



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**

**FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**

**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

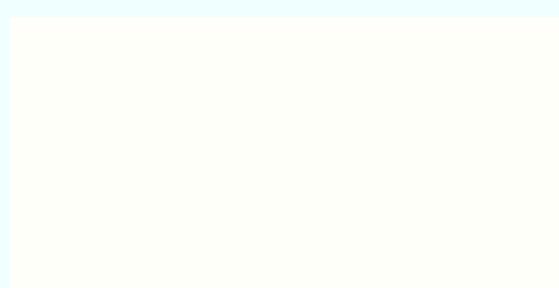
Monografia de Final de Curso



Aluno(a): Ludmila da Silva Tavares Costa

Orientador(a): Rosana de Fátima Possobon

Ano de Conclusão do Curso: 2005



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA  
UNICAMP**

**Ludmila da Silva Tavares Costa**

**“Análise das variáveis que determinam as desistências ocorridas entre os participantes de um programa de atenção precoce à saúde bucal.”**

Monografia apresentada ao Curso de Odontologia  
da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP,  
para obtenção do Diploma de Cirurgiã-Dentista.

**Orientadora: Profª. Drª. Rosana de Fátima Possobon**

Piracicaba  
2005

## Dedicatória

Dedico este trabalho a minha Orientadora, Prof<sup>a</sup>. Rosana.  
O meu muito obrigada pelas horas  
e horas de reunião, ou melhor, dedicação.

Dedico este trabalho a minha mãe Dilma, meu irmão Gustavo  
e meu namorado Jean que em todos os momentos estiveram  
ao meu lado me dando forças para prosseguir a caminhada.

## Agradecimentos

A Deus, pela sabedoria e capacitação que me presenteou.

À mamãe, Gugu e Jean pela eterna compreensão e ajuda.

A Prof<sup>ª</sup>. Rosana, pela habilidade, dedicação e amizade com que orientou nosso trabalho.

Às minhas amigas Janaína, Gizelli e Maria Cláudia, pela paciência e companheirismo durante esta trajetória.

## Sumário

	<b>página</b>
I. Resumo	6
II. Introdução/ Revisão de literatura	7
III. Materiais e Métodos	12
IV. Resultados e Discussão	14
V. Conclusões	24
VI. Referências Bibliográficas	25
VII. Anexos	28

## RESUMO

O Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais (Cepae), da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP - desenvolve atividades de promoção da saúde bucal que pretendem motivar os pais a promoverem a saúde bucal de seus bebês, tentando os manter livre da cárie e, ainda, ressaltando a importância destas medidas preventivas para a saúde ao longo de toda vida. O paciente que inicia o programa do Cepae é acompanhado desde o período pré-natal até os 5 anos de idade, sendo os pais instruídos a efetuarem de quatro a cinco visitas por ano, de modo que se possa acompanhar o processo de crescimento e desenvolvimento da criança, a erupção progressiva dos dentes e os hábitos de higiene e alimentação da família. Além da atenção à prevenção de cáries, os profissionais do Cepae tentam obter a colaboração dos pais às recomendações disponibilizadas nas consultas, aumentando o grau de adesão dos mesmos ao tratamento odontológico. Observa-se, no entanto, que as recomendações, nem sempre, são suficientemente atendidas. Intencionalmente ou não, muitos pais de pacientes ignoram, esquecem ou executam de forma errada as instruções relacionadas ao tratamento e aos autocuidados com a higiene bucal, e, ainda, outra parcela, abandona o tratamento sem concluí-lo. A não-adesão constitui uma resposta relativamente comum em pacientes que não apresentam sintomas e entre aqueles que estão leve ou gravemente doentes. Desta forma, um estudo sistemático que analise as variáveis que determinam a desistência de participantes do Programa do Cepae faz-se necessário, já que uma maior compreensão de questões relacionadas ao acesso e utilização de informação, bem como da adesão dos usuários aos serviços de saúde, pode contribuir para uma melhor oferta e organização destes serviços, com maior fixação do paciente e conseqüentemente maior eficácia social. Este estudo investigou as variáveis relacionadas à desistência do Programa, cuja maior prevalência encontra-se na Faixa Etária entre 13 e 30 meses (52%), e mostrou que 34% dos pais referem, como motivo, a falta de colaboração da criança. O estudo ainda aponta uma relação entre o nível de colaboração da criança e o da mãe.

## INTRODUÇÃO

Os programas de atenção à saúde da população não têm visado apenas ações isoladas para determinados grupos populacionais, mas ações integradas realizadas por equipes multidisciplinares. Neste contexto, insere-se a Odontologia, fundamentada nos novos conceitos etiológicos, epidemiológicos e terapêuticos, que permite identificar os problemas de saúde bucal, não analisando apenas a doença, mas a relação saúde-doença, ressaltando-se a prioridade as ações preventivas e educativas dentro dos programas de saúde bucal. Esse novo padrão de promoção de saúde, no qual prevenção e educação são recomendações prioritárias, parece ser o fator responsável pela crescente melhoria na relação saúde-doença da população brasileira e mundial. (WEYNE, 1998; PERES *et al.*, 2001).

A importância da implementação de programas de prevenção e de assistência direcionados às crianças nesta faixa etária está relacionada com a erupção dos dentes em condições favoráveis, reduzindo a incidência de problemas dentários no futuro (MOREIRA *et al.*, 1996). Para atingir objetivos de prevenção precoce, o ideal é que a mãe seja abordada no período pré-natal, já que está é uma fase de grande receptividade para orientações relacionadas ao futuro bebê (GRANZOTO *et al.*, 1992).

Com relação à doença cárie, estudos mostram um aumento da prevalência de acordo com a faixa etária da criança, o que reforça a importância de ações sistemáticas em termos de prevenção precoce. O estudo de BÖNECKER *et al.* (1997), feito com 548 crianças na faixa etária de 0 a 30 meses, encontrou lesões de cárie em 8,9% das crianças com idade entre 0 e 12 meses, em 34,5% entre 13 e 24 meses e 66,5% entre 25 e 30 meses. BARROS *et al.* (2001) confirmaram os achados de BONECKER *et al.* (1997), concluindo que a prevalência de cárie pode dobrar dos 12 aos 24 meses de idade. Estes achados sugerem que a atenção precoce à saúde bucal é primordial para o diagnóstico de lesões incipientes e, principalmente, para a adoção de medidas educativas e preventivas, incentivando a aquisição e manutenção de hábitos adequados de alimentação e higiene bucal.

MOREIRA *et al.* (1996), avaliando a efetividade dos programas de prevenção de cárie, verificaram que, num período de 14 anos de implementação de um programa na cidade de Paulínia (interior de São Paulo), houve redução de 67,8% na ocorrência de cárie em escolares. DOUGLASS *et al.* (2002) constataram que, num período de 8 anos de implementação de um programa de prevenção de cárie semelhante ao anterior, houve redução de 11% na ocorrência de cárie em crianças de 3 a 4 anos de idade. Os autores destes dois estudos reconhecem que, para o sucesso de programas preventivos, é fundamental a atuação da família.

Reconhecendo a importância da ação preventiva para a promoção de saúde, a área de Psicologia Aplicada da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (UNICAMP) criou, há pouco mais de uma década, o Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais – Cepae. A implantação e o desenvolvimento do Cepae fundamentaram-se nas concepções de saúde que adotam o modelo biopsicossocial e, portanto, propõem que fatores comportamentais atuam como um dos determinantes da promoção da saúde.

Os objetivos do Cepae são a promoção da saúde bucal e geral, procurando trabalhar com práticas preventivas, aliando pesquisa científica e serviços profissionais, de forma a produzir conhecimentos e capacitar profissionais de Odontologia, Psicologia, Nutrição e Fonoaudiologia para atuação junto ao paciente. A equipe deste Centro oferece atendimento multidisciplinar preventivo e, na minoria dos casos, curativo à comunidade. Por se tratar de um Centro de Pesquisa que presta, basicamente, serviços clínicos preventivos, o Cepae atua na orientação de gestantes e das mães, de forma sistemática, com curtos intervalos de tempo, durante os primeiros 5 anos de vida da criança.

Para o sucesso dos programas desenvolvidos no Cepae, é condição *sine qua non* a obtenção de bons níveis de adesão familiar, em especial da figura materna, uma vez que geralmente é a mãe a pessoa responsável pelo desenvolvimento das práticas domiciliares de prevenção. Como a clientela do Cepae constitui-se de crianças de 0 a 5 anos de idade, portanto, um tipo de paciente especial, as práticas educativas são de responsabilidade de agentes cuidadores. Por este motivo, a equipe do Cepae atua no sentido de estimular a adesão da mãe ao tratamento odontológico, já que sua permanência nos programas oferecidos deve ser longa e as visitas ao Cepae, freqüentes. Consideramos essencial que a mãe esteja motivada, não somente a seguir as orientações dos profissionais, mas, principalmente, a permanecer no programa até a alta, com um mínimo de faltas às consultas. Além da motivação, é importante que o acompanhante da criança mantenha níveis elevados de satisfação com o serviço, uma vez que a literatura aponta uma estreita relação entre satisfação e adesão ao tratamento, assiduidade ao serviço e cumprimento da terapêutica recomendada (HULKA *et al.*, 1971; KINCEY *et al.*, 1975 apud FITZPATRICK *et al.*, 1991; CARR-HILL, 1992; PERES *et al.*, 2001).

A não-adesão ao tratamento é uma resposta comum entre pacientes que não apresentam sintomas e entre aqueles que estão leve ou gravemente doentes (DI MATTEO, 1982). Este é o caso dos pacientes do Cepae, que ingressam no programa com condição de saúde ótima e que deverão assim permanecer durante todo o programa. Ao longo dos 60 meses do programa, muitas mães podem sentir-se desestimuladas por não observarem mudanças na

saúde da criança, como ocorre nos casos de tratamento preventivo. Nestes casos, a mãe pode não aderir às orientações dos profissionais ou, simplesmente, abandonar o programa.

Observa-se a ocorrência de abandono, também, entre os casos de tratamento curativo. Um estudo de BAILEY *et al.* (1981) conclui que, em alguns indivíduos, a percepção de vulnerabilidade em relação à doença bucal não é um fator motivador que fortalece a adesão ao tratamento, gerando, assim, faltas e desistências ao tratamento.

A não-adesão é comum até mesmo quando o tratamento diminui o risco de morte, tal como ocorre em casos de leucemia (COSTA JR., 2001) ou AIDS. RODRIGUES *et al.* (2003) 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 Saúde [OMS] (OMS, 2003), parece haver um consenso na literatura médica de que 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 anti-retroviral para HIV-AIDS, o qual requer em torno de 90% de adesão ao uso dos medicamentos para que sejam observados os efeitos esperados.

Etimologicamente, o termo adesão significa obediência, fidelidade, aprovação, solidariedade a uma idéia ou causa (FERREIRA, 1999). A Organização Mundial de Saúde [OMS] (OMS, 2003) reconhece que a adesão ao tratamento compreende um conjunto de ações que podem incluir tomar medicamentos, obterem imunização, comparecer ao agendamento de consultas e adotar hábitos saudáveis de vida. Portanto, uma maior compreensão de questões relacionadas ao acesso e utilização, bem como da adesão dos usuários aos serviços de saúde, pode contribuir para uma melhor oferta e organização desses serviços, com maior fixação do paciente e, conseqüentemente, maior eficácia social.

As tentativas dos profissionais da saúde em obterem colaboração, obediência e adesão às suas recomendações são, muitas vezes, mal sucedidas. Intencionalmente ou não, muitos responsáveis pelos pacientes ignoram, esquecem ou executam de maneira errada as recomendações relacionadas ao tratamento. Tais recomendações envolvem ações como: seguir uma determinada dieta, escovar corretamente os dentes e usar fio dental, utilizar diariamente uma medicação ou retornar regularmente para sessões de acompanhamento ou tratamento (DI MATTEO, 1982).

Estudos de BAILEY *et al.* (1981) mostraram que pacientes com baixa adesão ao tratamento revelaram-se mais ansiosos quando comparados com pacientes que apresentam alta adesão. Parece que a ansiedade do paciente o leva a esquivar-se do tratamento e também a não realizar práticas domésticas para a manutenção de saúde bucal. Este fato tem

sido observado, no Cepae, quando a criança manifesta comportamentos não-colaborativos com o tratamento, situação potencialmente ansiogênica para o acompanhante. Nestes casos, verifica-se uma maior frequência nas faltas e adiamento das consultas, mesmo quando o caso clínico exige urgência no tratamento.

MOREIRA FILHO (1994) afirma que um programa de saúde "adequado" é aquele que utiliza um regime terapêutico eficaz e aplica medidas de vigilância, monitorando sua administração, permitindo, assim, que a maioria dos pacientes seja curada. Para isso, o paciente deve receber informação continuada a respeito do seu processo terapêutico, durante consultas periódicas, com intervalos de tempo variados, de acordo com sua necessidade particular.

A adesão ao tratamento pode ser medida de várias maneiras. Alguns estudos utilizam medidas quantitativas e diretas como os indicadores biológicos dos quais os exames laboratoriais são os mais representativos. Outros estudos utilizam indicadores comportamentais, como o registro direto de comportamentos por meio de métodos observacionais, ou de medidas mais descritivas e qualitativas como os auto-relatos, protocolos de monitoração, inventários e questionários. No Cepae, a adesão ao tratamento é mensurada, basicamente, de duas maneiras: (a) estado de saúde da criança, que envolve dados clínicos, tais como índice de placa bacteriana, ausência de lesões de cárie e alterações gengivais patológicas, presença de hábitos saudáveis de dieta e ausência de hábitos de sucção deletérios; e (b) permanência da criança no Programa até a alta. Na última consulta da criança, ao receber alta do programa, a mãe 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 implantação de novos serviços. Entretanto, parece que o fato da mãe permanecer no programa durante os 60 meses, poderia constituir, por si só, um indicador de satisfação.

A ocorrência de desistência entre os participantes dos programas oferecidos pelo Cepae tem permanecido em torno de 20% ao ano, segundo estudo envolvendo uma amostra de 50 mães de crianças desistentes do Programa do Cepae, uma frequência baixa considerando a natureza preventiva do programa, em especial quando se compara com dados de abandono do tratamento de doenças que levam ao risco de morte (MILLER, YOUNG & NOVAKOVIC, 1998). Embora em pequeno número, parece que este grupo de pacientes desistentes pode oferecer informações sobre a qualidade do serviço prestado, auxiliando a equipe a encontrar os erros e melhorar sua atuação.

Assim, o objetivo deste estudo foi investigar e analisar as variáveis que determinam a desistência dos participantes dos programas de atenção precoce oferecidos pelo Cepae-FOP-

UNICAMP, propondo alterações aos serviços prestados. Para atingir este objetivo geral, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

(1) Investigar os motivos referidos pela mãe para a desistência do programa, distinguindo a frequência de abandono relacionado a problemas de ordem particular (dificuldades de transporte, mudanças de endereço, doença na família) da frequência de abandono relacionado à qualidade do serviço prestado;

(2) Investigar a influência climática no abandono do tratamento, comparando a frequência de desistências ocorridas no inverno e no verão, uma vez que se suspeita que em períodos de temperaturas mais baixas a mãe sente-se insegura quanto à exposição da criança ao frio e a possibilidade de aquisição de doenças;

(3) Investigar a influência de comportamentos da criança na frequência do abandono, identificando a faixa etária das crianças em que há maior prevalência das desistências, pois parece que a mãe tende a abandonar o programa quando a criança manifesta altos níveis de comportamentos não-colaborativos, o que costuma ocorrer com maior frequência por volta dos 2 anos de idade;

(4) Propor formas de avaliação do grau de satisfação da díade mãe-criança ao longo do tratamento, a fim de investigar, de maneira precoce, potenciais motivos para a desistência;

(5) Propor alterações ao serviço prestado, a fim de diminuir a ocorrência das desistências, que poderão servir como referência a outros programas semelhantes.

## MATERIAL E MÉTODO

Os participantes deste estudo foram 130 mães de crianças, sorteadas aleatoriamente entre aquelas que foram consideradas desistentes dos programas preventivos oferecidos pelo Cepae, ao longo dos anos de 2002 a 2004.

No Cepae, a criança permanece no programa do primeiro mês de vida até completar 60 meses, quando então recebe alta e é encaminhada para outros serviços na comunidade. Os intervalos entre as consultas variam 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 dez a doze e, a partir do segundo ano, de seis a oito consultas.

A cada visita, avalia-se o índice de placa bacteriana, o conteúdo e a natureza da dieta e realiza-se treino de higiene bucal e orientações gerais sobre alimentação e hábitos bucais deletérios (ex. uso de chupeta e mamadeira). Cada consulta demanda 60 minutos e envolve diretamente um cirurgião – dentista e o seu supervisor, além de estar sempre presentes profissionais de fonoaudiologia, nutrição e psicologia, que dão suporte teórico à equipe odontológica e atuam diretamente com as famílias.

Durante as consultas, realiza-se a observação dos comportamentos emitidos pela criança e pela mãe. Para categorizar os comportamentos emitidos pela criança a base é a Escala OSDB (*Observational Scale of Distress Behavior*), proposta por JAY et al. (1983), modificada por COSTA Jr (2001) e adaptada para a situação odontológica por POSSOBON (2003). Ao final da sessão, o profissional que prestou o atendimento à criança, registra os comportamentos observados, que podem ser:

- **Recusa:** quando a criança não permite a realização do procedimento programado, emitindo comportamentos como esconder o rosto com as mãos, virar-se de costas para a dentista, não seguir instruções, não interagir durante a atividade lúdica, etc;

- **Fuga:** quando a criança interrompe um procedimento por meio de um movimento brusco de cabeça ou de corpo, por exemplo, descendo da cadeira odontológica, afastando a mão da dentista, etc;

- **Movimentar-se de modo nervoso:** ações físicas pouco intensas e repetidas (por exemplo, apertar as mãos, esfregar os pés, balançar as pernas, etc.), quando a criança permite a realização do procedimento.

- **Choro alto e/ou Gritos:** sons de alta intensidade, agudos e não verbais. Este comportamento difere de “choramingo” pela sua intensidade e, podem ou não ser acompanhados de lágrimas.

O comportamento da criança é classificado em dois níveis: alto e baixo. Nível alto de colaboração é quando a criança não emite os comportamentos descritos acima e nível baixo, quando emite um ou mais comportamentos.

Para categorizar o nível de colaboração das mães, o profissional observa a manifestação dos seguintes comportamentos:

- Interromper definitivamente a realização da escovação quando a criança manifesta qualquer comportamento de não-colaboração;
- Não permitir a atuação plena do profissional em face do choro da criança, tirando a criança da cadeira odontológica;
- Mostrar-se ansiosa durante a atuação do profissional, questionando-o sobre o procedimento, sobre a possibilidade de a criança sentir dor ou desconforto, etc.
- Não seguir instruções do profissional para a realização de procedimentos preventivos durante a consulta (realizar as práticas de maneira incorreta, mesmo após a orientação do profissional).

O comportamento da mãe também é classificado em dois níveis: alto e baixo. Nível alto de colaboração é quando a mãe não emite os comportamentos descritos acima e nível baixo, quando emite um ou mais comportamentos.

Os cuidadores são orientados sobre as regras do Programa antes de iniciar sua participação. Uma das regras estabelece que a criança poderá apresentar, no máximo, duas faltas durante cada ano, sendo desligada do programa na ocorrência da 3ª falta. Na impossibilidade de comparecer à consulta previamente agendada, o cuidador tem a possibilidade de realizar a remarcação, por meio de contato telefônico antes do horário da consulta. São permitidas até duas remarcações a cada ano, sendo a criança desligada na ocorrência da 3ª remarcação.

As informações relativas à idade da criança, estado de saúde oral e nível de colaboração da criança e da mãe, foram coletadas por meio de pesquisa aos prontuários clínicos das crianças e correspondiam às anotações feitas na última consulta realizada.

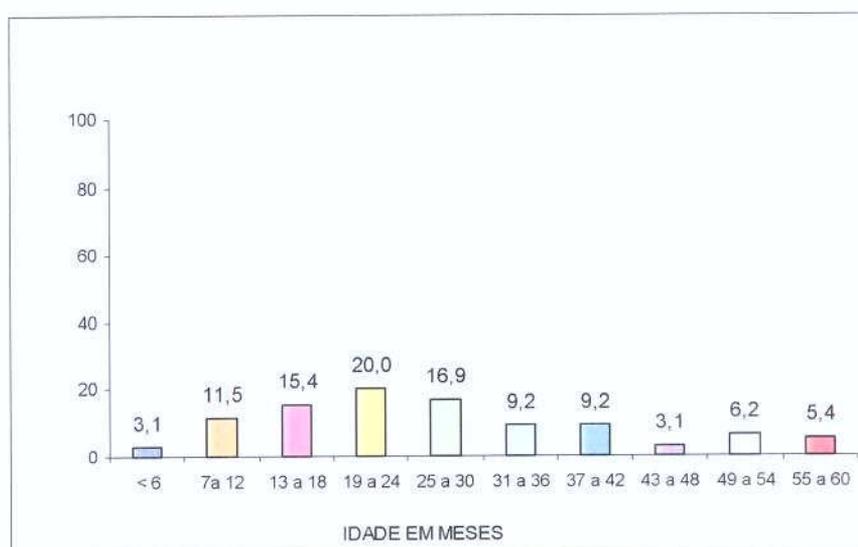
A coleta de informações sobre os motivos das desistências foi realizada pela pesquisadora, via ligação telefônica, carta com envelope selado para envio da carta-resposta ou ainda, por visitas domiciliares, nos casos em que não houve respostas das cartas. Foram realizadas entrevistas com as mães (ou com a pessoa responsável pelo acompanhamento da criança durante os atendimentos), utilizando um roteiro estruturado para entrevista (Anexo1).

As mães que fizeram parte da amostra receberam, via correio ou em mãos, duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Pesquisa (Anexo 2), devolvendo uma das cópias assinada para a pesquisadora.

As respostas foram categorizadas e os dados, inseridos no Programa Excel, sendo submetidos à análise descritiva, em termos de frequência e porcentagem. A variável “colaboração da criança” foi avaliada utilizando o teste Qui-quadrado (nível de significância igual a 0,05%), por meio do Software BioEstat (versão 3.0).

## RESULTADOS E DISCUSÃO

A análise dos dados referentes à idade da criança, no momento da desistência, mostrou maior prevalência entre 19 e 24 meses. Esta análise foi feita agrupando-se as crianças segundo a faixa etária, dentro de 10 categorias com intervalos de 6 meses cada (Figura 1).

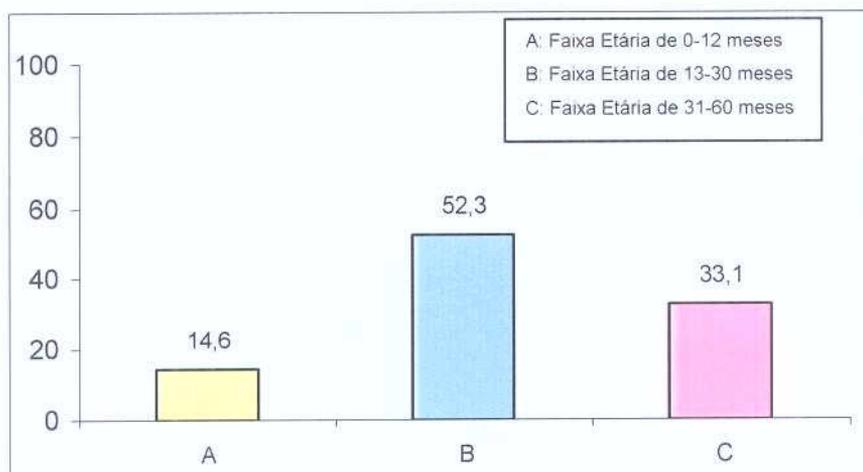


**Figura 1:** Frequência relativa de crianças desistentes do Programa em cada faixa etária.

A fim de facilitar a análise dos dados e destacar a faixa etária de maior ocorrência das desistências, optou-se pela estratificação da amostra em três faixas etárias com intervalos maiores do que aqueles apresentados na Figura 1. Para realizar esta estratificação, tomou-se por base a idade de maior prevalência das desistências (de 19 a 24 meses: 20% das crianças desistentes), incorporando nesta categoria as idades em que houve desistência acima de 15%, ou seja, de 13 a 18 meses (15,4%) e 25 a 30 (16,9%). A partir disto, agrupou-se as

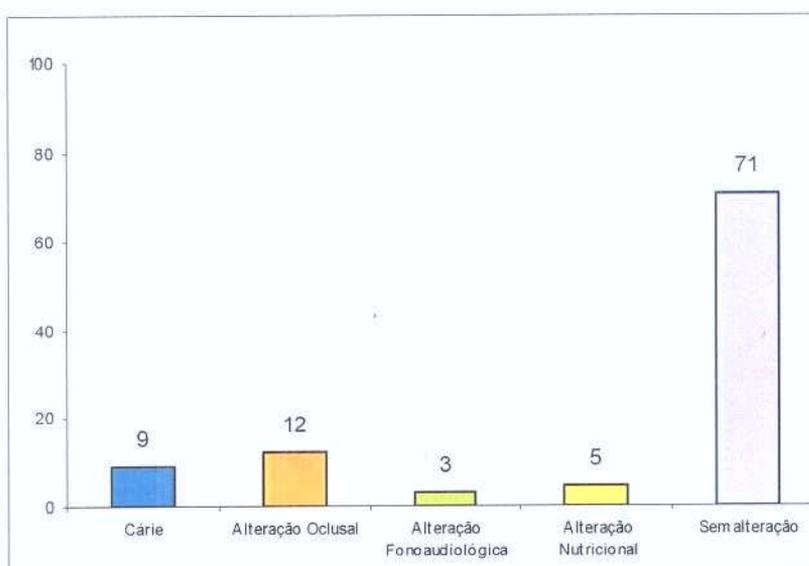
idades inferiores a 12 meses e as idades superiores a 31 meses em outras duas categorias. Assim, as faixas etárias foram agrupadas da seguinte maneira, como mostra a Figura 2.

- Faixa Etária A: crianças com idade entre 0 e 12 meses;
- Faixa Etária B: crianças com idade entre 13 e 30 meses;
- Faixa Etária C: crianças com idade entre 31 e 60 meses.



**Figura 2:** Frequência relativa de crianças desistentes do Programa, divididas em 3 Faixas Etárias (A, B ou C).

A investigação sobre os problemas de saúde apresentados pelas crianças na época da desistência mostrou que a maioria apresentava-se 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 que indicavam, no mínimo, avaliação profissional periódica (Figura 3).



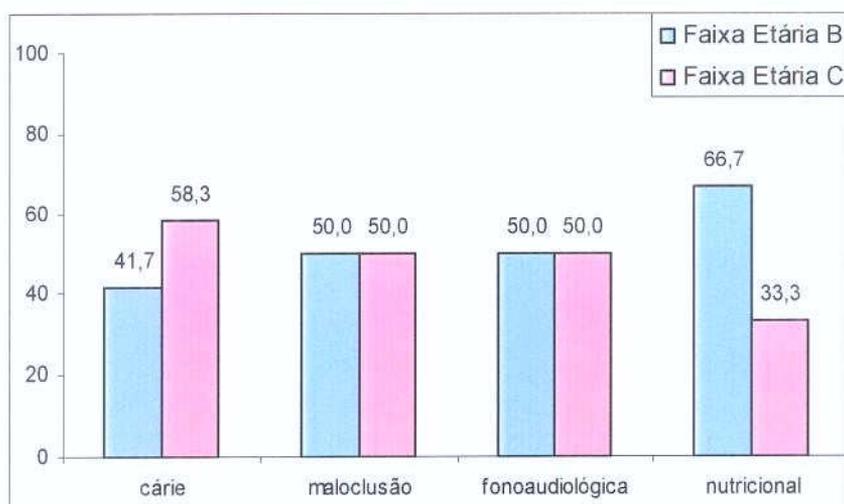
**Figura 3:** Distribuição da amostra segundo os problemas apresentados na época da desistência.

Considerando que as alterações oclusais, fonoaudiológicas e nutricionais formam um grupo de necessidades cujo tratamento apresenta um caráter não emergencial, ou seja, os danos para a saúde da criança não são notados em curto prazo, pode-se verificar que 91% das crianças da amostra (71% sem problemas + 12% com alteração oclusal + 3% com alteração fonoaudiológica + 5% com alteração nutricional) deixaram o Cepae sem risco imediato. Entretanto, 9% das crianças apresentavam cárie (em diversos estágios, desde lesões incipientes – mancha branca – até cavitações). Dentre as mães destas crianças que apresentavam cárie, 58% responderam afirmativamente ao questionamento sobre a possibilidade de retornar ao Programa, 17% relataram que não retornariam porque a criança estava sob tratamento com profissional conveniado a alguma cooperativa odontológica e 25% responderam negativamente, ou seja, mesmo que tivessem outra chance, não gostariam de retornar ao Programa.

As mães que não demonstraram intenção de retornar ao Programa (25%), relatavam como motivo a falta de colaboração da criança e a sua própria ansiedade em relação ao atendimento odontológico na presença de choro e de manifestações de resistência da criança ao tratamento. Estas 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. Entretanto, como o objetivo principal do Cepae é oferecer atendimento preventivo precoce, aguardar o crescimento da criança e a melhora do seu comportamento é inviável, pois prevenção precoce implica em oferecer atenção desde o período gestacional. Estes dados sugerem que a Equipe do Cepae necessita receber orientações mais pontuais sobre manejo do comportamento de crianças para evitar e/ou controlar as manifestações de não-colaboração, que possivelmente repercutem no comportamento do cuidador e os impele a abandonar o Programa.

As mães que retornariam ao Programa (58%), 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. Assim, verbalizavam elogios ao Programa e à Equipe, o que permite inferir que estas crianças ou não foram levadas para receber tratamento por outros profissionais fora do Cepae ou o tratamento recebido não foi satisfatório, justificando a intenção da mãe de retornar ao Programa.

A Figura 4 apresenta a incidência de cárie e outras alterações, no momento da desistência, entre as crianças das Faixas Etárias B e C. Entre as crianças da Faixa Etária A (0 a 12 meses) não havia alterações no momento da desistência.

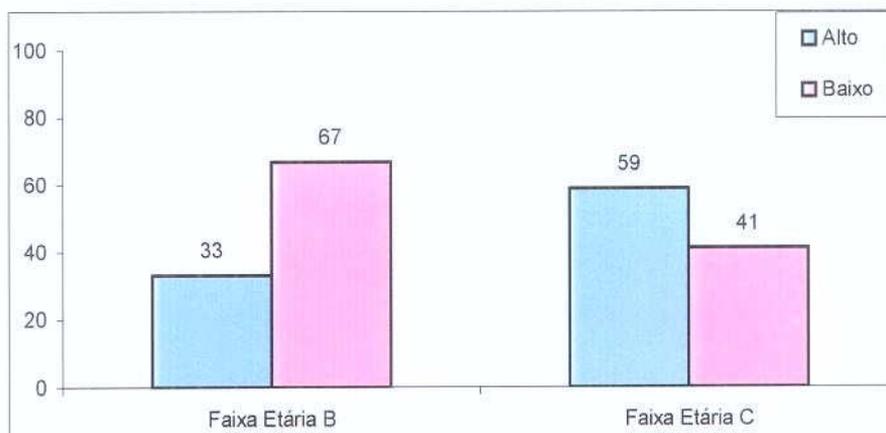


**Figura 4:** Distribuição da amostra segundo as alterações apresentadas no momento da desistência.

Dentre as crianças com cárie, prevaleceu a Faixa Etária C (entre 31 e 60 meses), o que não coincide com o período conhecido como “janela de infectividade”, que vai do 19º ao 31º mês de vida da criança. Neste período, que corresponde à erupção dos molares e a completa formação da dentadura decídua, há maior predisposição para aquisição de estreptococos, devido à quantidade de dentes erupcionados, ao mesmo tempo em que o esmalte dos dentes ainda não está totalmente amadurecido pelo contato com os componentes bioquímicos da saliva, sendo, portanto, mais rápida a evolução do processo carioso (CAUFIELD et al, 2000; GUEDES-PINTO, 1997; McDONALD et al, 2001). Entretanto, os dados coletados neste estudo não permitem justificar este achado.

É interessante observar que, embora a prevalência de crianças que apresentavam alterações nutricionais na última consulta seja maior na Faixa Etária B, a prevalência de cárie é menor nesta Faixa. Isto pode ser justificado pelo seguinte argumento: dentre as alterações nutricionais, incluem-se, não somente ingestão excessiva e/ou descontrolada de sacarose, o que está relacionado com a evolução do processo carioso, mas também carências nutricionais diversas, com crianças em tratamento de anemia ferropriva, distúrbios gastrointestinais, sobre ou sub peso, etc.

A Figura 5 mostra o nível de colaboração (alto ou baixo) apresentado pelas crianças na época da desistência.



**Figura 5:** Nível de colaboração apresentado pela criança na última consulta, em cada Faixa Etária.

As crianças da Faixa Etária A não foram incluídas nesta análise, uma vez que a avaliação comportamental feita pela equipe do Cepae para crianças desta idade segue critérios diversos daqueles utilizados para avaliar o comportamento das crianças de faixa etária superior, conforme descrição feita na Seção "Metodologia".

A observação desta Figura permite verificar que o nível de colaboração da criança aumenta com o passar do tempo, ou seja, crianças mais velhas (Faixa Etária C: 31 a 60 meses) comportam-se de forma mais adequada com o tratamento. Apesar desta melhora comportamental, 41% das crianças ainda mantêm a manifestação de comportamentos concorrentes com o tratamento nesta idade. A análise estatística, por meio do teste Qui-Quadrado, mostrou que há diferença significativa entre os níveis de colaboração alto e baixo na Faixa Etária B ( $p = 0,02$ ).

Entre as crianças que apresentaram nível de colaboração Baixo, houve diferença significativa ( $p = 0,01$ ) entre as Faixas Etárias. Entretanto, entre as crianças com nível de colaboração Alto, não houve diferença significativa entre as faixas etárias ( $p = 0,49$ ).

O comportamento manifestado pela criança durante suas consultas no Cepae, reflete a fase desenvolvimental pela qual ela está passando. As mudanças comportamentais ocorridas ao longo dos primeiros anos de vida da criança têm sido estudadas por vários autores.

MacTIGUE *et al.* (1984) afirmam que, a partir dos primeiros meses de vida até os dois anos de idade, os bebês são totalmente dependentes de outra pessoa que atenda aos seus desejos e necessidades e, instintivamente, necessitam de uma rotina bem estabelecida. Neste sentido, a situação de atendimento odontológico caracteriza-se como uma alteração

desta rotina pré-estabelecida, o que pode levar a criança a manifestar comportamentos não-colaborativos. Os adultos que oferecem o que eles precisam vão ganhando sua confiança, entretanto, como as consultas são realizadas com intervalo de tempo de dois meses, o estabelecimento de vínculo com o profissional demora mais a ser estabelecido. Soma-se a este fato o seguinte agravante: cada profissional da Equipe permanece no Cepae 8 horas por semana, em dias fixos. Assim, quando a mãe necessita, por motivos particulares, alterar o dia da consulta, a criança é atendida por outro profissional da Equipe. Embora a Equipe seja treinada para oferecer a todas as crianças o mesmo tipo de atendimento, há que se considerar particularidades do profissional, tal como a maior ou menor habilidade em relacionar-se com a díade mãe-criança.

Aos 24 meses de vida, há um significativo crescimento físico, intelectual e emocional e a criança começa a adquirir uma certa independência e autocontrole. Ela consegue se expressar e entender explicações com mais facilidade. Entretanto, MacTIGUE *et al.* (1984) afirma que há diversos fatores que influenciam de maneira negativa no comportamento da criança durante o tratamento odontológico, tais como manifestações de birras, inerentes ao impulso agressivo característico dessa fase do desenvolvimento. O medo de movimentos bruscos e inesperados, vozes altas e pessoas estranhas - fatores que geralmente estão presentes em um consultório odontológico - também podem desencadear comportamentos de não-colaboração com o tratamento. Mesmo com a conquista de relativa independência, a criança nessa idade ainda necessita da presença dos pais durante o atendimento, o que acontece sistematicamente no Cepae, ou seja, o cuidador está sempre presente em todas as fases da consulta.

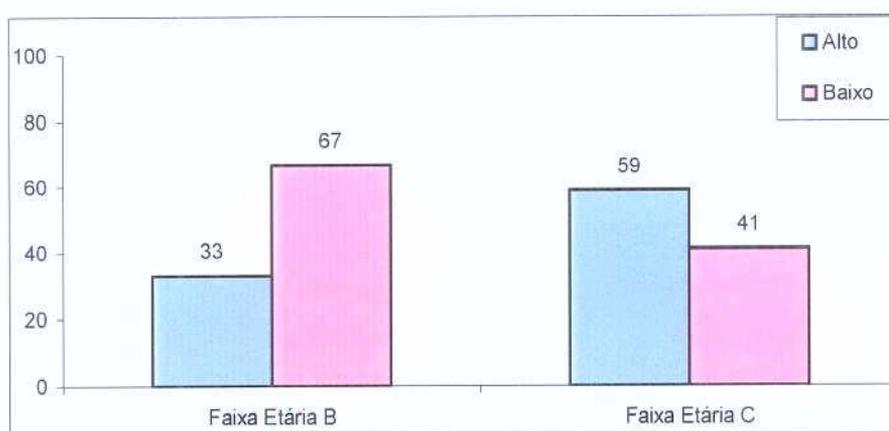
Aos 36 meses, cresce o vocabulário da criança e ela se torna mais comunicativa, facilitando ainda mais o processo de interação com o profissional.

Aos 48 meses, o comportamento da criança tende a ser mais sociável e, em algumas situações, ela manifesta o desejo de permanecer no consultório sem a presença do cuidador, o que facilita o estabelecimento do vínculo criança-profissional.

Isto posto, 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.

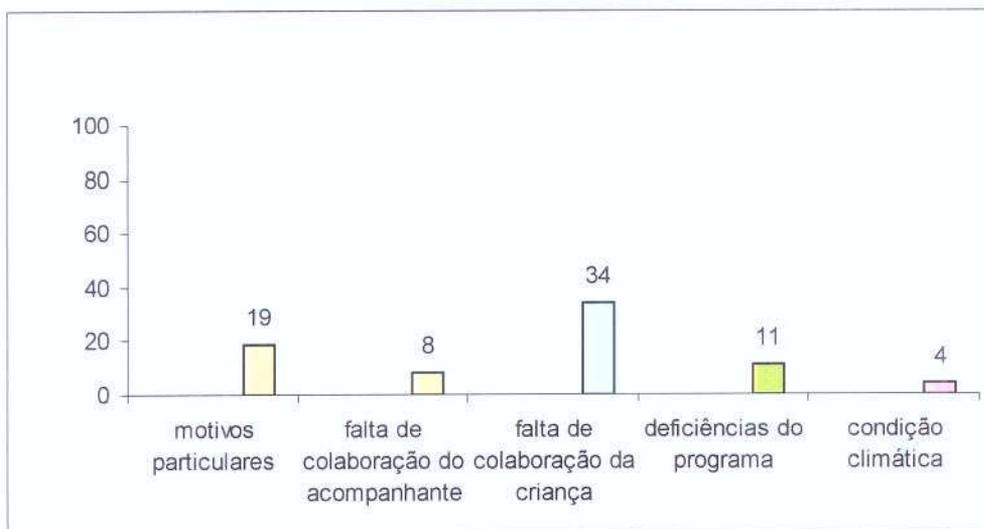
É importante notar que nem todas as crianças amadurecem cronológica e psicologicamente de maneira uniforme, mas existem comportamentos considerados como prevalentes em cada fase do desenvolvimento.

A Figura 6 mostra o nível de colaboração da mãe na última consulta no Cepae. Comparando esta Figura com a Figura 5, nota-se que os dois gráficos trazem valores idênticos, ou seja, há uma correlação entre os comportamentos das crianças e das mães, ou seja, quando o nível de colaboração da criança é baixo, o nível de colaboração das mães também é baixo. Isto mostra que as mães não parecem estar sendo preparadas pela Equipe para enfrentar, sem manifestações de ansiedade, a situação de atendimento odontológico dos filhos. TOMITA (2002), 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. Desta forma, fica clara a necessidade de treinar a Equipe para disponibilizar apoio instrucional e emocional, não somente para as crianças, mas também para os seus acompanhantes. Ensinar o acompanhante como se comportar de maneira adequada durante a situação odontológica e também como 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 oferecidas pela Equipe e diminuir a incidência de desistências do Programa.



**Figura 6:** Nível de colaboração apresentado pela mãe na última consulta, de acordo com a Faixa Etária da criança.

A Figura 7 parece confirmar as inferências acima, visto que, dentre os motivos alegados para a desistência do Programa, aparece, com maior frequência, justamente aqueles referentes à colaboração da criança (34%).



**Figura 7:** Motivos alegados pelas mães para desistência do Programa do Cepae.

A falta de colaboração da mãe foi motivo para 8% das desistências. Nesta categoria, foram incluídas as mães que alegaram os seguintes motivos: desinteresse pelas informações, informações repetitivas, alto grau de exigência da equipe, alto número de consultas ao ano, consultas muito longas e desinteresse em reagendar a criança após falta sem justificativa.

A segunda causa mais freqüente de desistência (19%) foram motivos particulares, ou seja, dificuldades de transporte até o Cepae, distância muito longa entre o Cepae e a residência da criança, mudança de cidade ou falta de tempo dos pais para acompanhar a criança.

Esta figura mostra, também, que 11% das mães estavam insatisfeitas com o Programa oferecido, alegando os seguintes motivos: o profissional foi grosseiro ou desatencioso, falta de confiança na Equipe ou no profissional, o Programa estava aquém das expectativas ou não gostou da forma de atendimento. Este dado é útil para justificar a necessidade do treinamento mais pontual da Equipe, a fim de impedir a ocorrência deste tipo de problema.

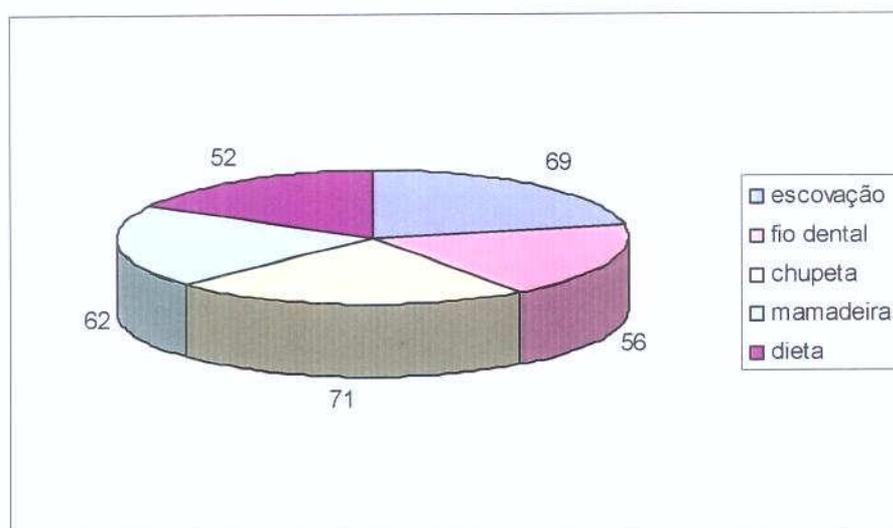
Com freqüência baixa (apenas 4%), foi referido como motivo para a desistência do Programa, a condição climática. Esta questão foi inserida no roteiro de entrevista com os cuidadores para tentar comprovar a hipótese da condição climática influenciando o abandono do Programa. Isto se justifica porque, na rotina de atendimento do Cepae, há uma prevalência de faltas e de remarcações às consultas agendadas nos meses de Maio a Julho, justamente os meses mais frios do ano na região da cidade de Piracicaba-SP. O mesmo acontece nos dias chuvosos, mais comuns de ocorrer no mês de Março.

Os dados mostraram que 25% das crianças tiveram a sua última consulta realizada no mês de Dezembro, mesmo sendo este um mês em que o Cepae oferece apenas duas semanas de atendimento. Parece que, é ao iniciar um novo ano que a mãe desiste de retomar

o atendimento. Entretanto, a desistência será caracterizada, provavelmente, nos meses de Fevereiro ou Março, quando a criança deveria comparecer à primeira consulta do ano, nos casos em que a mãe verbaliza a intenção de desistir, durante o contato telefônico feito pela Equipe após a ocorrência da falta. Os meses de Maio (14%), Junho (13%) e Março (12%) foram, depois de Dezembro, os meses de maior prevalência de últimas consultas.

Ao serem questionadas sobre seu interesse em retornar ou não ao Programa do Cepae, 57% das mães responderam negativamente, alegando motivos relacionados à não-colaboração da criança. Em caso de nova gestação, 65% das mães não inscreveriam o bebê no Programa, alegando que “a criança pequena chora muito durante o atendimento”. A diferença entre a porcentagem de respostas negativas para as questões “voltar a levar o filho ao Programa” e “inscrever o novo bebê” (8% das mães não inscreveriam o novo bebê mas gostariam de retomar a tratamento do filho), parece ser justificada pela mudança comportamental da criança, uma vez que elas alegam que, no momento da coleta de dados, a criança já estava mais amadurecida para aceitar o tratamento com tranquilidade. Entretanto, 67% das mães responderam afirmativamente ao serem questionadas sobre a indicação do Programa para amigos e parentes, alegando que o Programa era muito bom. Mais uma vez, a questão comportamental parece pesar sobre a decisão da mãe de abandonar o Programa, o que impulsiona não somente a reestruturação do serviço prestado, com a intensificação do treinamento da Equipe em habilidades de manejo comportamental, mas também a realização de pesquisas na área.

Durante a participação no Programa do Cepae, 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 maioria das mães relatou ter mantido, após a desistência, os hábitos saudáveis aprendidos durante a participação no Programa, como mostra a Figura 8.



**Figura 8:** Frequência relativa de mães que continuaram seguindo as orientações oferecidas no Programa do Cepae, em relação à higiene bucal, uso de chupeta e mamadeira e controle da dieta, mesmo após a desistência.

Com relação às orientações sobre as técnicas de escovação e fio dental, 69% das mães relataram seguir completamente as orientações sobre escovação e 56%, sobre o uso do fio dental. Parece que a orientação mais difícil de ser seguida foi em relação à dieta (48% não seguem mais as orientações oferecidas pelo Cepae). Dentre as mães, 71% não ofereceu ou removeu a chupeta, segundo as orientações recebidas pela Equipe e 62%, controlou o uso da mamadeira. Isto mostra que o Cepae foi um agente para instalação de hábitos de saúde entre as crianças, mesmo quando elas não usufruíram todo o processo programado de educação para a saúde. Os motivos alegados pelas mães que não seguem as orientações são relacionados ao comportamento da criança, que não permite o uso do fio ou a realização da escovação, não aceitam receber alimentos no copo, não dormem sem a chupeta, etc.

Ao final da entrevista, as mães foram estimuladas a emitir opiniões e sugerir alterações ao Programa. Apenas 37% mostrou interesse em opinar/sugerir, sendo verbalizado com maior frequência as seguintes sugestões:

- “Não realizar tratamento quando a criança chora”.
- “Menos exigência com relação às faltas”;
- “Consultas com menos informações repetitivas”

Os resultados deste estudo sugerem 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 os 60 meses. 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 mais personalizadas. É possível individualizar o atendimento, satisfazendo cada família, sem, com isso, contrariar as regras de funcionamento do Cepae. Além disso, parece fundamental o estabelecimento de um adequado vínculo com o profissional, condição indispensável para a adesão da mãe ao Programa.

Assim, este estudo evidencia a necessidade de maior treinamento e supervisão da equipe a fim de evitar o maior número possível de abandonos.

## CONCLUSÕES

- A maior prevalência de desistência 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 (34%);
- Dentre as crianças desistentes, 71% não apresentava cárie, maloclusão ou alterações fonoaudiológicas ou nutricionais;
- Existe uma correlação entre os comportamentos das crianças e das mães, ou seja, quando o nível de colaboração da criança é baixo, o nível de colaboração das mães também é baixo;
- Não foi possível estabelecer relação entre condição climática e desistências;
- A maioria das mães relatou ter mantido, após a desistência, os hábitos saudáveis aprendidos durante a participação no Programa do Cepae.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1	BAILEY, C.; DEY, F.; REYNOLD et al. What are the variables related to dental compliance? Aust Dent J, v. 26, n.1, p. 46-48, Feb. 1981.
2	BARROS, S. G. de; CASTRO ALVES, A.; PUGLIESE, L. S.; REIS, S. R. de A. Contribuição ao estudo da cárie dentária em crianças de 0-30 meses. Pesqui Odontol Bras, v. 15, n. 3, p. 215-222, jul./set. 2001.
3	BARON RS, SNYDERSMITH M, LOGAN H, KAO CF, FITZPATRICK M. The effects of short-term social support from dentists on the stress experienced by parents of pediatric dental patients. Pediatr Dent. 1991 Nov-Dec; 13(6):333-8.
4	BÖNECKER, M. J. S.; GUEDES-PINTO, A. C.; WALTER, L. R. F. Prevalência, distribuição e grau de afecção de cárie dentária em crianças de 0 a 36 meses de idade. Rev Assoc Paul Cir Dent, v. 51, n. 6, p. 535-540, nov./dez. 1997.
5	CAUFIELD PW, GRIFFEN AL. Dental Caries. An infectious and transmissible disease. Pediatr Clin North Am. 2000;47:1001-19.
6	CARR-HILL RA. The measurement of patient satisfaction. J Public Health Med. 1992 Sep; 14 (3) :236-49.
7	COSTA JR., A.L. O desenvolvimento da psico-oncologia: implicações para a pesquisa e intervenção profissional em saúde. Psicologia: Ciência e Profissão, Brasília, v. 21, n. 2, p. 36-43, Mai, 2001.
8	Di MATTEO, M. R.; Di NICOLA, D.D. Achieving patient compliance: the psychology of the medical practitioner's role. New York: Pergamon Press, 1982. P. 28-67.
9	FERREIRA, A. B. H. (1999). <u>Novo Dicionário da Língua Portuguesa</u> . Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
10	GRANZOTO, J.A.; BERTONI A.L.; VECCHI, A.A.; RODRIGUES, E. A importância do incentivo pré-natal na amamentação de primíparas. J Pediatria, v. 68, (1/2), 1992.

11	GUEDES-PINTO AC, editor. Odontopediatria. 6ª ed. São Paulo: Santos; 1997.
12	HULKA BS, ZYZANSKI SJ, CASSEL JC, THOMPSON S. J. Satisfaction with medical care in a low income population. J Chronic Dis. 1971 Nov; 24(10):661-73
13	JAY, S.M. et al. Assessment of children's distress during painful medical procedures. Health Psychol, Washington, v.2, p.133-47, 1983.
14	KINCEY J, BRADSHAW P, LEY P. Patients' satisfaction and reported acceptance of advice in general practice. J R Coll Gen Pract. 1975 Aug; 25(157):558-66.
15	MCDONALD RE, AVERY DR, STOOKEY GK. Carie dentária na criança e no adolescente. In: McDonald RE, Avery DR, editores. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2001. p. 151-77.
16	MacTIGUE, D. J.; D.D.S., M.S. Behavior management of children. Dental Clinics of North America, v.28, n.1, Jan. 1984.
17	MILLER, R.W.; YOUNG, J.L.; NOVAKOVIC, B. Childhood cancer. Cancer, v. 75, n. 11, p. 395-405, oct., 1994.
18	MOREIRA, Ben-Hur W., Pereira, Antonio C. and Oliveira, Sonia P. Avaliação da prevalência de cárie dentária em escolares de localidade urbana da região Sudeste do Brasil. Rev. Saúde Pública, Jun 1996, vol.30, no.3, p.280-284. ISSN 0034-8910
19	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE [OMS] (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for actions. (157 p.) Geneva: World Health Organization.
20	OLIVEIRA, H.B.; MOREIRA FILHO, D.C. Abandono de tratamento e recidiva da tuberculose: aspectos de episódios prévios, Campinas, SP, Brasil, 1993 – 1994. Rev de Saúde Pública, v.34, n. 5, p. 437 – 443, 2000.
21	PERES, S.H.C.S.; CARDOSO, M. T. V.; GARCEZ, R. M. V. B.; PERES, A. S.,

	BASTOS, J. R. M. Tratamento alternativo de controle da carie dentária no período materno infantil. Revista da APCD, v. 55, n. 5, set/out 2001.
22	POSSOBON, F.R. Influência do diazepam no comportamento não-colaborativo de crianças em atendimento odontológico. Orientador: Prof. Dr. Antonio Bento Alves de Moraes. 08/2003.
23	RODRIGUES, Celeste S, GUIMARAES, Mark D C, ACURCIO, Francisco A et al. Interrupção do acompanhamento clínico ambulatorial de pacientes infectados pelo HIV. Rev. Saúde Pública, abr. 2003, vol.37, no 2, p.183-189. ISSN 0034-8910.
24	TINANOFF N, DOUGLASS JM. Clinical decision making for caries management in children. Pediatr Dent. 2002 Sep-Oct; 24 (5) :386-92.
25	TOMITA, L. M. Análise dos comportamentos de mães e a relação com o comportamento dos filhos durante o tratamento odontológico. -- Piracicaba, SP : [s.n.] xxii, 158p. : il.
26	WEYNE, S. C. A construção do paradigma de promoção de saúde um desafio para as novas gerações. In: ABOPREV: Promoção de Saúde. 2. ed., São Paulo: Artes Médicas, 1998. p . 1-26

## Roteiro para Entrevista

Nome da criança: \_\_\_\_\_ Ano de entrada: \_\_\_\_\_

Data da última consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Nome do acompanhante: \_\_\_\_\_ (grau de parentesco: \_\_\_\_\_)

Codificação**Parte I: Pesquisa ao Prontuário clínico**

1. Idade da criança, em meses, na data da última consulta:

(A) ≤ 6; (B) 7 a 12; (C) 13 a 18; (D) 19 a 24; (E) 25 a 30; (F) 31 a 36; (G) 37 a 42; (H) 43 a 48; (I) 49 a 54; (J) 55 a 60 [ ]

2. Na época da desistência (última consulta), a criança apresentava algum problema?

- 2.1. Cárie: (A) Sim; (B) Não [ ]
- 2.2. Maloclusão: (A) Sim; (B) Não [ ]
- 2.3. Alteração fonoaudiológica: (A) Sim; (B) Não [ ]
- 2.4. Deficiência nutricional: (A) Sim; (B) Não [ ]

3. Grau de colaboração da criança, nas sessões, de acordo com faixa etária (em meses):

- 3.1. 0 a 6 (A) Alto (B) Baixo (C) Médio [ ]
- 3.2. 7 a 12 (A) Alto (B) Baixo (C) Médio [ ]
- 3.3. 13 a 18 (A) Alto (B) Baixo (C) Médio [ ]
- 3.4. 19 a 24 (A) Alto (B) Baixo (C) Médio [ ]
- 3.5. 25 a 30 (A) Alto (B) Baixo (C) Médio [ ]
- 3.6. 31 a 36 (A) Alto (B) Baixo (C) Médio [ ]
- 3.7. 37 a 42 (A) Alto (B) Baixo (C) Médio [ ]
- 3.8. 43 a 48 (A) Alto (B) Baixo (C) Médio [ ]
- 3.9. 49 a 54 (A) Alto (B) Baixo (C) Médio [ ]
- 3.10. 55 a 60 (A) Alto (B) Baixo (C) Médio [ ]

4. Grau de colaboração do acompanhante, nas sessões, de acordo com faixa etária da criança:

- |               |          |           |           |     |
|---------------|----------|-----------|-----------|-----|
| 4.1. 0 a 6    | (A) Alto | (B) Baixo | (C) Médio | [ ] |
| 4.2. 7 a 12   | (A) Alto | (B) Baixo | (C) Médio | [ ] |
| 4.3. 13 a 18  | (A) Alto | (B) Baixo | (C) Médio | [ ] |
| 4.4. 19 a 24  | (A) Alto | (B) Baixo | (C) Médio | [ ] |
| 4.5. 25 a 30  | (A) Alto | (B) Baixo | (C) Médio | [ ] |
| 4.6. 31 a 36  | (A) Alto | (B) Baixo | (C) Médio | [ ] |
| 4.7. 37 a 42  | (A) Alto | (B) Baixo | (C) Médio | [ ] |
| 4.8. 43 a 48  | (A) Alto | (B) Baixo | (C) Médio | [ ] |
| 4.9. 49 a 54  | (A) Alto | (B) Baixo | (C) Médio | [ ] |
| 4.10. 55 a 60 | (A) Alto | (B) Baixo | (C) Médio | [ ] |

## Parte II: Entrevista

5. Qual o motivo alegado pelo acompanhante para a desistência do programa?

- |  |                  |     |
|--|------------------|-----|
| 5.1. Dificuldades financeiras para o transporte  | (A) Sim; (B) Não | [ ] |
| 5.2. Distância muito longa de casa ao Cepae      | (A) Sim; (B) Não | [ ] |
| 5.3. Mudança de cidade                           | (A) Sim; (B) Não | [ ] |
| 5.4. Falta de tempo                              | (A) Sim; (B) Não | [ ] |
| 5.5. Desinteresse pelas informações              | (A) Sim; (B) Não | [ ] |
| 5.6. Informações repetitivas                     | (A) Sim; (B) Não | [ ] |
| 5.7. Alto grau de exigência da Equipe            | (A) Sim; (B) Não | [ ] |
| 5.8. Alto número de consultas ao ano             | (A) Sim; (B) Não | [ ] |
| 5.9. Consultas muito longas                      | (A) Sim; (B) Não | [ ] |
| 5.10. Não recebeu recados para reagendamento     | (A) Sim; (B) Não | [ ] |
| 5.11. Criança não colaborava durante a sessão    | (A) Sim; (B) Não | [ ] |
| 5.12. Criança não colaborava em casa             | (A) Sim; (B) Não | [ ] |
| 5.13. Sentia pena da criança porque ela chorava  | (A) Sim; (B) Não | [ ] |
| 5.14. O profissional foi grosseiro               | (A) Sim; (B) Não | [ ] |
| 5.15. O profissional foi desatencioso            | (A) Sim; (B) Não | [ ] |
| 5.16. Falta de confiança na equipe/profissional  | (A) Sim; (B) Não | [ ] |
| 5.17. Programa estava aquém de suas expectativas | (A) Sim; (B) Não | [ ] |
| 5.18. Não gostou da forma de atendimento         | (A) Sim; (B) Não | [ ] |

5.19. Condições climáticas (A) Sim; (B) Não [ ]

] Explicar \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Se tivesse uma nova chance, gostaria de voltar para o Cepae? (A) Sim; (B) Não [ ]

Por que? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Se engravidasse novamente, faria inscrição para o novo bebê? (A) Sim; (B) Não [ ]

Por que? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Indicaria o Programa para algum conhecido? (A) Sim; (B) Não [ ]

Por que? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Você tem aplicado, em casa, as orientações oferecidas pelo Cepae, em relação a:

8.1. Escovação? (A) Sim, totalmente (B) Sim, parcialmente (C) Não [ ]

Por que? \_\_\_\_\_

8.2. Fio dental? (A) Sim, totalmente (B) Sim, parcialmente (C) Não [ ]

Por

que? \_\_\_\_\_

**8.3. Chupeta?** (A) Sim, totalmente (B) Sim, parcialmente (C) Não

[ ]

Por

que? \_\_\_\_\_

**8.4. Mamadeira?** (A) Sim, totalmente (B) Sim, parcialmente (C) Não [ ]

Por

que? \_\_\_\_\_

**8.5. Dieta?** (A) Sim, totalmente (B) Sim, parcialmente (C) Não [ ]

Por

que? \_\_\_\_\_

**9. Você proporia alguma modificação no Programa?**

(B) Não (A) Sim [ ]

Qual? \_\_\_\_\_

—

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

—

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Informação e Consentimento Livre e Esclarecido para Pesquisa**  
**Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico de Pacientes Especiais (Cepae)**  
**Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP)**  
**Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)**

As informações contidas neste prontuário foram fornecidas pela Prof. Dr<sup>a</sup>. Rosana de Fátima Possobon, da disciplina de Psicologia Aplicada, coordenadora do Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais (Cepae) e orientadora deste projeto, e pela orientada Ludmila da Silva Tavares Costa, objetivando firmar por escrito o acordo, mediante o qual a mãe ou responsável autoriza a sua participação dessa pesquisa, com pleno conhecimento da natureza dos procedimentos a que se submeterá, com capacidade de livre arbítrio e sem qualquer coação. O sujeito de pesquisa receberá duas cópias deste Termo, sendo que deverá devolver uma cópia assinada ao pesquisador.

**I – Título do Trabalho**

Análise das variáveis que determinam à desistência de participantes de um programa de atenção precoce à saúde bucal.

**II- Justificativa**

O Cepae tem como objetivos manter a criança livre de doenças, disponibilizando informações à família para que a criança adquira hábitos adequados de higiene bucal e alimentação. É fundamental que a criança participe do Programa até a alta, aos 5 anos de idade, a fim de receber todas as orientações e o treinamento necessários para que a aquisição desses hábitos.

O estudo das variáveis que afetam a adesão dos usuários aos serviços de saúde, pode contribuir para uma melhor oferta e organização destes serviços, com maior fixação do paciente e, conseqüentemente, uma maior eficácia do programa.

Com os resultados deste estudo, será possível analisar estas variáveis e elaborar propostas de alterações nos programas oferecidos pelo Cepae, a fim de aumentar o índice de adesão do paciente.

**III- Objetivos**

Com este trabalho, pretende-se avaliar as variáveis que determinam à desistência de participantes de um programa de atenção precoce à saúde bucal, identificando o período do ano e a faixa etária da criança em que ocorreu maior índice de desistência, os motivos referidos pelos acompanhantes e se as orientações fornecidas pelo Cepae podem ser seguidas, mesmo após um período de

afastamento do programa. Com este conhecimento, propor alterações nos programas oferecidos pelo Cepae, a fim de aumentar o índice de adesão do paciente.

#### IV- Procedimentos Utilizados

Participarão deste estudo, as pessoas que acompanhavam as crianças participantes dos programas do Cepae e que foram consideradas desistentes. A coleta de informações será realizada através de uma entrevista, feita por meio de ligação telefônica.

#### V- Desconfortos e possíveis riscos

A pesquisa não traz qualquer risco aos participantes, uma vez que será necessária apenas a participação na entrevista, via contato telefônico. Se algum participante se sentir desconfortável, poderá optar por não participar.

#### VI- Benefícios

Espera-se melhorar a organização dos serviços oferecidos pelo Cepae, a fim de aumentar o grau de adesão dos usuários.

#### VII- Forma de acompanhamento e assistência

A participação do acompanhante será via contato telefônico, carta com envelope selado para envio da carta-resposta ou visitas domiciliares, nos casos em que não obtivermos respostas das cartas, portanto não requer acompanhamento. A Equipe do Cepae estará disponível para esclarecer dúvidas e fornecer orientações à família.

#### VIII- Informações

Haverá a garantia de respostas a quaisquer perguntas ou esclarecimentos a respeito de procedimentos, riscos, benefícios e de outras dúvidas relacionados ao programa e à pesquisa. O sigilo relativo ao nome e aos dados pessoais dos pacientes participantes da pesquisa será assegurado.

#### IX- Retirada do consentimento

Existe a liberdade de desistência da pesquisa a qualquer momento e de retirada de seu consentimento quanto à utilização dos materiais de pesquisa. A sua participação nesta pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida quanto aos procedimentos, escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FOP - UNICAMP. Endereço: Av. Limeira, nº 901; CEP: 13414-900 - Piracicaba - SP.

#### X- Formas de ressarcimento e indenização

Não há previsão de ressarcimento de despesas, uma vez que a participação consiste somente na participação na entrevista via contato telefônico.

XI- Consentimento Livre Esclarecido

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que tendo lido o documento acima exposto, e suficientemente esclarecido (a) de todos os itens pela pesquisadora Ludmila da Silva Tavares Costa e pelo Profª. Drª. Rosana de Fátima Possobon (coordenadora do Cepae), estou plenamente de acordo com a realização do programa de pesquisa. Concordo que a minha entrevista seja arquivada sob a guarda da Coordenadora do Cepae, a qual dou pleno direito de uso para fins de ensino e pesquisa, além da sua divulgação em revistas científicas. Assim, eu autorizo minha participação e de meu filho (a) na pesquisa intitulada “Análise das variáveis que determinam à desistência de participantes de um programa de atenção precoce à saúde bucal”.

Estando de acordo com o planejamento proposto. Atesto a minha participação efetiva e consciente.

Por ser verdade, firmo o presente.

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

\_\_\_\_\_  
(Nome por extenso)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura)