

Título: Atitudes e intenções comportamentais de pacientes em relação ao tratamento protético

Gláuberton Ricardo Barbosa Lima*, Antônio Hélio Vieira**, Margaret Catherine Olivera Nuñez**, Cláudio Rodrigues Leles***

Universidade Federal de Goiás – Faculdade de Odontologia

1ª avenida, s/n, Setor Leste Universitário

Endereço eletrônico: laurinhabs@hotmail.com

Palavras-chave: qualidade de vida, prótese total

INTRODUÇÃO

O modelo de atendimento com abordagem normativa, centrada no profissional, que ignora aspectos sociocomportamentais do paciente. Por outro lado, o paradigma atual para as tomadas de decisão em prótese tem como referencial um modelo mais abrangente, originado da tentativa de englobar aspectos multidimensionais, voltados para atender as necessidades reais do paciente (LELES; FREIRE, 2004). Esse tipo de abordagem enfoca questões individuais do paciente, tais como suas expectativas e preferências, custo-benefício do tratamento, severidade do problema, viabilidade de alternativas de tratamento e impacto da intervenção na qualidade de vida (BERKEY et al., 1996; RICH; GOLDSTEIN, 2002; SEIDL; ZANNON, 2004).

Apesar da relevância, são escassas as pesquisas em Odontologia que buscam estabelecer as relações entre atitudes, intenções e comportamentos de pacientes frente ao tratamento odontológico. Estudos recentes analisaram a percepção de indivíduos desdentados quanto aos desfechos potenciais relacionados a benefícios e riscos do tratamento e consequências do não tratamento protético (LELES et al., 2008), além dos motivos determinantes na eleição ou recusa de tipos de tratamentos protéticos em desdentados parciais (LELES et al., 2009).

* Bolsista PIBIC

** Co-autores – Pós-graduandos em Odontologia / UFG

*** Orientador – Professor Associado da Faculdade de Odontologia / UFG

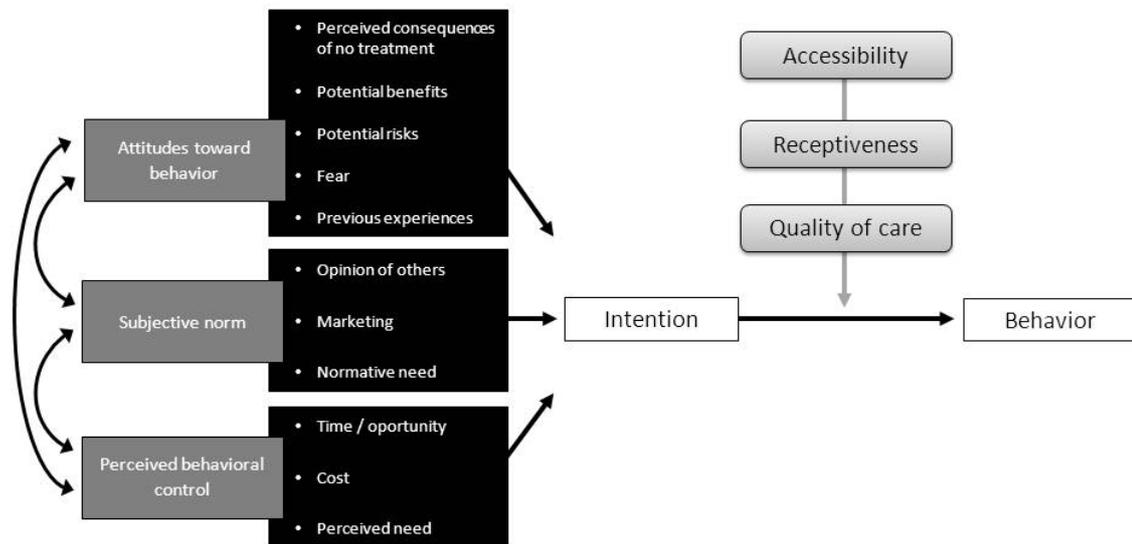
Entretanto, essas pesquisas não abordam, especificamente, aspectos associados às atitudes e intenções comportamentais dos pacientes, no que se refere a fatores situacionais (condições demográficas, econômicas e sociais), de experiência pessoal (experiências prévias), de influência social (influências e opiniões de outras pessoas) e de julgamento do consumo (juízo de valor). Sendo assim, torna-se de fundamental importância a compreensão dessas relações para o fornecimento de diretrizes aos cirurgiões-dentistas no planejamento e condução do tratamento protético. Esses aspectos estão intimamente relacionados ao grau de satisfação do paciente com os resultados do tratamento realizado e o sucesso clínico alcançado (HEFT et al., 2003).

Um modelo conceitual de comportamento dos consumidores foi proposto em 1980 por Ajzen e Fishbein, que formularam a Teoria da Ação Racional (TAR), que teve como objetivo avaliar a discrepância entre atitude e comportamento através de um quadro conceitual capaz de prever o comportamento humano com base em sua atitude em relação a um objeto. Mais tarde, eles observaram que o comportamento que não parece ser inteiramente voluntário e sob controle, e acrescentaram o controle comportamental percebido. Com este aditamento, a teoria foi chamada de Teoria do Comportamento Planejado (TCP), que destina-se a prever o comportamento deliberado, e afirma que os seres humanos são analisadores racionais da situação e a intenção da pessoa é realmente o que medeia as ações entre a atitude e o comportamento).

A TCP foi concebida para explicar praticamente qualquer comportamento humano e também foi usado para explicar os comportamentos de saúde. Busca de tratamento e a escolha de um prestador de cuidados de prótese também podem ser considerados um processo que não está completamente sob o controle volitivo do paciente. Considerando os pressupostos que os consumidores de cuidados de prótese são racionais, fazem uso sistemático de informações à sua disposição, e consideram as implicações de suas ações antes de decidir sobre seus comportamentos de tratamento, surge a hipótese de que os comportamentos dos pacientes podem ser previstos pelo modelo TCP.

A Figura a seguir ilustra o arcabouço conceitual dos consumidores de cuidados protéticos, tendo em conta a Teoria do Comportamento Planejado (Vieira, 2010). Os fatores preditivos de intenção de tratamento incluem vários motivos individuais que levam à intenção de um indivíduo procurar e decidir por tratamento protético. A

intenção de comportamento é mediado por três principais fatores intervenientes: a acessibilidade aos serviços de cuidados de prótese, a receptividade dos profissionais de saúde e funcionários, a percepção da qualidade técnica do atendimento a ser entregue.



Com base nestas considerações, o objetivo do presente trabalho é analisar os fatores que determinam as atitudes e intenções comportamentais de pacientes em relação à assistência odontológica para tratamento protético, examinando os fatores que influenciam as atitudes, normas subjetivas e controle comportamental percebido que levam às intenções dos pacientes e comportamentos.

METODOLOGIA

A partir dos resultados obtidos em uma etapa prévia da pesquisa (fase qualitativa), foram elaborados itens relacionados a atitudes e intenções comportamentais referentes ao tratamento protético, os quais foram utilizados como critério para mensuração da percepção individual. Ou seja, o conjunto de questões relevantes obtidas a partir da análise de conteúdo de grupos focais compôs uma estrutura inicial do instrumento de coleta de dados a ser empregado na fase quantitativa da pesquisa.

Após a estruturação da versão final desse instrumento, foi desenvolvido um estudo transversal junto a uma amostra de conveniência composta por pacientes em atendimento ou que foram atendidos em clínicas públicas e particulares de Goiânia-GO, nos quais, respectivamente, estejam sendo ou tenham sido realizados tratamentos na especialidade de prótese dentária. Como critérios de inclusão foram considerados a maioridade, experiência prévia ou atual em tratamento protético, capacidade de compreensão do questionário e aceitação em participar do estudo. Foram excluídos do estudo os pacientes em tratamento clínico em andamento.

O recrutamento foi por meio da apresentação pessoal do pesquisador aos possíveis participantes, seguida de uma breve explicação dos objetivos da pesquisa. Para aqueles que aceitaram participar da pesquisa será apresentado individualmente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual foiser assinado por todos os participantes.

As questões continham dados demográficos (idade, sexo, escolaridade, estado civil), relacionados à condição bucal (condição dentária – dentado completo, desdentado parcial ou desdentado total; uso de prótese e tipo de prótese; uso predominantemente de serviço odontológico – serviço odontológico público, privado ou ambos). O questionário incluía ainda a versão brasileira do instrumento OHIP-Edent (SOUZA et al., 2007).

As questões relativas à percepção a respeito da procura e decisão por tratamento odontológico foram a partir da concordância ou não com 20 afirmativas, respondidas numa escala tipo Likert de 5 pontos (discordo totalmente, discordo parcialmente, neutro, concordo parcialmente e concordo totalmente). As afirmativas estão descritas no Quadro em anexo (Anexo 1).

Foi realizada estatística descritiva dos dados e comparação de grupos (testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis), utilizando-se o programa estatístico SPSS for Windows 17.0.

RESULTADOS

Foram entrevistados 34 pacientes, sendo 22 (64,7%) do sexo feminino. A idade dos variou entre 23,2 e 69,0 anos (média=45,0; dp=12,6). A Tabela 1 descreve as demais características dos pacientes.

Os pacientes foram categorizados em relação ao sexo, escolaridade, uso de prótese e uso de serviço odontológico e feita a comparação de grupos em relação à idade, escore da qualidade de vida relacionada à saúde bucal e do escore total do questionário relacionado à procura e decisão por tratamento odontológico (Tabela 2).

Houve diferença em relação à idade para as variáveis escolaridade, uso de prótese e uso de serviço odontológico ($p < 0,05$). No questionário relacionado à procura e decisão por tratamento houve diferença entre os sexo masculino e feminino. Não foi identificada diferença em relação ao OHIP-Edent nos grupos comparados.

Tabela 1. Características dos pacientes

Variável	Categorias	n	%
Escolaridade	Fundamental incompleto	9	26,5
	Fundamental completo	3	8,8
	Ensino médio completo	15	44,1
	Ensino superior completo	6	17,6
Estado civil	Solteiro	6	17,6
	Viúvo	1	2,9
	Divorciado / separado	3	8,8
	Casado / com companheiro	23	67,6
Condição dentária	Dentado completo	9	26,5
	Desdentado parcial	23	67,6
	Desdentado total	2	5,9
Uso de prótese	Não	17	50,0
	Sim – Prótese removível	16	47,1
	Sim – Prótese fixa	1	2,9
Uso de serviço odontológico	Predominantemente publico	12	35,3
	Predominantemente privado	11	32,4
	Ambos	11	32,4

Tabela 2. Comparação de grupos em relação à idade, qualidade de vida e procura e decisão por tratamento odontológico (* $p < 0,05$).

		Idade	OHIP-Edent	Questionário
Sexo	Feminino	46,6 (11,2)	12,5 (8,8)	68,9 (7,0)
	Masculino	42,1 (15,0)	8,7 (8,5)	74,8 (5,9)
	<i>P-valor</i>	0,245	0,157	0,028*
Escolaridade	Baixa	51,6 (12,6)	14,3 (10,0)	74,3 (4,9)
	Alta	41,7 (11,5)	8,9 (7,6)	69,1 (7,7)
	<i>P-valor</i>	0,044*	0,082	0,040*
Uso de prótese	Não	37,1 (8,1)	9,3 (7,8)	70,6 (7,0)
	Sim	52,9 (11,5)	12,9 (9,5)	71,3 (7,5)
	<i>P-valor</i>	<0,001*	0,245	0,760
Uso de serviço odontológico	Público	45,0 (13,6)	10,3 (8,5)	72,3 (5,6)
	Privado	38,5 (10,3)	11,2 (9,3)	73,1 (7,5)
	Ambos	45,0 (12,6)	11,1 (8,8)	67,3 (7,2)
	<i>P-valor</i>	0,040*	0,846	0,137

DISCUSSÃO

A investigação da influência das crenças comportamentais, sociais e de controle sobre a formação da intenção comportamental sobre o comportamento do paciente em relação ao tratamento odontológico sugere que a formação do comportamento é multifatorial e de difícil predição.

Estudo prévio (VIEIRA, 2010) verificou que as crenças comportamentais, normativas e de controle exercem diferentes intensidades de influência sobre a intenção comportamental do paciente ao longo do processo de atenção à saúde. Compreender a flutuação da influência destas variáveis na formação da intenção comportamental possibilitará a elaboração de um modelo com melhor poder preditivo sobre o comportamento dos pacientes frente ao tratamento odontológico. Entretanto estes efeitos não foram identificados no presente estudo, possivelmente devido ao tamanho reduzido da amostra e da necessidade de se avaliar previamente a confiabilidade dos instrumentos de medida quantitativa.

O tratamento odontológico por sua vez pode ser percebido como um processo constituído por várias etapas interdependentes. Os caminhos trilhados para sua realização estão fortemente influenciados pelas experiências prévias do paciente ou de pessoas com as quais desenvolvam relações de confiança. Para Fekete (1996), numa compreensão ampliada, acessibilidade ao tratamento pode ser definida como o grau de

ajuste entre as características dos recursos de saúde e as da população, no processo de busca e obtenção de assistência à saúde. Percebe-se, nesse conceito, que acessibilidade enfoca tanto as características dos indivíduos, como as do serviço, onde em um extremo se encontra a necessidade do indivíduo e no outro a oferta de serviços de saúde, estando o movimento de busca a assistência à saúde mediado por uma série de fatores relacionados tanto ao indivíduo quanto ao serviço.

Esta compreensão coloca a acessibilidade em um momento posterior à necessidade, sendo esta última entendida como a condição de saúde percebida pelas pessoas ou diagnosticada por profissionais de saúde (ANDERSEN, 1995; NARBY et al., 2005), mas não significa dizer que a necessidade percebida ou diagnosticada se transformará em uso do serviço de saúde pelo indivíduo, pois fatores como desejo do paciente e a abordagem do profissional são importantes para transformar uma necessidade em demanda (NARBY et al., 2005).

Em alguns grupos sociais a população ainda sofre com a inexistência do cirurgião dentista. Esta realidade, que não é exclusiva do Brasil, afeta principalmente as populações rurais, que apresentam menores índices de acessibilidade ao tratamento odontológico e piores indicadores de saúde bucal quando comparada à população urbana, sendo mais grave na população de idosos, que tem dificuldade de locomoção e, na maioria das vezes, necessita de auxílio de acompanhantes em suas visitas ao dentista (KIYAK; REICHMUTH, 2005).

CONCLUSÕES

Os resultados preliminares deste estudo apontam para a necessidade de aprofundamento na construção de uma escala que tente explicar o comportamento planejado dos indivíduos em relação à busca e decisão por tratamento protético.

REFERÊNCIAS

VIEIRA, A.H. Influência de crenças comportamentais, sociais e de controle na formação da intenção comportamental em relação ao tratamento protético: estudo qualitativo. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Goiás, 2010.

- SOUZA, R. et al. Reliability and validation of a Brazilian version of the Oral Health Impact Profile for assessing edentulous subjects. *J Oral Rehabil*, v.34, n. 11, p. 821-26, 2007.
- LELES, C.R.; FREIRE, M.C.M. A sociodental approach in prosthodontic treatment decision making. *J Appl Oral Sci*, v. 12, n. 2, p. 127-32, apr.-jun, 2004.
- BERKEY, D.B.; BERG, R.G.; ETTINGER, R.L.; MERSEL, A.; MANN, J. The old-old dental patient: the challenge of clinical decision-making. *J Am Dent Assoc*, v. 127, n. 3, mar. 1996.
- RICH, G.; GOLDSTEIN, B. New paradigms in prosthodontic treatment planning. A literature review. *J Prosthet Dent*, v. 88, n. 2, p. 208-14, ago, 2002.
- SEID, E.M.F.; ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Púb*, v. 20, n. 2, p. 580-88, mar, 2004.
- LELES, C. R, MORANDINI, W. J. ; SILVA, E. T. ; NUNES, M. F. ; FREIRE, M. C. M. . Assessing perceived potential outcomes of prosthodontic treatment in partial and fully edentulous patients. *Journal of Oral Rehabilitation* **JCR**, v. 35, p. 682-689, 2008.
- LELES, C. R. ; MARTINS, R. R. ; SILVA, E. T. ; NUNES, M. F. . Discriminant analysis of patients' reasons for choosing or refusing treatments for partial edentulism. *Journal of Oral Rehabilitation (Print)* **JCR**, v. 36, p. 909-915, 2009.
- HEFT, M.W.; GILBERT, G.H.; SHELTON, B.J.; DUNCAN, R.P. Relationship of dental status, sociodemographic status, and oral symptoms to perceived need for dental care. *Community Dent Oral Epidemiol*, v. 31, n. 5, p. 351-60, 2003.
- AJZEN, I. Constructing a TPB Questionnaire: Conceptual and Methodological Considerations. 2002b. (Revised January, 2006).
- FEKETE, M.C. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços. Projeto GERUS. S. 1. s. n. 1996.
- ANDERSEN, R.M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav*, v. 36, p. 1-10.1995.

NARBY, B.; KRONSTROM, M.; SODERFELDT, B.; PALMQVIST, S.

Prosthodontics and the patient: what is oral rehabilitation need? Conceptual analysis of need and demand for prosthodontic treatment. Part 1: a conceptual analysis. *Int J Prosthodont*, v. 18, n. 1, p. 75-9, 2005.

KIYAK. M.A.; REICHMUTH. M. Barriers to and enablers of older adults' use of dental services. *J Dent Education*, v. 69, n. 9, p. 975-86, 2005.

ANEXO 1

1. Ter plano ou seguro de saúde bucal aumenta minhas chances de ir ao dentista para tratamento
2. Ter boas referências sobre a qualidade do tratamento de um profissional me motiva a buscar tratamento
3. Tenho receio de que os meus problemas dentários se agravem no futuro se eu não tratar
4. Quanto maior a facilidade de chegar ao local do tratamento, mais me sinto motivado a tratar dos meus dentes
5. Quando um dentista me diz que preciso de tratamento eu procuro resolver este problema o mais rápido possível
6. Gostaria de receber tratamento dentário mas não tenho dinheiro para arcar com os custos
7. Propagandas sobre produtos e serviços odontológicos me motivam a procurar o dentista
8. O medo de tratamento odontológico faz com que eu adie a ida ao dentista
9. O medo da dor ou de que algo possa dar errado faz com que eu adie o tratamento de meus dentes
10. Não busco tratamento por causa da falta de bons profissionais no mercado
11. Já ter recebido anteriormente um tratamento de qualidade do profissional me incentiva a retornar para tratamento
12. Gostaria de receber tratamento odontológico mas não tenho oportunidade
13. Quando sinto que preciso de tratamento procuro o dentista o mais rápido possível
14. Sinto que preciso de tratamento mas fico adiando por que não tenho tempo disponível
15. Evito buscar tratamento por causa de minhas experiências odontológicas anteriores
16. É essencial ser bem acolhido pela equipe de atendentes e auxiliares para iniciar um tratamento
17. É essencial que eu tenha um bom relacionamento com o dentista para iniciar um tratamento
18. A opinião de outras pessoas sobre o meus problemas odontológicos influencia na minha intenção de tratar
19. A oferta e disponibilidade de tratamento no serviço público de saúde me motivam a buscar tratamento odontológico
20. A expectativa dos benefícios do tratamento odontológico me motiva a procurar o dentista