intentionally selected in a non-probabilistic sample. The background of this study was the pedagogical clinic of the "Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa", in Oporto. Data management was done through subject analysis technique.

From the results, we can realise that the participants in this study perceived personal and professional attributes of the dentist doctor, the economic factor, the shorter waiting time for the consultation and the type of materials used as dimensions present in a quality medico dental attendance. The majority of the interviewed stressed the positive impact of the professional in their quality of life, pointing out as the most valued care: the helping relationship, a good clinical diagnosis, the professional commitment, a good final result, the absence of pain and the technical procedures such as the treatment of dental caries disease. The least valued oral health care were the technical procedures such as extractions, the arrogance of some professionals, a long waiting time and the high price of the consultations.

Viewing this study, it is clear that there is a need of individualizing oral health care. We suggest that the dentist doctor establishes a helping relationship with the patient, searching for a successful therapeutic communication

Aos meus pais

UM MUITO OBRIGADO

À MINHA FAMÍLIA, que viveu comigo a angústia dos piores momentos e as alegrias
dos pequenos sucessos;

Ao Doutor FRIAS BULHOSA, orientador deste trabalho, pelo seu contributo, incentivo
permanente e pelo saber que tão bem sabe partilhar;

A TODOS OS PROFESSORES DO MESTRADO EM MEDICINA DENTÁRIA por
toda a disponibilidade, apoio, estima e crítica que transformaram os nossos encontros
em verdadeiros momentos de aprendizagem;

AOS COLEGAS DE TRABALHO HOSPITALAR, que partilharam comigo os trilhos
deste desafio, impulsionador do meu crescimento e maturidade enquanto pessoa e
profissional;

As TODOS QUE, de qualquer modo, possibilitaram e contribuíram para que alcançasse
este meu objetivo.

“E no fim não são os anos de vida que contam, é a vida contida nesses anos.”

Abraham Lincoln

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
DESENVOLVIMENTO	
I -A QUALIDADE EM SAÚDE: UM CONCEITO COMPLEXO	4
1.1 O conceito de qualidade de vida	7
1.2 A qualidade de vida e a saúde oral	8
II- A PERCEÇÃO DO PACIENTE SOBRE O ATENDIMENTO MÉDICO-DENTÁRIO	11
2.1 A relação médico dentista/paciente	13
III- METODOLOGIA INVESTIGAÇÃO	19
3.1 Conceptualização do estudo	19
3.2 Contexto de estudo, população e amostra	21
3.3 Técnica de recolha de informação	23
3.4 Procedimentos	24
3.5 Considerações éticas	25
IV- ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	27
4.1-Perceção do conceito de qualidade durante uma consulta médico-dentária.....	27
4.2-Perceção da influência do médico dentista na qualidade de vida do paciente.....	33
4.3-Perceção da individualização do paciente na prestação de cuidados médico-dentários.....	35
4.4-Perceção do valor atribuído aos cuidados médico-dentários pelo paciente.....	36
4.5-Perceção da relação entre necessidade expressa e resposta médico-dentária.....	42
4.6-Perceção da adequação dos cuidados médico-dentários às necessidades do paciente.....	43
4.7-Perceção da relação entre tempo/execução dos cuidados médico-dentários.....	44
4.8-Perceção da satisfação do paciente com os cuidados médico-dentário.....	46

4.9-Percepção da tomada de decisão relativamente aos cuidados médico-dentários	48
V- CONCLUSÕES E SUGESTÕES	51
VI- BIBLIOGRAFIA	55
ANEXOS.....	58

ÍNDICE DE FÍGURAS

Figura 1 Saúde, uma relação complexa!.....	6
Figura 2 Percepção do conceito de qualidade durante uma consulta médico-dentária.....	27
Figura 3 Percepção da influência do médico dentista na qualidade de vida do paciente.....	33
Figura 4 Percepção da individualização do paciente na prestação de cuidados médico-dentários.....	35
Figura 5 Percepção do valor atribuído aos cuidados médico-dentários pelo paciente...36	
Figura 6 Percepção da relação entre necessidade expressa e resposta médico dentária.....	42
Figura 7 Percepção da adequação dos cuidados médico-dentários às necessidades do paciente	43
Figura 8 Percepção da relação entre tempo/execução dos cuidados médico-dentários.....	44
Figura 9 Percepção da satisfação do paciente com os cuidados médico-dentários.....	46
Figura 10 Percepção da tomada de decisão relativamente aos cuidados médico-dentários.....	48

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela n.º 1- Caraterização da amostra	47
---	----

SIGLAS E ABREVIATURAS

DGS	Direção-Geral da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde

INTRODUÇÃO

Atualmente muito se tem debatido sobre a qualidade dos serviços, a qualidade de vida do paciente, a qualidade dos cuidados prestados em saúde sendo a qualidade alvo de atenção de políticas de saúde e também dos próprios profissionais de saúde. Estudos realizados por Nobre, Camara, Silva, & Soares (2005), Matos, (2006), Cruz (2007), Gomes & Pimenta (2013) demonstram o interesse crescente no âmbito da Medicina Dentária em promover a qualidade dos cuidados médico-dentários que prestam. É partindo deste pressuposto que emerge a problemática do nosso estudo, tornando-se urgente a reflexão sobre a percepção do paciente sobre o atendimento durante uma consulta médico dentário.

A percepção envolve, na ótica da psicologia, a função que permite ao indivíduo receber, elaborar e interpretar a informação que chega do meio circundante através dos sentidos, tornando os acontecimentos reais, conscientes. É através da percepção que o paciente interpreta os cuidados de saúde que lhe são prestados e os integra de uma forma mais ao menos complexa, permitindo-lhe dar-lhes um significado global. Assim, torna-se essencial ouvir o que o paciente tem a dizer sobre os cuidados que lhe são prestados e qual o impacto na sua qualidade de vida.

No âmbito do mestrado em Medicina Dentária, da Universidade Fernando Pessoa do Porto, propôs-se realizar um estudo qualitativo, de natureza exploratória e caráter descritivo, tendo como ponto de partida o seguinte problema de investigação: qual a percepção do paciente sobre o atendimento médico-dentário durante uma consulta médico-dentária?

Com o recurso a entrevistas definiu-se como objetivos do estudo: identificar os cuidados médico-dentários, mais valorizados e menos valorizados pelo paciente durante a consulta médica dentária; identificar a percepção do paciente sobre o impacto da consulta médico dentária na sua qualidade de vida e identificar os aspetos que na percepção do paciente evidenciam qualidade no atendimento médico dentária.

A análise das dimensões de um atendimento de qualidade segundo o paciente serão as linhas orientadoras para a melhoria da intervenção do médico dentista para uma prática de excelência - finalidade que prosseguimos com este trabalho.

A percepção do paciente sobre os cuidados médico-dentários durante a consulta médico-dentária

É importante dar voz ao paciente, tornando-o autor e ator do seu plano terapêutico, sendo entendido como um participante, com voz ativa, e não ser apenas uma personagem secundária.

Este trabalho será estruturado em duas partes essenciais: enquadramento teórico e investigação empírica.

A primeira parte com dois capítulos íntegra a revisão bibliográfica efetuada. No primeiro capítulo, clarificaremos o conceito de qualidade em saúde e compreendemos a inter-relação de saúde oral com o conceito de qualidade de vida. No segundo capítulo debruçaremos sobre o atendimento médico dentário propriamente dito realçando princípios orientadores da relação médico/paciente como a comunicação eficaz, a empatia, a escuta ativa, entre outros.

A segunda parte do trabalho – investigação empírica - é constituída por três capítulos. No terceiro capítulo desta segunda parte, será desenvolvido o desenho do estudo, através de uma descrição sistemática dos aspetos metodológicos em que o mesmo se alicerça. No quarto capítulo, procederemos à análise e interpretação dos dados e por fim, no último capítulo, apresentaremos as conclusões obtidas, delineando algumas propostas que emergem do estudo.

No entanto e tendo em conta as nossas limitações, pretendemos que esta investigação possa também assumir um papel importante como geradora de novos conhecimentos e como um reforço de saber científico na Medicina Dentária. Apresentamo-lo, como sendo uma mais-valia na melhoria da qualidade dos cuidados prestados pelos médicos dentistas, como afirma Fortin (2003) “a investigação visa aumentar o campo dos conhecimentos na disciplina, contribuindo para a saúde das populações através da melhoria de qualidade, eficácia e eficiência dos cuidados”.

A percepção do paciente sobre os cuidados médico-dentários durante a consulta médico-dentária

DESENVOLVIMENTO

I - A QUALIDADE EM SAÚDE: UM CONCEITO COMPLEXO

Quando se realiza uma revisão bibliográfica sobre o conceito qualidade, surgem vários estudos sobre o conceito de qualidade de vida e sua associação com saúde, com uma tendência de crescimento significativo nas últimas décadas. As pessoas cada vez mais discutem qualidade e procuram serviços com maiores níveis de qualidade no atendimento.

No entanto, o conceito de qualidade em saúde revela-se um conceito dinâmico que se vai alterando com o tempo e com a situação, tornando-se de difícil consenso quanto à sua definição, englobando aspectos como a subjetividade, a multidimensionalidade e a presença de dimensões positivas e negativas.

Se falarmos de qualidade, para a maioria dos autores, um serviço de saúde com qualidade é aquele que organiza os seus recursos da forma mais efetiva em resposta às necessidades sentidas, com segurança, sem desperdício e de acordo com padrões de elevado nível e respeito pelos direitos humanos (Kazandjian, 2007).

Na evolução da gestão de qualidade em saúde surgiram várias teorias inovadoras de melhoria e desempenho organizacional nomeadamente; a melhoria contínua da qualidade, a gestão pela qualidade total e a aplicação na saúde das técnicas da qualidade do setor industrial (Kazandjian, 2007).

Os objetivos dos sistemas de gestão da qualidade em saúde são fornecer uma abordagem sistemática de todas as atividades, privilegiar as atividades de prevenção, fornecer uma evidência objetiva de que a qualidade foi alcançada e ainda dotar os sistemas de saúde de agilidade e capacidade de resposta às ameaças e riscos decorrentes da complexidade dos novos modelos sociais (Kazandjian, 2007).

Segundo Saturno (2008), as análises sobre os contrastes entre os “sistemas” de qualidade atrapalham mais do que facilitam as estratégias de implantação de programas de gestão da qualidade e hoje deve-se incentivar a não basear as estratégias em etiquetas ou termos, mas sim, integrar tudo o que tenha a possibilidade de ser útil a cada situação particular. Muitas vezes a maior mudança no sentido de atingir a qualidade de um serviço de atendimento é aquela que é capaz de produzir os maiores benefícios, dirigir-

A percepção do paciente sobre os cuidados médico-dentários durante a consulta médico-dentária se às maiores falhas de qualidade e ter uma mais fácil implementação, mais económica e segura.

Os programas de melhoria da qualidade surgiram como ferramentas de melhoria contínua de qualidade dos serviços de saúde. Os programas pioneiros foram os programas externos (ex.: acreditação) com enfoque no controlo público da prestação de serviços e na comparação entre instituições. No entanto os programas externos necessitam dos internos para conseguir melhorar a qualidade, logo na elaboração de programas externos da qualidade devem ser incluídas estratégias claras de apoio e incentivo aos programas internos. A melhoria da qualidade exige que a gestão desta seja assumida internamente à organização. A pressão exercida pelos programas externos resulta, essencialmente, da pressão sobre o funcionamento dos projetos/ações internas, logo aí, a importância da criação de uma cultura da qualidade e segurança interna (Saturno, 2008).

Assim, partindo do pressuposto que a qualidade dos serviços de saúde é multidimensional e a sua compreensão exige uma multiplicidade de medidas, a qualidade também é avaliada segundo a estrutura, o processo e os resultados. A *estrutura* são os atributos dos cenários em que decorre a prestação de cuidados: recursos materiais (ex.: instalações, meios financeiros); recursos humanos (número e qualificação do pessoal) e estrutura organizacional (organização do pessoal médico, métodos de revisão, modalidades de remuneração). O *processo* inclui as atividades dos pacientes na procura e receção dos cuidados e dos prestadores na elaboração de um diagnóstico e potencial tratamento. O *resultado* são os efeitos dos cuidados no estado de saúde dos pacientes e das populações (Mainz, 2003).

Por outro lado, em todas as dimensões da qualidade dos cuidados de saúde, se requiere que estes sejam:

- seguros: os cuidados de saúde deverão ser tão seguros para o paciente nas unidades de saúde como nas suas casas;
- efetivos: a ciência e a evidência por detrás dos cuidados de saúde deverão ser aplicadas e servir como padrão na prestação dos cuidados;
- eficientes: os cuidados e os serviços de saúde deverão ser custo-efetivos e o desperdício deverá ser removido do sistema;

A percepção do paciente sobre os cuidados médico-dentários durante a consulta médico-dentária

- oportunos: os doentes não deverão estar sujeitos a esperas ou dilações na receção dos cuidados de saúde;
- centrados no paciente: o sistema de saúde deverá girar à volta do paciente, respeitar as suas preferências e colocar o mesmo em controlo da sua situação de saúde;
- equitativos: tratamento desigual deverá ser um fato do passado, as disparidades em saúde deverão ser erradicadas (Kazandjian, 2007; Mainz, 2003; Saturno, 2008).

No entanto, tal como exemplifica a figura n.º 1, os sistemas de saúde são sistemas dinâmicos e complexos, logo todo este progresso na gestão da qualidade requer um entendimento coerente das motivações humanas e das necessidades psicológicas das pessoas que prestam serviços e dos que os recebe.

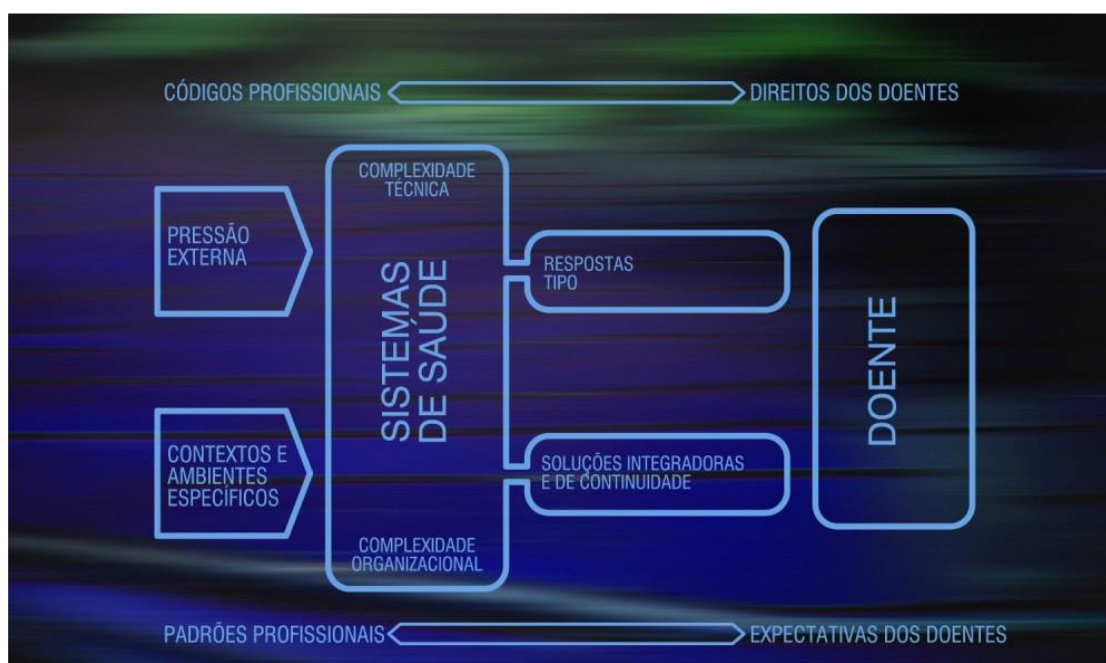


Figura 1 – Saúde, uma relação complexa! (Adaptado de Kazandjian, 2007)

Muitas vezes uma atitude de medo dos pacientes, uma falta de informação ao paciente para consentimento válido e informado, políticas inconsistentes, fraca liderança dos serviços de saúde e uma *blaming culture* das organizações de saúde, bem como uma cultura defensiva dos profissionais levanta desafios na avaliação satisfatória da qualidade dos serviços prestados.

A perceção do paciente sobre os cuidados médico-dentários durante a consulta médico-dentária

As organizações prestadoras de cuidados são cada vez mais complexas e tecnicamente mais sofisticadas e logo comportam grandes desafios, nomeadamente, existe um grande aumento das expectativas dos doentes/cidadãos, com generalizada limitação dos recursos, novas condições mundiais (mobilidade dos cidadãos, novas doenças, pandemias, etc.), que requerem novas soluções organizacionais com privilégio da integração e qualidade dos cuidados.

1.1 – O conceito de qualidade de vida

O interesse no estudo do conceito de qualidade de vida ainda é recente mas o aumento dos estudos realizados nas duas últimas décadas testemunha os esforços voltados para o amadurecimento concetual e metodológico no uso deste termo na comunidade científica.

Este conceito é sentido como algo vago, algo sobre o que muita gente fala mas que ninguém sabe claramente o que é, porque varia, tanto individualmente, bem como, geograficamente.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1994) define saúde como um estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade e a qualidade de vida, como uma perceção subjetiva de satisfação ou felicidade com a vida em domínios importantes para o indivíduo, em que as dimensões de subjetividade e multidimensionalidade estão sempre presentes.

O facto de se tratar de uma medida de perceção pessoal implica a impossibilidade da avaliação do conceito de qualidade de vida por outra pessoa, ainda que próxima, só o próprio indivíduo poderá falar da sua qualidade. Investigadores desenvolveram métodos e instrumentos de avaliação que consideram a perspetiva da pessoa ou da população, e não a visão dos cientistas, sendo avaliada por questionários de autorrelato e entrevistas, defendendo que os estudos quantitativos e qualitativos sejam ministrados, no sentido de aprofundar este tema (Pinto & Fradique, 2009).

No entanto, apesar das várias abordagens concetuais do conceito de qualidade de vida, parece existir unanimidade entre os autores quanto a alguns aspetos teóricos, que Pinto

A percepção do paciente sobre os cuidados médico-dentários durante a consulta médico-dentária

& Fradique (2009) sintetizam da seguinte forma: o conceito de qualidade de vida em saúde engloba domínios relacionados com o bem-estar (sejam eles avaliados em termos de satisfação, felicidade, bem-estar físico, velhice bem-sucedida relações interpessoais ou desenvolvimento pessoal); integra fatores objetivos (como a funcionalidade dos vários sistemas orgânicos) e fatores subjetivos (relacionados com sentimentos e vivências do indivíduo), existindo sempre uma inter-relação entre os diferentes fatores do sujeito e o ambiente que o rodeia (por exemplo um indivíduo que sofre acidente e fica tetraplégico, altera o seu conceito de satisfação com a vida).

Assim este conceito de qualidade íntegra toda uma visão holística que permite que cada indivíduo perceba o que é importante para si, atendendo ao seu contexto pessoal, local onde vive, trabalha e se relaciona, seus interesses, necessidades, escolhas e valores. Tal justifica a grande variabilidade intra e intersujeitos, existindo diferentes definições do conceito consoante os diferentes padrões culturais e sociais, implicando que uma “boa qualidade significa coisas diferentes para pessoas diferentes” (Pinto & Fradique, 2009).

1.2 A qualidade de vida e a saúde oral

A saúde oral é definida pela OMS (2007) como sendo a ausência de dor crónica facial e na boca, de cancro oral e da garganta, de feridas orais, de defeitos congénitos orais tais como lábio e/ou fenda palatina, de doença periodontal, de perda de dentes e, outras doenças e perturbações orais que afetem a cavidade oral e a boca. Apesar de esta definição parecer completa, representa, contudo, apenas um estado de saúde oral ideal.

O modelo conceptual de Locker (1988) é um dos modelos mais utilizados para avaliar a qualidade de vida relacionada com o estado de saúde oral. Este modelo baseia-se na classificação da OMS dos conceitos de doença, incapacidade e desvantagem. O modelo de Locker defende que os problemas de saúde oral poderão levar a sete possíveis consequências, nomeadamente deterioração, limitação funcional, dor/desconforto, incapacidade (física, psicológica e social) e desvantagem. Por isso tenta capturar todos os resultados funcionais e psicossociais possíveis que a saúde oral poderá provocar. A deterioração (ex.: perda de dentes) pode levar à limitação funcional (ex.: dificuldade

A percepção do paciente sobre os cuidados médico-dentários durante a consulta médico-dentária (mastigar) e dor/desconforto. No fundo, este modelo de Locker é uma tentativa de compreensão das doenças orais e as suas consequências a nível físico, psicológico e social (Backer, 2007).

Somos conhecedores que a saúde oral reflete-se na saúde em geral e é este um princípio fundamental que rege os esforços da moderna Medicina Dentária na prevenção das doenças orais.

Estudos recentes têm vindo a demonstrar o impacto que a saúde oral tem na qualidade de vida do paciente. A experiência da dor, problemas em comer e mastigar, o embaraço por causa do estado dentário ou a falta de dentes podem ter efeitos adversos na vida do dia-a-dia das pessoas, na sua autoestima e no seu bem-estar (Matos, 2006).

Segundo Portillo & Paes (2000) a autopercepção da qualidade de vida em relação à saúde oral destaca o carácter subjetivo e a relatividade do conceito de saúde, assim como o fato de que as experiências pessoais sobre saúde e doença oral são influenciadas pelo espaço social em que acontecem e da forma com cada um as valoriza.

A saúde oral também é construída e vivida pelas pessoas de acordo com as suas vivências e o ambiente que as rodeia, e por isso torna-se fundamental a percepção do paciente.

A relação entre qualidade de vida, autoimagem, autoestima e as percepções de saúde oral tem vindo a ser exploradas em vários estudos. Sabemos, por exemplo, que uma das implicações da saúde oral é a alteração da percepção corporal, já que, cada vez mais, a melhor aparência se torna uma necessidade. Um estudo desenvolvido por Valente (2013) refere que uma boca saudável contribui para manutenção de uma expressão e comunicação agradável, constituindo assim um fator importante na construção e desenvolvimento da autoimagem e da autoestima.

Locker (1997) (*cit in Cruz, 2007*) adverte para o fato de piores indicadores clínicos não se refletirem necessariamente em relatos de impacto negativo na qualidade de vida. Segundo o autor, é possível encontrar indivíduos portadores de doenças crónicas relatando melhores níveis de qualidade de vida que indivíduos saudáveis. A natureza frequentemente assintomática da morbilidade e da doença oral, bem como o receio, a ansiedade ou mesmo a aversão aos tratamentos dentários podem contribuir para explicar este comportamento.

Um estudo realizado por McGrath e Bedi, em 2004, entre britânicos com idade igual ou superior a 16 anos, corrobora as reflexões anteriores, ao evidenciar associação entre a ansiedade referente à ida ao dentista e o relato no impacto na qualidade de vida do paciente. As pessoas que demonstraram ansiedade relataram o dobro do impacto na sua qualidade de vida. Na visão dos autores, uma explicação para este resultado é o facto da ansiedade e o impacto decorrerem de características psicológicas, envolvendo aspetos de afetividade negativa. Outra razão, pode ser uma maior negligência dos indivíduos com a sua condição oral, o que gerará um maior volume e complexidade nos tratamentos, implicando um aumento da ansiedade, diminuição da procura, piora da condição oral e, portanto, um maior impacto.

Os mesmos autores supracitados, em 2000, estudaram a percepção do impacto da saúde oral sobre a qualidade de vida da população britânica, sendo que 75% dos entrevistados acreditava que a sua condição oral afetava positiva ou negativamente a qualidade de vida, com efeitos sobre a mastigação, conforto e aparência, e pessoas com *status* económico maior, apontavam maior impacto. Este estudo levou os autores à conclusão que os britânicos percebiam o impacto físico, social e psicológico referente à condição de saúde oral, com variações significativas para idade, sexo e classe social (*cit in* Cruz, 2007).

Masalu e Astrom (2003) (*cit in* Cruz, 2007) apontaram comer, limpar os dentes e sorrir como as atividades mais comprometidas na condição oral relativamente à percepção do impacto na qualidade de vida.

Cruz (2007) salienta ainda a dor dentária como uma dimensão maior no impacto na qualidade de vida na maioria dos indivíduos estudados, no qual 82% relatavam que a saúde oral tinha impacto na sua qualidade de vida. Paralelamente ao alívio da dor, o controle e o tratamento precoce da doença cárie e o acesso a serviço de prótese foram também aspetos prioritários na atenção à saúde da população adulta estudada.

Em Portugal, torna-se fulcral estudos qualitativos e quantitativos que demonstrem a importância do impacto da saúde oral na qualidade de vida do paciente pois a percepção da condição de saúde oral é uma importante medida para a Medicina Dentária, por estar associada à predisposição dos indivíduos, ao acesso a serviços de saúde oral e à

A percepção do paciente sobre os cuidados médico-dentários durante a consulta médico-dentária condição oral clínica presente. Diferentes níveis de saúde oral proporcionam diferentes impactos no quotidiano das pessoas e é desejável que, no estudo das necessidades de saúde oral dos indivíduos, as dimensões sociais e psicossociais sejam consideradas simultaneamente com a condição clínica.

II - A PERCEÇÃO DO PACIENTE SOBRE O ATENDIMENTO MÉDICO-DENTÁRIO

O modo imediato como nos apercebemos das informações apercebidas através dos sentidos podem levar-nos a pensar que a percepção é um ato simples, automático e elementar. No entanto, questões como: “como apreendemos o mundo? será que os dados fornecidos pelos nossos sentidos correspondem à realidade? Porque é que um objeto é percebido de forma diferente, por sujeitos diferentes? O processo do conhecimento é determinado pelo sujeito que conhece ou pelo objeto que é conhecido?”, leva-nos a entrar na complexidade do campo da percepção. No âmbito deste estudo partimos da definição de percepção como uma atividade cognitiva através da qual contactamos com o mundo e organizamos a informação real que nos chega através dos sentidos.

A percepção de qualidade pode existir ao nível dos fatos ou ser uma mera interpretação do paciente. A primeira diz respeito à visão do profissional que utiliza indicadores para quantificá-la. Já a segunda é uma visão empírica, um julgamento individual, subjetivo, sem critério técnico, abrangendo por exemplo uma relação de ajuda entre profissional e o paciente.

No contexto da consulta odontológica, a percepção do indivíduo sobre o atendimento na consulta de saúde oral é construída dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões, preocupações, e outros aspetos salientes do ambiente em que vive. Esta percepção influencia a sua vivência dos cuidados de saúde oral, bem como o valor que lhe atribui, o impacto na sua vida e

A percepção do paciente sobre os cuidados médico-dentários durante a consulta médico-dentária consequentemente é um reflexo da sua necessidade de procura ou afastamento destas estruturas de saúde.

Na relação médico/paciente, o médico dentista tem um importante papel em servir e proteger a saúde oral, proporcionando cuidados médico-dentários de qualidade que vão ao encontro das necessidades e expectativas da população alvo dos seus cuidados.

Na página da Ordem dos Médicos Dentistas sublinha-se que “o médico dentista é um profissional de saúde que trabalha numa área delicada segundo o conhecimento que adquiriu após extensa formação e com responsabilidades profissionais, legais e éticas muito bem definidas, para com o público (...).” No entanto, o universo da Medicina Dentária encontra-se em permanente mudança, sob o efeito de uma parafernália de forças externas e internas que se adensam com o evoluir da profissão, pelo que é imperativo que se faça regularmente uma cuidada reflexão acerca do estado da arte”¹

Ao refletir sobre a prática diária, os pacientes tornam-se assim uma essencial e particular fonte de informação acerca da acessibilidade e efetividade dos cuidados de saúde oral. Não obstante, muitas vezes, essa opinião demonstrada pelos pacientes sobre os profissionais é determinada sobretudo pela percepção da informação que os profissionais conseguem fornecer sobre o seu profissionalismo (Haddad et al, 2000).

Nomeadamente na consulta médico dentário, o medo é uma característica presente na grande maioria dos pacientes que necessitam de atendimento odontológico, pois muitas fantasias destrutivas são transferidas para a figura do profissional que passa a representar uma grande ameaça, tendo em vista que o médico dentista utiliza instrumentais perfuro-cortantes como agulhas, brocas que reforça a imagem de destruição (Nobre, Camara, Silva, & Soares, 2005).

Face a estas e outras expectativas, mais ou menos realistas criadas pelo paciente, torna-se obrigatório que todos os médicos dentistas sejam treinados para desenvolver uma relação médico-paciente de empatia e confiança para que os pacientes sejam informados sobre todos os cuidados que lhe são prestados, riscos, benefícios e alternativas, atribuindo-lhe um papel central durante toda a consulta.

¹ Citado por Luís Filipe Lima Sobral Amante *in* www.omd.pt7noticias720097046responsabilidade-social-medicina

A percepção do paciente sobre os cuidados médico-dentários durante a consulta médico-dentária

Assim é certo que um atendimento humanizado e personalizado deve ser o objetivo final de todo serviço e a busca do alcance deste objetivo deve fazer parte de uma avaliação permanente.

Um feedback dos cuidados prestados pelo médico dentista deve incluir como o paciente percebe os cuidados médicos-dentários que lhe são prestados, seja nos aspetos da relação profissional/paciente, seja na sua orientação e habilidade relativamente aos tratamentos no sentido de melhorar a função e a estética, ou mesmo na redução da dor sentida. Quanto mais o médico dentista busque compreender as pessoas que o procuram e lhe pedem ajuda técnica, mais objetivo e humanizado poderá tornar-se o seu tratamento.

Candeias (2008) realiza um estudo que evidencia que na prestação de cuidados de saúde oral ao nível da estética é vital dominar um conjunto diverso de competências, a nível do processo de comunicação, bem como, a nível técnico que permitam gerir de forma eficaz as expectativas dos pacientes. A este propósito Lovelock (2001) afirma que ultrapassar os níveis desejados das expectativas dos clientes resulta em percepção positiva na qualidade de serviço.

Portanto, uma boa relação profissional/paciente deve ser construída como uma estratégia para produzir comportamentos adequados de ambos os indivíduos em interação pois caso não exista esta troca, a consulta será apenas uma sucessão de atos mecânicos e rotineiros (Nobre, Camara, Silva, & Soares, 2005).

2.1 A relação médico dentista/paciente

Muito se tem falado, em outras áreas da medicina, da psicologia, da enfermagem sobre importância da relação de ajuda, do toque terapêutico, da humanização e individualização na prestação de cuidados. Estudos em Medicina Dentária demonstram

A percepção do paciente sobre os cuidados médico-dentários durante a consulta médico-dentária que uma relação médico/paciente bem sucedida é uma das dimensões presentes na satisfação e qualidade dos cuidados prestados.

O médico dentista deve fazer esforço no sentido de conhecer o paciente que se lhe apresenta através de uma correta anamnese, o que implica o estabelecimento de um processo de comunicação inicial eficaz.

Durante a consulta médica dentária deve ser estabelecida uma permanente comunicação com o paciente, e assim sendo o profissional deve entender as barreiras existentes no processo de comunicação e ser adotadas formas eficazes de estabelecer uma comunicação bem-sucedida.

“Os problemas de comunicação entre os profissionais de saúde e os utentes acontecem facilmente, uma vez que os utilizadores dos serviços de saúde necessitam não só de cuidados físicos mas também de cuidados direcionados ao seu bem-estar psicológico e social. Se não houver uma resposta adequada a todas estas necessidades, haverá insatisfação dos utentes e uma avaliação negativa da qualidade dos cuidados prestados.” (Rosário, 2009), (*cit in* Monteiro, 2012), ou seja, sem uma capacidade comunicacional apurada será impossível uma prestação de cuidados com qualidade.

A comunicação é um sistema complexo que envolve a emissão e interpretação de mensagens. Quando esta comunicação falha, a relação médico/paciente pode ficar comprometida e a validade dos tratamentos pode, nalgumas situações, ser posta em causa. Não se pode esperar que um paciente seja capaz de prestar um consentimento válido relativo aos tratamentos a que vai ser sujeito se não for capaz de entender aquilo que lhe é proposto. Se a comunicação não for eficaz, estão criadas as condições para que ocorram mal-entendidos que podem ter efeitos negativos nos dois sentidos: o médico dentista pode pensar que a sua mensagem foi recebida pelo paciente e, por outro lado, o paciente apreendeu uma mensagem errónea (Chaveiro & Barbosa, 2009). Uma comunicação que envolva uma transmissão bem-sucedida de informação entre médico e paciente estimula uma boa relação entre estes e diminui a sensação de isolamento, aumentando o grau de satisfação e diminuindo níveis de ansiedade dentária.

Por outro lado, uma má comunicação pode levar a más interpretações, por parte do paciente, do diagnóstico, do objetivo e resultado do tratamento, da medicação e os seus efeitos secundários e consequentemente, podem sentir frustração, exclusão e

A percepção do paciente sobre os cuidados médico-dentários durante a consulta médico-dentária incapacidade de transmitir os seus sentimentos, sintomas, história médica e assim ter controlo sobre a própria saúde oral, e nestas condições é difícil providenciar um tratamento de saúde adequado.

Um estudo desenvolvido por Cabral dos Santos (2014) com pacientes surdos refere que estes preferem ser atendidos por médicos que sabem língua gestual ou médicos que são surdos, bem como por médicos que fazem o esforço de se aproximar da sua forma de comunicação, fazendo ressaltar a importância de uma comunicação eficaz fundamental para o sucesso da prática clínica.

Num outro estudo de Candeias (2008), este evidencia a importância de uma boa comunicação na gestão das expectativas para um médico dentista que trabalha na área estética, pois o conceito de beleza do paciente traduz-se naquilo que ele gostaria de ser ou ter e o que pode parecer adequado ao profissional, pode não ser percebido da mesma forma pelo paciente.

Monteiro (2012) evidencia no seu estudo, mais uma vez, a inegável importância de uma comunicação bem-sucedida. Este autor afirma que o médico dentista deve ter a capacidade de adaptar-se a cada indivíduo que o procura, humanizando a sua prática o que por muitas vezes passa pelo desenvolvimento da sua comunicação verbal em situações distintas e, muitas vezes, hostis. Relata que muitas vezes podemos pensar estar a adaptar o nosso discurso verbal ao indivíduo sentado na nossa frente, quando, na verdade, estamos a falhar no estabelecimento de uma relação médico-paciente saudável simplesmente por utilizar vocabulário demasiado técnico, ou por recorrer a registos linguísticos demasiado formais.

Segundo Ribeiro (2012) uma relação médica/paciente bem-sucedida apresenta cinco características fundamentais:

- a interação permanente que é descrita como uma relação que implica sempre uma dinâmica recíproca e bidirecional entre ambos os intervenientes, tanto o paciente como o profissional são ambos, atores durante o atendimento médico dentário;
- um feedback contínuo que implica uma troca de informação de forma clara e contínua sendo essencial para estabelecer as bases de uma relação de confiança;

A percepção do paciente sobre os cuidados médico-dentários durante a consulta médico-dentária

- a aproximação que implica uma relação de proximidade terapêutica, que não é necessariamente igual a uma relação de amizade. Não iremos sentar para conversar com o paciente numa mesa de café, mas iremos sentar para conversar e estabelecer um contrato terapêutico, em que por exemplo, para fazer determinada reabilitação protética precisamos que o paciente cumpra determinados objetivos de higiene oral. O compromisso é assumido pelo profissional e pelo paciente para que se torne possível atingir os objetivos terapêuticos;

- a empatia que se resume à capacidade de compreender o outro, permitindo comunicar mais eficazmente. Muitas vezes, a situação de dor oral são reflexos de condições psicossomáticas de stress intenso vivido pelo paciente, só através de uma correta história clínica em que o paciente sinta por parte do profissional disponibilidade para ouvir os seus problemas se pode chegar a um diagnóstico correto.

- a escuta ativa que se traduz pela capacidade de ouvir e estar atento ao outro permitindo criar um discurso orientado e ajustado às reais necessidades e características do paciente. Muitas vezes o paciente pode “perder-se” no discurso, o profissional tem que saber dirigir a conversa para o que realmente é pertinente e estar atento aos pequenos detalhes que são relatos pelo paciente e integra-los num plano de tratamento individualizado para cada paciente.

Vários estudos citados Yoshida & Fujisaki (2006) mostram que uma relação eficaz entre médico/paciente é vantajosa a vários níveis: aumenta a satisfação do paciente, aumenta a sua colaboração, torna-o mais assíduo às consultas de acompanhamento e reduz a ansiedade e o risco de queixas.

Estar atento ao paciente implica olhar um paciente e identificar nele possíveis sinais e sintomas como: voz trémula, postura contraída e movimentos contidos do corpo, expressões faciais de apreensão e desconfiança, olhar evasivo ou demasiado focalizado, sudoreação, inquietação e nervosismo, que nos permite definir um quadro de ansiedade dentária (Ribeiro, 2012).

Podemos definir a ansiedade dentária como um estado caracterizado por manifestações de apreensão, nervosismo e outros sintomas fisiológicos que se desencadeiam numa situação relacionada com o contexto médico-dentário (Ribeiro, 2012).

A percepção do paciente sobre os cuidados médico-dentários durante a consulta médico-dentária

A ansiedade dentária surge frequentemente associada à tendência para pensamentos negativos em relação ao tratamento dentário e pode provocar distúrbios de sono, sentimentos de baixa autoestima e de pouca confiança, percepção de baixo controlo e expectativas negativas perante a situação médico-dentária.

Todo o desconhecimento e desinformação relativamente à situação clínica e aos procedimentos a realizar, a sensação de ter uma parte do corpo invadida (boca), o cheiro característico do consultório (cujo principal responsável é o eugenol) e as outras próprias características do setting (ex.: objetos, ruídos das turbinas) aumenta o sentimento de vulnerabilidade por parte do paciente.

Frias-Bulhosa (1996) salienta a importância do tempo de espera para início da consulta na sala de espera como um dos fatores que aumenta a ansiedade dentária.

Assim a ansiedade dentária parece também influenciar a qualidade de vida relacionada com a saúde oral, já que se observa que os pacientes mais ansiosos faltam mais às consultas e, sem o acompanhamento necessário comprometem mais a sua saúde oral quando comparados com pacientes menos ansiosos (Ribeiro, 2012).

Estudos citados por Ribeiro (2012) mostram que a ansiedade dentária diminui à medida que a relação médico-paciente se vai tornando mais forte demonstrando a importância do estabelecimento de uma relação médico/paciente correta.

Muitas vezes, as técnicas de gestão da ansiedade em crianças e adolescentes podem ser adaptadas para população adulta como por exemplo o “diz-mostra-faz”, o humor divertido, a distração, o reforço positivo, a modelação, a formação progressiva, o desvanecimento, a dessensibilização sistemática e o relaxamento são modos de atuação prática que o médico dentista tem ao seu dispor de modo controlar este quadro de ansiedade dentária.

No estudo de Ribeiro (2012) chegasse à conclusão que o facto de fazer uso intencional da comunicação não-verbal, por exemplo, olhar para o paciente quando ele fala, dando a entender que ele está ser ouvido, ou colocar a mão sobre os eu ombro quando ele demonstra um maior nível de ansiedade (chamado toque terapêutico) , são estratégias que ajudar a tranquilizar o paciente e permitem gerar empatia (o paciente repara mais na calma , gentileza e atenção do médico dentista do que na sua habilidade técnica).

A percepção do paciente sobre os cuidados médico-dentários durante a consulta médico-dentária

Assim é demonstrado em vários estudos que manter o paciente informado dando-lhe feedback dos procedimentos realizados, realizar consultas preventivas ou reservar uma parte da consulta para que o paciente possa adquirir e aprender bons comportamentos de saúde oral, centrando a consulta no paciente, atuando de modo humanista, quer pela própria situação de proximidade física, quer pela posição vulnerável em que o paciente se encontra, leva ao sucesso no atendimento médico dentário (Chaveiro & Barbosa, 2009; Cabral dos Santos, 2014; Pinho Assis, 2013).

III- METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

De acordo com Polit & Hungler, “o método científico refere-se a um conjunto genérico de procedimentos ordenados e disciplinados, utilizados para a aquisição de informações seguras e organizadas” (1995, p.13). A metodologia é portanto, “o conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica.” (Fortin, 2003, p. 372).

É a partir desta parte metodológica, que o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho e assim será possível, de uma forma organizada, clara e orientada, dar resposta à questão de investigação e consequentemente, atingir os objetivos propostos neste estudo.

No desenvolvimento deste capítulo, apresentamos os aspetos metodológicos, os processos e técnicas utilizadas assim como as opções que estiveram na sua origem e contribuíram para a realização do estudo. É fundamental a sua importância para a validade do próprio trabalho de investigação.

3.1 Conceptualização do estudo

No desenvolvimento teórico, as inquietações iniciais foram construindo a dimensão de um problema investigável, à medida que focalizamos a nossa atenção nas seguintes questões orientadoras:

- Qual a percepção do paciente durante a consulta médica dentária sobre os cuidados dentários que lhe são prestados?
- Qual a percepção de um atendimento médico-dentário com qualidade?
- Qual a sua percepção acerca do impacto do médico dentista na sua qualidade de vida?

A percepção do paciente sobre os cuidados médico-dentários durante a consulta médico-dentária

Estas perguntas tornaram-se um convite às respostas, ajudando o investigador a focalizar a sua atenção e formular o enunciado do problema de investigação, que traduz aquilo que o investigador quer conhecer, nomeadamente no nosso estudo:

- Qual a percepção do paciente sobre o atendimento médico dentário durante uma consulta médico-dentária?

Para orientar a nossa investigação enunciamos os objetivos deste trabalho de investigação, que se traduzem por “um enunciado declarativo que precisa as variáveis - chave, a população alvo e a orientação da investigação” (Fortin, 2003, p.100).

Foram objetivos desta investigação:

- Identificar os cuidados médicos dentários mais valorizados pelo paciente durante a consulta médica-dentária;
- Identificar os cuidados médicos dentários menos valorizados pelo paciente durante a consulta médico-dentaria;
- Identificar a percepção do paciente sobre o impacto da consulta médico-dentário na sua qualidade de vida;
- Identificar os aspetos que na percepção do paciente evidenciam qualidade no atendimento médico-dentário;

A metodologia escolhida insere-se no paradigma qualitativo pois “o objetivo dos investigadores qualitativos é o de melhor compreender o comportamento e a experiência humana.” (Bogdan & Biklen, 1994, p.47). Seguimos ainda uma orientação fenomenológica dado permitir-nos “compreender um fenómeno segundo a perspectiva dos sujeitos” (Fortin, 2003, p. 371).

A investigação qualitativa revelou-se a mais adequada, pois não se preocupa em prever o comportamento humano, mas em compreendê-lo, apresentando-se como método de eleição para a investigação que dê ênfase à ampla compreensão dos fenómenos. Uma outra característica crucial é o facto de se atribuir uma posição de maior relevo aos sujeitos que participam na investigação, são considerados “eles” os peritos.

A percepção do paciente sobre os cuidados médico-dentários durante a consulta médico-dentária

Apesar de estudos qualitativos serem pouco explorados na investigação em saúde oral, podem ser uma metodologia muito válida na percepção de determinados fenômenos mais relacionados com áreas da sociologia médica ou da psicologia médica.

Bogdan & Biklen (1994) afirmam que este tipo de investigação dá primazia às pessoas, aos acontecimentos e aos locais na forma como o são na realidade, não transformando a informação em símbolos numéricos, antes, tentando analisá-la com toda a sua riqueza.

Assim, ao pretender compreender a percepção do paciente, através das suas descrições de experiências e percepções e considerando os autores Polit & Hungler (1995) e Fortin (2003), este trabalho de investigação qualitativo é um estudo do tipo exploratório e descritivo. Descritivo pois descreve as opiniões dos intervenientes, permitindo a identificação de fatores determinantes para a percepção que este tem do profissional médico dentista. Exploratória porque parte de interrogações sobre o problema cuja resposta orienta o nosso estudo.

3.2 Contexto de estudo, população e amostra

Este estudo foi realizado na clínica pedagógica da faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa do Porto. Esta opção esteve relacionada com o fato dos pacientes serem atendidos diariamente nas mais diversas especialidades médico dentárias e pela exequibilidade do estudo em termos temporais.

A população-alvo no nosso estudo foram os pacientes que frequentavam a clínica e tivemos acesso a uma amostra constituída por dezasseis pacientes, através de uma amostragem por conveniência² e não probabilística³. O tamanho da amostra obteve-se

² A amostragem por conveniência “acarreta o uso das pessoas mais convenientemente disponíveis como participantes do estudo” (Polit & Hungler, 1995, p. 226).

³ “A amostragem não probabilística é “um procedimento de seleção segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra.” (Fortin, 2003, p. 208).

A percepção do paciente sobre os cuidados médico-dentários durante a consulta médico-dentária por saturação da informação⁴. Os critérios definidos para inclusão na amostra foram: ser paciente da clínica há mais de um ano, sendo atendido nas diversas especialidades médicas dentárias (endodontia, cirurgia, dentística, periodontia, oclusão etc.) e aceitar participar no estudo.

Seguidamente apresentamos a tabela n.º1 que representa as características sociodemográficas dos participantes.

Variáveis	N=16	%
Idade:		
Média	47,8	
Moda	38	
Amplitude	20-89	
Sexo		
Feminino	12	75
Masculino	4	25
Habilitações Literárias		
1.º ciclo do ensino básico	3	18,8
9.º ano	5	31,2
12.º ano	5	31,2
Ensino universitário	3	18,8
Nacionalidade		
Portuguesa	16	100
Estado Civil		
Solteiro	4	25
Casado	11	68,8
Viúvo	1	6,2
N.º visitas dentistas/ano		
1-2	11	68,8
Apenas em urgência	5	31,2
Estado de Saúde		
Com antecedentes clínicos	7	43,8
Sem antecedentes clínicos	9	56,2
Tempo de frequência das clínicas pedagógicas da UFP		
1-2 anos	5	31,3
2-5 anos	5	31,3
Mais de 5 anos	6	37,4

Tabela n.º 1 - Caraterização da amostra

Como podemos observar na tabela n.º1, o grupo estudado foi predominante feminino, apenas 4 participantes eram homens que corresponde a 25% da nossa amostra.

⁴ A saturação da informação significa limitar a amostra a partir do momento em que nada de novo é acrescentado e na análise da informação existe apenas a repetição de dados.

A percepção do paciente sobre os cuidados médico-dentários durante a consulta médico-dentária

A idade média foi de 47,8 anos, sendo a idade mínima 20 anos e a idade máxima 89 anos.

Quanto às habilitações literárias, 50% dos participantes tinham uma escolaridade inferior ao 12.º ano e outra metade dos participantes tinham o 12.º completo ou o ensino universitário concluído.

A nacionalidade de toda a população estudada era portuguesa e relativamente ao estado civil, 25% participantes eram solteiros (4 indivíduos), um era viúvo e cerca de aproximadamente 70%, eram casados (11 indivíduos).

Onze (68,8%) participantes deste estudo referiram que visitavam o dentista pelo menos uma a duas vezes/ano para efetuar consultas de rotina. Cinco participantes (31,2%) referiram que nunca vinham ao dentista por rotina, só mesmo em caso de urgência.

Para melhor compreender as repercussões a nível da saúde identificámos os participantes portadores de algum tipo de antecedente clínico, em que 7 participantes (cerca de 43,8%) referiram ser portadores de doenças como diabetes, hipertensão, depressão, problemas articulares e cardíacos. Nos restantes 9 pacientes (cerca de 56,2%) não foi referenciado qualquer antecedente clínico conhecido.

Seis dos pacientes entrevistados (37,4%) eram frequentadores da clínica pedagógica desta faculdade há mais de cinco anos, 5 pacientes entre 2 e 5 anos e os outros 5 pacientes entre 1-2 anos (31,3%).

3.3 Técnica de recolha de informação

A fim de compreender a percepção do paciente sobre o atendimento médico dentário e o impacto na sua qualidade de vida, escolheu-se como instrumento de colheita de dados a entrevista semiestruturada, uma vez que pretendeu-se obter informação mais alargada permitindo que “os participantes produzam um discurso aberto sobre a sua percepção consoante o seu poder de argumentação e experiências vividas” (Quivy & Campenhoudt, 2008, p.192).

A percepção do paciente sobre os cuidados médico-dentários durante a consulta médico-dentária

Com o propósito de organizar o tempo e estruturar a sequência de questões a colocar aos participantes, elaborou-se um guião orientador (Anexo A) em que o conteúdo das questões obedece à finalidade do estudo e ao problema de investigação.

3.4 Procedimentos

Para garantir a validade da entrevista efetuou-se um pré-teste. Este pré-teste permitiu validar o guião da entrevista assim como treinar a mesma pois “ o sucesso é aqui uma questão de experiência (...) A aprendizagem da técnica da entrevista exploratória deve, com efeito, passar obrigatoriamente pela experiência concreta” (Quivy & Campenhoudt, 2008, p.77).

Após obter a autorização para o estudo, realizou-se as entrevistas, com duração média aproximada de vinte minutos, cada.

As entrevistas foram realizadas durante os meses de Janeiro, Fevereiro e Março de 2015, num dos gabinetes existentes nas instalações da universidade. Este local garantiu a privacidade e a comodidade dos participantes.

Todas as entrevistas decorreram apenas na presença do entrevistador (investigador do estudo) e do entrevistado.

Para a realização das entrevistas, recorreu-se à ajuda de um gravador, e teve-se sempre o cuidado de fazer no início de cada entrevista o enquadramento do estudo, bem como a sua finalidade. Foram dadas todas as garantias de confidencialidade do conteúdo e anonimato das fontes. Assegurou-se também que as entrevistas seriam transcritas para texto livre sem qualquer identificação pessoal e que o conteúdo das fitas em áudio gravado seria destruído.

Após gravado as entrevistas, o seu conteúdo foi transcrito para texto (Microsoft Word) e a informação constante das entrevistas foi submetida a uma leitura flutuante, eliminando-se referências que pudessem identificar os participantes. Cada entrevista foi

A percepção do paciente sobre os cuidados médico-dentários durante a consulta médico-dentária designada pela letra E, atribuindo um código de 1 a 16. Daqui resultou o *corpus* da análise, ou seja, todo o material obtido com vista à análise e obtenção de resultados.

Com o objetivo de selecionar a técnica de análise de dados mais pertinente a este estudo qualitativo que facilitasse a compreensão, análise e apresentação dos dados escolheu-se a técnica de análise de conteúdo, tendo como autor de referência Laurence Bardin.

Segundo Bardin, técnica de análise de conteúdo é: “um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens “(1977, p.38).

Após organizado todo o conteúdo, desenvolveu-se um sistema de codificação. Procedeu-se à identificação das categorias que de alguma forma estavam orientadas pelo guião da entrevista. A informação foi organizada atendendo à correspondência categoria, unidades de registo e unidades de contexto. Em algumas das categorias foram identificadas subcategorias (Anexo B).

3.5 Considerações éticas

Para a realização do estudo, solicitou-se a autorização à Instituição de Ensino, UFP.

Um estudo de investigação, principalmente no que diz respeito às ciências sociais, deverá ser sempre associado a questões morais e éticas, refletindo sobre as reais vantagens do estudo para a aquisição de conhecimentos e os métodos aplicados.

“Na persecução da aquisição dos conhecimentos, existe um limite que não deve ser ultrapassado: este limite refere-se ao respeito pela pessoa e à proteção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano (...). A ética, no seu sentido mais amplo, é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta. De forma geral, a ética é o conjunto de permissões e de interdições que tem um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta.” (Fortin, 2003, p.113 e 114)

A percepção do paciente sobre os cuidados médico-dentários durante a consulta médico-dentária

Neste sentido foi solicitado aos participantes a sua colaboração no estudo, através do consentimento livre e esclarecido. O consentimento livre e esclarecido, para além de informar sobre a natureza do estudo, informou também sobre a utilização de um áudio-gravador para a gravação das entrevistas.

IV - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

No presente capítulo procederemos à apresentação, análise e discussão da informação emergente da abordagem qualitativa. Cada categoria tratada é analisada separadamente.

4.1- Percepção do conceito de qualidade durante uma consulta médico-dentária

Tornou-se de importância fulcral conhecer a percepção do paciente sobre as dimensões que estão presentes num atendimento médico-dentário com qualidade, dando origem à categoria: percepção do conceito de qualidade durante o atendimento médico-dentário.

Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
		Simpatia
	Atributos pessoais do médico dentista	Empatia Comunicação verbal
Percepção do conceito de qualidade durante uma consulta médico-dentária	Atributos profissionais do médico dentista	Bom diagnóstico clínico Competência profissional Comunicação plano de tratamento Despiste de complicações Educação para a saúde oral
	Fator económico	Preço consulta Interesses mercantilistas
	Outros aspetos	Materiais utilizados Tempo de espera

Figura 2 - Percepção do conceito de qualidade durante uma consulta médico-dentária

A percepção do paciente sobre os cuidados médico-dentários durante a consulta médico-dentária

As dimensões evidenciadas num atendimento médico-dentário com qualidade foram: os atributos pessoais e profissionais do médico dentista, o fator económico e outros fatores como o menor tempo de espera possível para consulta e uma boa utilização dos materiais dentários.

A subcategoria **atributos pessoais** reflete um carácter inespecífico de apreciação pessoal evidenciado através da simpatia, boa disposição e uma comunicação verbal bem sucedida tal como é demonstrado pelas seguintes unidades de contexto:

“(…) é-me claro que em todas especialidades é muito importante um bom ser humano, uma boa pessoa, ser simpático (...)”E₃ “(...) ser simpática (...)” E₆ “(...) tratar bem os doentes.”E₁₄ “Receber-me calorosamente, sentir que não sou um número (...)”E₁₅ “(...) falar de uma maneira pessoal (...) isso dá conforto à pessoa”E₈ “(...) falar comigo (...)”E₁₃

Vários autores como Botazzo & Barros (2011), Cabral dos Santos (2014), Monteiro, (2012) e Yoshida & Fujisaki (2006) salientam a importância da comunicação verbal, destacando como importante a adequação discursiva no contexto da consulta para a criação e manutenção de uma relação médico/paciente eficaz e, conseqüentemente, para o sucesso dos tratamentos instituídos.

Esta dimensão relacional associada aos atributos pessoais do médico dentista é contrária a uma visão da pessoa como objeto, que não tem recursos nem potencialidades para construir com o médico dentista o seu plano de tratamento. Engloba a compreensão que a pessoa pode mobilizar recursos para ser um interveniente ativo no controlo do seu estado de saúde.

Robles, Grasse, & Bosco (2006) cita estudos desenvolvidos por Al-Muda que investigaram, através de questionário, a satisfação de 1.242 pacientes num serviço de odontologia no Kuwait. A maioria dos entrevistados considerou este serviço excelente, citando como pontos positivos a capacidade dos médicos dentistas ouvirem suas queixas, a atenção dispensada e o interesse em questões pessoais. Este estudo revelou que ter especialização não foi essencial para a escolha do médico dentista. Os mesmos investigadores supracitados realizaram um estudo, numa universidade odontológica no Brasil, realçando a importância da utilização de uma linguagem simples, tornando a consulta um momento de interação e aprendizagem. Segundo estes autores para se alcançar um serviço de saúde com qualidade, as expectativas dos pacientes têm que ser consideradas.

A percepção do paciente sobre os cuidados médico-dentários durante a consulta médico-dentária

Um outro estudo realizado num hospital-escola na Grécia, revela que os entrevistados consideraram essencial a empatia na abordagem do paciente, assim como o respeito às normas de biossegurança (adesão às regras de antissepsia e esterilização, utilização de luvas, gorro e máscara), boa vontade em ajudar, fornecimento de informações sobre saúde oral e competência técnica (*cit in* Robles, Grasse, & Bosco, 2006).

A subcategoria **atributos profissionais** incide sobre aspetos relacionados com o ser responsável, organizado ou por um aspeto abrangente que engloba o papel do médico dentista nomeadamente através das unidades de registo: um bom diagnóstico clínico, competência profissional, comunicação clara do plano de tratamento, despiste de complicações e educação para a saúde oral.

Na unidade de registo, competência profissional dos médicos dentistas é evidenciado o relato da importância das suas competências profissionais através das seguintes unidades de contexto:

“(…) quero lá saber se são compósitos de grande qualidade se depois não são bem aplicados na prática (….) um bom profissional”E₃ “(…) fazer as coisas com calma, fazer as coisas bem (….)”E₅ “(…) ser empenhados (….)”E₉ “(…) tenha um bom resultado final, seja um bom profissional, às vezes com pouco faz-se muito, se for um bom profissional (….) o que me interessa é o conteúdo, a clinica até pode ser muito bonita, mas o que me interessa é saber se o profissional é bom profissional.”E₁₆

Esta competência profissional é a capacidade pessoal de realizar uma função, ou uma tarefa, segundo critérios de desempenho estabelecidos, implicando um pacto social, que existe quando um diz possuí-la e o outro reconhece que essa pessoa a possui efetivamente.

As unidades de contexto “(…) promover um bom plano de tratamento (….)”E₄“(…) boa avaliação total da boa, porque há mais coisas na boca sem ser dentes (….) um bom diagnóstico.” E₁₀, conduziram ao surgimento da unidade de registo: diagnóstico clínico.

Partindo do princípio que é um diagnóstico clínico claro e conciso, baseado numa correta história clínica, que guia todo o plano de tratamento odontológico, é perceptível que esta unidade de registo integre o conceito de qualidade no atendimento em Medicina Dentária.

A percepção do paciente sobre os cuidados médico-dentários durante a consulta médico-dentária

A unidade de registo comunicação do plano de tratamento emerge nesta subcategoria traduzindo a importância de uma explicação clara, numa linguagem acessível do diagnóstico e do plano de tratamento bem como dos resultados finais previsíveis.

“(…) nós não somos dentistas , nós vimos ao dentista, acho que é muito bom nós estarmos esclarecidos sobre o que vimos fazer e assim ser uma decisão sempre nossa (…)”E₆“(…) fazer explicação durante o tratamento daquilo que estão a fazer pois eu gosto de perceber aquilo que estão a fazer na minha boca.(…) eu tive um dentista que tinha sempre o hábito de me mostrar com o espelho aquilo que estava a fazer e eu gosto, de saber que também participo.”E₇

Monteiro (2012) reforça a importância da comunicação, salienta que grande parte da nossa capacidade comunicativa verbal se vai desenvolvendo ao longo de todo o nosso desenvolvimento psicossocial; no entanto, não devemos cair na ilusão de que esse crescimento intrínseco é suficiente para comunicar com cada paciente que nos procura no consultório, pois muitas vezes podemos pensar estar a adaptar o nosso discurso verbal ao indivíduo sentado na nossa frente, quando, na verdade, estamos a falhar no estabelecimento de uma relação médico-paciente saudável e tão necessária simplesmente por utilizar vocabulário demasiado técnico, ou por recorrer a registos linguísticos demasiado formais.

“(…) explicar todos os passos, independentemente de perceberem ou não, explicar todos os passos e desmontar o plano de tratamento, sentir que não sou mais um número (…)”E₁₅

O estudo desenvolvido por Candeias (2008) põe em evidência a importância desta unidade de registo, salientando que uma boa comunicação na gestão das expectativas do paciente, principalmente quando o médico dentista trabalha numa área estética, leva a um aumento do sentimento de satisfação no paciente e reciprocamente a um sentimento de aumento de qualidade no atendimento que favorece o ego do profissional.

Ao longo deste estudo também emergiu a unidade de registo despiste de complicações como uma das dimensão da qualidade no atendimento odontológico em que pacientes referiram: “ (..) depois de analisado mostrar-lhe que além daquelas necessidades que ele acha que existem, se houver mais, exemplificar-lhe e mostrar-lhe o porquê (…)”E₃ “(…) ver se tenho algum problema a mais (…)” E₄.

Candeias (2008) cita no seu estudo que o médico dentista é possuidor de conhecimento e experiência profissional e deverá aconselhar o seu paciente de acordo com seu código

A percepção do paciente sobre os cuidados médico-dentários durante a consulta médico-dentária deontológica, privilegiando uma visão holística do paciente e assim assegurar as melhores condições possíveis para a prestação dos cuidados médico-dentários.

Também o código deontológico dos médicos dentistas, no artº 17º, refere que “(...) o médico dentista deve informar e esclarecer o doente, a família ou quem legalmente o represente, acerca dos métodos de diagnóstico e terapêutica que pretende aplicar, bem como transmitir a sua opinião sobre o estado de saúde oral do doente (...)” ou seja, é implícito como um dever na prática o de transmitir a informação, tornando o paciente ator e não apenas uma personagem secundária do seu plano de tratamento.

A unidade de registo educação para a saúde oral emerge na subcategoria dos atributos profissionais do médico dentista através de unidades de contexto como:

“(...) é importante fazer prevenção por exemplo eu vim cá e eles estiveram a dizer-me os sítios que tinham que lavar melhor os dentes(...) acho que eles podiam não dizer nada e assim tinham mais dentes para tratar (...) faz uma pessoa parecer que está ali e não é só uma boca.”E₈

A promoção da saúde oral foi considerada como um objetivo central para este século, sendo definida como o “processo de capacitar o indivíduo para aumentar o controlo sobre a sua saúde e melhorá-la” (OMS, 1998). A promoção de saúde oral envolve o incentivo à prática de comportamentos saudáveis e o desencorajamento de comportamentos nocivos para a saúde oral.

De acordo com Rodrigues & Goulão (2008) e numa perspetiva holística, que é precisamente a que é definida na OMS, visa-se a promoção de uma atitude global de valorização de todo o indivíduo, desde criança, assumindo este, a responsabilidade pelo controlo do seu estado de saúde oral.

Educar a população é também um dever profissional tal como consta no código deontológico, art.º n.º 33 “O médico dentista tem o dever de pugnar pela saúde da população, essencialmente pela saúde oral e pelo funcionamento e aperfeiçoamento das instituições intervenientes na área da saúde. O médico dentista deve apoiar e participar nas atividades da comunidade que tenham por fim promover a saúde e o bem-estar da população (...)”

A percepção do paciente sobre os cuidados médico-dentários durante a consulta médico-dentária

Estando os cuidados médico-dentários essencialmente contidos na esfera privada, emergiu na subcategoria **fator económico**, o preço da consulta como uma das dimensões que interfere na qualidade dos cuidados percebida pelo paciente.

“(...) exijo o mínimo de qualidade porque pago (...)”E₅ “(...) num hospital público estão mais saturados (...) isto é no privado, é outra coisa, pagamos mais, ser barato também é qualidade.”E₉“(...) fator económico é muitas vezes determinante para mim (...)”E₁₀“(...) ser tratado o melhor possível e pagar o menos possível (...)”E₁₂

Outra unidade de registo que emergiu dentro desta subcategoria foi o sentimento de já ter sido de alguma forma “enganado” pelo médico dentista, de forma a ter mais consultas do que era previsto com interesses mercantilistas, o que levou o entrevistado a mudar de médico dentista.

“(...) não seja uma comerciante, principalmente isso. Andei numa clinica que era um dia para dar um antibiótico, noutro para dar outro medicamento, e podiam ter feito tudo numa consulta (...)”E₁“(...) não me tratasse como simplesmente forma de ganhar dinheiro (...)”E₁

As **outras** duas unidades de registo que emergiram das entrevistas realizadas foram o tempo de espera antes da consulta e os materiais dentários utilizados.

Em algumas entrevistas foi relacionada a ansiedade com o aumento do tempo na sala de espera através de unidades de registo como

“(...) pouco tempo de espera na sala de espera (...)”E₇“(...) não gosto de esperar, fico mais ansiosa (...)”E₁₅

Frias-Bulhosa (1996), Yoshida & Fujisaki (2006), Ribeiro (2012) apresentaram uma correlação positiva entre o aumento da ansiedade dentária e o aumento do tempo de espera pela consulta na sala de espera do consultório dentário.

Também é de salientar que a diminuição da radiação, o ruído, uma boa iluminação ou cores do consultório não foram mencionadas durante as entrevistas, apenas a qualidade dos materiais clínicos utilizados ficou evidenciada, através de relatos como:

“(...) bons materiais, até porque nós sabemos que na área da medicina dentária há muita diversidade, muitos materiais, mas o paciente não percebe nada disso (...) só vai perceber mais à frente, eu trabalho com seguros (...) o nosso cliente só sabe se o seguro é bom quando tem sinistro (...)”E₃“(...) ter um bom

A percepção do paciente sobre os cuidados médico-dentários durante a consulta médico-dentária

material, não precisa de ser última geração, mas que tenha material adequado porque sabemos que a dentária está sempre evoluir e o profissional tem que se atualizar nisso (...)"E₁₆

4.2 Percepção da influência do médico dentista na qualidade de vida do paciente

Relativamente à categoria que visa conhecer a percepção do paciente sobre o impacto do médico dentista na sua qualidade de vida emergiram duas unidades de registo que correspondem aos pacientes que acham que o médico dentista **não contribuí** para sua qualidade de vida e uma outra que corresponde aos pacientes que referiram que **contribuí**.

Categoria	Unidade de registo
Percepção da influência do médico dentista na qualidade de vida do paciente	Não contribuí
	Contribuí

Figura 3 - Percepção da influência do médico dentista na qualidade de vida do paciente

A maioria dos participantes evidenciaram a **contribuição do médico dentista** na sua qualidade de vida através das seguintes unidades de contexto:

"(...) sim, tenho problemas de oclusão, dava-me tonturas, dores de cabeça, logo tem muita implicação na minha qualidade de vida (...)"E₄"(...) claro os dentes afetam tudo (...) evita problemas relacionados com dores de ouvidos, cabeça (...) e a estética, que hoje até influência se arranjam determinado trabalho ou não."E₅ "(...) claro, a boca é uma das partes mais importantes do nosso corpo (...) para comer direito, falar direito, se for um problema nas mãos ou nos pés podemos esconder, mas se for na cara, afeta muito a nossa autoestima (...)"E₈"(...) tenho mais qualidade de vida, em termos de conversar com a pessoa, ter uma boca como deve ser, não ter mau hálito! (...)"E₉"(...) acho que sim, para nos sentirmos melhor (...) é importante na parte estética (...)"E₁₃ "(...) não tenho dúvidas que sim (...) são necessários para boa oclusão, boa mastigação, a postura do individuo (...) a articulação temporomandibular que é muito complicada e com a qual os dentistas tem que ter particular atenção"E₁₆

A percepção do paciente sobre os cuidados médico-dentários durante a consulta médico-dentária

Matos (2006) corrobora com estes dados, referindo no seu estudo o impacto da saúde oral na qualidade de vida dos pacientes observados. Outros estudos recentes como de Cruz (2007), Valente (2013), referem que o impacto na qualidade de vida é sentido desde na ausência da experiência de dor dentária até ao embaraço sentido por causa do estado dentário, com interferências no desenvolvimento da autoestima, pois nos dias de hoje, a melhor aparência torna-se uma necessidade.

Apenas três participantes evidenciaram a **não contribuição do médico dentista** na sua qualidade de vida através de unidades de contexto:

“(...) eu venho poucas vezes, apesar de ser especialidade que faz falta, eu tento evitar ao máximo, logo acho que não tem qualquer influência na minha qualidade de vida (...)”E₁₀“(...) acho que não (...) se não tivesse dentes, tinha próteses (...)”E₁₁“(...) não tem influência na minha qualidade de vida (...)”E₁₂

Os estudos quantitativos ajudam a clarificar estes dados qualitativos encontrados. Nos estudos quantitativos há grande variabilidade na frequência do impacto da saúde oral na qualidade de vida. A maioria dos estudos é realizada em grupos idosos, com maior percentagem de impacto entre os edêntulos, tal como mostra o estudo de Gomes & Pimenta (2013) numa população idosa e diabética. Há menos estudos realizados em jovens. O estudo de Alves & Gonçalves (2009), em populações mais jovens, demonstra que os mais jovens relatam um menor impacto da saúde oral na sua qualidade de vida. As limitações funcionais e os sintomas orais como a dor, são as dimensões de maior impacto, talvez explicadas, por ainda não se fazer sentir de uma forma tão marcada a perda dentária.

“(...) sim, se tiver dores dentes, não ando bem-disposta e eu sou a boa disposição em pessoa (...)”E₆

Felizmente os aspetos que desencadeiam o impacto da saúde oral na qualidade de vida estão a ser progressivamente melhor investigados, talvez porque, características da condição de saúde oral tal como o sofrimento e as limitações funcionais são cada vez mais importantes no relacionamento com o bem-estar comparativamente a sequelas biológicas como a doença cárie (Alves & Gonçalves, 2009).

4.3 Percepção da individualização do paciente na prestação de cuidados médico-dentários

Na continuidade da análise das entrevistas identificámos a categoria: percepção da individualização dos cuidados médico-dentários, que engloba a humanização dos cuidados odontológicos na perspetiva do utilizador.

Categoria	Unidade de registo
Percepção da individualização do paciente na prestação de cuidados médico-dentários	Não individualiza Individualiza

Figura 4 - Percepção da individualização do paciente na prestação de cuidados médico-dentários

A individualização dos cuidados remete-nos para a importância da humanização e personalização dos cuidados médico-dentários. A personalização destes cuidados é um processo abrangente que engloba a prestação de cuidados de acordo com a pessoa em si e com as suas necessidades individuais, fomentando uma interação eficaz que transpareça competência profissional e satisfação mútua.

“(…) para já individualiza, mas já tive de tudo, mas gosto mais quando o tratamento é individualizado.”E₇

Metade dos participantes deste estudo, percebem que o médico dentista **individualiza** os cuidados:

“(…) cada indivíduo é diferente, tem que individualizar, cada boca é diferente (…)” E₁₆“(…) não sei como trata os outros, mas no meu caso, sempre que vou dentista não vêm só aquele dente, fazem sempre questão de me mostrar que tenho outros dentes que não estão bem, logo cada caso é pensado segundo a pessoa que ali está (…)”E₆“(…) acho que o meu plano de tratamento foi pensado para mim, pelo menos gosto de pensar assim (…)”E₅

Uma outra metade dos entrevistados percebe que o médico dentista **não individualiza** os cuidados :

A percepção do paciente sobre os cuidados médico-dentários durante a consulta médico-dentária

“Não individualizam (...)”E₁₂ “(...) tudo por igual (...)”E₁₁ “(...) trata todos iguais, afinal tirar dentes é para sempre igual (risos)”E₉ “(...) infelizmente nas últimas experiências que tenho vivido, acho que não, é mesmo “chapa cinco”, sei que isto é para uma entrevista, mas é minha percepção (...)”E₃

O estudo de Nobre, Camara, Silva, & Soares, em 2005, com pacientes atendidos numa universidade de Medicina Dentária refere que uma boa relação do dentista com seu paciente começa a partir do momento em que o profissional, através de sua sensibilidade, concebe que este não é só uma boca, ali existe um indivíduo único, cheio de expectativas e receios e nunca poderá ser tratado de igual modo, pois ele é singular. Mesmo dois indivíduos com uma boa condição oral devem ser individualizados pois certamente não terão os mesmos hábitos alimentares, de higiene oral, padrão mastigatório ou tônus muscular. Assim o plano de tratamento deve ser sempre individualizado através de uma comunicação clara, rigorosa, transparente e educativa, prestando atenção às dúvidas e expectativas do paciente, para que assim se tenha uma visão global do estado de saúde oral do paciente.

4.4 Percepção do valor atribuído aos cuidados médico-dentários pelo paciente

A percepção do valor atribuído aos cuidados médico-dentários reúne informações dos entrevistados relativamente ao valor que estes atribuem aos diferentes cuidados prestados pelo médico dentista durante a consulta.

Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
Percepção do valor atribuído aos cuidados médico-dentários	Maior valor	Relação de ajuda
		Juízo clínico
		Empenho profissional
		Expectativas relativas ao resultado final do tratamento
		Ausência de dor
		Procedimentos técnicos

Menor valor	Procedimentos técnicos e material usado Tempo de espera prolongado Atributos pessoais Preço elevado da consulta
-------------	--

Figura 5 - Percepção do valor atribuído aos cuidados médico-dentários pelo paciente

O valor varia de pessoa para pessoa e de acordo com as experiências e vivências.

A subcategoria dos cuidados médico-dentários **mais valorizados** englobam as seguintes unidades de registo: relação de ajuda, juízo clínico, empenho do profissional, expectativas relativamente ao resultado final, ausência de dor e determinados procedimentos técnicos.

Relativamente à unidade de registo relação de ajuda, há muito que as mais diversas áreas científicas lhe atribuem uma importância fulcral. Esta importância mantém-se presente nas entrevistas deste estudo, como um dos cuidados médico-dentários mais valorizados, sendo considerado uma condição *sine qua non* para o sucesso terapêutico. Tal é evidenciado nas seguintes unidades de contexto:

“(...) o diálogo para descontrair o paciente (...)”E₉ E₂“(...) a conversa, a maneira como se exhibe perante situação (...)”E₂“(...) a intercomunicação entre médico/paciente, porque o resto eu até nem sei muito bem o que ele está fazer (...) a comunicação para mim é o mais importante. “E₃“(...) confiança que transmite (...)”E₄ “(...) simpatia (...) já me aconteceu ir a um dentista (...) falar-me como alguém que fosse inferior a ele e acho que isso não é agradável para ninguém, sentir que somos tratados como inferiores (...)”E₆ “(...) fator humano, a parte da empatia (...)”E₇ “(...) falar comigo e explicar as coisas (...)”E₁₃

Esta relação interpessoal rege-se por princípios de uma relação de ajuda centrada num objetivo terapêutico, utilizando ferramentas como a empatia, a gentileza, o toque terapêutico, evidenciado nas seguintes unidades de contexto:

“(...) serem simpáticas (...) terem calma para nos explicar as coisas e nos sentirmos mais dentro do assunto (...) tratar-me como uma pessoa (...) estar ali deitada na cadeira e me toquem, falem comigo”E₇ “(...) importante saber estar, saber falar com paciente, saber ser uma boa pessoa”E₆

Estudos citados por Ribeiro (2012) mostram que ao estabelecer-se esta relação interpessoal a ansiedade dentária diminui. O estudo qualitativo de Robles, Grasse, & Bosco (2006) refere a importância de fatores interpessoais da relação dentista/paciente, tais como atenção, carinho e comunicação como sendo os mais valorizados pelas

A percepção do paciente sobre os cuidados médico-dentários durante a consulta médico-dentária entrevistados, bem como o facto de, durante o procedimento o dentista saber conversar sobre outros assuntos, “quebrando o gelo” e desenvolvendo uma relação de confiança com paciente. De acordo com as conclusões deste estudo, um bom dentista é aquele que valoriza o relacionamento interpessoal, estabelecendo uma comunicação adequada com o paciente e fornecendo informações relevantes para a manutenção da saúde oral.

Um bom diagnóstico/ juízo clínico é também referenciado pelos entrevistados como uma das dimensões de maior valor, através das seguintes unidades de contexto:

(...) primeiro o diagnóstico, dente a dente, se está tudo bem (...) tem uma lesão logo no início e seja tratado para não o perder”E₁₆ “(...) porque se uma pessoa não souber o que anda a fazer, é mais complicado (risos).”E₇

Seja a deteção, diagnóstico e sinalização de um abuso de uma criança até à deteção precoce de uma neoplasia, passando pelo diagnóstico de uma disfunção temporomandibular, nunca é “tempo perdido” quando se faz um bom diagnóstico clínico. Devem ser evitadas as soluções rápidas, quando muitas vezes é necessário a intervenção de uma equipa multidisciplinar, pois em Medicina Dentária o leque de áreas onde o diagnóstico pode incidir é alargado.

Nesta subcategoria também emergiu a unidade de registo empenho profissional como uma percepção por parte do paciente de uma dedicação do médico dentista ao cuidado que lhe presta.

“(...) o esforço de um profissional para salvar um dente, é o que dou mais valor, pois é mais fácil extrair (...)”E₁₆“(...) fazer por tratar bem os dentes (...)”E₂“(...) das soluções que há e não há, esteja motivado para me ajudar.”E₅“(...) interessam pelo problema.”E₁₁

Haddad et al (2000) dizia que essa opinião demonstrada pelos pacientes sobre os profissionais é determinada sobretudo pela percepção da informação que os profissionais conseguem fornecer sobre o seu profissionalismo e ao longo destas entrevistas é mencionado como o “esforço”, a “procura de alternativas” .

Relativamente à unidade de registo expectativas quanto ao resultado final engloba todas aquelas unidades de contexto que implicam o valor atribuído ao objetivo/resultado final do tratamento entendido pelo entrevistado/paciente.

A percepção do paciente sobre os cuidados médico-dentários durante a consulta médico-dentária

“(...) resolver o problema que me traz cá (...) atinge os objetivos para que vim à consulta.”E₁“(...) é importante que o problema fique resolvido, não se arraste por muitas consultas”.E₅“(...) gosto de ficar bem no final do tratamento.”E₈

O estudo de Candeias (2008) desperta a nossa atenção para o fato das expectativas ocorrem a dois níveis: o técnico e o funcional. A nível técnico avalia por exemplo o sucesso da cirurgia e a nível funcional a preocupação demonstrada pelo médico em atingir o seu objetivo ideal. Este pressuposto implica que os profissionais de saúde não possam pensar que irão satisfazer paciente limitando-se a prestar um bom serviço técnico, eles deverão também dominar competências de marketing para saber lidar com as expectativas do paciente que podem ser irreais: o que é um bom trabalho para o médico dentista pode não o ser para paciente, pois este tem uma idealização subjetiva do resultado final.

Assim ir de encontro às expectativas do paciente é de grande valor, tal como é demonstrado nesta unidade de contexto:

“(...) se calhar devia dizer que era as cáries (...) mas vim cá hoje tratar um dente que não me doía mas estava meio morto (...) tinha muitos complexos com aquela mancha porque adoro sorrir (...) o dentista detetou isso (...) tratou-me (...) quase chorava de tão feliz que fiquei.”E₆

Uma outra unidade de registo na subcategoria de maior valor foi a ausência de dor durante os procedimentos técnicos.

“(...) importante que não haja dor, eu ainda sou do tempo que havia muita dor (...).”E₂“(...) se vim para me tirar uma dor, que me tirem a dor.”E₁“(...) se tenho uma dor é muito importante ficar sem ela (...).”E₆“(...) não ter dores, mas às vezes compreendo que é impossível pegar (...).”E₇“(...) se estão preocupados se sentimos dor (...) tenho horror à dor.”E₁₂“(...) tratar bem de mim, que a anestesia pegue é o que eu mais gosto que me aconteça.”E₁₄

A dor está associada a um dano tecidual, intimamente ligada a uma experiência sensorial e emocional desagradável. É frequente em Medicina Dentária nomeadamente nos tratamentos de lesões de cárie, na extração de dentes, no tratamento periodontal e endodóntico, possuindo grande impacto nas atividades diárias dos pacientes. Sendo a dor uma sensação subjetiva, o profissional só consegue avaliá-la pela descrição que o paciente faz, e muitas vezes é subvalorizada e subtratada. Acredita-se que aspetos cognitivos, comportamentais, socioculturais, genéticos, demográficos e experiências anteriores podem influenciar a percepção da dor. Para não cometer o erro de a subvalorizar, o médico dentista deve-se consciencializar de que para o sucesso

A percepção do paciente sobre os cuidados médico-dentários durante a consulta médico-dentária terapêutica, é importante valorizar a percepção de dor referida pelo paciente, a qual pode ser maior ou menor do que o dano tecidual. A dor deve ser prevenida e tratada, utilizando-se analgesia. As medidas terapêuticas analgésicas podem ser medicamentosas (fármacos) ou não-medicamentosas (crioterapia, fisioterapia, acupuntura, etc).

Relativamente ainda a esta subcategoria de maior valor foram evidenciados determinados procedimentos técnicos nomeadamente o tratamento da doença cárie e as destartarizações como tratamentos médico-dentários de maior valor percebidos pelos entrevistados.

“ a prevenção das cáries “E₃“(…) limpeza dos dentes”E₃“(…) tratamento de cáries, consultas periódicas, passar fio dental”E₄“(…) tratamento das cáries, para mim é mais importante, porque posso vir a ter mais se não tratar, pelo que me explicam, é assim.”E₅“(…) valorizo tratamento das cáries porque me dá mau-estar.”E₇“(…) ser um profissional limpinho, as coisas também tem de ser feitas direitinhas e esterilizadas”E₇“(…) sinceramente dou muita importância à higiene nos tratamentos (...) fui a uma clinica, a empregada usava as mesmas luvas para tudo: abrir portas, limpar cadeiras (...) e não voltei lá .”E₈“(…) a destartarização porque protegemos os dentes todos (...)”E₁₅

A cárie dentária é a doença crónica mais comum e afeta todas as faixas etárias logo é plausível que o seu tratamento apareça como um dos procedimentos técnicos mais valorizados pelo paciente. A prevenção é a melhor forma de controlar esta patologia, através controle da dieta, administração de fluoretos e uma higiene oral rigorosa através de limpeza manual e mecânica (destartarizações).

Por outro lado, identificou-se como os cuidados médico-dentários percebidos como de **menor valor** para a população estudada determinados procedimentos técnicos e material usado nesses procedimentos, atributos pessoais (falta de empatia com paciente por parte do profissional), tempo de espera prolongado para o atendimento e um elevado preço da consulta.

Os procedimentos técnicos de menor valor percebidos pelo paciente foram as endodontias, as extrações e o ato anestésico. Tal é demonstrado pelas seguintes unidades de contexto:

“(…) não gosto quando a anestesia vai embora.”E₁₆“(…) desvitalizar dentes (...) porque dói.”E₅“(…) barulhos dos motores enquanto fazem as coisas (...)”E₆“(…) odeio que me tirem dentes, sinto que me

A percepção do paciente sobre os cuidados médico-dentários durante a consulta médico-dentária

tiram uma parte de mim”E₇“(…) quando a consulta se torna saturante, tive tratar um dente e tirei muitas radiografias.”E₈“(…) as agulhas que usam, tenho pavor a agulhas (…)”E₁₁

Os materiais como agulhas e brocas com os ruídos inerentes ao seu funcionamento reforçam a imagem de destruição e levam determinados pacientes a um quadro de ansiedade dentária (Nobre, Camara, Silva, & Soares, 2005).

Este estudo vai de encontro ao estudo realizado em 2008 nesta clínica pedagógica por Gavinha, Manso, & Ferreira, referindo que a maioria dos pacientes, apenas recorre a tratamentos médico-dentários quando tem dores e 72% dos pacientes apresentam ansiedade dentária (revelando uma supremacia dos “muito ansiosos” sobre os ansiosos”). Os “muito ansiosos” só frequentam a consulta quando tem dores e faltam recorrentemente pelo medo, manifestando uma activação fisiológica exacerbada, padecendo de ansiedade antecipatória ao “marcar a consulta” bem como na sala de espera e temendo principalmente os estímulos: agulha e broca.

Relativamente aos atributos pessoais dos médicos dentistas percebidos como de menor valor, estes englobam atitudes de arrogância e a ausência de uma comunicação verbal bem sucedida com paciente sobre o plano de tratamento.

“(…) quando estão calados, não falam comigo sobre o que estão a fazer”E₂“(…) má cara de médico, antipatia”E₃

O tempo, seja este o tempo de espera na sala de espera do consultório ou o tempo em que se permanece continuamente de boca aberta durante os procedimentos é também referenciada como de menor valor.

“(…) não gosto quando não me resolvem o meu problema, e tenho que estar tanto tempo de boca aberta para depois voltar.”E₁“(…) o tempo de espera é aquilo que menos gosto.”E₇“(…) demorem muito tempo a atender-me, estar muito tempo à espera para entrar.”E₁₃“(…) estar muito tempo de boca aberta para os tratamentos.”E₁₅

Sendo a maioria dos cuidados médico-dentários não comparticipados pelo sistema nacional de saúde e a maior parte da população em Portugal auferir rendimentos mensais baixos e reformas baixas, leva ao surgimento da unidade de registo preço da consulta dentária elevado como uma dimensão de menor valor para paciente. Tal é demonstrado em unidades de contexto como:

A percepção do paciente sobre os cuidados médico-dentários durante a consulta médico-dentária

“não gosto quando o preço da consulta é muito alto.”E₄“(...) o fator económico.”E₈“(...) menos gosto é o fator económico (...) se for barato melhor (...) eu desvitalizei um dente e passado um mês tive que o arrancar, sabe isso pesa um bocadinho (...)”E₁₁“(...) o dinheiro! porque menina tenho 270veuros de reforma, é muito difícil” “(...) o preço da consulta, tudo dos dentes é particular (...)”E₁₂“(...) fator económico, ainda é muito caro ir dentista.”E₁₄

De acordo com nosso estudo está o estudo quantitativo desenvolvido por Rasgado & Frias-Bulhosa (2005) com população da mesma faculdade, que evidencia esta dimensão como aquela que teve pior pontuação.

4.5 Percepção da relação entre necessidade expressa e resposta médico-dentária

Esta categoria pretende compreender a percepção que o paciente possui da resposta dada, quando exprime uma necessidade de cuidados odontológicos, em termos de acessibilidade.

Categoria	Unidade de registo
Percepção da relação entre necessidade expressa e resposta do médico dentista	Acessível
	Não acessível

Figura 6 - Percepção da relação entre necessidade expressa e resposta do médico dentista

A acessibilidade aos cuidados médico-dentária é uma das bases da garantia de qualidade dos próprios cuidados de saúde oral. Assim, emergiu a unidade de registo **acessível**, em que o paciente percebe uma relação positiva em relação á acessibilidade.

“(...) relativamente ao passado melhorou bastante, mesmo bastante (...)”E₂“Sem dúvida, a oferta é muita (...)”E₃“(...) é rápido, querendo pagar mais, mais rápido ainda (risos) (...)” “São muito acessíveis hoje em dia.”E₁₀ “ hoje em dia a mentalidade é diferente, a consciência das pessoas mudou e é mais acessível uma ida ao dentista, até porque as pessoas já não extraem dentes com tanta facilidade, querem tratar o dente. Logo, há mais dentistas, mais fácil ir ao dentista (...)”E₁₆

A percepção do paciente sobre os cuidados médico-dentários durante a consulta médico-dentária

No entanto, dois dos entrevistados percecionou esta relação como **não acessível**:

“Não é assim muito rápido. Eu ia, davam-me medicação e depois é que me marcavam para fazer tratamento porque tinham agenda cheia” E₁₁ “Nem por isso, já tive alturas que queria consulta e estavam cheios. Agora talvez pessoas não tenham tanto dinheiro é mais fácil, mas não é de um dia para outro.”E₁₂

4.6- Perceção da adequação dos cuidados médico-dentários às necessidades do paciente

A categoria percepção da adequação dos cuidados médico-dentários às necessidades do paciente aborda a relação entre os serviços disponíveis e as necessidades da população estudada, emergindo duas unidades de registo em que os participantes percecionam estes como **adequados** ou **não adequados**.

Categoria	Unidade de registo
Perceção da adequação dos cuidados médico-dentários às necessidades do paciente	Adequados
	Não adequados

Figura 7 - Perceção da adequação dos cuidados médico-dentários às necessidades do paciente

Maioritariamente os entrevistados consideram **adequados** os cuidados de médico-dentários relativamente às necessidades sentidas.

“Sim, estiveram de acordo com minhas necessidades (..)” E₁“(..) estão de acordo com minhas necessidades, sim sem dúvida, sinto-me satisfeito (...)"E₅ “Nunca me desapontaram”E₁₃ “Sim, sem dúvida(...)"E₁₄“Sempre”E₁₆

A percepção do paciente sobre os cuidados médico-dentários durante a consulta médico-dentária

No entanto, seis dos entrevistados consideraram que os cuidados de médico dentário já foram **não adequados** às suas necessidades, tal como evidencia as seguintes unidades de contexto:

“Não, já senti que não, (...) pela falta de comunicação (...) pelo facto de que o tratamento nem sempre foi resolvido na primeira consulta e depois nós alteramos, vamos para outra clínica, e o médico lá faz tudo de uma só vez, e outro precisa de 3, 4 vezes e eu não consigo perceber quem faz o correto, porque não me é explicado devidamente. Então pomos a questão porque num é preciso ir lá 3 vezes e no outro uma vez? será que há interesses económicos? (...)”E₃ “não, já fui mal atendido, aconselharam-me tratamentos que não eram mais indicados, soube isso, porque pedi segunda opinião.”E₄ “Já me senti enganada, mas fui enganada com muito estilo (risos) eu acho que ela não era sequer dentista (...) tinha formação em prótese (...) eu chamava-a mecânica dos dentes (risos) pôs-me um aparelho (...) não me tratava as cáries (...)”E₆ “Antigamente fui a uma dentista e acho que o atendimento não era bom, ela era um despacho, mas com os tratamentos todos mal feitos, andava sempre tudo a cair, os tratamentos”E₁₀ “Não, sou muito sensível à dor e já tive consultas em que não se importaram se tinha dor ou não, perguntavam mas continuava a doer, foi insuportável.”E₁₂

Quanto mais o paciente vê o profissional como verdadeiro ou autêntico, empático, demonstrando-lhe um respeito incondicional, mais se afastará de um método de funcionamento estático, fixo, insensível e impessoal e mais se dirigirá a uma espécie de funcionamento marcado por uma experiência fluida, mutável e plenamente receptiva a aos tratamentos propostos, resultando deste movimento uma evolução do comportamento em saúde oral e logo maiores níveis de qualidade serão sentidos. A falta de uma comunicação adequada, tanto do diagnóstico como do plano de tratamento, é mais uma vez evidenciada ao longo das entrevistas como sendo um dos pontos gatilho para um sentimento de inadequação dos cuidados prestados.

4.7 Percepção da relação entre tempo/execução dos cuidados médico-dentários

Ao longo deste estudo foi também um objetivo compreender a percepção sobre a relação entre tempo/execução dos cuidados para melhor compreender a percepção do paciente sobre o atendimento médico dentário

Categoria	Unidade de registo
Percepção da relação entre tempo/execução dos cuidados médico-dentários	Adequada
	Inadequada

Figura 8 - Percepção da relação entre tempo/execução dos cuidados médico-dentários

O tempo condiciona a nossa atuação, já que muitas vezes não se pode prever qual tempo que demorará cada paciente no consultório, logo a espera na sala de espera do consultório é quase inevitável em algumas situações.

Porém, a maioria dos entrevistados refere que a relação entre tempo/execução dos cuidados médico-dentários é **adequado**.

“Não acho que andem apressados em lado nenhum”E₆ “ Não, normalmente tem sempre tempo para nós, afinal nós estamos pagar tempo deles (...)”E₈ “Não sinto pressa.”E₁₁ “Leva o tempo que acha necessário (...) não pudemos ir com pressas, mesmo na sala de espera, temos que esperar, porque na saúde não há tempo fixo, se não podemos esperar, vamos embora, não é?”E₁₅

O tempo referenciado está intimamente ligado com o tempo percebido pelo paciente, ou seja, parece-nos que podemos afirmar tal como Kant (2008) que o tempo, apesar de ser essencial como parte da nossa experiência, é destituído da realidade, não é algo objetivo, mas uma condição subjetiva, devida à natureza da mente humana. É neste conceito subjetivo do tempo que podemos alicerçar a percepção individual dos indivíduos entrevistados em que o médico dentista pode demorar horas ou poucos minutos nos cuidados que presta, desde que o faça com calma e atenção, sendo o tempo relatado como

“(...) eu acho que para o paciente é sempre muito tempo mas para o médico é o tempo suficiente (...) é claro que é sempre constrangimento falar nisso, porque para nós cinco minutos de boca aberta é imenso tempo (...) não lhe consigo quantificar (...) para mim é muito tempo, para o médico talvez seja suficiente (...)” E₃ “Demora o tempo que ele acha necessário, apesar de não me incomodar, a posição de boca aberta durante muito tempo é muito desconfortável, temos que admitir.”E₁₃

A percepção do paciente sobre os cuidados médico-dentários durante a consulta médico-dentária

Contudo, existe quatro entrevistados que consideram ter experienciado uma relação **inadequada**, tal como nos é evidenciado pelas unidade de contexto:

“já, já tive, ele fazia as coisas com pressa porque talvez tenha sala de espera com pessoas à espera e tem que se despachar.”E₄ “Já senti que apressou para terminar consulta, uma questão de estrá acabar o horário de expediente, entre aspas, não foi nada grave, mas podia ter acabado e deixou para outra consulta.”E₅“(…) para mim leva sempre tempo a mais, custa-me imenso estar ali de boca aberta (…)”E₁₀ “Eu sei como é trabalho de um dentista, mas já cheguei a reclamar noutró consultório porque me atenderam em cinco minutos e nem falou comigo (…).”E₁₆

Assim, apesar da maioria dos pacientes entrevistados percecionarem que a relação entre tempo/execução dos cuidados médico-dentários é a adequada, a existência de longos períodos de boca aberta e a relação da espera na sala de espera com a ansiedade é ao longo deste estudo realçada como uma relação inadequada.

4.8- Percepção da satisfação do paciente com os cuidados médico-dentários

Relativamente à satisfação do paciente com os cuidados médico-dentários, esta é na maior parte das vezes um indicador de qualidade de um determinado serviço de saúde. Um paradigma centrado na satisfação das necessidades em saúde oral torna-se fulcral para evolução do atendimento odontológico.

Categoria	Unidade de registo
Percepção da satisfação do paciente com os cuidados médico-dentários	Satisfeito
	Insatisfeito

Figura 9 - Percepção da satisfação do paciente com os cuidados médico dentários

A percepção do paciente sobre os cuidados médico-dentários durante a consulta médico-dentária

A opinião do paciente influencia directamente o seu compromisso com o tratamento e a continuidade da relação médico/paciente. A satisfação é sempre um conceito multidimensional. O estudo de Rasgado & Frias-Bulhosa (2005) desenvolvido nestas mesmas instalações identificou vários aspectos que influenciavam o grau de satisfação, nomeadamente: os aspectos técnicos, relações interpessoais, acessibilidade e disponibilidade, acesso financeiro, eficácia e resultado, continuidade dos cuidados, instalações e atitudes acerca dos cuidados no geral. A satisfação foi referida na maioria da população submetida no estudo.

A unidade de registo **satisfação** engloba todos os sentimentos de contentamento relativamente aos cuidados médico-dentários percebidos pelos entrevistados ao longo das suas vidas. Esta unidade de registo esteve presente em quatorze dos entrevistados.

“Sim estou porque são sempre muito simpáticos (...)”E₁ “Sim, estou.” E₆; E₁₀; E₁₁; E₈; E₁₄;E₁₆“Sinto. Porque na altura resolveram-me o problema.”E₇ “Sim, estão empenhados, não estão com conversas para o lado ”E₁₂“Satisfeito, mas é pena ainda serem caros”E₉

A **insatisfação** emergiu de um sentimento de descontentamento relativamente aos cuidados médico-dentários, manifestado em duas entrevistas.

“Nem sempre (...) pela falta comunicação (...)”E₃“já me senti insatisfeita (...) com desvitalização de um dentes (...) com colocação de um aparelho (...) gastei cinco mil euros e só o coloquei no andar de cima (...) foram má experiências, já me senti insatisfeita e revoltada (...) não confiamos depois” E₅

Quando um produto em avaliação é a prestação de um serviço, a qualidade se resume na maioria das vezes à satisfação do paciente em uma dada situação. Sabendo que a avaliação da qualidade de um produto é constituída por dois elementos: o objetivo e o subjetivo. O elemento objetivo está relacionado com os componentes físicos do produto e o componente subjetivo à satisfação do paciente, do ponto de vista de sua percepção e de suas expectativas. Pesquisas mostram que a utilização do indicador satisfação do paciente, por diferentes instituições e profissionais, está assumindo, cada vez mais importância para o processo de avaliação da qualidade do tratamento médico dentário.

A percepção do paciente sobre os cuidados médico-dentários durante a consulta médico-dentária

Essas pesquisas também apontam que, na maioria das vezes, o paciente não tem conhecimento técnico e, portanto, não sabe como avaliar se um tratamento foi executado de maneira correta (Robles, Grasse, & Bosco, 2006). Assim, podemos concluir que a satisfação percebida pelo paciente tem muito mais a ver com a maneira como ele é tratado e com as pistas de qualidade que ele vai encontrar no consultório e no profissional do que com a parte técnica. Tal é evidenciado na unidade de contexto:

“Sim porque tem em todos os cuidados foi feito um bom trabalho e também pela segurança que me transmitiram.” E₄

4.9 - Percepção da tomada de decisão relativamente aos cuidados médico-dentários

Após analisarmos o atendimento nas mais variadas dimensões também foi objetivo deste estudo perceber como o paciente entendia a tomada de decisão relativamente ao seu plano de tratamento.

Categoria	Unidade de registo
Percepção da tomada de decisão relativamente aos cuidados médico-dentários	Decisão partilhada entre médico/paciente Decisão do paciente Decisão do médico dentista

Figura 10 - Percepção da tomada de decisão relativamente aos cuidados médico-dentários

A tomada de decisão médica constitui o exercício mais completo do poder médico, assim, os vários momentos de tomada de decisão resultam de uma construção entre diferentes conhecimentos e discursos médicos, diferentes abordagens, olhares e estratégias que se entrecruzam. Para atingir o sucesso terapêutico, que por vezes é condicionado pelas limitações do paciente, a tomada de decisão médica no plano de tratamento não deve ser substituída.

Em nove dos entrevistados emergiu a unidade de registo **decisão partilhada**, em que o entrevistado percebe a tomada de decisão relativamente ao seu plano de tratamento

A percepção do paciente sobre os cuidados médico-dentários durante a consulta médico-dentária partilhada entre paciente e o médico dentista, após entender o plano de tratamento explicado pelo médico.

“Peço para me explicar e percebo, é uma decisão partilhada.” E₄ “Sim, percebo. A decisão é de ambos desde que eu compreenda o tratamento.” E₆ “Se eu não perguntar, a maioria não explica, mas eu sou curiosa e pergunto. A decisão é entre mim e o médico, no entanto valorizo mais a opinião dele, que é o especialista.” E₇ “Sim eles explicam e eu acho que a decisão é um bocadinho dos dois, sim! Nós podemos decidir mas ele também decide o que é melhor para nós!” E₈ “(...) compreendo o que me dizem e a decisão é dos dois.” E₉ “Explicam, explicam (...) uma decisão partilhada.” E₁₅ “Eu pergunto ao profissional ate perceber (...) é uma decisão partilhada porque ele é o profissional, ele vai orientar-me, mas paciente deve questionar (...) não deve andar às escuras” E₁₆

Dois dos entrevistados referiram que nem sempre obtiveram explicações sobre o plano de tratamento e percecionaram o **processo de tomada de decisão** relativamente ao plano de tratamento como uma opção **individual**.

“Sinto que é uma decisão minha (...) uma coisa e outra pois tão depressa explica o tratamento, como não, depende dos homens como diz o outro (risos)” E₂ “ Percebo o que ele me diz. Quanto à decisão é minha” E₁₀

Cinco dos entrevistados entendem que a **tomada de decisão** é do **médico dentista**. Destes cinco entrevistados, dois referem que não percebem o plano de tratamento por isso relevam a tomada de decisão para o médico dentista.

“não me explica o tratamento antecipadamente (...) até certo ponto, será ele que decide por mim, é ele que percebe. Passo a responsabilidade para ele” E₁ “Como não me explica como deve ser, na maioria dos casos é ele que decide (...) eu acho que devia haver mais aproximação, mais comunicação, numa linguagem mais simples(...) pode ser da pessoa, de não ter tempo, mas não percebo na maioria das vezes o que faz” E₁₂

Os outros três entrevistados, apesar de perceber o plano de tratamento, entendem que é profissional que tem competências para tomar a decisão quanto ao seu plano de tratamento.

“Sim percebo, se não percebo pergunto. A decisão é do médico dentista, primeiro porque ele certamente sabe mas do que eu (...) no entanto se for uma decisão radical, pedia uma segunda opinião.” E₅ “Eu percebo o que me explica (...) mas a decisão é mais dele, ele diz-me que é preciso fazer e eu faço porque não consigo ver para dentro da minha boca.” E₁₃

A percepção do paciente sobre os cuidados médico-dentários durante a consulta médico-dentária

Estes dados corroboram com o estudo desenvolvido por Monteiro (2012) em que é necessário adaptar o discurso ao paciente que temos à nossa frente:

“percebo que nem todos consigam fazer perguntas (...) até porque às vezes se sentem inibidos, o paciente/médico tem que ter esse cuidado, se não decisão será só dele (...) deviam falar mais com paciente, até porque nós não temos todos mesma formação (...) uma linguagem menos técnica (...)”E₃

As formas particulares de poder médico em diferentes momentos de tomada de decisão demonstram a forma como os atores (médicos e pacientes), através do discurso, põem em prática as suas estratégias, influenciando, muitas vezes de forma decisiva, a trajetória do plano de tratamento. As várias informações para a tomada de decisão encontram-se dispersas no espaço e no tempo, distribuídas pelo paciente e por diversas especialidades. Do mesmo modo, também os processos de discussão, argumentação, negociação e decisão estão igualmente dispersos. Assim, podemos afirmar que o processo de tomada de decisão médica está longe de ser considerado um ato isolado, apenas do paciente ou do médico. Partindo do pressuposto que todos os procedimentos médicos são acompanhados de incerteza, todos os atos médicos são aproximações, estando por isso sujeitos a erros de vários tipos, alguns dos quais possíveis de calcular e de evitar, uma decisão partilhada contribui para um melhor gestão de expectativas e uma maior satisfação dos cuidados prestados.

V- CONCLUSÕES E SUGESTÕES

Abordar a percepção do paciente relativamente ao atendimento médico dentário constituiu um aliciante desafio. O recurso ao método qualitativo permitiu entrar no mundo dos participantes e transportar as suas vivências para uma linguagem humana, podendo compreender melhor a percepção do paciente sobre o atendimento odontológico.

É possível concluir, que na percepção do paciente:

- uma consulta médico-dentária com qualidade é uma consulta com : simpatia, empatia e uma boa comunicação verbal do médico dentista (atributos pessoais); uma comunicação clara do plano de tratamento, competência profissional, um bom diagnóstico clínico, bem como despiste de outras complicações possíveis e educação para saúde oral (atributos profissionais); a não existência de intenções mercantilistas bem como preço de consulta acessível (fator económico) e um bom uso de materiais clínicos bem como um menor tempo de espera para a consulta;

- existe um impacto positivo do médico dentista na sua qualidade de vida, quer seja na estética, na função, na autoestima e no funcionamento de outras partes do corpo como o aparelho digestivo. Apenas três entrevistados entendem que o médico dentista não contribui para sua qualidade de vida;

- a Medicina Dentária não é personalizada para a maioria dos entrevistados, percecionando estes os cuidados médico-dentários de igual modo para todos os pacientes. Apenas quatro entrevistados referem cuidados de medicina dentária individualizados;

- os cuidados médico-dentários mais valorizados são: a relação de ajuda estabelecida entre paciente e o médico dentista, um bom diagnóstico clínico, o empenho do profissional, as expectativas relativamente ao resultado final, a ausência de dor e os procedimentos técnicos como a destartarização e o tratamento da doença cárie;

- os cuidados médico-dentários menos valorizados são: procedimentos técnicos como a extração e as endodontias, atributos pessoais do médico dentista como a arrogância, um prolongado tempo de espera para o atendimento bem como o preço da consulta elevado.

A percepção do paciente sobre os cuidados médico-dentários durante a consulta médico-dentária

- não existe dificuldade na marcação de uma consulta dentária. Apenas dois entrevistados referem já terem encontrado dificuldades na marcação de uma consulta dentária;

- existe uma adequação dos cuidados médico-dentários às suas necessidades. Apenas três pacientes referem esta como desadequada pela falta de comunicação eficaz entre médico e paciente;

- a relação tempo/execução dos cuidados é adequada. Quatro pacientes realçam que já sentiram que foi desadequado ora porque o atendimento na consulta fora muito rápido ora porque permaneceram demasiado tempo com a boca aberta durante a consulta;

- existe satisfação de um modo geral com os cuidados médico-dentários prestados ao longo da sua vida. Tal prende-se com o fato de terem encontrado dentistas que realizam um atendimento com as características desejáveis a um dentista “ideal”, ou seja, habilidades técnicas, cognitivas e psicomotoras, aliadas à dimensão afetiva, com demonstração de atenção, carinho e preocupação, fomentando a promoção da saúde oral. Apenas dois pacientes apresentavam insatisfação;

- a tomada decisão deve ser partilhada, havendo embora quem perceciono como individual e outros como uma decisão do médico dentista, realçando mais uma vez a falta de comunicação do plano de tratamento para não assumir um papel decisor;

Ao longo deste estudo os entrevistados apresentavam dificuldades para avaliar a qualidade técnica de um tratamento, formando impressões a respeito do atendimento baseadas em outros aspetos humanos, psicológicos e comunicacionais.

Assim é de realçar a importância atribuída à relação interpessoal, na Medicina Dentária, constatando que se torna imprescindível valorizar e enaltecer estes cuidados, pouco sofisticados, mas tão espetaculares, que constituem a natureza mais íntima do ser humano, valorizando as pequenas subtilezas que a caracterizam, para promover a sua evolução e um futuro promissor.

Uma outra conclusão que ressalta dos relatos das experiências, que nos marcam de forma significativa é a falta de percepção dos cuidados médicos-dentários personalizados. Não podemos, nem devemos, enquanto profissionais de saúde, desenvolver a mesma abordagem perante uma criança, um adolescente ou um adulto,

A percepção do paciente sobre os cuidados médico-dentários durante a consulta médico-dentária nem tão pouco abordar determinados temas de forma semelhante com pacientes com cursos superiores ou com os que tiveram acesso apenas ao 4º ano de escolaridade. A adequação do plano de tratamento e do próprio discurso, deve ser cuidadosamente avaliada e posta em prática de acordo com o paciente com quem lidamos.

É notório ao longo das entrevistas uma lacuna na área comunicativa, isto é, os médicos dentistas por vezes não informam os seus pacientes acerca de procedimentos preventivos, não promovendo aceitação do plano de tratamento pelo paciente nem a sua adesão ao tratamento. Salienta-se que o médico dentista deveria assumir uma posição de igualdade com o seu paciente na tomada de decisão do plano de tratamento e sugere-se que o plano de tratamento seja realizado levando-se em consideração as suas necessidades clínicas, psicológicas e individuais.

O dentista deve ouvir mais os pacientes, seus sintomas e conhecer os sentimentos envolvidos em relação ao tratamento, estabelecendo uma comunicação adequada. Assim, os pacientes se sentirão mais motivados a cuidar de sua saúde oral e a colocar em prática as orientações fornecidas pelo médico dentista, promovendo uma melhor aceitação e adesão ao tratamento e, conseqüentemente, maior possibilidade de sucesso, não só para quem presta, mas também para quem recebe os cuidados.

Este estudo qualitativo ajudou-nos não só a perceber o impacto saúde oral na qualidade de vida dos pacientes entrevistados, mas também a importância da promoção da saúde oral, pois estas são dimensões que emergem tanto nos cuidados médico-dentários mais valorizados como na percepção de um atendimento com qualidade. Com o aumento desta percepção do impacto da condição oral na sua qualidade de vida tende-se aumentar os cuidados dos indivíduos com a sua saúde oral.

A sugestão final deste trabalho prende-se com a evidente necessidade de instituir disciplinas vocacionadas para a familiarização com os conceitos comunicacionais e o desenvolvimento das capacidades comunicacionais dos alunos, inseridas no seu percurso académico obrigatório e que promovam uma Medicina Dentária cada vez mais personalizada e humanizada. Acreditamos que se deve mudar o processo de cuidado, rompendo com o centramento dentário, entendendo saúde oral como um estado de equilíbrio instável determinado social e subjetivamente pelo paciente.

A percepção do paciente sobre os cuidados médico-dentários durante a consulta médico-dentária

Assim, em jeito de conclusão, apesar de ao longo do estudo de investigação nos termos deparado com um conjunto de dificuldades nomeadamente a escassez de trabalhos na área da qualidade do atendimento médico dentário, este trabalho contribuiu para o nosso crescimento pessoal e profissional, e conscientes, de que a validade interna, não nos permite a extrapolação de resultados a outras amostras, esperamos que este estudo possa contribuir para o enriquecimento da abordagem do tema e seja um ponto de partida para outros estudos.

BIBLIOGRAFIA

Alves, D. & Gonçalves, A., (2009). Impacto da saúde oral na qualidade de vida de jovens entre os 11-14 anos. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 48(6), pp. 296-308.

Backer, S., (2007). Testing a Conceptual Model of Oral Health: a structural equation modeling approach. *Journal of Dental Research*, 4, pp. 708-712.

Bardin, L., (1995). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições Setenta.

Bogdan, R. & Biklen, S., (1999). *Investigação qualitativa em educação*. Porto Editora: Porto.

Botazzo, C. & Barros, R., (2011). Subjetividade e clínica na atenção básica: narrativas, história de vida e realidade social. *Revista Ciências Saúde Colectiva*, 16 (11), pp. 133-145.

Cabral dos Santos, J. M., (2014). *Abordagem do paciente surdo no contexto da medicina dentária*, Dissertação de Mestrado à Universidade Porto.

Candeias, A. M., (2008). *O Marketing em Medicina Dentária e a Avaliação das Expectativas Estéticas dos Pacientes*, Dissertação de Mestrado à Universidade Fernando Pessoa do Porto .

Chaveiro, N. & Barbosa, A., (2009). The Relation Between Deaf Patients and the Doctor. *Revista Brasileira Otorrinolaringologia*, 75 (1), pp. 10-75.

Cruz, V. D., (2007). *Avaliação do impacto da saúde oral da qualidade de vida de uma população de pacientes da clínica de Medicina Dentária da Universidade Fernando Pessoa*, Dissertação de Mestrado à Universidade Fernando Pessoa do Porto.

Fortin, M., (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Frias-Bulhosa, J., (1996). Stress em Medicina Dentária. *Revista Saúde Oral*, pp. 126-134.

A perceção do paciente sobre os cuidados médico-dentários durante a consulta médico-dentária

Gavinha, S., Manso, M. & Ferreira, M., (2008). Ansiedade e Fobia Dentária – avaliação Psicométrica num estudo transversal. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia MaxiloFacial*, 49, pp. 77-86.

Gomes, M. & Pimenta, T., (2013). *Avaliação do impacto saúde oral nas actividades de vida diária em utentes diabéticos com idade superior 65*, Dissertação de Licenciatura à Escola Superior de Saúde do Porto.

Haddad, S. et al., (2000). Patient perception of Quality following a visit in a Primary Care unit. *Oxford Journals*, 17(1), pp. 21-29.

Kazandjian, V., (2007). *Calidade de la atención médica: importância de las expectativas, el amor y las estadísticas*, México: Mexicano Del Seguro social.

Lovelock, C., (2001). *Serviços: marketing e gestão*. São Paulo: Saraiva.

Mainz, I., (2003). Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *International Journal for Quality in Health Care*, 530, pp. 6-12.

Matos, M. B., (2006). *A importância da saúde oral na qualidade de vida do paciente idoso*, Tese de Licenciatura à Universidade do Porto.

Monteiro, J. A., (2012). *Adequação do discurso na consulta de Medicina Dentária*. Centro Regional das Beiras: Universidade Católica Portuguesa.

Nobre, E., Camara, G., Silva, K. & Soares, S., (2005). Avaliação da qualidade de saúde odontológica na universidade privada: avaliação do usuário. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 18 (4), pp. 171-176.

OMS, (1994). *Priority research for health for all*, Copenhaga: World Health Organization.

Ordem dos Médicos Dentistas (2009). *Código Deontológico da Ordem dos Médicos Dentistas*. Porto: Ordem dos Médicos Dentistas. Disponível no site da Ordem dos Médicos Dentistas: «<http://www.ond.pt/info/codigodeontologico/sec3> » (25 de Junho 2015)

Pereira, A. (1990). *Contribuição para o estudo da prevalência e da gravidade da cárie dentária em Portugal*. Dissertação de Doutoramento à Universidade do Porto.

A percepção do paciente sobre os cuidados médico-dentários durante a consulta médico-dentária

Pinho Assis, A. C., (2013). *Estudo da qualidade de vida de pacientes portadores de prótese dentária removível*, Dissertação de Mestrado à Universidade do Porto.

Pinto, P. & Fradique, F., (2009). *Qualidade de vida relacionada coma saúde oral em idosos: um estudo exploratório*, Dissertação de Mestrado à Universidade Lisboa.

Polit, D., Beck, C. & Hungler, B., (2004). *Fundamentos de pesquisa qualitativa: métodos, avaliação e utilização*. Porto Alegre: Artmed.

Portillo, J. & Paes, A., (2000). Autopercepção de qualidade de vida relativa à saúde bucal. *Revista Brasileira de Odontologia e Saúde Colectiva*,1(1), pp. 75-88.

Quivy, R. & Campenhoudt, L., (2003). *Manual De investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.

Rasgado, S. & Frias-Bulhosa, J., (2005). *Avaliação da satisfação dos pacientes da Faculdade Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa*, Dissertação de Mestrado à Universidade Fernando Pessoa do Porto.

Ribeiro, B. P., (2012). *Contributos para compreender, avaliar e gerir a ansiedade em medicina dentária*, Dissertação de Mestrado à Universidade do Porto.

Robles, A. C., Grasse, S. & Bosco, V., (2006). Satisfação com atendimento odontológico: estudo qualitativo com mães de crianças atendidas na Universidade Federal de Santa Catarina. *Revista Ciência e Saúde Colectiva*,13(1), pp. 43-49.

Rodrigues, C. M. & Goulão, M., (2008). *Comportamentos, hábitos e conhecimentos de saúde oral das crianças: percepção dos pais/encarregados de Educação*, Monografia de Licenciatura à Universidade Aberta.

Saturno, P., (2008). *Estrategias de implantación. diseno de un plan de actividades para la implantación de un gestión de la calidade*, Murcia: Ed.Universidade de Murcia.

Valente, A. A., (2013). *Qualidade de vida, autoestima, autoimagem e percepções de saúde oral em crianças e adolescentes*, Dissertação de Mestrado à Universidade do Porto.

Yoshida, T. & Fujisaki, K., (2006). *Communication Training in dental education*, Oxford Munksgaard: Behavioral Dentistry.

ANEXOS

Anexo A

Guião da entrevista

Guião da entrevista:

I- Dados referentes à caracterização da população

1. Idade
2. Sexo
3. Estado civil
4. Etnia
5. Naturalidade
6. Nacionalidade
7. Habilitações literárias
8. Paciente da clínica UFP há quanto tempo?
9. Situação de Saúde (tem história clínica de alguma doença que influencia sua condição oral? Se sim, qual?)

II. Dados referentes aos cuidados médico-dentários prestados

1. Com que frequência costuma vir a uma consulta com um médico dentista?
2. Quando vai a uma consulta médico dentária, o médico dentista costuma falar consigo, explicando-lhe o tratamento? Percebe o que ele lhe explica?
3. Sente que a decisão do tratamento é sua? Ou é o médico dentista que decide por si?
4. Se respondeu: *“o médico dentista não me explica ou eu não percebo o que me diz”*, indique as razões.
5. O que acha que é mais importante durante a consulta médico dentária (ex.: não sentir dor/ médico dentista fale consigo)?
6. Acha que o médico dentista individualiza o paciente ou trata-se todos iguais? Acha que as respostas dadas são diferentes consoante a realidade pessoal que vivem?

7. Acha que quando solicita um cuidado médico dentária é acessível? Em tempo de pedido/resposta? ou sente dificuldade na marcação de uma consulta médica dentária quando necessita?
8. O médico dentista ao prestar-lhe cuidados costuma demorar-se? ou acha que é tempo necessário?
9. Quais os cuidados médico-dentários que considera mais importantes? Porquê?
10. Sente-se satisfeito com os cuidados médico-dentários que lhe foram prestados? Uma razão para a satisfação ou “não satisfação”.
11. A nível dos cuidados dentários: Do que mais gosta? Porquê? Do que menos gosta? Porquê?
12. Considera que foi bem atendido em todas as suas consultas médico dentárias. Se respondeu que “não”, justifique.
13. Acha que os cuidados que lhe são prestados pelos médicos dentistas estão de acordo com as suas necessidades? Resolveram o seu “problema “inicial? (foram de encontro aos seus objetivos de tratamento) Em caso negativo, o que é que necessitava, que não lhe foi feito?
14. Acha que o médico dentista tem implicações na sua qualidade de vida?
15. O que descreveria como sendo um atendimento médico dentário numa consulta, com qualidade?

Anexo B

Matrizes das entrevistas realizadas

A percepção do paciente sobre os cuidados médico-dentários durante a consulta médico-dentária

PERCEÇÃO DO CONCEITO DE QUALIDADE DURANTE UMA CONSULTA
MÉDICO-DENTÁRIA

Subcategoria – Atributos pessoais do médico dentista

Unidades de registo:	Unidades de contexto:
Simpatia	<p>“(…) é-me claro que em todas especialidades é muito importante um bom ser humano, uma boa pessoa, ser simpático (…)”E₃</p> <p>“(…) ser simpática(…)”E₆</p> <p>“(…) ser simpáticos (…)”E₈</p> <p>“(…) tratar bem os doentes.”E₁₄</p> <p>“Receber-me calorosamente, sentir que não sou um número (…)”E₁₅</p>
Empatia	<p>“(…) seja paciente com os pacientes (…)”E₁</p> <p>“(…) lá está o fator humano, a empatia, acho que é importante(…)”E₇</p> <p>“(…) como somos tratados, no atendimento (…)”E₉</p> <p>“(…) ser paciente para perdermos o medo (…)”E₁₄</p> <p>“(…) relação de empatia (… sentir que não sou mais um número (…)”E₁₅</p>
Comunicação verbal	<p>“(…) ser muito explícito (…)”E₆</p> <p>“(…) falar de uma maneira pessoal (…isso dá conforto à pessoa”E₈</p> <p>“(…) falar comigo (…)”E₁₃</p> <p>“(…) nunca esquecer de cumprimentar as pessoas, às vezes esquecem-se (risos) é verdade! (…)”E₆</p>

Subcategoria – Atributos profissionais do médico dentista

Unidades de registo:	Unidades de contexto:
Diagnóstico clínico	<p>“(…) perceber as necessidades dele, fazer bom diagnóstico (…)” E₃</p> <p>“(…) o médico faz análise à boca , mas vê que antes da limpeza há outras questões (…) esclarece o paciente e chegamos a um consenso, os dois.” E₃</p> <p>“(…) promover um bom plano de tratamento (…)”E₄</p> <p>“(…) boa avaliação total da boa, porque há mais coisas na boca sem ser dentes (…) um bom diagnóstico.”E₁₀</p>
Competência profissional	<p>“(…) que fique perfeito aquilo que foi feito, isso é qualidade”E₂</p> <p>“(…) quero lá saber se são compósitos de grande qualidade se depois não são bem aplicados na prática (…) um bom profissional”E₃</p> <p>“(…) fazer as coisas com calma, fazer as coisas bem (…)”E₅</p> <p>“(…) ser empenhados (…)”E₉</p> <p>“(…) gostar do global do trabalho, sair daqui satisfeito (…)”E₁₃</p> <p>“(…) tenha um bom resultado final, seja um bom profissional, às vezes com pouco faz-se muito, se for um bom profissional (…) o que me interessa é o conteúdo, a clinica até pode ser muito bonita, mas o que me interessa é saber se o profissional é bom profissional.”E₁₆</p>
Comunicação do plano de tratamento	<p>“(…) gostava de ser informada sempre (…)”E₅</p> <p>“(…) ver as várias soluções, explicar direitinho e porquê fazer e</p>

	<p>como vai ficar o trabalho concluído (...)”E₅</p> <p>“(...) nós não somos dentistas , nós vimos ao dentista, acho que é muito bom nós estarmos esclarecidos sobre o que vimos fazer e assim ser uma decisão sempre nossa (...)”E₆</p> <p>“(...) fazer explicação durante o tratamento daquilo que estão a fazer pois eu gosto de perceber aquilo que estão a fazer na minha boca.(...) eu tive um dentista que tinha sempre o hábito de me mostrar com o espelho aquilo que estava a fazer e eu gosto, de saber que também participo.”E₇</p> <p>“(...) explicar todos os passos, independentemente de perceberem ou não, explicar todos os passos e desmontar o plano de tratamento, sentir que não sou mais um número (...)”E₁₅</p>
<p>Despiste de complicações</p>	<p>“depois de analisado mostrar-lhe que além daquelas necessidades que ele acha que existem, se houver mais, exemplificar-lhe e mostrar-lhe o porquê (...)”E₃</p> <p>“(...) ver se tenho algum problema a mais (...)”E₄</p>
<p>Educação para saúde oral</p>	<p>“(...) é importante fazer prevenção por exemplo eu vim cá e eles estiveram a dizer-me os sítios que tinham que lavar melhor os dentes(...) acho que eles podiam não dizer nada e assim tinham mais dentes para tratar (...) faz uma pessoa parecer que está ali e não é só uma boca.”E₈</p>

Subcategoria- Fator económico

Unidades de registo:	Unidades de contexto:
Preço da consulta	<p>“(…) exijo o mínimo de qualidade porque pago (…)”E₅</p> <p>“(…) eu já tenho dentes restaurados há cinco anos se partisse um dente , apesar de aqui pagar menos gostaria de ser informada que com aquele material seria mais ou menos resistente (…)”E₅</p> <p>“(…) provavelmente estaria disposta pagar mais se me explicasse que o produto era melhor, é uma opção do paciente, ele assume responsabilidade desde que devidamente informado.”E₃</p> <p>“(…) aqui é uma clinica de uma faculdade o fator económico é perfeito (…) la fora pagaria 50euros e aqui paguei 15euros (…) sou atendida por alunos que estão sempre a ser avaliados (…) sou vista por 3 ou 4 dentistas, melhor não seria possível (…)”E₅</p> <p>“(…) num hospital público estão mais saturados (…) isto é no privado, é outra coisa, pagamos mais, ser barato também é qualidade.”E₉</p> <p>“(…) fator económico é muitas vezes determinante para mim (…)”E₁₀</p> <p>“(…) ser tratado o melhor possível e pagar o menos possível (…)”E₁₂</p>
Interesses mercantilistas nos procedimentos	<p>“(…) não seja uma comerciante, principalmente isso. Andei numa clinica que era um dia para dar um antibiótico, noutro para dar outro medicamento, e podiam ter feito tudo numa consulta (…)”E₁</p> <p>“(…) não me tratasse como simplesmente forma de ganhar</p>

	dinheiro (...)”E ₁
--	-------------------------------

Subcategoria- Outros aspetos

Unidades de registo:	Unidades de contexto:
Materiais dentários utilizados	<p>“(…) bons materiais, até porque nós sabemos que na área da medicina dentária há muita diversidade, muitos materiais, mas o paciente não percebe nada disso (...) só vai perceber mais á frente, eu trabalho com seguros (...) o nosso cliente só sabe se o seguro é bom quando tem sinistro (...)”E₃</p> <p>“(…) ter um bom material, não precisa de ser última geração, mas que tenha material adequado porque sabemos que a dentária está sempre evoluir e o profissional tem que se atualizar nisso (...)”E₁₆</p>
Tempo de espera	<p>“(…) pouco tempo de espera na sala de espera (...)”E₇</p> <p>“(…) não gosto de esperar, fico mais ansiosa (...)”E₁₅</p>

PERCEÇÃO DA INFLUÊNCIA DO MÉDICO DENTISTA NA QUALIDADE DE
VIDA DO PACIENTE

Unidades de registo:	Unidades de contexto:
Contribuí	<p>“(…) sim, se me resolverem o problema de saúde que me trouxe.”E₁</p> <p>“(…) melhora, melhora, desde que mastigue melhor (…)”E₂</p> <p>“(…) claro que sim (…) uma boca sã, todo funcionamento é são, o médico dentista é muito importante na nossa saúde (…)”E₃</p> <p>“(…) sim, tenho problemas de oclusão, dava-me tonturas, dores de cabeça, logo tem muita implicação na minha qualidade de vida (…)”E₄</p> <p>“(…) claro os dentes afetam tudo (…) evita problemas relacionados com dores de ouvidos, cabeça (…) e a estética, que hoje até influência se arranjam determinado trabalho ou não.”E₅</p> <p>“(…) sim, se tiver dores dentes, não ando bem-disposta e eu sou a boa disposição em pessoa (…)”E₆</p> <p>“(…) momentaneamente (…) e a longo prazo (…)”E₇</p> <p>“(…) claro, a boca é uma das partes mais importantes do nosso corpo (…) para comer direito, falar direito, se for um problema nas mãos ou nos pés podemos esconder, mas se for na cara, afeta muito a nossa autoestima (…)”E₈</p> <p>“(…) tenho mais qualidade de vida, em termos de conversar com a pessoa, ter uma boca como deve ser, não ter mau hálito! (…)”E₉</p> <p>“(…) acho que sim, para nos sentirmos melhor (…) é importante</p>

	<p>na parte estética (...)”E13</p> <p>“(...) acho que sim, porque se não temos dores horríveis (...)”E14</p> <p>“(...) sim, porque o sorriso é o nosso cartão de visita (...) e pela nossa saúde, temos que mastigar que o nosso estomago não tem dentes, tem mais trabalho e depois andamos doentes”E15</p> <p>“(...) não tenho dúvidas que sim (...) são necessários para boa oclusão, boa mastigação, a postura do individuo (...) a articulação temporomandibular que é muito complicada e com a qual os dentistas tem que ter particular atenção”E16</p>
<p>Não contribuí</p>	<p>“(...) eu venho poucas vezes, apesar de ser especialidade que faz falta, eu tento evitar ao máximo, logo acho que não tem qualquer influência na minha qualidade de vida (...)”E10</p> <p>“(...) acho que não (...) se não tivesse dentes, tinha próteses (...)”E11</p> <p>“(...) não tem influencia na minha qualidade de vida (...)”E12</p>

A percepção do paciente sobre os cuidados médico-dentários durante a consulta médico-dentária

PERCEÇÃO DA INDIVIDUALIZAÇÃO DO PACIENTE NA PRESTAÇÃO DE
CUIDADOS MÉDICO-DENTÁRIOS

Unidades de registo:	Unidades de contexto:
Não individualiza	<p>“Acho que trata tudo igual (...)”E₁</p> <p>“ Tratam-me por igual (...)”E₁₄</p> <p>“ Trata todos igual (...)”E₁₃</p> <p>“ Não individualizam(...)”E₁₂</p> <p>“(…) tudo por igual (...)”E₁₁</p> <p>“(…) trata igual (...)”E₁₀</p> <p>“(…) trata todos iguais, afinal tirar dentes é para sempre igual (risos)”E₉</p> <p>“(…) infelizmente nas últimas experiências que tenho vivido, acho que não, é mesmo chapa cinco, sei que isto é para uma entrevista, mas é minha percepção (...)”E₃</p>
Individualiza	<p>“(…) cada individuo é diferente, tem que individualizar, cada boca é diferente (...)” E₁₆</p> <p>“(…) individualiza , porque cada boca é diferente (...)”E₁₅</p> <p>“(…) acho que ele trata caso a caso, dá atenção e estuda cada caso (...)”E₈</p> <p>“(…) para já individualiza, mas já tive de tudo, mas gosto mais quando o tratamento é individualizado.”E₇</p> <p>“(…) não sei como trata os outros mas no meu caso, sempre que vou dentista não vêm só aquele dente, fazem sempre questão de me mostrar que tenho outros dentes que não estão bem, logo cada caso é pensado segundo a pessoa que ali está (...)”E₆</p>

	<p>“(…) acho que o meu plano de tratamento foi pensado para mim, pelo menos gosto de pensar assim (…)”E₅</p> <p>“(…) acho que sim, porque cada boca é diferente.”E₄</p> <p>“(…) consoante a situação (…)”E₂</p>
--	--

A percepção do paciente sobre os cuidados médico-dentários durante a consulta médico-dentária

PERCEÇÃO DO VALOR ATRIBUÍDO AOS CUIDADOS MÉDICO-DENTÁRIOS

Subcategoria – Maior valor

Unidades de registo:	Unidades de contexto:
Relação de ajuda	<p>“(…) falar comigo (…)” E₂</p> <p>“(…) tratar bem os doentes (…)”E₂</p> <p>“(…) a conversa, a maneira como se exhibe perante situação (…)”E₂</p> <p>“(…) a intercomunicação entre médico/paciente, porque o resto eu até nem sei muito bem o que ele está fazer (…) a comunicação para mim é o mais importante. “E₃</p> <p>“(…) confiança que transmite (…).”E₄</p> <p>“(…) honestidade entre mim e ele” E₅</p> <p>“(…) simpatia (…) já me aconteceu ir a um dentista (…) falar-me como alguém que fosse inferior a ele e acho que isso não é agradável para ninguém, sentir que somos tratados como inferiores (…)”E₆</p> <p>“(…) importante saber estar, saber falar com paciente, saber ser uma boa pessoa”E₆</p> <p>“(…) fator humano, a parte da empatia (…)”E₇</p> <p>“(…) serem simpáticas (…) terem calma para nos explicar as coisas e nos sentirmos mais dentro do assunto (…) tratar-me como uma pessoa (…) estar ali deitada na cadeira e me toquem, falem comigo”E₇</p> <p>“(…) conversávamos bastante , sentia-me esclarecida (…)”E₈</p> <p>“(…) o diálogo para descontrair o paciente (…)”E₉</p>

	<p>“(…) simpatia das pessoas.”E₁₁</p> <p>“(…) maneira como falam com a pessoa (…) simpatia (…) a comunicação ”E₁₂</p> <p>“(…) é o diálogo com dentista, porque ficamos mais á vontade.”E₁₃</p> <p>“(…) falar comigo e explicar as coisas (…)”E₁₃</p>
<p>Juízo clínico</p>	<p>“(…) primeiro o diagnóstico, dente a dente, se está tudo bem (…) tem uma lesão logo no inicio e seja tratado para não perder”E₁₆</p> <p>“(…) saiba o que está fazer, se for arrogante mas a nível profissional for muito bom, eu se calhar continuo ir lá (…) porque anda aí muita gente não pensa antes de fazer as coisas”E₆</p> <p>“(…) porque se uma pessoa não souber o que anda a fazer, é mais complicado (risos).”E₇</p>
<p>Empenho do profissional</p>	<p>“(…) o esforço de um profissional para salvar um dente, é o que dou mais valor, pois é mais fácil extrair (…)”E₁₆</p> <p>“(…) fazer por tratar bem os dentes (…)”E₂</p> <p>“(…) das soluções que há e não há, esteja motivado para me ajudar.”E₅</p> <p>“(…) interessam pelo problema.”E₁₁</p> <p>“(…) maneira como estão tratar (…).”E₁₂</p>
<p>Expectativas relativamente ao resultado final</p>	<p>“(…) resolver o problema que me traz cá (…) atinge os objetivos para que vim à consulta.”E₁</p> <p>“(…) sentirmos à vontade de sabermos que o médico sabe o que está fazer, às vezes até não, mas mais vale parece-lo do que sê-</p>

	<p>lo (risos).”E₃</p> <p>“(…) competência no que faz o trabalho, fique bem feito (…)”E₄</p> <p>“(…) é importante que o problema fique resolvido, não se arraste por muitas consultas”.”E₅</p> <p>“(…) ficar satisfeita.”E₆</p> <p>“(…) se calhar devia dizer que era as cáries (…) mas vim cá hoje tratar um dente que não me doía mas estava meio morto (…) tinha muitos complexos com aquela mancha porque adoro sorrir (…) detetou (…) tratou-me (…) quase chorava de tão feliz que fiquei.”E₆</p> <p>“(…) qualidade do tratamento.”E₇</p> <p>“(…) gosto de ficar bem no final do tratamento.”E₈</p>
<p>Ausência de dor</p>	<p>“(…) importante que não haja dor, eu ainda sou do tempo que havia muita dor (…).”E₂</p> <p>“(…) se vim para me tirar uma dor que me tirem a dor.”E₁</p> <p>“(…) se tenho uma dor é muito importante ficar sem ela (…)”E₆</p> <p>“(…) não ter dores, mas às vezes compreendo que é impossível pegar (…)”E₇</p> <p>“(…) se estão preocupados se sentimos dor (…) tenho horror à dor“E₁₂</p> <p>“(…) tratar bem de mim, que a anestesia pegue é o que eu mais gosto que me aconteça.”E₁₄</p>
<p>Procedimentos técnicos</p>	<p>“(…) tratar as cáries (…) tratar tudo que seja para tratar para ter boa dentição.”E₁</p> <p>“ a prevenção das cáries “E₃</p>

	<p>“(…) limpeza dos dentes”E₃</p> <p>“(…) tratamento de cáries, consultas periódicas, passar fio dental”E₄</p> <p>“(…) tratamento das cáries, para mim é mais importante, porque posso vir a ter mais se não tratar, pelo que me explicam, é assim.”E₅“</p> <p>(…) valorizo tratamento das caries porque me dá mau-estar.”E₇</p> <p>“(…) ser um profissional limpinho, as coisas também tem de ser feitas direitinhas e esterilizadas”E₇</p> <p>“(…) sinceramente dou muita importância à higiene nos tratamentos (...) fui a uma clinica, a empregada usava as mesmas luvas para tudo: abrir portas, limpar cadeiras(...) e não voltei lá .”E₈</p> <p>“(…) mais valor é para mim tratar as cáries (...)”E₁₀</p> <p>“(…) a destartarização (...) porque aí protegemos os dentes todos.”E₁₅</p>
--	--

Subcategoria – Menor valor

Unidades de registo:	Unidades de contexto:
<p>Procedimentos técnicos e material usado</p>	<p>“(…) não gosto quando a anestesia vai embora.”E₁₆</p> <p>“(…) desvitalizar dentes porque é muito demorado e dói.”E₅</p> <p>“(…) barulhos dos motores enquanto fazem as coisas (...)”E₆</p>

	<p>“(...) odeio que me tirem dentes, sinto que me tiram uma parte de mim”E₇</p> <p>“(...) quando a consulta se torna saturante, tive tratar um dente e tirei muitas radiografias.”E₈</p> <p>“(...) as agulhas que usam, tenho pavor a agulhas (...)”E₁₁</p>
Atributos pessoais	<p>“(...) quando estão calados, não falam comigo”E₂</p> <p>“(...) má cara de médico, antipatia”E₃</p>
Tempo de espera prolongado	<p>“(...) não gosto quando não me resolvem o meu problema, e tenho que estar tanto tempo de boca aberta para depois voltar.”E₁</p> <p>“(...) o tempo de espera é aquilo que menos gosto.”E₇</p> <p>“(...) demorarem muito tempo a atender-me, estar muito tempo à espera para entrar.”E₁₃</p> <p>“(...) estar muito tempo de boca aberta para os tratamentos.”E₁₅</p>
Preço consulta elevado	<p>“(...) o preço da consulta muito alto.”E₄</p> <p>“(...) o fator económico.”E₈</p> <p>“(...) menos gosto é o fator económico (...) se for barato melhor (...) eu desvitalizei um dente e passado um mês tive que o arrancar, sabe isso pesa um bocadinho (...)”E₁₁</p> <p>“(...) o dinheiro porque menina tenho 270euros de reforma, é muito difícil e tudo é particular (...)”E₁₂</p> <p>“(...) fator económico, ainda é muito caro ir dentista.”E₁₄</p>

A percepção do paciente sobre os cuidados médico-dentários durante a consulta médico-dentária

PERCEÇÃO DA RELAÇÃO ENTRE NECESSIDADE EXPRESSA E RESPOSTA
MEDICO-DENTÁRIA

Unidades de registo:	Unidades de contexto:
Acessível	<p>“ Sim, sim (...)”E₁</p> <p>“(...) relativamente ao passado melhorou bastante, mesmo bastante (...)”E₂</p> <p>“Sem dúvida, a oferta é muita (...)”E₃</p> <p>“(...) hoje em dia é fácil (...)”E₄</p> <p>“(...) é rápido, querendo pagar mais, mais rápido ainda (risos) (...)”E₅</p> <p>“ Sim” E₆</p> <p>“É acessível.”E₇</p> <p>“ Sim, no entanto no entanto a gente tem que procurar porque há dentistas caros e outros ainda mais caros e a gente tem que ir procurando e para esse pode ser difícil marcar consulta (...)”E₈</p> <p>“Sim, normalmente ligo e sou logo atendido (...)”E₉</p> <p>“São muito acessíveis hoje em dia.”E₁₀</p> <p>“Hoje em dia é uma coisa mais fácil.”E₁₃</p> <p>“Sim, até agora tem sido.”E₁₄</p> <p>“Sim, sim.”E₁₅</p> <p>“ hoje em dia a mentalidade é diferente, a consciência das pessoas mudou e é mais acessível uma ida ao dentista, até porque as pessoas já não extraem dentes com tanta facilidade, querem tratar o dente. Logo, há mais dentistas, mais fácil ir ao dentista (...)”E₁₆</p>

Não acessível	<p>“Não é assim muito rápido. Eu ia davam-me medicação e depois é que me marcavam para fazer tratamento porque tinham agenda cheia” E₁₁</p> <p>“ Nem por isso, já tive alturas que queria consulta e estavam cheios. Agora talvez pessoas não tenham tanto dinheiro é mais fácil, mas não é de um dia para outro.”E₁₂</p>

A percepção do paciente sobre os cuidados médico-dentários durante a consulta médico-dentária

PERCEÇÃO DA ADEQUAÇÃO DOS CUIDADOS MÉDICO-DENTÁRIOS ÀS
NECESSIDADES DO PACIENTE

Unidades de registo:	Unidades de contexto:
Adequados	<p>“Sim, estiveram de acordo com minhas necessidades (..)” E₁</p> <p>“Tem sido de acordo, tem sido de acordo.”E₂</p> <p>“(...) estão de acordo com minhas necessidades, sim sem dúvida, sinto-me satisfeito (...)”E₅</p> <p>“Sim, sim”E₇</p> <p>“Sim, estão.”E₈</p> <p>“Acho que sim.”E₉</p> <p>“Sim acho”E₁₁</p> <p>“Nunca me desapontaram”E₁₃</p> <p>“Sim, sem dúvida(...)”E₁₄</p> <p>“Sempre”E₁₆</p>
Não adequados	<p>“Não já senti que não (...) pela falta de comunicação (...) pelo facto de que o tratamento nem sempre foi resolvido na primeira consulta e depois nós alteramos, vamos para outra clínica, e o médico lá faz tudo de uma só vez, e outro precisa de 3, 4 vezes e eu não consigo perceber quem faz o correto, porque não me é explicado devidamente. Então pomos a questão porque num é preciso ir lá 3 vezes e no outro uma vez? será que há interesses económicos? (...)”E₃</p> <p>“não, já fui mal atendido, aconselharam-me tratamentos que não eram mais indicados, soube isso, porque pedi segunda opinião.”E₄</p> <p>“Já me senti enganada, mas fui enganada com muito estilo</p>

	<p>(risos) eu acho que ela não era sequer dentista (...) tinha formação em prótese (...) eu chamava-a mecânica dos dentes (risos) pôs-me um aparelho (...) não me tratava as caries (...)”E₆</p> <p>“Antigamente fui a uma dentista e acho que o atendimento não era bom, ela era um despacho, mas com os tratamentos todos mal feitos, andava sempre tudo a cair, os tratamentos”E₁₀</p> <p>“Não, sou muito sensível à dor e já tive consultas em que não se importaram se tinha dor ou não, perguntavam mas continuava a doer, foi insuportável .”E₁₂</p> <p>“Não foram sempre respondidos. Uma vez andava numa dentista em Aveiro (...) passava lá todas as semanas, andava sempre a engonhar porque não percebia nada e não fazia nada, deixei de lá ir”E₁₅</p>
--	---

A percepção do paciente sobre os cuidados médico-dentários durante a consulta médico-dentária

PERCEÇÃO DA RELAÇÃO ENTRE TEMPO/EXECUÇÃO DOS CUIDADOS
MÉDICO-DENTÁRIOS

Unidades de registo:	Unidades de contexto:
Adequada	<p>“ O tempo normal, o necessário.”E₁</p> <p>“ Demora o tempo que é preciso.” E₂</p> <p>“ Não acho que andem apressados em lado nenhum”E₆</p> <p>“ Não tem pressa, eu também venho sempre a uma pessoa conhecida (...)”E₇</p> <p>“ Não, normalmente tem sempre tempo para nós, afinal nós estamos pagar tempo deles (...)”E₈</p> <p>“(…) leva o que é preciso, não sou entendida, mas para mim leva o necessário (...)”E₉</p> <p>“Não sinto pressa.”E₁₁</p> <p>“O que é preciso.”E₁₂</p> <p>“Demora o tempo que ele acha necessário, apesar de não me incomodar, a posição de boca aberta durante muito tempo é muito desconfortável, temos que admitir.”E₁₃</p> <p>“Conforme os dentes , as vezes demora mais outras vezes menos, também não é ir lá abrir e fechar boca.”E₁₄</p> <p>“Leva o tempo que acha necessário (...) não pudemos ir com pressas, meso na sala de espera, temos que esperar, porque na saúde não há tempo fixo, se não podemos esperar vamos embora, não é?”E₁₅</p> <p>“(…) eu acho que para o paciente é sempre muito tempo mas para o médico é o tempo suficiente (...) é claro que é sempre constrangimento falar nisso, porque para nós cinco minutos de boca aberta é imenso tempo (...) não lhe consigo quantificar (...)”</p>

	<p>para mim é muito tempo, para o médico talvez seja suficiente (...)" E₃</p>
Inadequada	<p>"já, já tive, ele fazia as coisas com pressa porque talvez tenha sala de espera com pessoas à espera e tem que se despachar."E₄</p> <p>"Já senti que apressou para terminar consulta, uma questão de estrá acabar o horário de expediente, entre aspas, não foi nada grave , mas podia ter acabado e deixou para outra consulta."E₅</p> <p>"(...) para mim leva sempre tempo a mais, custa-me imenso estar ali de boca aberta (...)"E₁₀</p> <p>"Eu sei como é trabalho de um dentista, mas já cheguei a reclamar noutra consultório porque me atenderam em cinco minutos e nem falou comigo (...)."E₁₆</p>

A percepção do paciente sobre os cuidados médico-dentários durante a consulta médico-dentária

PERCEÇÃO DA SATISFAÇÃO DO PACIENTE COM OS CUIDADOS MÉDICO-
DENTÁRIOS

Unidades de registo:	Unidades de contexto:
Satisfeito	<p>“Sim estou porque são sempre muito simpáticos (...)”E₁</p> <p>“Sim, pela maneira de ser, uma questão de simpatia.” E₂</p> <p>“Sim porque tem em todos os cuidados foi feito um bom trabalho e também pela segurança que me transmitiram.” E₄</p> <p>“Sim, estou.” E₆; E₁₀; E₁₁; E₈; E₁₄;E₁₆</p> <p>“Sinto. Porque na altura resolveram-me o problema.”E₇</p> <p>“Sim, estão empenhados, não estão com conversas para o lado”E₁₂</p> <p>“Satisfeito, mas é pena ainda serem caros”E₉</p> <p>“Sempre me fizeram o que era preciso, sinto-me satisfeito”E₁₃</p> <p>“Sim porque são eficazes”E₁₅</p>
Insatisfeito	<p>“Nem sempre (...) pela falta comunicação (...)”E₃</p> <p>“já me senti insatisfeita (...) com desvitalização de um dentes (...) com colocação de um aparelho (...) gastei cinco mil euros e só o coloquei no andar de cima (...) foram má experiências, já me senti insatisfeita e revoltada (...) não confiamos depois” E₅</p>

A percepção do paciente sobre os cuidados médico-dentários durante a consulta médico-dentária

**PERCEPÇÃO DA TOMADA DE DECISÃO RELATIVAMENTE AOS CUIDADOS
MÉDICO-DENTÁRIOS**

Unidades de registo:	Unidades de contexto:
<p>Decisão partilhada entre médico/paciente</p>	<p>“Se formos bem elucidados, a decisão será partilhada (...) eu acho que o medico dentista analisa a boca do paciente e começa a intervencionar e esquece-se desta comunicação, que para o paciente é muito importante” E₃</p> <p>“Peço para me explicar e percebo, é uma decisão partilhada.” E₄</p> <p>“Sim, percebo. A decisão é de ambos desde que eu compreenda o tratamento.” E₆</p> <p>“Se eu não perguntar, a maioria não explica, mas eu sou curiosa e pergunto. A decisão é entre mim e o médico, no entanto valorizo mais a opinião dele, que é o especialista.” E₇</p> <p>“Sim eles explicam e eu acho que a decisão é um bocadinho dos dois, sim! Nós podemos decidir mas ele também decide o que é melhor para nós!” E₈</p> <p>“(…) compreendo o que me dizem e a decisão é dos dois.” E₉</p> <p>“Sim percebo. A decisão é partilhada.” E₁₁</p> <p>“Sim, é uma decisão partilhada.” E₁₄</p> <p>“Explicam, explicam (...) uma decisão partilhada.” E₁₅</p> <p>“Eu pergunto ao profissional ate perceber (...) é uma decisão partilhada porque ele é o profissional, ele vai orientar-me, mas paciente deve questionar (...) não deve andar às escuras” E₁₆</p>
<p>Decisão do paciente</p>	<p>“Sinto que é uma decisão minha (...) uma coisa e outra pois tão depressa explica tratamento, como não, depende dos homens como diz o outro (risos)” E₂</p> <p>“ Percebo o que ele me diz. Quanto à decisão é minha” E₁₀</p>
<p>Decisão do médico</p>	<p>“ não me explica o tratamento antecipadamente (...) até certo</p>

dentista	<p>ponto, será ele que decide por mim, é ele que percebe. Passo a responsabilidade para ele”E₁</p> <p>“percebo que nem todos consigam fazer perguntas (...) até porque às vezes se sentem inibidos, o paciente/medico tem que ter esse cuidado, se não decisão será só dele (...) deviam falar mais com paciente, até porque nós não temos todos mesma formação (...) uma linguagem menos técnica (...)”E₃</p> <p>“Sim percebo, se não percebo pergunto. A decisão é do médico dentista, primeiro porque ele certamente sabe mas do que eu (...) no entanto se for uma decisão radical, pedia uma segunda opinião.” E₅</p> <p>“Como não me explica como deve ser, na maioria dos casos é ele que decide (...) eu acho que devia haver mais aproximação, mais comunicação, numa linguagem mais simples(...) pode ser da pessoa, de não ter tempo, mas não percebo na maioria das vezes o que faz”E₁₂</p> <p>“Eu percebo o que me explica (...) mas a decisão é mais dele, ele diz-me que é preciso fazer e eu faço porque não consigo ver para dentro da minha boca.” E₁₃</p>
----------	---