

Variáveis de desistência entre participantes de um programa de atenção precoce à saúde oral

Variables of non-compliance between participants in an early oral health care program

Ludmila da Silva Tavares COSTA^a, Rosana de Fátima POSSOBON^b

^aDoutoranda em Odontologia, Área de Saúde Coletiva, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas, 13414-903 Piracicaba - SP, Brasil

^bProfessora Associada da Área de Psicologia Aplicada à Odontologia, Departamento de Odontologia Social, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas, 13414-903 Piracicaba - SP, Brasil

Resumo

Introdução: O sucesso de programas de prevenção em Odontopediatria depende da participação da família em consultas regulares ao longo da infância. **Objetivos:** Investigar e analisar variáveis de desistência entre participantes de um programa de atenção precoce à saúde. **Material e método:** Participaram 247 mães desistentes no período de 2004 a 2008. A coleta foi realizada por meio de entrevista, via ligação telefônica. A análise estatística foi realizada por meio da aplicação do teste Qui quadrado ($p = 0,05$). **Resultado:** A maior prevalência de desistências se deu na faixa etária entre 13 e 30 meses (52%). A falta de colaboração da criança foi o motivo para a desistência referido com maior frequência pela mãe (47,9%). Há uma relação direta entre o nível de colaboração da criança e da mãe. **Conclusão:** A implantação de estratégias para melhora do comportamento da criança aumentaria o grau de adesão ao programa.

Descritores: Pacientes desistentes do tratamento; cooperação do paciente; comportamento cooperativo.

Abstract

Introduction: The success of prevention programs in pediatric dentistry depends on the family's participation in regular consultations throughout childhood. **Objective:** To investigate and to analyze the variables of desistance among participants of a program of early attention to health. **Material and method:** The sample was constituted by 247 mothers of desisting children of the program throughout the years of 2004 the 2008. The collection of information on the reasons of the desistances was carried through by means of interview with the mothers, saw linking telephonic. The answers had been categorized and submitted to the descriptive analysis in terms of frequency and percentage. The analysis statistics was carried through by means of the application of the test Qui-square ($p = 0.05$). **Result:** The biggest prevalence of non-compliance occurred in the age group between 13 and 30 months (52%). The lack of cooperation of the child was the main reason for mothers quit the program (47.9%). The results point, still, a direct relation enters the level of contribution of the child and the mother. **Conclusion:** The implantation of strategies to improve the behavior of the child would increase the degree of adherence to the program.

Descriptors: Patients dropouts; patient compliance; cooperative behavior.

INTRODUÇÃO

Em programas de promoção à saúde infantil, o profissional interage não somente com a criança, mas também com os agentes cuidadores (pais ou responsáveis)¹. Assim, o sucesso desse tipo de programa requer bom nível de adesão familiar, em especial da figura materna, uma vez que, geralmente, a mãe é a pessoa responsável pelo desenvolvimento das práticas domiciliares de prevenção. Considera-se essencial que a mãe esteja motivada tanto a seguir as orientações dos profissionais quanto a

permanecer no programa até a alta, com um mínimo de faltas às consultas²⁻⁵.

A não adesão a tratamentos de saúde ocorre entre pacientes que estão leve ou gravemente doentes e é uma resposta bastante comum entre aqueles que não apresentam sintomas⁶. Pode-se observar a ocorrência de abandono mesmo durante a realização de tratamentos odontológicos curativos. Um estudo de Bailey et al.⁷ concluiu que, em alguns indivíduos, nem mesmo a

percepção de vulnerabilidade em relação à doença bucal foi um fator motivador que fortaleceu a adesão, havendo entre eles faltas e desistências do tratamento. Para Jordan et al.⁸, a não adesão, em algum grau, é universal.

A não adesão é comum até mesmo quando o tratamento diminui o risco de morte, tal como ocorre em casos de leucemia⁹ ou AIDS^{10,11}. Rodrigues et al.¹⁰ relataram que um dos significativos problemas enfrentados durante a atenção ao paciente soropositivo para HIV é a sua não adesão às recomendações preconizadas pelo serviço de saúde.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde¹², uma adesão em torno de 80% das exigências de tratamento pode ser suficiente para produzir efeitos positivos no controle de doenças, com exceção do tratamento antirretroviral para HIV-AIDS, o qual requer em torno de 90% de adesão ao uso dos medicamentos para que sejam observados os efeitos esperados.

Estudos de Bailey et al.⁷ mostraram que pacientes com baixa adesão ao tratamento são mais ansiosos quando comparados com pacientes que apresentam alta adesão. Parece, assim, que a ansiedade do paciente o leva a esquivar-se do tratamento e também a não realizar práticas domésticas de manutenção da saúde bucal.

A adesão ao tratamento pode ser medida de várias maneiras. Exemplos destas, são as medidas quantitativas e diretas, tais como os indicadores biológicos, dos quais os exames laboratoriais são os mais representativos. Podem também ser utilizados indicadores comportamentais, tal como o registro direto de comportamentos por meio de métodos observacionais ou de medidas descritivas e qualitativas, como os autorrelatos, protocolos de monitoração, inventários e questionários^{3,13-15}.

Assim, a fim de contribuir para aumentar a adesão das famílias a um programa de atenção precoce à saúde infantil, o objetivo do presente estudo foi investigar as variáveis relacionadas com as desistências ocorridas entre os participantes de tal programa.

MATERIAL E MÉTODO

Os participantes deste estudo foram 247 mães de crianças que foram consideradas desistentes de um programa de atenção precoce à saúde infantil, ao longo dos anos de 2004 a 2008. No programa, a adesão ao tratamento é mensurada, basicamente, por meio de dois critérios: a) o estado de saúde da criança e b) a permanência da criança no programa até a alta. O primeiro critério envolve aspectos clínicos, tais como índice de placa bacteriana, ausência de lesões de cárie e de alterações gengivais patológicas, presença de hábitos saudáveis de dieta e ausência de hábitos de sucção oral deletérios. O segundo critério é avaliado na última consulta da criança, quando ela atinge a idade de cinco anos e recebe alta do programa. Nesse momento, a mãe (ou o cuidador) é convidada a avaliar a qualidade do serviço oferecido, respondendo a uma entrevista estruturada e sendo estimulada a criticar o programa e/ou fazer sugestões para a melhoria do mesmo ou a implantação de novos serviços.

No programa, o intervalo entre as consultas varia de uma semana a dois meses, dependendo da faixa etária da criança e das

suas necessidades. No primeiro ano de vida, o número de consultas varia de 13 a 15 e, a partir do segundo ano, de 6 a 8 consultas ao ano.

A cada visita, avalia-se o índice de placa bacteriana, o conteúdo e a natureza da dieta, realiza-se treino de higiene bucal e são oferecidas orientações gerais sobre alimentação e hábitos de sucção oral deletérios (uso de chupeta e de mamadeira). Cada consulta demanda, aproximadamente, 60 minutos e envolve diretamente um Cirurgião-Dentista e seu supervisor, além da presença de profissionais das áreas de Fonoaudiologia, Nutrição e Psicologia, que disponibilizam suporte teórico à equipe odontológica e atuam diretamente junto às famílias.

Durante as consultas, realiza-se a observação dos comportamentos apresentados pela criança e pela mãe, e, seguindo critérios estabelecidos pelo programa, o nível de colaboração de ambos é classificado em alto ou baixo.

A coleta de dados foi realizada em duas etapas. A primeira envolveu a consulta aos prontuários clínicos das crianças a fim de obter informações relativas ao nível de colaboração da criança e da mãe, à idade da criança e ao seu estado de saúde oral. Esses dados correspondiam às anotações realizadas na consulta anterior à desistência. No programa, para a avaliação do nível de colaboração da criança durante o tratamento odontológico, é utilizada a Escala de Colaboração de STARK¹⁶, após o término da consulta.

A segunda etapa da coleta de dados baseou-se na captação de informações sobre os motivos das desistências e foi realizada por meio de entrevista com as mães (ou com a pessoa responsável pelo acompanhamento da criança durante os atendimentos), via ligação telefônica.

Os dados foram categorizados e submetidos à análise descritiva, em termos de frequência e porcentagem. A análise estatística foi realizada por meio da aplicação do teste Qui-quadrado ($p = 0,05$).

A fim de destacar a faixa etária de maior ocorrência das desistências, optou-se pela estratificação da amostra em três faixas etárias: 0-12 meses; 13-30 meses; 31-60 meses. Essa divisão foi realizada de acordo com a fase de desenvolvimento das crianças.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas CEP-FOP/UNICAMP (protocolo nº 186/2004).

RESULTADO

A taxa de desistência entre os participantes do programa de atenção precoce à saúde infantil ao longo dos anos de 2004 a 2008 foi em torno de 20% ao ano.

Houve maior ocorrência de desistência entre as crianças da faixa etária de 13 a 30 meses (52%).

Foi observada relação estatística ($p = 0,02$) entre o nível de colaboração apresentado pela criança na consulta anterior à desistência e a idade da criança (Figura 1). Crianças mais velhas comportam-se de forma mais adequada frente ao tratamento

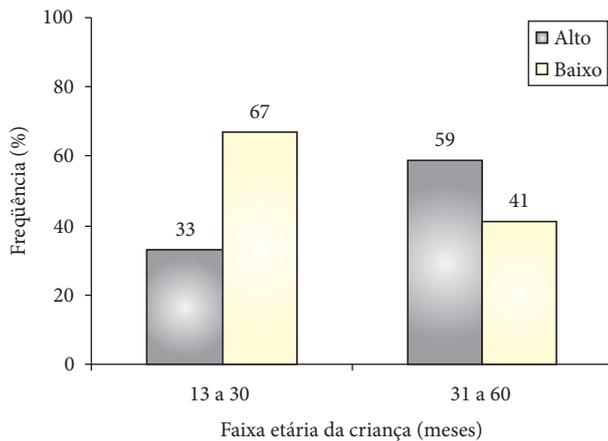


Figura 1. Nível de colaboração apresentado pela criança na consulta anterior à desistência, em função da idade.

odontológico. Além disso, a faixa etária de 0 a 13 meses não foi inserida no gráfico, pois não houve desistência nesse período.

Os dados relativos ao nível de colaboração da mãe, na consulta anterior à desistência, mostraram relação estatística com o nível de colaboração da criança, ou seja, as crianças que apresentaram níveis baixos de colaboração são justamente aquelas cujas mães se mostravam menos colaboradoras.

Dentre os motivos alegados pela mãe para a desistência do programa, destacam-se aqueles referentes à colaboração da criança (47,9%). A segunda causa mais frequente de desistência foram motivos particulares (22,6%), ou seja, dificuldade de transporte até o local de atendimento, mudança de cidade ou falta de tempo dos pais para acompanhar a criança. A falta de colaboração da mãe foi a causa de 9% das desistências, sendo incluídos, nessa categoria, os seguintes motivos: desinteresse pelas informações, alto grau de exigência por parte da equipe, alto número de consultas ao ano e consultas muito longas. Algumas deficiências no programa (11,6%) e condições climáticas desfavoráveis (8,9%) também foram motivos destacados pelas mães para a desistência.

A investigação sobre os problemas de saúde apresentados pelas crianças na época da desistência mostrou que a maioria se apresentava sem alteração da normalidade (71%). Entretanto, as demais crianças requeriam tratamento curativo de cárie (9%) e/ou interceptação/correção de alterações oclusais (12%), além de apresentarem alterações nutricionais e fonoaudiológicas (8%) que requeriam, no mínimo, avaliação profissional periódica.

Houve maior prevalência de cárie entre as crianças na faixa etária de 31 a 60 meses. Entretanto, essa faixa etária mostrou uma menor prevalência de problemas nutricionais.

Ao serem questionadas sobre seu interesse em retornar ou não ao programa, 57% do total de mães participantes respondeu negativamente, alegando motivos relacionados à não colaboração da criança e à sua própria ansiedade em relação ao atendimento odontológico na presença de choro e de manifestações de resistência da criança ao tratamento. Essas mesmas mães foram aquelas que, quando estimuladas a opinar sobre alterações no programa, sugeriram que as crianças somente deveriam receber atendimento quando manifestassem

comportamentos colaborativos, ou seja, quando atingissem uma faixa etária que lhes permitisse compreender e aceitar com menos ansiedade a situação de tratamento. As mães que retornariam ao programa (43%), caso lhes fosse oferecida uma nova chance, alegaram motivos pessoais para a desistência, ou seja, somente interromperam sua participação porque as contingências sociais não foram favoráveis à sua permanência.

Em caso de nova gestação, 65% das mães não inscreveriam o bebê, alegando que “a criança pequena chora muito durante o atendimento”. Entretanto, 67% das mães indicariam o programa a outras gestantes.

Durante a participação no programa, as mães recebem, sistematicamente, orientações sobre técnica de escovação, uso de fio dental, prevenção ou interrupção do uso de chupeta e mamadeira, e controle de hábitos alimentares. A Figura 2 mostra a frequência de mães que continuaram seguindo estas orientações, mesmo após a desistência do programa.

Apenas 37% das mães mostraram interesse em emitir opiniões ou sugerir alterações ao funcionamento do programa, verbalizando com maior frequência as seguintes sugestões: “Não realizar tratamento quando a criança chora”; “Menos exigência com relação ao não comparecimento às consultas”; “Consultas com menos informações repetitivas”.

DISCUSSÃO

O índice de desistência no programa de atenção precoce à saúde infantil tem uma frequência baixa considerando-se a natureza preventiva do programa, em especial quando se compara com dados de abandono do tratamento de doenças que levam ao risco de morte^{17,18}. Embora considerada baixa, a ocorrência de desistências pode indicar falhas no programa e a investigação sobre os motivos que levam a família a desistir pode mostrar, de forma pontual, as alterações necessárias.

A melhora do comportamento manifestado pela criança durante as consultas no programa parece refletir a fase do desenvolvimento pela qual ela está passando. Assim, é importante que o Cirurgião-Dentista tenha conhecimento sobre as etapas de desenvolvimento infantil e consiga utilizar estratégias de manejo do comportamento adequadas à fase em que a criança se encontra^{19,20}.

Pode-se inferir que a faixa etária em que há maior prevalência de desistências é aquela em que a criança tende a não cooperar com o tratamento. A fase próxima aos 24 meses parece ser a mais crítica, em que o choro, as birras e os comportamentos inadequados podem acabar por desestimular os pais a continuar no programa.

É importante notar que nem todas as crianças amadurecem cronológica e psicologicamente de maneira uniforme, mas existem comportamentos considerados como prevalentes em cada fase do desenvolvimento. Essa não uniformidade parece justificar a diferença significativa encontrada entre os níveis de colaboração alto e baixo das crianças na faixa etária de 13 a 30 meses.

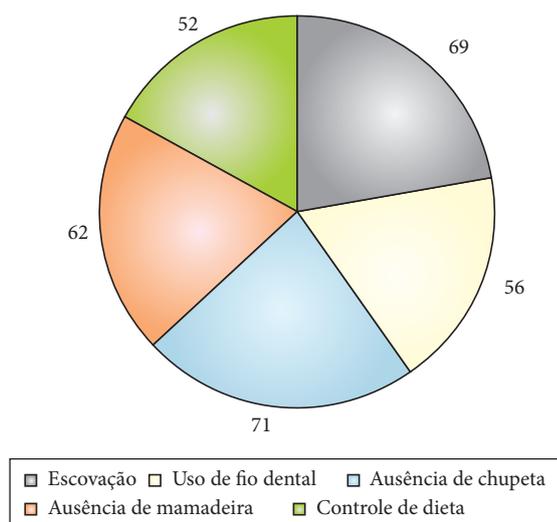


Figura 2. Frequência relativa de mães que relataram a manutenção de comportamentos adquiridos durante a participação no programa.

A correlação entre o nível de colaboração da criança e o da mãe parece refletir a ineficácia da atuação da equipe de profissionais na preparação das mães para enfrentar, sem manifestações de ansiedade, a situação de atendimento odontológico dos filhos. Tomita²¹, em seu estudo sobre a relação da ansiedade materna e a manifestação comportamental inadequada da criança durante tratamento odontológico invasivo, revela a influência do comportamento da mãe sobre o nível de colaboração da criança. Dessa forma, fica clara a necessidade de intensificar o treinamento da equipe no sentido de prepará-la adequadamente para disponibilizar apoio instrucional e emocional, não somente para a criança, mas também para o acompanhante. Oferecer orientação de forma sistematizada sobre como o acompanhante deve se comportar durante a situação odontológica e também como ele deve treinar a criança, em casa, de forma a prepará-la para enfrentar com tranquilidade as contingências do tratamento, pode contribuir para aumentar a adesão às informações preventivas oferecidas pela equipe e diminuir a incidência de desistências.

Tal afirmação é reforçada pelo fato de que o comportamento de não colaboração emitido pela criança foi o motivo de desistência alegado pelas mães com maior frequência. Parece que o fato de a criança chorar e resistir ao tratamento, mesmo em casos de procedimentos não invasivos e, portanto, de rápida execução e com baixo potencial para causar dor, incomoda sobremaneira as mães, refletindo no seu comportamento de abandonar o programa. De fato, as mães relatam ser este o motivo para não retornarem ao programa, caso houvesse nova oportunidade, e para não inscreverem outro filho, no caso de nova gravidez. A maioria alega que, por ser a criança muito jovem, ela é incapaz de colaborar com o tratamento e, portanto, deveria submeter-se a tratamentos apenas quando apresentasse maturidade para compreender e aceitar a situação. Porém, o caráter preventivo precoce do programa implica em atender a criança a partir do seu nascimento, o que permite acompanhar seu desenvolvimento físico e emocional, e propor as intervenções necessárias para a intercepção de alterações da normalidade. Além disso, o caráter

educacional de programas preventivos em saúde exige que as informações fornecidas sejam, quase sempre, reiteradas, mesmo que disponibilizadas de forma diferente e por profissionais de áreas distintas a cada sessão. Entretanto, este foi um dos motivos alegados pelas mães para a desistência do programa.

É interessante observar que, embora a prevalência de crianças que apresentavam alterações nutricionais na consulta anterior à desistência seja maior na faixa etária de 13-30 meses, a prevalência de cárie é menor nessa faixa. Tal fato pode ser justificado pelo seguinte argumento: dentre as alterações nutricionais, inclui-se não somente ingestão excessiva e/ou descontrolada de sacarose, mas também carências nutricionais diversas, como crianças em tratamento de anemia ferropriva, de distúrbios gastrintestinais e de alterações de peso. Além disso, a ocorrência de cárie está associada não apenas à presença de dieta cariogênica, mas também à deficiência na higiene bucal.

As mães que retornariam ao programa, caso lhes fosse oferecida uma nova chance, verbalizavam elogios ao programa e à equipe, o que permite inferir que essas crianças: 1) não foram levadas para receber tratamento por outros profissionais fora do programa ou 2) o tratamento recebido não foi satisfatório, justificando a intenção da mãe em retornar ao programa.

Com relação às orientações fornecidas às mães pela equipe do programa, durante a participação no programa, os resultados mostraram que a maioria das mães segue as instruções disponibilizadas pela equipe. Isto mostra que o programa de atenção precoce à saúde infantil promoveu a instalação de hábitos de saúde entre as crianças, mesmo quando elas não usufruíram todo o processo programado de educação para a saúde. As mães que não seguem as orientações alegaram motivos relacionados ao comportamento da criança, que não permite o uso do fio ou a realização da escovação, não aceita receber líquidos no copo e não dorme sem a chupeta. Além disso, as mães relataram falta de tempo e de habilidade delas próprias.

As mães também foram estimuladas a opinar/sugerir alterações ao funcionamento do programa. Porém, as sugestões emitidas não condizem com as características de um programa odontológico preventivo.

CONCLUSÃO

O estudo sugere que, excetuando-se os motivos particulares que levam à ocorrência de desistências, é possível evitar um grande número de abandonos. Há maneiras de aumentar a adesão da mãe, a fim de que ela siga adequadamente as orientações oferecidas pela equipe e permaneça no programa durante o tempo estabelecido. Isto pode ser realizado, por exemplo, por meio de uma avaliação periódica, junto à mãe, sobre a sua percepção em relação ao programa, o que poderia indicar formas de intervenção personalizadas e, ainda, implantar estratégias que visam à melhora do comportamento da criança durante o tratamento. É possível, assim, individualizar o atendimento, satisfazendo cada família, sem, com isso, contrariar as regras de funcionamento do programa.

REFERÊNCIAS

1. Harpaz-Rotem I, Leslie D, Rosenheck RA. Treatment retention among children entering a new episode of mental health care. *Psychiatric Services*. 2004; 55: 1022-8. PMID:15345762. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.55.9.1022>
2. Hulka BS, Zyzanski SJ, Cassel JC, Thompson SJ. Satisfaction with medical care in a low income population. *J Chronic Dis*. 1971; 24: 661-73. [http://dx.doi.org/10.1016/0021-9681\(71\)90069-5](http://dx.doi.org/10.1016/0021-9681(71)90069-5)
3. Kincey J, Bradshaw P, Ley P. Patients' satisfaction and reported acceptance of advice in general practice. *J R Coll Gen Pract*. 1975; 25(157): 558-66. PMID:1195230. PMID:2157721.
4. Carr-Hill RA. The measurement of patient satisfaction. *J Public Health Med*. 1992; 14: 236-49. PMID:1419201.
5. Peres SHCS, Cardoso MTV, Garcez RMVB, Peres AS, Bastos JRM. Tratamento alternativo de controle da carie dentária no período materno infantil. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2001; 55: 346-51.
6. Di Matteo MR, Di Nicola DD. Achieving patient compliance: the psychology of the medical practitioner's role. New York: Pergamon Press; 1982.
7. Bailey C, Dey F, Reynolds K, Rutter G, Teoh T, Peck C. What are the variables related to dental compliance? *Aust Dent J*. 1981; 26: 46-8. PMID:6941754. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1834-7819.1981.tb03917.x>
8. Jordan MS, Lopes JF, Okazaki E, Komatsu CL, Nemes MIB. Aderência ao tratamento anti-retroviral em Aids: revisão de literatura médica. In: Teixeira PR, Paiva V, Shimma E, organizadores. *Tá difícil de engolir? Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo*. São Paulo: Nepaids; 2000.
9. Costa JR. O desenvolvimento da psico-oncologia: implicações para a pesquisa e intervenção profissional em saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2001; 21: 36-43.
10. Rodrigues CS, Guimaraes MDC, Acurcio FA, Comini CC. Interrupção do acompanhamento clínico ambulatorial de pacientes infectados pelo HIV. *Rev Saúde Pública*. 2003; 37: 183-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102003000200004>
11. Machado FC, Souza IPR, Tura LFR, Castro G. Adesão a um programa de atenção à saúde bucal para crianças e adolescentes infectados pelo HIV e atitude dos responsáveis. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008; 13: 1851-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000600020>
12. Organização Mundial da Saúde [OMS]. *Adherence to long-term therapies: evidence for actions*. Geneva: World Health Organization; 2003.
13. Ferreira EAP. Adesão ao tratamento em psicologia pediátrica. In: Crepaldi MBM, Linhares MB, Perosa GB, organizadores. *Temas em psicologia pediátrica*. São Paulo: Casa do psicólogo; 2006.
14. Miyazaki MCOS. Asma na infância: pesquisa e prática clínica em psicologiapediátrica. In: Zamignani DR, organizador. *Sobre o comportamento e cognição*. Santo André: ARBytes; 1997.
15. La Greca AM. Issue in adherence with pediatric regimens. *Journal of Pediatric Psychology*. 1990; 15: 437-58. PMID:2258794.
16. Stark LJ, Allen KD, Hurst M, Nash DA, Rigney B, Stokes TF. Distraction: its utilization and efficacy with children undergoing dental treatment. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 1989; 22: 297-307. PMID:2793636. PMID:1286181. <http://dx.doi.org/10.1901/jaba.1989.22-297>
17. Miller RW, Young JL, Novakovic B. Childhood cancer. *Cancer*. 1998; 75: 395-405.
18. Ferreira SMB, Silva AMD, Botelho C. Abandono do tratamento da tuberculose pulmonar em Cuiabá - MT - Brasil. *J Bras Pneumol*. 2005; 31: 427-35.
19. Possobon RE. Uso combinado de estratégias comportamentais e farmacológicas no manejo da criança não colaboradora durante o atendimento odontológico [tese doutorado]. Piracicaba: Faculdade de Odontologia da UNICAMP; 2003.
20. Costa LST. Redução de estresse e de não-colaboração em pacientes odontopediátricos: avaliação da eficácia de intervenção psicológica [dissertação mestrado]. Piracicaba: Faculdade de Odontologia UNICAMP; 2009.
21. Tomita LM. Análise dos comportamentos de mães e a relação com o comportamento dos filhos durante o tratamento odontológico [dissertação mestrado]. Piracicaba: Faculdade de Odontologia da UNICAMP; 2004.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Rosana de Fátima Possobon
Av. Limeira, 901, 13414-903 Piracicaba - SP, Brasil
e-mail: possobon@fop.unicamp.br

Recebido: 01/02/2012
Aprovado: 27/02/2012