



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

**JAQUELINE VILELA BULGARELI**

**ADESÃO AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DE ADOLESCENTES EM  
SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL:  
ABORDAGEM QUANTI QUALITATIVA**

**ADHERENCE TO DENTAL TREATMENT OF ADOLESCENTS IN  
SOCIAL VULNERABILITY SITUATION:  
QUANTITATIVE AND QUALITATIVE APPROACHES**

**PIRACICABA  
2016**

**JAQUELINE VILELA BULGARELI**

**ADESÃO AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DE ADOLESCENTES EM  
SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL:  
ABORDAGEM QUANTI QUALITATIVA**

**ADHERENCE TO DENTAL TREATMENT OF ADOLESCENTS IN  
SOCIAL VULNERABILITY SITUATION:  
QUANTITATIVE AND QUALITATIVE APPROACHES**

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Doutor em Odontologia, na Área de Saúde Coletiva.

Thesis presents to the Piracicaba Dental School of the University of Campinas in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor in Dentistry, in Public Health Area.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À  
VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO (OU  
TESE) DEFENDIDA PELA ALUNA JAQUELINE  
VILELA BULGARELI E ORIENTADA PELO  
PROF. DR. ANTONIO CARLOS PEREIRA.

**Piracicaba  
2016**

**Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s):** FAPESP, 2013/17340-9

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba  
Máriene Girello - CRB 8/6159

B871a Bulgareli, Jaqueline Vilela, 1980-  
Adesão ao tratamento odontológico de adolescentes em situação de vulnerabilidade social : abordagem quanti qualitativa / Jaqueline Vilela Bulgareli. – Piracicaba, SP : [s.n.], 2016.

Orientador: Antonio Carlos Pereira.  
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Saúde bucal. 2. Adesão. 3. Vulnerabilidade social. 4. Pesquisa qualitativa. 5. Pesquisa quantitativa. I. Pereira, Antonio Carlos, 1967-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

**Titulo em outro idioma:** Adherence to dental treatment of adolescents in social vulnerability situation : qualitative and quantitative approaches

**Palavras-chave em inglês:**

Oral health

Adhesion

Social vulnerability

Qualitative research

Quantitative research

**Área de concentração:** Saúde Coletiva

**Titulação:** Doutora em Odontologia

**Banca examinadora:**

Antonio Carlos Pereira [Orientador]

Silvia Helena de Carvalho Sales Peres

Silvio Yasui

Egberto Ribeiro Turato

Nelson Filice de Barros

**Data de defesa:** 19-02-2016

**Programa de Pós-Graduação:** Odontologia



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
Faculdade de Odontologia de Piracicaba



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Tese de Doutorado, em sessão pública realizada em 19 de Fevereiro de 2016, considerou a candidata JAQUELINE VILELA BULGARELI aprovada.

PROF. DR. ANTONIO CARLOS PEREIRA

PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup>. SILVIA HELENA DE CARVALHO SALES PERES

PROF. DR. SILVIO YASUI

PROF. DR. EGBERTO RIBEIRO TURATO

PROF. DR. NELSON FILICE DE BARROS

A Ata da defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

## DEDICATÓRIA

Tenho tantas pessoas às quais dedicaria este trabalho, mas verdadeiramente sem ELE, o meu mais fiel amigo, companheiro e Pai, nada disso teria sido possível. Toda a honra, toda a glória ao meu amado DEUS.

*“Tudo posso naquele que me fortalece” fp 4.13*

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus filhos, Leonardo e Felipe, por toda paciência, compreensão e amor nos momentos de minha ausência. Sou grata a vocês meus filhos, por experimentar o amor incondicional e verdadeiro.

Em especial à minha família, Mário, Fátima e Michele, pelo apoio e carinho em todos os momentos desta caminhada. Vocês são exemplos de persistência, determinação e coragem para alcançar meus sonhos. Amo vocês.

Ao meu querido e amigo orientador, Antonio Carlos Pereira, que esteve sempre disposto a ajudar, ensinar e compartilhar seu conhecimento e amizade. Minha eterna gratidão por acreditar e tornar possível a realização desse trabalho.

Ao Magnífico Reitor da Universidade Estadual de Campinas, Prof. Dr. José Tadeu Jorge.

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba, na pessoa de seu diretor Prof. Guilherme Elias Pessanha Henriques.

À Profa. Cíntia Pereira Machado Tabchoury, coordenadora dos programas de Pós-graduação da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, pela dedicação aos programas e nos esclarecimentos de dúvidas.

À Profa. Dra. Juliana Trindade Clemente Napimoga, coordenadora do programa de Pós-graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, pela dedicação ao programa.

Aos professores do departamento de Odontologia Social, Profas. Gláucia Maria Bovi Ambrosano e Rosana de Fátima Possobon, aos Profs. Fábio Luiz Mialhe e Marcelo de Castro Meneghim, agradeço de coração pelo compartilhamento dos seus conhecimentos da área de Saúde Coletiva, sempre demonstrando imensa experiência e saber.

Aos professores da banca de qualificação (Profas Débora Silva, Maria Paula Meirelles e Prof. Danilo Catandi) pelos comentários e contribuições.

Aos professores da banca de defesa (Profa Silva Salles, Prof Silvio Yasui, Prof. Egberto Turato, Prof. Nelson Filice) pelas brilhantes e enriquecedoras sugestões.

Às amigas queridas, Luciana Miranda Guerra, Juliana Zanatta e Karine Cortellazzi Mendes, pela amizade, cumplicidade e lealdade. Durante todo o meu caminhar vocês estiveram ao meu lado, vivenciando muitos momentos de lutas e vitórias. Vocês habitam um lugarzinho especial em meu coração.

Às companheiras de jornada diária, Fabiana Vazquez, Valéria Brizon, Livia Probst e Denise Cavalcante pelo incentivo e ajuda, prontamente, nas horas que mais precisei. Vocês são especiais.

Aos amigos da coleta, Silvia, Fernanda, Armando, Joyce e Michele, pela disponibilidade do tempo dedicado, as muitas risadas e desafios que enfrentamos juntos. Com certeza esta etapa do estudo foi muito mais divertida com a presença e ajuda de vocês.

Aos amigos que conheci durante o doutorado, os quais deram origem à tão conhecida “Turma de salinha”. A amizade de vocês será guardada com carinho. As lembranças dos momentos que vivenciados juntos ficarão em minha memória.

Aos diretores, coordenadores e alunos das escolas que participaram e ajudaram na realização da pesquisa.

À FAPESP, pelo apoio financeiro e suporte na realização da pesquisa.

A todas as pessoas que de alguma forma contribuíram a minha formação tanto acadêmica ou pessoal. Um sincero obrigado.

*“O que a memória ama, fica eterno”.*

*Adélia Prado.*

## RESUMO

Estudo longitudinal analítico e uma pesquisa qualitativa conduzido no município de Piracicaba, São Paulo, no período de 2013 e 2015 com o objetivo de avaliar a adesão ao tratamento odontológico de adolescentes em situação de vulnerabilidade social, e suas relações com as variáveis individuais, contextuais, familiares e qualidade de vida. Na fase inicial foi realizado o exame clínico para obter as informações de condição de cárie e doença periodontal, com uma amostra aleatória probabilística de 1179 adolescentes de 34 Unidades de Saúde da Família (USF). Já na fase final (reavaliação) a amostra foi constituída de 476 adolescentes encaminhados para tratamento de cárie e/ou doença periodontal nas unidades de saúde durante a fase inicial. Após 18 meses foram reavaliados 325 indivíduos para investigar se eles aderiram ao tratamento odontológico proposto na fase inicial (n=164 adesão, n=161 não adesão). As variáveis individuais, contextuais, comportamentais e psicossociais foram coletadas utilizando questionário socioeconômico, OIDP, WHOQOL, entrevistas em profundidade e grupos focais. A análise dos dados das variáveis individuais e contextuais com a adesão ao tratamento odontológico foi estimada nos modelos de regressão logística multinível e por meio de modelos lineares generalizados (PROC GENMOD do programa SAS). Avaliou-se a associação da qualidade de vida (WHOQOL) e o impacto sócio dental (OIDP) nos dois tempos estudados (inicial e final). Na fase qualitativa, as entrevistas e o grupo focal foram gravadas e transcritas, os dados agrupados por categorias e identificados os temas chave permitindo a análise temática e a fenomenológica. Houve uma taxa de não adesão ao tratamento alta na amostra estudada (49,5%). No primeiro artigo, as variáveis, renda familiar do bairro e aglomeração foram associadas à não adesão ao tratamento odontológico. Com referência ao segundo artigo, a qualidade de vida dos adolescentes vulneráveis melhorou nos dois tempos estudados (inicial e final medida pelo WHOQOL). Por sua vez, houve um maior impacto das atividades diárias (OIDP) nos participantes que não aderiram ao tratamento odontológico e, conseqüentemente, piora na qualidade de vida. Para a pesquisa qualitativa (terceiro artigo), os cuidados em saúde que a família possui com o adolescente foram relacionados ao “cumprimento/descumprimento de regras saudáveis”, como também a “adesão/não adesão ao tratamento”. No quarto artigo, os sentidos de saúde e doença atribuídos pelos adolescentes foram agrupados em quatro temas: “concepções sobre saúde e doença”; “determinantes e

condicionantes em saúde e doença”; “saúde bucal” e as “relações humanas, os sentimentos e a saúde”. Conclui-se que as variáveis relacionadas a condição de vulnerabilidade dos adolescentes pode acarretar situações concorrentes à adesão e dificultar o tratamento odontológico. Ao mesmo tempo, o maior impacto nas atividades diárias dos não aderentes, corrobora o fato de que a saúde bucal é parte inseparável, determinante e importante na qualidade de vida das pessoas. Os cuidados da família para com o adolescente podem influenciar os filhos nas decisões importantes com relação adesão. E por fim, a compreensão dos sentimentos, idéias e comportamentos dos adolescentes em relação a sua saúde e doença, ressignifica questões que fortalecem a promoção da saúde, enfatizando a articulação intersetorial e multidisciplinar.

**Palavras chaves:** Saúde bucal, Adesão, Vulnerabilidade Social, Pesquisa qualitativa, Pesquisa quantitativa.

## ABSTRACT

This analytic longitudinal study and qualitative research was conducted in Piracicaba, São Paulo, between 2013 and 2015 and aimed to assess adherence to dental treatment of underprivileged adolescents, and their relationship to the individual variables, contextual, family and quality of life. In the initial phase was conducted clinical examination for the condition of caries and periodontal disease information. Included a probabilistic random sample of 1179 adolescents of 34 Family Health Units (USF). In the final phase of the study (reevaluation) the sample consisted of 476 adolescents referred for treatment of caries and / or periodontal disease in health facilities during the initial phase. After 18 months were assessed 325 individuals to investigate whether they adhered to the dental treatment proposed in the initial phase of the study (n = 164 adherence, n = 161 non-adherence). Individual, contextual, behavioral and psychosocial variables were collected using socioeconomic questionnaires, OIDP, WHOQOL, interviews and focus groups. Data analysis of individual and contextual variables with adherence to dental treatment was estimated in the multilevel logistic regression models and by using generalized linear models (PROC GENMOD the SAS program). We evaluated the association between quality of life (WHOQOL) and dental social impact (OIDP) in two stages studied (first and last). In the qualitative phase, interviews and focus groups were recorded and transcribed; data grouped into categories and identified the key issues allowing the thematic analysis and the phenomenological. There was a non-adherence rate to high treatment in our sample (49.5%). In the first article, variables, family income neighborhood and crowding were associated with non-adherence to dental treatment. As for the second item, the quality of life of vulnerable adolescents improved in two stages studied (first and last measured by WHOQOL). In turn, there was a greater impact of daily activities (OIDP) in participants who did not adherence to dental treatment and, consequently, poor quality of life. For qualitative research (third article), the health care that the family has with the teenager were related to "compliance / non-compliance with health rules," as well as "adherence / non-adherence to treatment." In the fourth article, the meanings of health and illness attributed by adolescents were grouped into four themes: "conceptions of health and disease"; "Determinants and conditioning factors in health and disease"; "Dental health" and "Human relations, feelings and health." It concludes that the variables related to underprivileged

adolescents condition may lead competitors to join situations and difficult dental treatment. At the same time, the greatest impact on daily activities of non-adherence corroborates the fact that oral health is an inseparable part, decisive and important in quality of life. Family care for those with teenage children can influence the important decisions regarding adherence. Finally, understanding the feelings, ideas and behaviors of adolescents regarding your health and illness, reframes issues that strengthen health promotion, emphasizing intersectoral and multidisciplinary articulation.

**Key words:** Oral health, Adherence, Socially Vulnerability, Qualitative research, Quantitative research.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>14</b>
<b>2 ARTIGOS</b>	<b>21</b>
<b>2.1 Artigo: Determinantes da adesão ao tratamento odontológico de adolescentes em situação de vulnerabilidade social: um estudo longitudinal</b>	<b>21</b>
<b>2.2 Artigo: Qualidade de vida e adesão ao tratamento odontológico de adolescentes em situação de vulnerabilidade social</b>	<b>42</b>
<b>2.3 Artigo: O cuidador e suas práticas de cuidado em saúde: interações e influências na adesão ao tratamento odontológico entre adolescentes</b>	<b>65</b>
<b>2.4 Artigo: Estudo qualitativo da percepção do adolescente sobre o processo saúde doença</b>	<b>90</b>
<b>DISCUSSÃO</b>	<b>114</b>
<b>CONCLUSÃO</b>	<b>119</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>120</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>126</b>
<b>Apêndice 1- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b>	<b>126</b>
<b>Apêndice 2- Roteiro semiestruturado de entrevista</b>	<b>130</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>131</b>
<b>Anexo 1 - Certificado do Comitê de Ética em Pesquisa</b>	<b>131</b>
<b>Anexo 2 – Quadro da Vulnerabilidade e Direitos Humanos: dimensões individual, social e programática (Ayres et al., 2010).</b>	<b>132</b>
<b>Anexo 3 – Mapa da exclusão social do Município de Piracicaba</b>	<b>133</b>
<b>Anexo 4 – Comprovante de submissão do artigo 1</b>	<b>134</b>
<b>Anexo 5 - Instrumento de Qualidade de Vida (WHOQOL- Bref)</b>	<b>1345</b>
<b>Anexo 6 - Instrumento OIDP</b>	<b>136</b>

<b>Anexo 7 - Questionário Socioeconômico</b>	<b>137</b>
<b>Anexo 8 - Questionário de Coesão e Adaptabilidade Familiar</b>	<b>138</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Este estudo apresenta quatro artigos que contemplam assuntos diversos que afetam a vida do adolescente, mas tendo como núcleo central os diversos aspectos que influenciam a adesão ao tratamento odontológico.

A literatura estabelece um limite cronológico para a adolescência. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (Brasil, 1989) a adolescência é delimitada como o período entre os 10 e 20 anos incompletos. Contudo, o presente estudo considerou a idade de 15 a 19 anos, preconizada no Levantamento Epidemiológico da Saúde Bucal no Brasil (Brasil, 2010).

O Brasil tem cerca de 17,5 milhões de adolescentes (9,2% da população) entre 10 e 14 anos de idade e 17 milhões (8,9%) entre 15 e 19 anos. A grande maioria destes adolescentes está na escola, 98% e 84% para as faixas de 10 a 14 e 15 a 17 anos, respectivamente (IBGE, 2008).

A adolescência é a etapa do processo de crescimento e desenvolvimento, cuja marca primordial são as modificações de natureza física e psicoemocional, as quais se interligam à cultura, às relações sociais, à religião e às questões de gênero. É um produto de significações subjetivas e conflitos entre indivíduo-sociedade, interno-externo e biológico-social (Campos, 2006).

Para Nogueira (2011), a fase da adolescência acontece de maneira conflitiva e provoca grande ansiedade nos jovens. Os adolescentes encontram-se confusos: ao mesmo tempo em que são cobrados de romper a adolescência e se tornarem adultos, estão expostos a “adultos” que cada vez mais se comportam e se relacionam com o público adolescente, estes são conhecidos como “adultescentes”.

As transformações decorrentes nesta fase de amadurecimento causam um forte impacto no autoconceito e na autoestima dos jovens, representando papel importante na medição de alterações comportamentais relacionadas à sua saúde bucal, como o cuidado com os dentes, o que interfere na socialização destes jovens, modificando sua relação com o meio o qual está inserido (Flores e Drehmer, 2003).

O indivíduo passa a adotar comportamentos e práticas de risco, caracterizados principalmente pela autonomia e maior exposição às situações do cotidiano (Kanauth, 2006; Costa et al., 2008).

O apoio da família apresenta relação favorável com comportamento de risco, demonstrando que o adolescente que percebe que é cuidado, amado, querido e respeitado pela família pode apresentar menor envolvimento nesses comportamentos

(Auerbach et al., 2011; Fosco et al., 2012; Rueger et al., 2010; Springer et al., 2006 e Weber et al., 2010).

Em contrapartida, hábitos de saúde inadequados podem indicar que os adolescentes se sentem incompreendidos por seus pais e assumem uma postura de desinteresse pela sua aparência e autocuidado, como forma de protesto (Davolgio et al., 2009). Os autores observaram que os hábitos de saúde entre adolescentes são influenciados negativamente por sentimentos de solidão e de discriminação. Desta forma, a família é identificada como tendo um papel crucial na vida do adolescente, pois possui maiores chances de promover condições e possibilidades para o desenvolvimento saudável de seus filhos.

Diante disso, torna-se importante a abordagem dos jovens a partir de um olhar psicossocial para entendê-los como o resultado da interação dos processos de desenvolvimento biológico, mental e social; bem como as condições socioeconômicas, as influências culturais e familiares (Thiengo et al., 2002).

Nesse sentido, se pensarmos na área odontológica, a compreensão do processo saúde-doença para as principais doenças bucais (cárie e doença periodontal) envolvem fatores biológicos (biofilme, dieta, saliva) e também fatores denominados de modificadores ou moduladores (renda, educação, fatores comportamentais, conhecimento, escolaridade, atitudes e outros). Tais fatores são conhecidos atualmente como determinantes sociais da saúde, sendo que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde. Estes fatores vêm sendo apontados pelos epidemiologistas como grandes responsáveis para que o indivíduo ou as populações estejam expostos a um maior risco de desenvolver doença (Fejerskov, 2004).

Apesar dos importantes avanços dos últimos anos na melhoria de seus indicadores de saúde, o Brasil ainda está entre os países com maiores iniquidades em saúde, ou seja, desigualdades de saúde entre grupos populacionais que além de sistemáticas e relevantes são também evitáveis, injustas e desnecessárias (Whitehead, 1992). Estas iniquidades em saúde são produto de grandes desigualdades entre os diversos estratos sociais e econômicos da população brasileira (CNDSS, 2008), sendo que os principais desafios para o futuro serão traduzir o conhecimento já existente e experiências efetivas de prevenção e promoção da saúde em programas de ação estratégica, a fim de se alcançar avanços

sustentáveis em saúde bucal, reduzindo iniquidades (WHO, 2003; CDSS, 2010, Sheiham et al., 2011).

Várias abordagens vêm sendo utilizadas para enfrentar o desafio da iniquidade, como as que privilegiam os aspectos materiais da existência dos indivíduos e da infraestrutura comunitária e as que enfatizam fatores psicossociais na geração de problemas de saúde como a percepção das pessoas sobre sua posição em sociedade (Sheiham et al., 2011).

Por esta perspectiva, a fim de reduzir iniquidades em saúde geral e saúde bucal, Frieden (2010) desenvolveu a pirâmide do impacto em saúde em que as prioridades são avaliadas por níveis de intervenção, englobando na direção do topo para a base o aconselhamento e educação individual, intervenções clínicas, acompanhamento e cuidados familiares sustentáveis, mudança de contexto local para tornar a decisão “padrão” do indivíduo mais saudável.

Sabe-se que a adolescência é marcada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial associado à vulnerabilidade em relação aos agravos da saúde. Frente ao exposto, é conhecido que as análises de vulnerabilidade buscam integrar três eixos interdependentes de compreensão dos aspectos da vida das pessoas, das comunidades, ou até das nações, que as tornam mais ou menos susceptíveis às atividades de intervenção em saúde. Na perspectiva da vulnerabilidade, as dimensões individuais, sociais e programáticas de qualquer processo saúde-doença-cuidado serão identificadas e inter-relacionadas pelos sujeitos, que de alguma forma estão implicados nesse processo, e buscam compreender o que ele significa (Ayres et al., 2010).

A vulnerabilidade individual refere-se a comportamentos que criam a oportunidade de infecção ou adoecimento dos indivíduos. O termo vulnerabilidade programática ou institucional refere-se à vulnerabilidade que está associada à existência de políticas e ações organizadas para enfrentar problemas e agravos à saúde. E por fim, vulnerabilidade social está relacionada, principalmente, aos processos de exclusão, discriminação ou enfraquecimento dos grupos sociais e sua capacidade de reação (Ayres et al., 2003, 2010) (Anexo 2). Pode ser mensurada pelo Índice Paulista de Vulnerabilidade Social que consiste num indicador que permite um detalhamento sobre as condições de vida das classes sociais com maiores índices de exclusão social (São Paulo, 2015). Esse índice identifica e localiza as pessoas mais vulneráveis, a fim de criar e incluí-las em programas.

No município de Piracicaba, os valores do índice de vulnerabilidade social (exclusão social) estão disponíveis no Instituto de Pesquisa e Planejamento de Piracicaba (IPPLAP) e varia de -1 a 1 (Piracicaba, 2015). Os adolescentes desse estudo estavam inseridos nas unidades de saúde da família localizadas nas regiões de maior índice de exclusão social do município ( $\leq -0,75$ ) (Anexo 3).

Nas buscas literárias dos artigos que tratavam de vulnerabilidade social foram encontradas várias denominações. Nos trabalhos internacionais o termo “*underprivileged*” (menos favorecido) é o mais utilizado para contemplar o significado de “vulneráveis”, portanto estes foram os termos utilizados no estudo.

Com a visão integral do processo saúde doença, a Política Nacional de Saúde Bucal- Brasil Sorridente propõe a reorientação do modelo de atenção apoiada numa adequação do sistema de trabalho das equipes de saúde bucal (Brasil, 2004). Uma das metas a ser atingida é a de melhorar a condição de saúde da população, partindo de princípios e práticas, dentre as quais se insere o aumento do acesso aos serviços odontológicos para todas as faixas etárias, além da sua qualificação.

Estudos demonstram inadequada utilização dos serviços de saúde, verificando-se a presença expressiva de dentes cariados não tratados e perda dental nos adolescentes brasileiros, condição justificada pelos determinantes sócio demográficos, ambientais e comportamentais da família (Lopez e Baelum, 2007). Contudo, os resultados do último levantamento epidemiológico de saúde bucal comprovam declínio da cárie dentária de 30% nos adolescentes (15 a 19 anos), entre 2003 e 2010, e redução pela metade do número de jovens que sofreram algum tipo de perda dentária, além de importante incremento no acesso aos serviços (Roncalli, 2011).

Apesar da redução do índice de cárie dentária no Brasil, o que se observa é a polarização da doença cárie (Narvai, 2006; Weyne, 1997) com maior concentração de níveis elevados da doença, em grupos de contexto socioeconômico vulnerável (Antunes, 2004).

Portanto, é importante que o sistema de saúde disponibilize o acesso ao tratamento das doenças bucais que acometem a saúde do adolescente. Todavia, ofertar somente o acesso à consulta odontológica não garante que o indivíduo irá aderir ao tratamento. As relações do adolescente com o meio social e familiar em que vive e sua condição de vida podem facilitar ou dificultar a adesão ao tratamento (Brasil, 2004).

Com relação à saúde bucal, pode-se dizer que estudos de avaliação de adesão ao tratamento em adolescentes são menos frequentes.

Então, é necessária a busca de resultados de efetiva adesão aos programas e consultas disponibilizadas ao adolescente sendo parte integrante e indissociável para o alcance de melhores índices epidemiológicos de doenças bucais, já que sem a presença do paciente não há tratamento odontológico.

Na proposta da OMS, a adesão é caracterizada pelo conjunto de ações que podem incluir: tomar medicamentos, obter imunização, comparecer às consultas agendadas e adotar hábitos saudáveis de vida. Destaca-se ainda, que a adesão envolve, necessariamente, a participação de uma equipe multiprofissional como estabelecadora e mantenedora de acordos com o paciente para realização do tratamento (WHO, 2003). Nesse estudo, o termo “adesão” foi entendido como a decisão de procurar um serviço de saúde e seguir o tratamento recomendado.

Deste modo, o conceito de adesão pressupõe uma parceria entre quem cuida e quem é cuidado. Nesta parceria, algumas variáveis devem ser consideradas: os níveis de informação dos usuários, a atualização de conhecimentos dos profissionais de saúde, a especificidade dos procedimentos terapêuticos e seus efeitos colaterais, a duração dos tratamentos e a noção de saúde-doença do paciente e do cuidador. Esta mudança de perspectiva insere o cuidado com o paciente como ponto central para uma intervenção participativa de ensino e acompanhamento do processo saúde doença do paciente (Friberg & Scherman, 2005).

A percepção do indivíduo é o que o leva a procurar ou não por tratamento, ou seja, a forma como se traduz a sua autopercepção está intimamente ligada às experiências dos indivíduos relacionadas com a cura e o atendimento. Trata-se de um conceito subjetivo, que demonstra com clareza que o conceito de saúde e de doença é relativo e pode ser traduzido como a experiência subjetiva de um indivíduo sobre seu bem-estar social, funcional e psicológico, com forte influência cultural (Silva et al., 2006).

Quando se investiga a qualidade de vida relacionada à saúde em suas múltiplas dimensões, identificam-se os principais aspectos a serem considerados em relação às potencialidades e peculiaridades de saúde e vida, interferindo no seu processo saúde-doença (Santos, 2002).

A expressão “qualidade de vida” vem sendo associado a diversos significados, como condições de saúde e funcionamento social. Sendo que, a

Qualidade de Vida (QV) relacionada à saúde e seu estado subjetivo são conceitos relacionados à avaliação subjetiva do paciente e ao impacto do estado de saúde na capacidade de se viver plenamente (Fleck, 1999). Para tanto, o World Health Organization Quality of Life Instrument Bref (WHOQOL-bref) e Oral Impact on Daily Performance (OIDP) são considerados importantes instrumentos utilizados em pesquisas que tem como objetivo investigar a qualidade de vida geral e bucal, respectivamente.

Contudo, o profissional de saúde, quando diante do paciente, é levado, pela prática diária, a estabelecer um julgamento sobre o seu estado de saúde ou de doença, formulando um diagnóstico de acordo com seu conhecimento adquirido e sua experiência profissional. Desconsidera, muitas vezes, aspectos sócios comportamentais, bem como a visão do indivíduo e da família ou a maneira como ele vê ou interpreta as sensações de saúde ou de doença (Silva et al., 2006).

Desta forma, a metodologia da pesquisa científica vem destacando a vantagem de serem usados múltiplos métodos (quanti-qualitativos), uma vez que podem abordar todos os aspectos envolvidos. A referência a uma abordagem combinada implica pensar em enfoques complementares para dar conta do todo, que inclua os “comos”, os “porquês” do processo, a fim de identificar e compreender os elementos que possam justificar os números encontrados (Nogueira-Martins e Bógus, 2004).

O processo de avaliação envolve a coleta de dados e o processamento e análise da informação. Para que a coleta do material atenda às perguntas que se pretende responder é de fundamental importância lançar mão de um planejamento adequado desde o início, ou seja, qualquer monitoramento ou avaliação pressupõe a utilização de algum modelo teórico que explicita como se espera que as ações desenvolvidas alcancem seus objetivos (Hartz, 2000).

Minayo e Sanches (1993) afirmam que os estudos quantitativos podem gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente e vice-versa. Em cada caso particular, o uso de uma ou de outra abordagem será mais indicado e, muitas vezes, as duas podem ser usadas de modo complementar, dependendo da natureza do estudo.

Por fim, a relevância dessa pesquisa reside na importância quanti-qualitativa do estudo, com o objetivo de investigar a adesão ao tratamento odontológico de adolescentes em situação de vulnerabilidade social e suas relações

com as variáveis individuais, contextuais e qualidade de vida. Além do mais procurou compreender os sentidos de cuidado em saúde atribuídos pelos cuidadores dos adolescentes e a percepção de saúde e doença para os adolescentes.

## 2 ARTIGOS

### **2.1 Artigo: Determinantes da adesão ao tratamento odontológico de adolescentes em situação de vulnerabilidade social: um estudo longitudinal**

Artigo submetido ao periódico “Cadernos de Saúde Coletiva” (anexo 4).  
Manuscrito e referências de acordo com as normas da revista.

#### **Determinantes da adesão ao tratamento odontológico de adolescentes em situação de vulnerabilidade social: um estudo longitudinal**

**Título resumido: Adesão ao tratamento odontológico de adolescentes**

Jaqueline Vilela Bulgareli<sup>1</sup>

Karine Laura Cortellazzi Mendes<sup>2</sup>

Luciane Miranda Guerra<sup>2</sup>

Gláucia Maria Bovi Ambrosano<sup>2</sup>

Armando Koichiro Kaieda<sup>1</sup>

Fabiana de Lima Vazquez<sup>1</sup>

Antonio Carlos Pereira<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Doutorandos do Departamento de Odontologia Social, FOP-Unicamp

<sup>2</sup>Docentes do Departamento de Odontologia Social, FOP-Unicamp

## **Determinantes da adesão ao tratamento odontológico de adolescentes em situação de vulnerabilidade social: um estudo longitudinal**

**RESUMO:** O objetivo do estudo foi investigar os fatores que interferem na adesão ao tratamento odontológico de adolescentes em situação de vulnerabilidade social. Refere-se a um estudo analítico longitudinal conduzido no município de Piracicaba, São Paulo, Brasil, no período de 2014 e 2015. A amostra foi composta de 474 adolescentes encaminhados para tratamento odontológico nas unidades de saúde da família, destes, reavaliaram-se 325 adolescentes. A adesão foi considerada a variável resposta. As variáveis independentes foram: individuais (clínicas, sócio demográficas, acesso ao serviço, relato de dor, impacto sócio dental e coesão familiar) e contextuais (porcentagem de famílias no bairro com renda de 0,5 a 1 salário mínimo). A taxa de não adesão ao tratamento foi alta (49,5%). As renda familiar ( $p=0,0396$ ) e aglomeração ( $p=0,0003$ ), estiveram associadas à não adesão ao tratamento odontológico. Conclui-se que a condição de vulnerabilidade social dos adolescentes acarretou situações concorrentes à adesão, fato que dificulta o tratamento odontológico e o planejamento de ações em serviços.

**Palavras chaves:** Adesão, Adolescentes, Tratamento Odontológico, Vulnerabilidade Social.

**Determinants of adherence to dental treatment of underprivileged adolescents: a longitudinal study**

**ABSTRACT:** The aim of this study was to investigate the factors that influence adherence to dental treatment in adolescents underprivileged. It refers to a longitudinal analytical study conducted in Piracicaba, São Paulo, Brazil, between 2014 and 2015. The sample consisted of 474 adolescents who were referred for dental treatment in family health units, of these, was revalued 325 adolescents. Adherence to dental treatment was the dependent variable. The independent variables were the individual: (clinical, socio demographic, access to the service, reporting pain, dental social impact and family cohesion) and the contextual (percentage of famílias in the neighborhood with income of 0.5 to 1 minimum wage). Non-adherence rate to treatment was high in the studied sample (49.5%). The family income ( $p=0.0396$ ) and household crowding ( $p=0.0003$ ), were associated with non-adherence to dental treatment. It concluded that the condition of social vulnerability of adolescents, resulted competitors to adherence situations, a fact that complicates the dental treatment and action planning services.

**Key words:** Adherence, Adolescents, Dental Care, Social Vulnerability.

## Introdução

Adolescentes representam uma população exposta ao risco de desenvolver as principais doenças bucais como a cárie dentária e a doença periodontal. Contudo, um aspecto em comum nos estudos com adolescentes se refere à dificuldade dos mesmos em aderir a tratamentos de saúde <sup>1,2</sup>. Independentemente da doença, o adolescente tem mais dificuldade de adesão do que crianças mais jovens <sup>3</sup>. Faz-se necessário, portanto, compreender melhor os processos envolvidos na adesão ao tratamento das doenças predominantes nessa população.

Nas últimas décadas, vem ocorrendo uma mudança no perfil epidemiológico da cárie em países desenvolvidos e em desenvolvimento <sup>4</sup>. No Brasil, foi constatada esta mesma tendência com uma redução significativa de 35% no componente cariado em crianças e adolescentes, entre os anos de 2003 e 2010 <sup>5</sup>. Apesar da redução do índice de cárie dentária no Brasil, o que se observa é a polarização da doença cárie <sup>6</sup>, com maior concentração de níveis elevados da doença em grupos de contexto socioeconômico vulnerável <sup>7</sup>.

Além da cárie dentária, outra doença bucal que causa preocupação nesta fase da vida é a doença periodontal. A Organização Mundial da Saúde (OMS) informou recentemente que a maioria das crianças e adolescentes apresenta sinais da gengivite <sup>8</sup>, sendo que a prevalência é de até 80% em adolescentes <sup>9,10</sup>. De acordo com o último inquérito nacional de saúde bucal realizado no Brasil, mais da metade dos adolescentes de 15 a 19 anos de idade apresenta sinais da doença, tais como sangramento (9,7%), cálculo (28,6%) e bolsas periodontais (10,8%) <sup>11</sup>.

Dentre os múltiplos fatores envolvidos no estabelecimento e progressão das doenças bucais estão os determinantes sociais, culturais, comportamentais e econômicos. Diante disto, é possível considerar os aspectos relacionados à etiologia das desigualdades socioeconômicas, representadas pelas diferenças na renda, no estilo de vida e no acesso à saúde <sup>12</sup>.

É importante que o sistema de saúde disponibilize o acesso ao tratamento das doenças bucais que acometem a saúde do adolescente. No entanto, ofertar somente o acesso à consulta odontológica não garante que o indivíduo irá aderir ao tratamento. As relações do adolescente com o meio social e familiar em que vive e sua condição de vida podem facilitar ou dificultar a adesão ao tratamento <sup>13</sup>.

A literatura revela uma vasta produção de estudos que falam sobre os diferentes conceitos de “adesão à terapêutica”. Este pode ser definido como uma abordagem para a manutenção ou melhora da saúde com o objetivo de diminuir os sinais e sintomas de uma doença <sup>14</sup>, como também pelo grau de cumprimento das medidas terapêuticas indicadas, sejam

elas medicamentosas ou não <sup>15</sup>. É um processo comportamental complexo, fortemente influenciado pelo meio ambiente, pelos profissionais de saúde e pelos cuidados de assistência médica. Quando os indivíduos seguem totalmente o tratamento classifica-se em “aderentes”; quando abandonam o tratamento como “desistentes” ou “não aderentes”; e por fim existem ainda os “persistentes”, dentro do grupo dos “não aderentes”, que são aqueles indivíduos que até comparecem às consultas, mas não seguem o tratamento <sup>16</sup>.

Embora exista um equívoco comum de se pensar que os fatores relacionados ao comportamento do paciente seriam os únicos responsáveis por afetar a capacidade da pessoa em aderir ao tratamento, a OMS, através do Projeto Adesão, considera que a adesão pode interagir com várias dimensões relacionadas aos fatores sociais e econômicos, a equipe/sistema de cuidado de saúde, as características da doença, terapias da doença e fatores associados ao paciente <sup>17</sup>. Logo, considerando-se tais fatores, o profissional terá a oportunidade de compreender as expectativas e características dos indivíduos que não seguem o tratamento recomendado, o que permitirá intervenções mais individualizadas para melhorar a adesão e, conseqüentemente, proporcionar um atendimento mais qualificado.

Nesse contexto, a realização de estudos longitudinais em adolescentes contribui na busca de determinantes individuais e contextuais associados com a adesão ao tratamento odontológico e a identificação de variáveis que dificultam o acesso dos adolescentes em situação de vulnerabilidade social.

Esse estudo, portanto, investigou os fatores que interferem na adesão ao tratamento odontológico de adolescentes vulneráveis, residentes em município de médio porte no Estado de São Paulo, Brasil.

## **Método**

Trata-se de um estudo analítico longitudinal, conduzido no município de Piracicaba, São Paulo, Brasil, no período de 2014 e 2015. Obteve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da FOP- UNICAMP, protocolo nº.027/2011.

A população estimada do município é de aproximadamente 391.449 habitantes, com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,84. É composto por 68 bairros distribuídos nas 5 regiões administrativas (Norte, Sul, Leste, Oeste e Centro), totalizando 28.539 adolescentes na faixa etária de 15 a 19 anos <sup>18</sup>.

### **Fase inicial**

Este estudo foi dirigido para adolescentes de 15 a 19 anos residentes na área de abrangência das 34 Unidades Saúde da Família (USF) do município de Piracicaba. Dentre elas, há 12 unidades com equipes de saúde bucal. Esses adolescentes também estavam matriculados nas escolas estaduais de sua referência.

As equipes de saúde da família prestam assistência primária para aproximadamente 1.000 famílias localizadas nas regiões de maior índice de exclusão social do município ( $\leq -0,75$ ). O valor desse índice é avaliado pelo Instituto de Pesquisa e Planejamento de Piracicaba (IPPLAP) e varia de -1 a 1<sup>19</sup>.

Em média, 320 adolescentes com idades entre 15 e 19 anos estavam cadastrados em cada uma das 34 unidades, totalizando, aproximadamente 11.000 indivíduos. Os adolescentes participantes desta pesquisa moravam nas regiões de maior exclusão social, ou seja, encontravam-se em situação de vulnerabilidade social.

Antes do início da pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi entregue ao responsável pelo adolescente nas visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde. Para aqueles pais que autorizaram a participação do adolescente na pesquisa, os agentes agendavam o dia e a hora para que os participantes comparecessem nas unidades.

A amostra probabilística original desta pesquisa foi calculada com base em estudos previamente publicados<sup>20,21</sup>. Na ocasião, 1179 adolescentes foram examinados (avaliação de cárie e doença periodontal) entre o segundo semestre de 2013 e o primeiro semestre de 2014. O tamanho da amostra foi calculado com base na experiência de cárie da região Sudeste do Brasil, utilizando dados do Levantamento Epidemiológico Nacional anterior<sup>13</sup>. Essa fase contemplou as 34 USF existentes no município (Censo). Admitiu-se um erro amostral de 5%, CPOD = 5,16 com SD = 4,54, erro amostral de 20% e um nível de confiança de 95%, obtendo-se uma amostra de 1.428 indivíduos selecionados aleatoriamente (sem reposição) na faixa etária de 15 a 19 anos de idade. Deste total inicial, 249 não compareceram no dia do exame. Assim, 1.179 adolescentes foram examinados.

Os critérios de exclusão da amostra foram os indivíduos com doenças sistêmicas, dificuldades de comunicação, ou problemas neuromotores, de hipoplasia grave e aparelho ortodôntico. Os indivíduos que não concordaram em participar do estudo e os ausentes no dia do exame também foram excluídos da amostra. Considerou-se como critério de inclusão o adolescente pertencer à unidade de saúde.

### **Fase final (reavaliação)**

Aproximadamente 18 meses após a realização do exame inicial, os pesquisadores realizaram uma busca ativa, a fim de localizar os adolescentes que foram encaminhados para tratamento na fase inicial.

Do total de 1179 adolescentes examinados na fase inicial, 474 deles necessitavam de tratamento odontológico e 705 receberam orientações de promoção e prevenção em saúde bucal. Aqueles que precisavam de tratamento foram orientados a agendar consulta na própria unidade para realizar o tratamento, as quais já estavam preparadas para recebê-los. Nas unidades que não tinham dentistas, uma ficha de encaminhamento foi entregue ao adolescente, e este foi orientado a procurar a unidade de referência para tratamento. O critério para o agendamento ou encaminhamento foi a presença de cárie e/ou doença periodontal.

No presente estudo, o termo “adesão” foi entendido como a decisão de procurar um serviço de saúde e seguir o tratamento recomendado. Para saber se o adolescente aderiu ou não ao tratamento odontológico, foi realizado um novo exame clínico nas mesmas condições e com os mesmos examinadores da fase inicial. Aqueles que eventualmente não procuraram o atendimento ou até chegaram a procurar, mas não concluíram o tratamento, foram considerados como pacientes não aderentes.

Dentre os 474 investigados, 325 (68,5%) participantes foram reavaliados, dos quais 164 aderiram ao tratamento odontológico (grupo adesão) e 161 não aderiram (grupo não adesão). 149 adolescentes não foram reexaminados devido à mudança de endereço e telefone de contato (n=131), transferência para outros municípios (n=9) e recusa na participação da pesquisa (n=9). Como esses adolescentes não foram localizados na fase final do estudo e não agendaram consulta na USF, não foi possível saber se eles realizaram ou não o tratamento em outro serviço público ou no setor privado, e não foram incluídos na análise.

Para melhor visualização do delineamento do presente estudo, a figura 1, explica a sequência do desenvolvimento das fases do estudo.

Figura 1

### **Variáveis do estudo**

No Nível 1 foram estudadas as variáveis individuais clínicas (cárie e doença periodontal), socio-demográficas (sexo, número de pessoas na família ou aglomeração familiar), acesso ao serviço (motivo para procurar o dentista), relato de dor (dor nos últimos 6 meses), impacto sócio dental (OIDP) e coesão familiar. No Nível 2, foi analisada a variável

contextual, porcentagem de famílias no bairro com renda de 0,5 a 1 salário mínimo (IBGE, 2015)<sup>18</sup>. O salário mínimo no Brasil no momento da coleta de dados era de R\$ 678,00.

Na avaliação clínica considerou-se a presença de cárie, dor, abscesso e/ou presença de doença periodontal, segundo os critérios da OMS<sup>22</sup>.

Um questionário semiestruturado foi aplicado para a coleta das variáveis individuais (sexo, renda de 0,5 a 1 salário mínimo, número de pessoas na família)<sup>23</sup>. Para investigar o motivo que levou o adolescente a procurar o dentista utilizou-se a pergunta: “Qual o motivo mais frequente pelo qual você vai ao dentista?”, do questionário semiestruturado baseado no modelo de Goes<sup>24</sup>. Para tal, o entrevistado poderia escolher as seguintes respostas: “para revisões frequentes”, “apenas quando tenho um problema” e “não sei/não lembro”.

Os instrumentos utilizados neste estudo foram o OIDP- Oral Impacts on Daily Performances e o FACES III (Family Adaptability and Cohesion Scale).

O OIDP é um indicador sócio dental que mede o impacto das condições de saúde bucal nas atividades diárias<sup>25</sup> e foi obtido somando as pontuações de oito itens de frequência: "Durante os últimos 6 meses a sua boca e/ou seus os dentes lhe causou qualquer dificuldade para 1) comer, 2) falar e pronunciar claramente, 3) limpar os dentes, 4) dormir e relaxar, 5) sorrir sem constrangimento, 6) manter o estado emocional, 7) desfrutar do contato com outras pessoas e 8) realizar trabalhos escolares. Este usa uma abordagem lógica para quantificar o impacto, avaliando a frequência e a gravidade distribuídos em uma escala de cinco pontos. A escala utilizada varia de (0) "nunca afetou" até (5) "toda ou quase todos os dias". A pontuação das medidas de gravidade dá a importância relativa da percepção do informante do impacto no desempenho diário e varia de (0) "nenhuma gravidade" um (5) "grave Extremamente".

Para avaliar a coesão e adaptabilidade familiar percebida foi utilizado o questionário FACES III (Family Adaptability and Cohesion Scale) proposto por Olson et al.<sup>26</sup> e validado no Brasil por Falceto et al.<sup>27</sup>. A escala FACES III propõe-se a investigar o funcionamento e o risco familiar mediante dados de coesão e adaptabilidade familiar. Esta é composta por 20 perguntas, sendo que as questões de número ímpar avaliam a coesão e as questões de número par avaliam a adaptabilidade. A cada pergunta é atribuído valor de 1 a 5, correspondendo o valor 1 a quase nunca e o valor 5 a quase sempre. A soma dos valores é realizada e o escore final pode variar de 10 a 5 para cada domínio.

### **Análise dos dados**

Foram avaliadas as variáveis individuais categóricas: adesão ao tratamento odontológico (sim e não), sexo (masculino/feminino), motivo para procurar o dentista (dor,

extração, tratamento, revisão, limpeza/flúor e outros), dor nos últimos 6 meses (sim, não, não sei e não lembro). E também as variáveis não categóricas classificadas em individuais (número de pessoas na família, OIDP e coesão familiar) e variável contextual (porcentagem de famílias do bairro com renda de 0,5 a 1 salário mínimo).

A adesão ao tratamento odontológico foi considerada como variável de resposta. Após a análise descritiva dos dados, estimaram-se os modelos de regressão logística multinível pelo procedimento PROC GENMOD, do programa estatístico SAS <sup>28</sup>. Na análise, considerou-se as variáveis dos indivíduos como nível 1 e do bairro como nível 2 e o ajuste do modelo foi avaliado pelo QIC (Quasi Likelihood Under Independence Model Criterion).

Inicialmente foi estimado um modelo somente com o intercepto (modelo 1). A seguir foram testadas as variáveis dos indivíduos (modelo 2). No modelo 3 permaneceu a variável que foi significativa no modelo 2 <sup>29</sup> e incluída a variável contextual. Foi utilizado como critério de permanência no modelo  $p \leq 0,05$ .

## Resultados

A idade média dos adolescentes reavaliados foi de 17 anos (desvio-padrão= 1,3), dentre eles, 188 (57,8%) eram do sexo feminino e 137 (42,2%) do sexo masculino. A análise descritiva das variáveis individuais estudadas na fase inicial é apresentada na tabela 1. Com relação ao motivo para procurar o dentista, 34,2% respondeu que procurou o dentista para tratar os dentes, sendo que 36,6% teve dor de dente nos últimos 6 meses.

### Tabela 1

Observa-se na tabela 2, o número de pessoas na família variou de 1 a 6, com mediana 4 e a porcentagem de famílias com renda de 0,5 a 1 salário mínimo variou de 4,1% a 16,9%, com mediana de 10,4%.

### Tabela 2

Na tabela 3 é apresentado o modelo multinível para a variável resposta adesão ao tratamento odontológico (sim e não). No modelo 2 foram testadas as variáveis individuais e observou-se que os indivíduos do grupo não adesão foram aqueles que conviviam com maior número de pessoas na família ( $p=0,0003$ ). Maior porcentagem do grupo não adesão também foi observada nos adolescentes provenientes dos bairros de famílias com rendas menores ( $p=0,0396$ ), de acordo com o modelo.

### Tabela 3

## Discussão

È importante destacar que trabalhos que associam fatores relacionados com a adesão dos adolescentes ao tratamento odontológico são escassos na literatura. Os estudos existentes, que avaliam adesão, restringem-se ao tratamento terapêutico e seguimento de recomendações pelo profissional de saúde, principalmente no que se refere às doenças crônicas <sup>30,31,32,33,34,35</sup>.

A aderência é um processo em que vários fatores têm influências e cargas de valores diferentes, como a natureza da doença, a personalidade do indivíduo, o seu entorno social, a qualidade da relação da equipe terapêutica com o paciente, as condições do serviço de saúde e de fatores decorrentes do próprio tratamento <sup>36</sup>.

Na gestão dos serviços de saúde, um dos grandes desafios que se coloca é possibilitar a captação e adesão dos adolescentes ao tratamento odontológico, contemplando características individuais relacionadas, principalmente, com o contexto de vida e a família do adolescente.

Especial atenção deve ser dada à captação de adolescentes de maior vulnerabilidade social, considerados “vulneráveis”, pois a desigualdade social, política e econômica influenciam diretamente na dinâmica familiar e, por conseguinte, no aumento da situação de risco pessoal e social vivenciado por este indivíduo. Adicionalmente, o adolescente, na sua condição de “pessoa em desenvolvimento”, traz em si uma condição intrínseca de vulnerabilidade, carecendo assim, de cuidados físico, psíquico e moral, ou seja, um olhar integral para as suas necessidades <sup>37</sup>.

Neste estudo, foram reavaliados adolescentes advindos de bairros com os piores índices de exclusão social da cidade de Piracicaba (interior do estado de São Paulo), ou seja, considerados vulneráveis. Dentre os sujeitos avaliados, 50,5% aderiram ao tratamento odontológico e 49,5% não aderiram. É fato que a falta de adesão traz importantes consequências clínicas e sociais. A mais direta é o fracasso no tratamento odontológico, podendo traduzir-se em complicações das doenças bucais, e conseqüentemente, piora no diagnóstico e atraso no controle e cura dessas doenças. Além do mais, o não tratamento da doença poderá acarretar o agravamento da condição bucal e, conseqüentemente, o aumento na demanda dos serviços especializados e dos gastos orçamentários do setor público.

Nos resultados deste estudo, observou-se que os indivíduos que não aderiram ao tratamento odontológico foram aqueles provenientes dos bairros de famílias de menores rendas (0,5 a 1 salário mínimo), corroborando com Carvalho <sup>38</sup>, que associou a não adesão ao tratamento antiretroviral à renda das famílias pesquisadas. Outra pesquisa avaliou o nível de

adesão ao tratamento com antimicrobianos e identificou que os usuários com renda familiar mensal acima de seis salários mínimos apresentaram adesão 8,3 vezes maior do que aqueles com renda de cinco ou menos salários<sup>39</sup>. Sendo assim, a renda pode estar relacionada à adesão principalmente em casos extremos de pobreza, uma vez que tal condição impõe dificuldades de acesso ao tratamento<sup>40,41</sup>.

Reconhece-se que a renda familiar influencia diretamente na forma de viver das pessoas, pois um maior poder aquisitivo pode ajudar na manutenção da saúde, no tratamento e prevenção de doenças. Ao mesmo tempo, baixos salários atuam negativamente na aquisição de comportamentos saudáveis pela população. As condições de habitação também são apontadas como fatores de risco, sendo que a moradia deve ser avaliada quando configura uma situação de exclusão social<sup>41,42</sup>.

Ressalta-se a importância das variáveis relacionadas à situação familiar e nível sócio econômico na determinação de uma baixa aderência ao tratamento. Diante disto, os resultados deste estudo evidenciaram que tais variáveis exerceram um efeito maior na aderência do que aquelas decorrentes das características da doença em si, do tratamento ou do próprio adolescente.

Neste sentido, Trombini e Schermanne<sup>43</sup> estudaram a prevalência e fatores associados à adesão de crianças na terapia antirretroviral e verificaram que o perfil das crianças que não têm boa adesão estava extremamente relacionado ao perfil dos cuidadores, bem como, renda abaixo de um salário mínimo e variáveis relacionadas ao meio familiar (presença de muitos filhos na família e alto grau de pobreza).

No presente estudo, observou-se também que o maior número de pessoas na família (aglomeração) foi associado à menor adesão ao tratamento. Esta variável também foi encontrada em estudos sobre adesão ao tratamento medicamentoso<sup>32</sup>, adesão ao teste PAP (Exame de Papanicolaou)<sup>44</sup> e adesão de adolescente ao tratamento psiquiátrico<sup>45</sup>. Algumas publicações internacionais recentes indicam a aglomeração como fator de risco para internações hospitalares de crianças<sup>46</sup> e saúde psicossocial entre povos indígenas<sup>47</sup>. Contudo, não há estudos relacionando aglomeração com adesão ao tratamento dentário.

Com esta variedade de fatores, a equipe de saúde deve conhecer os determinantes que possam vir a interferir na adesão, sendo imperativo o reconhecimento das especificidades da sua população em particular. A compreensão dos fatores socioculturais que norteiam a adesão pode auxiliar na definição do que se recomendar ao paciente, na comunicação entre o paciente e o profissional e em maior seguimento ao tratamento proposto<sup>48</sup>.

Desse modo, a literatura nos aponta que a adesão deve ser construída e, na presença desta, o indivíduo apropria-se do tratamento, ou seja, há um comprometimento decorrente da compreensão da eficácia e do significado <sup>49</sup>. Sendo assim, a não adesão é um fenômeno que deve ser trabalhado junto ao paciente, desenvolvendo ações que favoreçam uma atuação efetiva dos profissionais e uma incorporação do tratamento pelo paciente.

Os resultados desse estudo apontam para maior possibilidade de não adesão pelos adolescentes de famílias mais numerosas. Há que se considerar ainda que, além disso, a família seja um importante meio de disseminação de ideias e comportamentos. Enfocar, portanto, as famílias numerosas e de baixa renda é, sobretudo, uma ação de educação em saúde com potencial de grande abrangência.

Assim, desenvolver estratégias de comunicação e relacionamento da equipe com o paciente e sua família é fundamental. Podemos citar a necessidade de fortalecer o vínculo, valorizar a criatividade e promover o diálogo entre a equipe, os adolescentes e a sua família, visando o aumento da aderência <sup>4,50,51</sup>.

É importante também empoderar o profissional para lidar com essa situação, implementando a avaliação permanente, discussão de casos na equipe, além de maximizar os recursos do serviço de saúde em ações de conscientização e promoção da saúde direcionadas para os jovens.

A relevância do presente estudo se faz em face da escassez de estudos sobre o tema adesão a tratamento em saúde. Possivelmente este seja um dos primeiros a discutir este tema na área de saúde bucal. Além disso, o caráter longitudinal do estudo, com avaliação de 18 meses pode ser um ponto importante a ser enaltecido. Ademais, estudos sobre adesão são essenciais para a prevenção e controle de complicações decorrentes das doenças bucais não tratadas e geram benefícios que se estendem aos pacientes, às famílias, aos sistemas de saúde e à economia do país.

Os dados deste estudo podem, possivelmente, ser inferidos para qualquer população, especialmente aquelas com graus médio a alto de vulnerabilidade social.

É importante salientar que os dados foram analisados por meio do modelo de análise multinível, cuja relevância tem sido apontada por vários pesquisadores <sup>12,52</sup>. Esse tipo de modelo é conhecido por fornecer uma avaliação mais precisa das relações entre o ambiente e as pessoas. Provavelmente, até o momento, este estudo seja um dos pioneiros a usar esta técnica para estudar os fatores que interferem na adesão ao tratamento odontológico de adolescentes vulneráveis.

No entanto, podemos perceber algumas limitações. A primeira, logicamente, está relacionada à taxa de não resposta, uma vez que tivemos dificuldades em localizar parte importante da amostra de adolescentes, embora os mesmos tenham sido procurados nas escolas em que estudavam, nas Unidades de Saúde da Família e, ainda, em suas residências (muitas vezes foram realizadas 3 tentativas de procura). Além disso, estudos de caráter qualitativo poderiam complementar os presentes resultados oferecendo, assim, uma melhor compreensão dos fatores impactantes na adesão de adolescentes no tratamento odontológico.

### **Conclusão**

Conclui-se que a taxa de não adesão ao tratamento foi alta na amostra estudada, sendo que as variáveis - renda familiar do bairro e aglomeração- foram associadas estatisticamente à não adesão ao tratamento odontológico.

Além do mais, a condição de vulnerabilidade social dos adolescentes, materializadas nas variáveis significativas do modelo, pode acarretar situações concorrentes à adesão, fato que dificulta o tratamento odontológico e, conseqüentemente, o planejamento de ações em serviços.

### **Agradecimentos**

Os autores agradecem o apoio financeiro da FAPESP (bolsa # 2013/17340-9).

### **Referências**

1. Kessler F, von Diemen L, Seganfredo AC, Brandão I, de Saibro P, Scheidt B, Grillo R, Ramos SP. Psicodinâmica do adolescente envolvido com drogas. *Rev.psiquiatr.* 2003; 25(1): 33-41.
2. Schenker M, Minayo MCS. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20(3): 649-659.
3. Rapoff, M. *Adherence to pediatric medical regimens.* New York, NY: Springer. 2010.
4. WHO. *The World Oral Health Report 2003. Continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme.* Geneva: World Health Organization, 2003.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Bucal Brasil 2010 (SB Brasil 2010): Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal: principais resultados. 2012; Disponível em:<http://www.sbbrasil2010.org/> (Acesso em 17 Março 2015).
6. Narvai PC, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JLF. Cárie dentária no Brasil: declínio, iniquidade e exclusão social. *Rev Panam Salud Publica*. 2006; 19(6): 385-393.
7. Antunes JL, Narvai PC, Nugent ZJ. Measuring inequalities in the distribution of dental caries. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2004; 32: 41-8.
8. Jin LJ, Armitage GC, Klinge B, Lang NP, Tonetti M, Williams RC. Global oral health inequalities: task group-periodontal disease. *Adv Dent Res*. 2011; 23(2):221-6.
9. Broadbent JM, Thomson WM, Boyens JV, Poulton R. Dental plaque and oral health during the first 32 years of life. *J Am Dental Assoc*. 2011; 142(4): 415-26.
10. Levin L, Margvelashvili V, Bilder L, Kalandadze M, Tsintsadze N, Machtei EE. Periodontal status among adolescents in Georgia. A pathfinder study. *Peer J*. 2013;1:137.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Bucal Brasil 2010 (SB Brasil 2010): Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal: principais resultados. 2012; Disponível em:<http://www.sbbrasil2010.org/> (Acesso em 17 Março 2015).
12. Tellez M, Sohn W, Burt B. A., & Ismail, A. I. Assessment of the relationship between neighborhood characteristics and dental caries severity among low income AfricanAmericans: A multilevel approach. *Journal of Public Health Dentistry*. 2006; 66(1): 30–36.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de saúde Bucal. Brasília. 2004. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_brasil\\_sorridente.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf). Acessado em 12 de janeiro de 2016.
14. Miller NH, Hill M, Kottke T, Ockene IS. The multilevel compliance challenge: recommendations for a call to action. A statement for health care professionals. *Circulation*. 1997; 95: 1085-1090.
15. Car MR, Pierin AMG, Aquino VLA. Estudos sobre a influência do processo educativo no controle da hipertensão arterial. *Rev Esc Enf USP*. 1991; 25: 259-269.
16. Pierin AMG, Strelec MAAM, Mion Jr. D. O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento. In: Pierin AMG. *Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar*. São Paulo: Ed. Manole. 2004: 275-289.

17. Haynes RB. Determinants of compliance: The disease and the mechanics of treatment. Baltimore MD, Johns Hopkins University Press, 1979.
18. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2015; Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/> (Acesso em: 12 outubro 2015).Piracicaba, 2003.
19. Piracicaba. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social. Instituto de Pesquisas e Planejamento de Piracicaba (IPPLAP). Disponível em: <http://ipplap.com.br/site/>. Acessado em: 10 de janeiro 2016.
20. Vazquez FL, Cortellazzi KL, Kaieda AK, Guerra LM, Ambrosano GMB, Tagliaferro EPS, et al. Quality of life and socio-dental impact among underprivileged Brazilian adolescents. *Qual life Res.* 2015; 24(3): 661-9.
21. Vazquez FL, Cortellazzi KL, Kaieda AK, Bulgarelli JV, Mialhe FL, Ambrosano GMB, et al, Individual and contextual factors related to dental caries in underprivileged Brazilian adolescents. *BMC Oral Health.* 2015; 20: 15-6.
22. Organização Mundial da Saúde. Levantamentos básicos em saúde bucal. Tradução de Ana Júlia Perrotti Garcia. 4.ed. São Paulo: Santos, 1999.66p.
23. Meneghim MC, Kozlowski FC, Pereira AC, Ambrosano GMB, Meneghim ZMAP. A socioeconomic classification and the discussion related to prevalence of dental caries and dental fluorosis. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2007; 12(2): 523-529.
24. Goes PSA. The prevalence and impact of dental pain in Brazilian schoolchildren and their families. (Doctoral Dissertation). London: Department of Epidemiology and Public Health, University College London, 2001.
25. Adulyanon S, Vourapukjaru J, Sheiham A. Oral impacts affect daily performance un a low dental disease Thai population. *Community oral Epidemiol.* 1996;24(6):385-389.
26. Olson DH, Sprenkle D, Russel C. Cicumplex model: systemic assessment and treatment of families. New York: The Harworth press, 1989.
27. Falceto OG, Busnell ED, Bozzetti MC. Validação de escalas diagnósticas do funcionamento familiar para a utilização em serviços de atenção primária à saúde. *Pan Am J Public Health* 2000; 7(4): 255-263.
28. SAS Institute Inc 2001: SAS/STAT Guide for personal computers. version 9.4. Cary: North-Carolina/USA.
29. Gabardo MCL, Moses SJ, Moses ST, Olandoski M, Olinto MT, Pattussi MP. Multilevel analysis of self-perception in oral health and associated factors in Southern Brazilian adults: a cross-sectional study. *Cad. Saúde Pública.* 2015; 31(1): 49-59.

30. Silva VA, Aguiar A S, Felix F, Rebello GP, Andrade RC, Mattos H F. Brazilian study on substance misuse in adolescents: associated factors and adherence to treatment. *Rev. Bras. Psiquiatria.* 2003; 25(3): 133-138.
31. Oliveira VZ, Gomes WB. Comunicação médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas. *Estudos de Psicologia.* 2004; 9(3): 459-469.
32. Salles CMB, Ferreira EAP, Seidl EMF. Adesão ao Tratamento por Cuidadores de Crianças e Adolescentes Soropositivos para o HIV. *Psicologia: Teoria e Pesquisa.* 2011; 27(4): 499.
33. Bugni VM, Ozaki LS, Okamoto KYK, Cássia M P L, Barbosa, MOEH, Len CA, et al. Factors associated with adherence to treatment in children and adolescents with chronic rheumatic diseases. *Jornal de Pediatria.* 2012; 88(6): 483-8.
34. Procopio EVP, Feliciano AG, Silva, Kalina V P, Katz CRT. Social representation of sexual violence and its relationship with the adherence to the chemoprophylaxis protocol of HIV in young women and adolescents. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2014; 19(6):1961-9.
35. Gross R, Bandason T, Langhaug L, Mujuru H, Lowenthal E, Ferrand R. Factors associated with self-reported adherence among adolescents on antiretroviral therapy in Zimbabwe. *AIDS Care.* 2015; 27(3): 322-6.
36. Mühlig, S, Petermann, F. Compliance zwischen Therapiegehorsam und Therapiepartnerschaft. In: *Compliance und Anti-retrovirale Therapie (AIDS-Forum DAH, org.)* Berlin: AIDS-Hilfe, 1999: 61-74.
37. Pessalacia JDR, Menezes ES, Massuia D. The vulnerability of adolescents in a perspective of public health policies. *Revista - Centro Universitário São Camilo.* 2010; 4(4): 423-430.
38. Carvalho CV, Merchan-Hamann E, Matsushita R. Determinantes da adesão ao tratamento anti-retroviral em Brasília, DF: um estudo de caso-controle. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop. Uberaba.* 2007; 40(5): 555-565.
39. Baisch ALM, Soares MCF, Lunkes R, Goulart IDC, Silva MGC. Avaliação do nível de adesão ao tratamento com antimicrobianos, VITTALLE. 2009; 21(2): 37-51.
40. Nemechek PM, Conry M, Westerfelt A, Eicher B, Chase GW. Factors related to adherence (ADH) with protease inhibitors. In: *Abstracts from 12th World AIDS Conference; 1998 Jun 28-Jul 3; Geneva. Geneva.* 1998; 1: 93.

41. Chesney MA, Morin M, Sherr L. Adherence to HIV combination therapy. *Soc Sci Med.* 2000; 50(12): 1599-605.
42. Ickovics JR, Meisler AW. Adherence in AIDS clinical trials: a framework for clinical research and clinical care. *J Clin Epidemiol.* 1997; 50(4): 385-91.
43. Trombini ES, Schermann LB. Prevalência e fatores associados à adesão de crianças na terapia antirretroviral em três centros urbanos do sul do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva.* 2010; 15(2): 419-425.
44. Andrade MS, Almeida MMG, Araujo TM, Santos KOB. Fatores associados a não adesão ao Papanicolau entre mulheres atendidas pela Estratégia Saúde da Família em Feira de Santana, Bahia, 2010. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2014; 23 (1): 111-120.
45. Menezes PR; Scazufca M; Rodrigues LC; Household crowding and compliance with outpatient treatment in patients with non-affective functional psychoses in São Paulo, Brazil. *Mann AH. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2000, 35(3): 116-20.
46. Bowie C, Pearson AL, Campbell M, Barnett R. Otitis media associated with household crowding among children in New Zealand. *Australian And New Zealand Journal Of Public Health.* 2014; 38(3): 211.
47. Riva M, Larsen CV, Bjerregaard P. Household crowding and psychosocial health among Inuit in Greenland. *Int J Public Health.* 2014; 59(5): 739-48.
48. Kurita GP, Pimenta CAM. Adesão ao tratamento da dor crônica e o locus de controle da saúde. *Rev Esc Enferm USP.* 2004; 38(3): 254-61.
49. Colombrini MRC, Lopes MHBM, Figueiredo RM. Adesão à terapia antiretroviral para HIV / AIDS. *Rev Esc Enferm USP* 2006; 40(4): 576-81.
50. Organización Panamericana de la Salud. IMAN Servicios: normas de atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2005.
51. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília. 2005.
52. Turrell G, Kavanagh A, Draper G, Subramanian SV. Do places affect the probability of death in Australia? A multilevel study of area-level disadvantage, individual-level socioeconomic position and all-cause mortality, 1998–2000. *Journal of Epidemiology and Community Health.* 2007; 61(1): 13–19.

Figura 1. Fluxograma representativo das fases do estudo

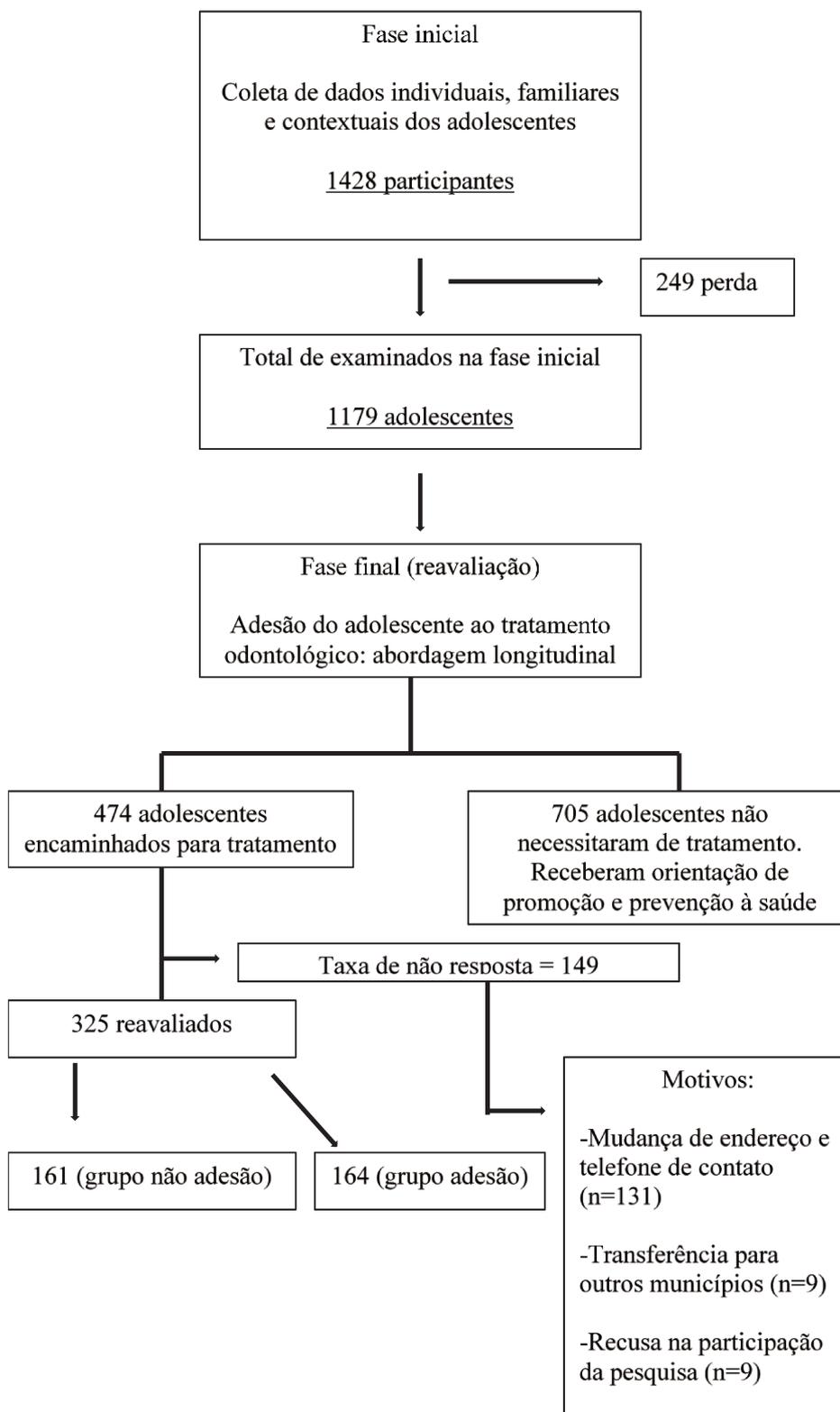


Tabela 1. Distribuição das frequências das variáveis avaliadas na amostra de adolescentes que necessitavam de tratamento odontológico (fase inicial). Piracicaba, 2013-2014.

<b>Variáveis</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Gênero		
Feminino	188	57,8
Masculino	137	42,2
Motivo para procurar dentista		
Dor	55	16,9
Extrair o Dente	12	3,7
Para Tratar os Dentes	111	34,2
Para Revisão	54	16,6
Limpeza, Flúor	41	12,6
Outro	26	8,0
Não Respondeu	26	8,0
Dor nos últimos 6 meses		
Sim	119	36,6
Não	182	56,0
Não Sei/ Não Lembro	20	6,2
Não Respondeu	4	1,2

Tabela 2. Mediana, mínimo e máximo das variáveis individuais e contextuais avaliadas na amostra (fase inicial). Piracicaba, 2013-2014.

<b>Variáveis</b>	<b>Mediana</b>	<b>Mínimo-Máximo</b>
OIDP	0	0-135
Coesão familiar	32	13-46
Nº de pessoas na família	4	1-6
% Sal 0,5 a 1 *	10,4	4,1- 16,9

OIDP: Oral Impact on Daily Performance; \* % de famílias com renda de 0.5 a 1 salário mínimo (base do salário mínimo em 2013 em média =R\$678,00).

Tabela 3. Modelo multinível para adesão ao tratamento odontológico, 2014-2015.

Variáveis	Modelo 1			Modelo 2			Modelo 3		
	Estimativa	EP	p-valor	Estimativa	EP	-valor	Estimativa	EP	p-valor
Intercepto	0.0062	0.1296	0.9621	1.0025	0.3361	0.0029	1.9146	0.5766	0.0009
<b>Nível individual</b>									
Número de pessoas na família				-0.2538	0.0700	0.0003	-0.2432	0.0678	0.0003
<b>Nível contextual</b>									
% Salário 0.5 a 1*							-0.0846	0.0411	0.0396
QIC	453.2737			440.00 44			437.7239		

\*% de famílias com renda de 0,5 a 1 salário mínimo (base do salário mínimo em 2013, em média = R\$678,00).

## **2.2 Artigo: Qualidade de vida e adesão ao tratamento odontológico de adolescentes em situação de vulnerabilidade social**

**RESUMO:** O objetivo foi avaliar a influência da adesão ao tratamento odontológico na qualidade de vida e no impacto das atividades diárias em adolescentes que vivem em situação de vulnerabilidade social. Trata-se de um estudo analítico longitudinal em adolescentes de 15 a 19 anos pertencentes à área de abrangência das 34 unidades da saúde da família do município de Piracicaba, São Paulo, no período de 2014 e 2015. A amostra foi constituída de 476 adolescentes encaminhados para tratamento de cárie e/ou doença periodontal nas unidades de saúde (fase inicial). Após 18 meses, foram reavaliados 325 indivíduos para investigar se estes realizaram o tratamento odontológico (fase final). Destes, 164 aderiram e 161 não aderiram. A variável de resposta analisada foi o WHOQOL e o OIDP da fase final. As variáveis independentes analisadas foram o sexo, idade, adesão, coesão familiar, adaptabilidade familiar, o WHOQOL e OIDP na fase inicial. A qualidade de vida dos adolescentes vulneráveis melhorou nos dois tempos estudados, mesmo naqueles que não aderiram ao tratamento odontológico. Houve um maior impacto das atividades diárias nos participantes que não aderiram ao tratamento odontológico e, conseqüentemente, piora na qualidade de vida.

**Palavras chaves:** Adolescentes, Adesão, Tratamento Odontológico, Qualidade de Vida.

## **Quality of life and adherence to dental care in underprivileged adolescents**

**ABSTRACT:** The objective was to evaluate the influence of adherence with dental treatment on quality of life and the impact of daily activities in adolescents living in social vulnerability. This is a longitudinal analytical study in adolescents 15-19 years old who come catchment area of 34 Units of Family Health in the city of Piracicaba, São Paulo, in the period 2014 to 2015. The sample consisted of 476 adolescents referred for treatment of caries and / or periodontal disease in health units (baseline). After 18 months, 325 individuals were assessed to investigate whether these dental treatment conducted (final phase). Of these, 164 have joined and 161 have not adhered. The considered response variable was the WHOQOL and OIDP the final phase. The independent variables analyzed were sex, age, adherence, family cohesion, family adaptability, WHOQOL and OIDP at baseline. The quality of life in underprivileged adolescents has improved in two stages studied, even those who have not adherence the dental treatment. There was a greater impact of daily activities in participants who did not adherence to dental treatment and, consequently, worse quality of life.

**Key words:** Adolescents, Adherence, Dental Care, Quality of Life.

## INTRODUÇÃO

A percepção de saúde dos adolescentes é influenciada por diversos fatores que são resultantes da compreensão que eles têm sobre as mudanças que ocorrem nesta fase. Além disso, os mesmos são considerados vulneráveis face à morbidade e à mortalidade a que estão sujeitos, devido à sua maior exposição a situações de risco (Jerusalinsky, 2004; OMS, 2015).

O comportamento dos adolescentes perante as respostas às situações adversas que ocorrem depende da sua vulnerabilidade, tanto individual, característica desta fase devido ao comportamento de risco, como social, relacionada a índices de exclusão social e iniquidades em saúde. Essas diferentes respostas podem ser adaptativas ou levar a um maior risco a doenças, comprometendo a saúde, a qualidade de vida e o desempenho individual dos mesmos (Hutz et al., 2002).

Uma das características da adolescência é a indecisão, que nessa fase se dá num cenário de turbulência, pela iminência da decisão. Perde-se a proteção que, via de regra, se tem na infância e começam as cobranças da vida adulta que virá (Jerusalinsky, 2004).

Nesse contexto turbulento, muitos são os fatores que podem interferir na adesão do adolescente a tratamentos de saúde, inclusive os odontológicos. Dentre eles, o fator vulnerabilidade que, segundo Ayres et al. (2003 e 2010), é dividido em 03 dimensões: social, individual e programática. Ainda, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os fatores que podem interferir na adesão ao tratamento são multidimensionais e podem ser relacionados ao paciente, ao tratamento, aos fatores socioeconômicos, à doença e ao serviço de saúde (OMS, 2003). Ademais, outro fator importante é a relação profissional-paciente. Para que esse vínculo exista, ambas as partes precisam se comprometer e se conhecer para que o tratamento seja concluído com sucesso (De Weert-Van Oene et al., 2010).

A qualidade de vida é influenciada pela adoção de hábitos saudáveis, como alimentação equilibrada e prática regular de exercícios físicos, em conjunto com tratamentos preventivos e curativos necessários, reduzindo os riscos que ameaçam a saúde (Barra et. al. 2010). O tratamento odontológico, por sua vez, integra o rol de cuidados necessários à saúde, já que se trata de uma fase que apresenta prevalência significativa de agravos como cárie e doença periodontal (Brasil, 2012).

A Qualidade de Vida (QV) é multidimensional e tem um caráter subjetivo. Refere-se a uma percepção autorrelatada sobre sintomas, incapacidades ou

limitações relacionadas a doenças. Considera-se a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida (Seidl, 2004; OMS, 1998) e envolve aspectos essenciais da condição humana, sejam eles físicos, psicológicos, sociais, culturais ou espirituais (Ribeiro, 2010).

O termo adesão remete à ideia de uma relação de colaboração entre paciente e profissional de saúde na tomada de decisões sobre o tratamento (OMS, 2003). Se expressa na participação voluntária e ativa por parte do usuário, no desenvolvimento e ajuste do plano de cuidado (Osterberg, 2005).

Diante disso, parece-nos pertinente afirmar que adesão ao tratamento odontológico pode impactar a qualidade de vida e as atividades diárias de adolescentes.

Desta forma, torna-se necessária a busca pela compreensão dos fatores que interferem na adesão ao tratamento odontológico na vida do adolescente, cujas necessidades odontológicas são tão expressivas, ao mesmo tempo em que as mudanças comportamentais são consideradas influentes. Entender qual o impacto disso na saúde bucal dessas pessoas é, portanto, de suma importância, a fim de se ofertar aos mesmos a saúde no seu sentido ampliado e, conseqüentemente, contribuir para a sua qualidade de vida.

Frente ao exposto, o objetivo desse trabalho foi avaliar a influência da adesão ao tratamento odontológico em relação à qualidade de vida e o impacto nas atividades diárias em adolescentes que vivem em situação de vulnerabilidade social, de um município de médio porte do Estado de São Paulo, Brasil.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

### **Aspectos Éticos**

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da FOP-UNICAMP, de acordo com a resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, protocolo nº.027/2011.

### **Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo analítico longitudinal.

## **Local do estudo**

O estudo foi conduzido no município de Piracicaba, São Paulo, Brasil, no período do 2<sup>a</sup> semestre de 2013 a 1<sup>a</sup> semestre de 2015. A população estimada do município é de aproximadamente 391.449 habitantes, com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,84. É composto por 68 bairros distribuídos nas 5 regiões administrativas (Norte, Sul, Leste, Oeste e Centro), totalizando 28.539 adolescentes na faixa etária de 15 a 19 anos (IBGE, 2015).

## **Fase inicial**

Participaram deste estudo adolescentes de 15 a 19 anos, pertencentes à área de abrangência das Unidades Saúde da Família (USF) de Piracicaba SP e que estavam matriculados nas escolas estaduais de sua referência. Estas equipes prestam cuidados primários para as famílias residentes numa região circunscrita de aproximadamente 4.000 indivíduos (Aquino, 2009).

O município de Piracicaba conta com 34 USF, dentre as quais há 12 unidades com equipes de saúde bucal. Em média, 320 adolescentes com idades entre 15 e 19 anos estavam cadastrados em cada uma das unidades, totalizando, aproximadamente 11.000 indivíduos. Os maiores índices de exclusão social do município ( $\leq -0,75$ ) encontram-se nas regiões onde habitam os adolescentes participantes desta pesquisa. O valor desse índice é avaliado pelo Instituto de Pesquisa e Planejamento de Piracicaba (IPPLAP) e varia de -1 a 1 (Piracicaba, 2016).

Durante as visitas domiciliares, os Agentes Comunitários de Saúde das USF entregaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ao responsável pelo adolescente, a fim de autorizar a participação neste no estudo. Esses agentes também agendaram dia e hora para que os participantes comparecessem às unidades de saúde.

No início do estudo (fase inicial), que teve como objetivo investigar a prevalência dos principais problemas odontológicos (Vazquez, 2015) - o tamanho da amostra foi calculado com base na experiência de cárie da região Sudeste do Brasil, utilizando dados do Levantamento Epidemiológico Nacional anterior (Brasil, 2004). Essa fase contemplou as 34 USF existentes no município (Censo). Admitiu-se um erro amostral de 5%, CPOD = 5,16 com SD = 4,54, erro amostral de 20% e um nível de confiança de 95%, obtendo-se uma amostra de 1.428 indivíduos selecionados aleatoriamente (sem reposição) na faixa etária de 15 a 19 anos de idade. Deste total

inicial, 249 não compareceram no dia do exame. Assim, 1.179 adolescentes foram examinados.

O critério de inclusão foi o adolescente pertencer à unidade de saúde. Considerou-se como critério de exclusão os indivíduos com doenças sistêmicas, dificuldades de comunicação ou problemas neuromotores, hipoplasia grave e aparelho ortodôntico. Os indivíduos que não concordaram em participar do estudo e os ausentes no dia do exame foram excluídos da amostra. Os adolescentes foram contatados pelos agentes comunitários de saúde que agendavam a visita dos mesmos na Unidade de Saúde.

### **Fase final (reavaliação)**

Após 18 meses da realização do exame inicial, os pesquisadores retornaram nas unidades de saúde, a fim de reavaliar os adolescentes que foram encaminhados para tratamento na fase inicial do estudo.

Do total de 1179 adolescentes examinados na fase inicial, 705 deles receberam apenas orientações de promoção e prevenção em saúde bucal e 474 necessitavam de tratamento odontológico (presença de cárie e/ou doença periodontal), e receberam as mesmas orientações dos demais adolescentes. Além disso, este último grupo foi orientado a agendar consulta na própria USF, onde os profissionais já estavam preparados para recebê-los. Todas as informações para agendamento foram fornecidas aos adolescentes e responsáveis. Nas USF onde não havia dentista, fichas de encaminhamento foram entregues e o adolescente foi orientado a procurar a unidade de referência mais próxima para o tratamento.

Após cerca de 18 meses (média), uma nova avaliação clínica foi realizada nas mesmas condições e com os mesmos examinadores na fase inicial. Nesta avaliação investigou-se a aderência ou não ao tratamento odontológico por parte do adolescente. Aqueles que procuraram o atendimento odontológico e concluíram o tratamento, foram considerados como “aderentes”. Situações opostas a esta situação caracterizaram os adolescentes como “não aderentes”.

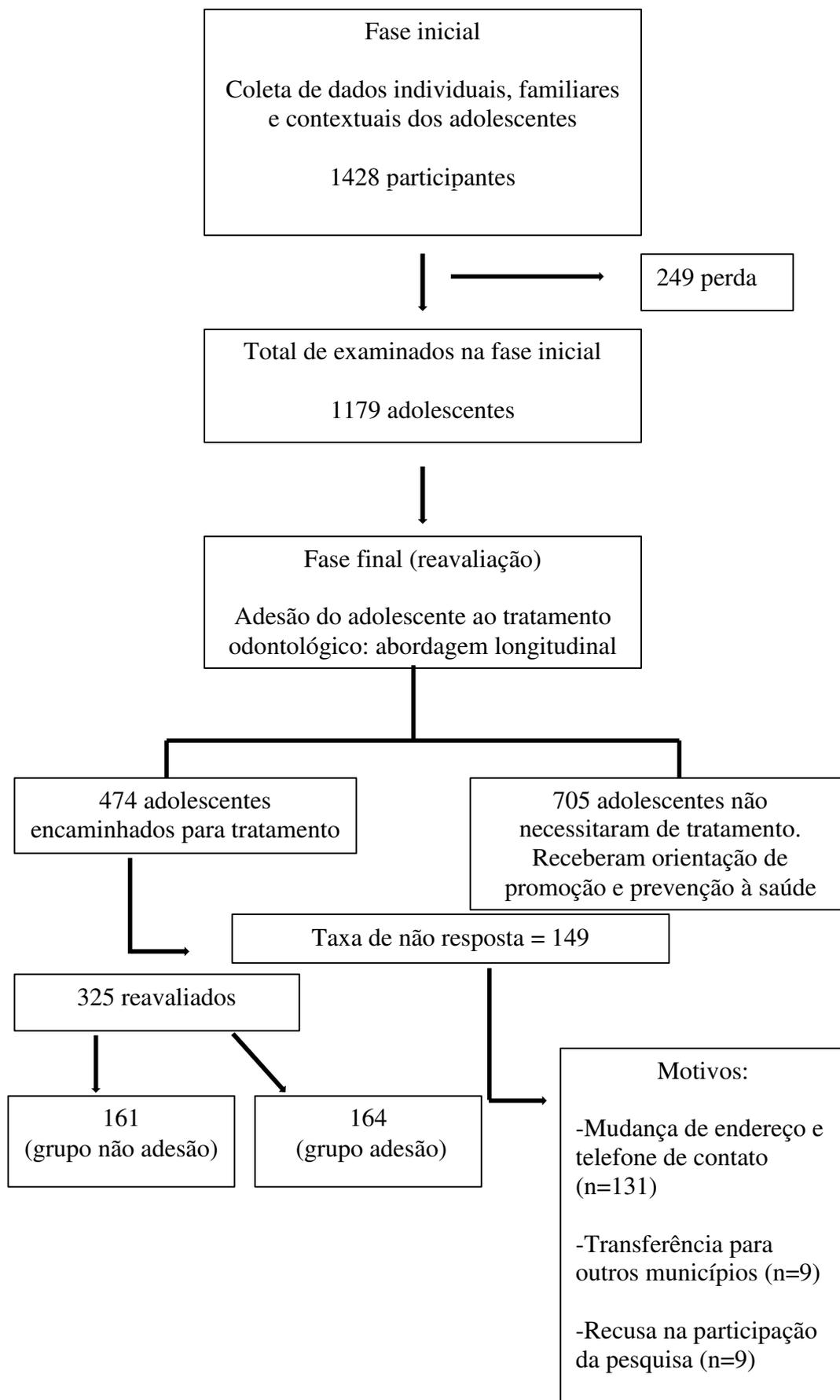
Dentre os participantes da pesquisa, 164 aderiram ao tratamento odontológico e 161 não aderiram, totalizando 325 (68,5%) adolescentes reavaliados. Alguns indivíduos não foram reexaminados devido a alguns motivos, tais como mudança de endereço e telefone de contato (n=131), transferência para outros municípios (n=9) e recusa na participação da pesquisa (n=9). Esses adolescentes

foram excluídos da análise, pois não foi possível saber se eles fizeram ou não o tratamento em outro serviço público ou no setor privado.

Nessa reavaliação dos participantes foi aplicado novamente o questionário de qualidade de vida (WHOQOL- bref) e o questionário do OIDP, com o intuito de estudar se a adesão ao tratamento odontológico impactava a qualidade de vida e /ou as atividades diárias nos adolescentes examinados.

Para melhor visualização do delineamento do presente estudo, a figura 1, explica a sequência do desenvolvimento das fases do estudo.

Figura 1. Fluxograma representativo das fases do estudo



## Variáveis do estudo

As variáveis individuais categóricas, adesão ao tratamento odontológico (sim e não), sexo (masculino e feminino) e as não categóricas (idade, WHOQOL-bref, OIDP, coesão familiar e adaptabilidade familiar) foram aferidas.

Os instrumentos utilizados para avaliar qualidade de vida foram o WHOQOL-bref (World Health Organization Quality of Life Instrument Bref) e o Impacto Oral nas Atividades Diárias (OIDP- Oral Impact on Daily Performance).

O WHOQOL-bref (Skevington, 2004) refere-se a um índice de natureza transcultural, que valoriza a percepção individual da pessoa em relação a sua QV. É composto por 26 questões, com duas perguntas gerais sobre a QV e outras 24 perguntas que representam os quatro domínios: relações físicas, psicológicas, sociais e meio ambiente. Cada domínio contém perguntas com respostas que variam de um a cinco, de modo que, quanto mais perto a resposta é de 5, melhor será a QV.

O OIDP é um indicador sócio dental que mede o impacto das condições de saúde bucal nas atividades diárias (Adulyanon, 1996) e foi obtido somando as pontuações de oito itens de frequência: "Durante os últimos 6 meses a sua boca e/ou seus dentes lhe causou qualquer dificuldade para 1) comer, 2) falar e pronunciar claramente, 3) limpar os dentes, 4) dormir e relaxar, 5) sorrir sem constrangimento, 6) manter o estado emocional, 7) desfrutar do contato com outras pessoas e 8) realizar trabalhos escolares. Este usa uma abordagem lógica para quantificar o impacto, avaliando a frequência e a gravidade distribuídos em uma escala de cinco pontos. A escala utilizada varia de (0) "nunca afetou" até (5) "toda ou quase todos os dias". A pontuação das medidas de gravidade dá a importância relativa da percepção do informante do impacto no desempenho diário e varia de (0) "nenhuma gravidade" um (5) "grave extremamente".

Para avaliar a coesão e adaptabilidade familiar percebida foi utilizado o questionário FACES III (Family Adaptability and Cohesion Scale) proposto por Olson et al. (2000) e validado no Brasil por Falceto et al.(2000). A escala FACES III propõe-se a investigar o funcionamento e o risco familiar mediante dados de coesão e adaptabilidade familiar. Esta é composta por 20 perguntas, sendo que as questões de número ímpar avaliam a coesão e as questões de número par avaliam a adaptabilidade. A cada pergunta é atribuído valor de 1 a 5, correspondendo o valor 1 a quase nunca e o valor 5 a quase sempre. A soma dos valores é realizada e o escore final pode variar de 10 a 5 para cada domínio.

## **Análise dos dados**

Os dados foram analisados por meio de modelos lineares generalizados (PROC GENMOD do programa SAS) (SAS, 2001). As variáveis de resposta analisadas foram o WHOQOL e o OIDP da fase final (reavaliação). As variáveis independentes coletadas na fase inicial foram: sexo, coesão familiar, adaptabilidade familiar. As variáveis idades dos voluntários e adesão ao tratamento odontológico foram coletadas na fase final. Verificou-se o ajuste do modelo pela Deviance (Value/DF) e pelo AICC, sendo o melhor ajuste conseguido com a distribuição de Poisson para qualidade de vida e distribuição gama para OIDP. No modelo final permaneceram as variáveis significativas ( $p \leq 0,05$ ).

No modelo 1 foi testada a associação entre a adesão ao tratamento odontológico e o WHOQOL e o OIDP coletados na fase final do estudo, ajustadas para as demais variáveis. A seguir, no modelo 2, foram ajustadas somente as variáveis que foram significativas no modelo 1 (Gabrado et al., 2015).

## **RESULTADOS**

Os 474 adolescentes que necessitavam de tratamento apresentavam idade média de 17 anos (desvio-padrão= 1,3). Dentre eles, 188 (57,8%) eram do sexo feminino e 137 (42,2%) do sexo masculino.

Do total, foram reavaliados 325 (68,5%), a fim de verificar a adesão ou não ao tratamento. Com relação à adesão ao tratamento odontológico, 164 (50,5%) indivíduos aderiram ao tratamento (95 do sexo feminino e 69 masculino) e 161 (49,5%) não aderiram (93 do sexo feminino e 68 masculino).

A Tabela 1 apresenta a análise descritiva da média, desvio padrão, mediana, valor mínimo e máximo dos Domínios da Qualidade de Vida (WHOQOL-bref) e OIDP nos dois tempos de avaliação (fase inicial e final) em função da adesão ao tratamento odontológico.

Tabela 1. Qualidade de vida geral e bucal (WHOQOL e OIDP) nos dois tempos de avaliação em função da adesão ao tratamento odontológico, 2015.

Adesão	WHOQOL	Média	DP*	Mediana	Mínimo	Máximo
Não (N=161)	Inicial	15,04	1,62	15,10	10,80	19,40
	Final	14,95	1,90	15,20	7,36	21,85
Sim (N=164)	Inicial	15,20	1,73	15,40	10,20	19,10
	Final	15,27	1,64	15,38	10,40	20,00
<b>Domínio Físico</b>						
Não (N=161)	Inicial	15,82	2,00	16,00	10,29	20,00
	Final	15,45	2,01	15,46	9,71	20,00
Sim (N=164)	Inicial	16,01	1,94	16,00	9,71	20,00
	Final	15,93	1,85	16,00	10,86	20,00
<b>Domínio Psico</b>						
Não (N=161)	Inicial	15,14	2,30	15,33	8,67	20,00
	Final	15,39	3,43	15,33	4,67	43,67
Sim (N=164)	Inicial	15,23	2,07	15,33	8,67	19,33
	Final	15,48	2,00	16,00	10,86	20,00
<b>Domínio Social</b>						
Não (N=161)	Inicial	15,98	2,91	16,00	6,67	20,00
	Final	15,88	3,02	16,00	6,00	20,00
Sim (N=164)	Inicial	16,29	2,48	16,00	6,67	20,00
	Final	16,14	2,48	16,00	8,00	20,00
<b>Domínio Meio ambiente</b>						
Não (N=161)	Inicial	13,65	2,12	14,00	7,50	19,00
	Final	13,72	2,32	14,00	6,00	19,00
Sim (N=164)	Inicial	14,02	2,12	14,00	6,00	20,00
	Final	13,89	2,45	14,00	4,00	20,00
<b>OIDP</b>						
Não (N=161)	Inicial	9,99	21,62	0,00	0,00	125,00
	Final	5,52	10,67	0,00	0,00	55,00
Sim (N=164)	Inicial	7,07	18,32	0,00	0,00	135,00
	Final	3,84	8,33	0,00	0,00	53,00

\*Desvio Padrão

Na Tabela 2 é apresentado o modelo de regressão múltipla para os Domínios do WHOQOL-Bref. Os domínios físico ( $p < 0,0001$ ), social ( $p = 0,0003$ ), meio ambiente ( $p < 0,0001$ ) e psicológico ( $p < 0,0001$ ) coletados na fase inicial tiveram relação positiva com estes mesmos domínios avaliados na fase final.

Tabela 2. Modelo de regressão múltipla para os domínios do WHOQOL-bref avaliados na fase final, 2015.

<b>Domínio Físico</b>	<b>Modelo 1</b>			<b>Modelo 2</b>		
	Estimativa	Erro Padrão	p-valor	Estimativa	Erro Padrão	p-valor
Intercepto	2.1789	0.2552	<0.0001	2.2868	0.1164	<0.0001
Adesão (ref=Não)	0.0246	0.0291	0.3964			
Físico fase inicial	0.0270	0.0077	0.0004	0.0292	0.0072	<0.0001
Sexo (ref=Feminino)	0.0440	0.0303	0.1461			
Idade	0.0040	0.0115	0.7251			
Coesão familiar	0.0020	0.0027	0.4524			
Adaptabilidade familiar	-0.0009	0.0028	0.7460			
<b>Domínio Psicológico</b>	<b>Modelo 1</b>			<b>Modelo 2</b>		
	Estimativa	Erro Padrão	p-valor	Estimativa	Erro Padrão	p-valor
Intercepto	2.277	0.2469	<0.0001	2.3294	0.1014	<0.0001
Adesão (ref=Não)	-0.0009	0.0292	0.9766			
Psicológico fase inicial	0.0260	0.0071	0.0002	0.0267	0.0066	<0.0001
Sexo (ref=Feminino)	0.0288	0.0306	0.3457			
Idade	0.0025	0.0116	0.8328			
Coesão familiar	0.0002	0.0027	0.9289			
Adaptabilidade familiar	0.0002	0.0028	0.9372			
<b>Domínio Social</b>	<b>Modelo 1</b>			<b>Modelo 2</b>		
	Estimativa	Erro Padrão	p-valor	Estimativa	Erro Padrão	p-valor
Intercepto	2.3886	0.2279	<0.0001	2.4634	0.0869	<0.0001
Adesão (ref=Não)	0.0064	0.0287	0.8234			
Social fase inicial	0.0199	0.0054	0.0002	0.0191	0.0053	0.0003
Sexo (ref=Feminino)	-0.0043	0.03292	0.8834			
Idade	0.0055	0.0113	0.6228			
Coesão familiar	-0.0008	0.0027	0.7603			
Adaptabilidade familiar	-0.0001	0.0027	0.9743			
<b>Domínio Meio Ambiente</b>	<b>Modelo 1</b>			<b>Modelo 2</b>		
	Estimativa	Erro Padrão	p-valor	Estimativa	Erro Padrão	p-valor
Intercepto	1.9597	0.2633	<0.0001	2.1412	0.0999	<0.0001
Adesão (ref=Não)	-0.0096	0.0309	0.7573			
Meio ambiente fase inicial	0.0358	0.0075	<0.0001	0.0348	0.0071	<0.0001
Sexo (ref=Feminino)	0.0068	0.0317	0.8294			
Idade	0.0066	0.0123	0.5938			
Coesão familiar	0.0018	0.0029	0.5312			
Adaptabilidade familiar	0.0001	0.0029	0.9629			

Observa-se na Tabela 3 o modelo de regressão múltipla para WHOQOL-bref na fase final. Apenas a variável WHOQOL da fase inicial esteve associada com o WHOQOL da fase inicial evidenciando uma relação positiva entre as duas variáveis ( $p=0,0341$ ).

Tabela 3. Modelo de regressão múltipla para o WHOQOL-bref avaliado na fase final, 2015.

Variável	Modelo 1			Modelo 2		
	Estimativa	Erro Padrão	p-valor	Estimativa	Erro Padrão	p-valor
Intercepto	2.3738	0.2661	<0.0001	2.4360	0.1331	<0.0001
Adesão (ref=Não)	0.0135	0.0296	0.6481			
WHOQOL-Bref fase inicial	0.0174	0.0090	0.0541	0.0185	0.0014	0.0341
Sexo (ref=Feminino)	0.0342	0.0301	0.2554			
Idade	0.0025	0.0118	0.8317			
Coesão familiar	0.0015	0.0028	0.5843			
Adaptabilidade familiar	-0.0013	0.0028	0.6528			

A Tabela 4 mostra o modelo de regressão múltipla para a variável resposta OIDP na fase final do estudo. A variável OIDP da fase inicial esteve associada com o OIDP na fase final, evidenciando uma relação positiva entre as duas variáveis ( $p<0.0001$ ). Além disso, verificou-se que os voluntários que não aderiram ao tratamento odontológico tiveram maior Impacto nas Atividades Diárias ( $p = 0,0234$ ).

Tabela 4. Modelo de regressão múltipla para OIDP (Oral Impact on Daily Performance) avaliado na fase final.

Variável	Modelo 1			Modelo 2		
	Estimativa	Erro Padrão	p-valor	Estimativa	Erro Padrão	p-valor
Intercepto	0.1735	0.0952	0.0684	0.1026	0.0361	0.0045
Adesão (ref=Não)	0.0300	0.0137	0.0281	0.0308	0.0136	0.0234
OIDP fase inicial	-0.0006	0.0002	0.0015	0.0007	0.0001	<0.0001
Sexo (ref=Feminino)	0.0014	0.0144	0.9225			
Idade	-0.0039	0.0043	0.3711			
Coesão familiar	-0.0009	0.0014	0.5164			
Adaptabilidade familiar	0.0004	0.0015	0.7703			

## DISCUSSÃO

Este estudo avaliou a influência que a adesão ao tratamento odontológico tem na qualidade de vida e seu impacto nas atividades diárias de adolescentes que vivem em situação de vulnerabilidade social. Utilizou-se uma amostra representativa de adolescentes que frequentavam as unidades de saúde e que estavam matriculados nas escolas de sua referência. Sendo assim, o setting da pesquisa favoreceu as chances dos adolescentes receberem orientação e desenvolverem hábitos saudáveis (Almeida, 2008; Pauleto, 2004; Brasil, 2002; Kwan, 2005).

Nos resultados encontrados, a investigação da relação entre o WHOQOL da fase final e inicial mostrou-se significativa. Isso demonstrou que todos os adolescentes orientados a agendar consulta com o dentista melhoraram a qualidade de vida ao final do estudo, independentemente da adesão ou não ao tratamento odontológico. Todavia, outros autores mostraram que há relação específica entre adesão ao tratamento com a melhora na qualidade de vida (Liberato, 2014, Reis, 2010).

Embora fosse esperado que o adolescente que não aderiu ao tratamento odontológico tivesse uma pior qualidade de vida geral, esse achado, possivelmente pode ser explicado pela especificidade do instrumento de qualidade de vida aplicado na coleta dos dados. Mesmo que o adolescente esteja imerso na natureza objetiva do contexto social, cultural e do meio ambiente, o instrumento WHOQOL- bref reflete a natureza subjetiva da avaliação, ou melhor, é a percepção do respondente que está sendo avaliada no momento (Fleck, 2000), desconsiderando como a família ou o profissional de saúde percebem essas dimensões. Além disso, outro viés possível seria a própria experiência prévia do adolescente com o instrumento (na fase inicial), que pode ter facilitado uma melhor compreensão e adaptabilidade ao mesmo na fase final do estudo.

Outro fator importante a se considerar seria o conjunto de aspectos que a qualidade de vida engloba. Numa forma mais ampla, incluem-se os padrões de vida, o grau de independência do indivíduo, as relações sociais, crenças pessoais e a relação com o meio ambiente (Fleck, 2000). As questões do WHOQOL-bref abrangem um caráter singular e específico do indivíduo relacionado com a temporalidade e, por conseguinte, dependente da memória do entrevistado, já que as questões são respondidas considerando a percepção do adolescente nas últimas duas semanas. Este fato foi percebido pelos pesquisadores no momento em que os participantes por

vezes não se lembravam como se sentiam em relação a alguns aspectos do instrumento. Por fim, parece-nos que as descobertas do nosso estudo fornecem novos *insights* sobre a influência da adesão na qualidade de vida de adolescentes brasileiros. No entanto, sugerem-se futuras pesquisas que comprovem estes resultados.

Quando avaliado se a qualidade de vida inicial foi significativa em todos os domínios do WHOQOL, o presente estudo mostra que os domínios físicos, sociais, de meio ambiente e psicológico tiveram associação com estes mesmos domínios na fase final. Este resultado revela que os adolescentes melhoraram sua qualidade de vida nas duas fases do estudo, ou pelo menos a perceberam. Isso quer dizer que nenhum dos domínios do WHOQOL interferiu na qualidade de vida dos adolescentes que não realizaram o tratamento odontológico.

A percepção de saúde bucal aqui representada parece ainda dissociável da saúde geral, já que a qualidade de vida aferida nos dois tempos do estudo não foi significativa e não influenciou negativamente os adolescentes que apresentavam doenças bucais e que necessitavam de cuidados odontológicos. Contudo, nossos achados não corroboram os de Maia (2006), Reis (2007) e Reis et al, (2010), que avaliaram a adesão relacionada a outras doenças e constataram que o domínio psicológico influenciou negativamente na qualidade de vida, mesmo naqueles indivíduos que aderiram ao tratamento. Todavia, é importante ressaltar que esses estudos mencionados tinham diferentes objetivos e delineamentos, o que pode ser motivo de cautela na comparação com nossos achados.

O WHOQOL foi desenvolvido partindo do princípio de que o conceito de qualidade de vida é abrangente e pode ser aplicado a várias doenças e a situações não médicas. No entanto, para alguns grupos de pessoas ou de doenças, o WHOQOL pode não avaliar qualidade de vida de forma suficientemente completa ou apropriada. Nesses casos, estaria indicada a aplicação de outro instrumento que avaliaria as circunstâncias e peculiaridades da doença em questão (WHO,1993). Portanto, neste estudo, foi necessário aplicar também o instrumento OIDP que avalia questões específicas que envolvem a boca e os dentes.

Sendo assim, o resultado do presente estudo constatou que o impacto da saúde bucal nas atividades diárias dos entrevistados teve associação negativa entre OIDP inicial e final, ou seja, quem não aderiu ao tratamento odontológico teve maior impacto nas atividades diárias. Fato esse confirmado por outros achados deste

estudo, como por exemplo, a expressiva parcela de adolescentes que não aderiram ao tratamento, mesmo apresentando cárie e presença de dor (76%), doença periodontal e dor (53,7%) e cárie, doença periodontal e relato de dor (22%). Este acontecimento é preocupante, já que evidencia que os indivíduos que mais necessitavam de atendimento odontológico não procuraram o serviço de saúde e, conseqüentemente, tiveram uma piora na qualidade de vida.

Corroborando com esses resultados, estudos anteriores verificaram que os pacientes que não realizaram tratamento odontológico relataram um maior impacto das atividades diárias (Biazevic et al., 2004 e Silva et al., 2010). Para Usha (2013), a percepção de saúde oral e satisfação com a boca estão fortemente associadas com qualidade de vida e menor prevalência de impactos orais.

Sabe-se que cada população tem experiências distintas sobre a sua condição de saúde, em função de seu estilo de vida, status socioeconômico e acesso aos serviços de saúde. A qualidade da saúde oral é relevante para os adolescentes, já que suas percepções são diferentes devido às habilidades de enfrentamento sociais e psicológicas ainda estarem em desenvolvimento.

As transformações decorrentes desta fase de amadurecimento do adolescente podem causar grande impacto, seja no seu autoconceito ou na autoestima, e isso pode exercer um papel importante e causar alterações comportamentais na sua saúde bucal, como a falta de cuidado com os seus dentes e a não adesão ao tratamento odontológico recomendado. Isto pode interferir na socialização destes jovens, modificando sua relação com o meio onde está inserido (Almeida, 2003; Davoglio et al., 2009).

As péssimas condições de saúde bucal podem ter grandes conseqüências sobre a saúde em geral (Petersen et al., 2005). Sabe-se que os determinantes das doenças orais, tais como dieta e higiene, tabagismo, álcool, comportamentos de risco, são os fatores predisponentes para uma série de doenças crônicas. Diante disso, sugere-se abordar os fatores de risco, através da integração da saúde bucal nas estratégias de promoção e educação em saúde geral (Sheiham, 2005), monitorar e acompanhar se o tratamento odontológico está sendo realizado, assim como avaliar se a condição bucal está causando algum impacto na qualidade de vida dos adolescentes.

Apesar das equipes de saúde do município terem conhecimento da localização das famílias vulneráveis do território e realizarem buscas ativas dos

indivíduos propensos a adoecer, é relevante considerar que o paradigma da saúde com a qualidade de vida exige uma ação abrangente, que extrapola o setor saúde como único responsável. Envolver vários setores da sociedade faz-se necessário, tais como assistência social, saneamento básico, habitação e, principalmente, a educação. Desta forma, acredita-se que o caminho para futuros projetos seria incrementar ações e estratégias para conscientizar os adolescentes sobre a importância do tratamento odontológico e os cuidados em saúde bucal. Tais ações seriam desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família em parceria com os profissionais da educação, compartilhando assim, o protagonismo e a responsabilidade pela coordenação do cuidado dos escolares.

Sendo assim, as práticas educativas e de promoção da saúde poderiam produzir nos adolescentes modos de refletir e agir sobre si e sobre o mundo embasados nos conceitos da interdisciplinaridade e intersetorialidade de forma integrada, sincronizada e planejada (Brasil, 2009).

Durante os anos 90, a OMS desenvolveu o conceito das Escolas Promotoras de Saúde. Dentro de uma abordagem multifatorial que desenvolve questões de saúde dentro das salas de aula e transforma o ambiente físico e social das escolas criando vínculo e parceria com a comunidade de abrangência (Stewart-Brown, 2006), o que inclui as USF.

Nas escolas, o trabalho de promoção da saúde com os estudantes, professores e funcionários precisa focar na capacidade de interpretar o cotidiano e atuar de modo a incorporar atitudes e/ou comportamentos adequados para a melhoria da qualidade de vida. Nesse processo deve-se estimular a autonomia e a competência para o exercício pleno da cidadania, por meio de uma atitude permanente de empoderamento dos envolvidos, consolidando desta forma, o princípio básico da promoção da saúde (Portugal, 2006; Demarzo, 2008).

O diferencial deste estudo se deve ao fato dos pesquisadores garantirem previamente o acesso dos indivíduos às consultas, através de acordo prévio com a coordenação de saúde bucal. As vagas nas agendas das respectivas USF de referência dos adolescentes já ficavam reservadas tão logo se verificava a necessidade do tratamento, evitando-se, portanto, que os mesmos tivessem que aguardar em “filas de espera”.

Apesar disso, praticamente metade dos adolescentes não aderiram ao tratamento recomendado. Acredita-se que a decisão de procurar o atendimento

odontológico e concluí-lo esteja relacionada à autonomia do participante e ao grau de importância que a saúde bucal representa para esses adolescentes. O estudo de Vazquez (2015) confirma essa hipótese ao estudar as justificativas dos adolescentes em não aderir ao tratamento odontológico e verificar que a necessidade de dedicar atenção à saúde bucal, na visão dos entrevistados, depende do que eles consideram urgente, importante e interessante.

Em função do delineamento utilizado pode-se explicar a relação de causa e efeito entre as variáveis dependentes e independentes do estudo. No entanto, como são estudos de acompanhamento, a perda de seguimento é uma provável limitação.

Outro fator de destaque a considerar neste estudo é a utilização de modelos lineares generalizados para observar o desfecho no decorrer do tempo. Isso, particularmente numa fase da vida onde mudanças são rápidas, complexas e significativas - como é na adolescência - torna os resultados mais consistentes e menos propensos a vieses de aferição associados a respostas subjetivas, que são influenciadas pelas mudanças nos estados emocionais do entrevistado.

Por fim, este estudo apresenta algumas limitações. Apesar de terem sido utilizados questionários autoaplicáveis confiáveis e válidos, e assegurada à confidencialidade dos dados, há de se considerar a possibilidade de algum viés de informação, já que alguns instrumentos eram subjetivos e dependiam da memória do participante. Ademais, pesquisadores ressaltam que jovens podem não responder com fidedignidade aos questionários (Fortes, 2011). Contudo, outros estudos salientam que, em pesquisas com grandes amostras, os instrumentos autoaplicáveis podem ser considerados padrão-ouro por apresentarem fácil aplicabilidade e baixo custo operacional (Fortes, 2011; Siervogel et al., 2003)

A literatura sobre o assunto é escassa e, possivelmente, o presente trabalho seja pioneiro na investigação da adesão ao tratamento odontológico e qualidade de vida. Por isso, sugerem-se novas pesquisas, em parceria com as instituições de ensino e serviço de saúde, nas quais possam ser investigados mais aspectos. Trata-se de um assunto de grande relevância para planejamentos de programas educativos que incentivem a implantação e/ou reorientação de políticas públicas de saúde bucal, melhorando assim, a saúde bucal dessa população e sua qualidade de vida.

## CONCLUSÃO

Concluiu-se que a qualidade de vida dos adolescentes vulneráveis socialmente melhorou nos dois tempos estudados, mesmo naqueles que não aderiram ao tratamento odontológico. Em todos os domínios do WHOQOL foi verificado aumento da qualidade de vida, não apresentando relação com a adesão. O maior impacto nas atividades diárias daqueles que não aderiram ao tratamento odontológico corrobora o fato de que a saúde bucal é parte inseparável do todo, determinante e importante na qualidade de vida das pessoas.

## REFERÊNCIAS

1. Adulyanon S, Vourapukjaru J, Sheiham A. Oral impacts affect daily performance un a low dental disease Thai population. *Community oral Epidemiol.* 1996; 24(6):385-389.
2. Almeida Filho N, Kawachi I, Pellegrini Filho A, Dachs N. Research on Health Inequities in Latin America and the Caribbean: Bibliometric Analysis (1971-2000) and Descriptive Content Analysis (1971-1995). *Am J Public Health.* 2003; 93:2037-43.
3. Almeida, GCM, Ferreira, MAF. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. *Cad. Saúde Pública.* 2008; 24(9): 2131-2140.
4. Aquino R, Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. *Am J Public Health.* 2009; 99(1): 87-93.
5. Ayres JRCM, França-Junior I, Calazans GJ, Saletti-Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.* Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2003; 117-39.
6. Ayres JRCM, Paiva V, França-Junior I. Conceitos e práticas de prevenção: a história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos [mimeo]. In *Apostila do Curso de Especialização em Prevenção o HIV/Aids no Quadro da Vulnerabilidade e dos Direitos Humanos.* NEPAIDS, SP, 2010.
7. Barra DCC; et. al. Processo de viver humano e a enfermagem sob a perspectiva da vulnerabilidade. *Acta Paul Enferm.* 2010; 23(6): 831-6.

8. Biazevic MGH; et al. Impact of oral health on quality of life among the elderly population of Joaçaba, Santa Catarina, Brazil. *Braz Oral Res.* 2004; 18(1) :85-91.
9. Brasil. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003 – resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em <[http://portalweb02.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio\\_brasil\\_sorridente.pdf](http://portalweb02.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_brasil_sorridente.pdf)>. (Acesso em 17 de março de 2015).
10. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica; n. 24- Saúde na escola. Brasília, 2009. 96 p.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Bucal Brasil 2010 (SB Brasil 2010): Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal: principais resultados. 2012; Disponível em:<http://www.sbbrasil2010.org/> (Acesso em 17 Março 2015).
12. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Global School-based Student Health Survey, 2009.
13. Davoglio RS, Aerts DRGC, Abegg C, Freddo SL, Monteiro L. Fatores associados a hábitos de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos entre adolescentes. *Cad. Saúde Pública.* 2009; 25(3): 655-667.
14. De Weert-Van Oene GH, Schippers JM, De Jong CAJ, Schrijvers GJP. Retention in substance dependence treatment: the relevance of in-treatment factors. *J Subst Abuse Treat.* 2001; 20: 253-261.
15. Demarzo, M. M. P.; Aquilante, A. G. Saúde Escolar e Escolas Promotoras de Saúde. In: Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre, RS: Artmed: Pan-Americana, 2008; 3: 49-7.
16. Falceto OG, Busnell ED, Bozzetti MC. Validação de escalas diagnósticas do funcionamento familiar para a utilização em serviços de atenção primária à saúde. *Pan Am J Public Health.* 2000; 7(4): 255-263.
17. Fleck, Marcelo Pio de Almeida. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2000; 5(1): 33-38.
18. Fortes LS, Ferreira MEC. Comparação da insatisfação corporal e do comportamento alimentar inadequado em atletas adolescentes de diferentes modalidades esportivas. *Rev Bras Educ Fis Esporte.* 2011; 25(4): 707-16.

19. Gabardo, MCL et al. Multilevel analysis of self-perception in oral health and associated factors in Southern Brazilian adults: a cross-sectional study. *Cad. Saúde Pública*. 2015; 31(1): 49-59.
20. Hutz CS et al. *Situações de Risco e Vulnerabilidade na Infância e na Adolescência: Aspectos Teóricos e Estratégias de Intervenção*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
21. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2015; Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/> (Acesso em: 12 outubro 2015).
22. Jerusalinsky A. *Adolescência e Contemporaneidade. Conversando sobre adolescência e contemporaneidade*. Conselho Regional de Psicologia, 7ª. região. Porto Alegre: Libretos, 2004.
23. Kwan S, Petersen PE, Pine CM, Borutta A. Healthpromoting schools: an opportunity for oral health promotion. *Bull World Health Organ*. 2005; 83:677-85.
24. Liberato S; Márjore D, et al. Relação entre adesão ao tratamento e qualidade de vida: revisão integrativa da literatura. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2014; 16(1): 191-8.
25. Maia, C. M. *Avaliação da qualidade de vida de portadores de HIV/Aids*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Universidade Católica de Goiás, Goiânia, GO, 2006.
26. OMS – Organização Mundial De Saúde. Child and adolescent health and development. Adolescents: the sheer numbers. Disponível em: <<http://www.who.int/child-adolescent-health/overview/Ahd/ahdsheer.htm>>. Acesso em out., 2015.
27. Organiza (DF): 2003. Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL). Genebra: OMS; 1998. Available from: <http://www.ufrgs.br/psiq/WHOQOL.html>. (Acesso em 15 de outubro 2015).
28. Organização Mundial de Saúde. *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial*. Brasília (DF): 2003. Available from: <http://www.who.int/diabetesactiononline/about/icccportuguese.p df>. (Acesso em 15 de outubro 2015).
29. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med*. 2005; 353(5): 487-97.

30. Pauleto ARC, Pereira MLT, Cyrino EG. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004; 9(1):121-130.
31. Piracicaba. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social. Instituto de Pesquisas e Planejamento de Piracicaba (IPPLAP). Disponível em: <http://ipplap.com.br/site/>. Acessado em: 10 de janeiro 2016.
32. Reis, A. Adesão terapêutica na infecção pelo vírus da imunodeficiência humana. Dissertação de Mestrado não publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, Portugal. 2007.
33. Reis, AC et al. Relação entre sintomatologia psicopatológica, adesão ao tratamento e qualidade de vida na infecção HIV e AIDS. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2010; 23(3): 420-42.
34. Ribeiro JP, Rocha AS, Popim RC. Compreendendo o significado de qualidade de vida segundo idosos portadores de diabetes mellitus tipo II. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*. 2010; 14(4): 765-71.
35. SAS Institute Inc 2001: SAS/STAT Guide for personal computers. version 9.4. Cary: North-Carolina/USA.
36. Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde. A promoção da saúde no contexto escolar. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36: 533-5.
37. Seidl E. M. F.; Zannon C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20(2): 580-88.
38. Silva, MES et al. Impacto da perda dentária na qualidade de vida. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010; 15 (3): 841-850.
39. Skevington, S. M., Lotfy, M., & O'Connell, K. A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-Bref quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of Research*. 2004; 13:299-310.
40. Stewart-Brown, S. What is the evidence on school health promotion in improving school health or preventing disease and specifically what is the effectiveness of the health promoting schools approach? Copenhagen: World Health Organization, 2006.
41. Usha, HM Thippeswamy, L Nagesh. Comparative assessment of validity and reliability of the Oral Impacts on Daily Performance (OIDP) frequency scale: a

- cross-sectional survey among adolescents in Davanagere city, Karnataka, India. *Int J Dent Hygiene*. 2013; 11:28–34.
42. Vazquez, F. L., Cortellazzi, K. L., Kaieda, A. K., Bulgarelli, J. V., Mialhe, F. L., Ambrosano, G. M. B., et al, Individual and contextual factors related to dental caries in underprivileged Brazilian adolescents. *BMC Oral Health*. 2015; 20:15-6.
43. Vazquez, FL et al. Estudo qualitativo sobre as justificativas de adolescentes para a não adesão ao tratamento odontológico. *Ciênc. saúde coletiva*. 2015; 20(7): 2147-2156.
44. Veliz-Rojas L, Mendoza-Parra S, Barriga OA. Adherencia terapéutica en usuarios de un programa de salud cardiovascular de atención primaria en Chile. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2015; 32(1): 51-7.
45. WHO. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial / Organização Mundial da Saúde – Brasília, 2003. Disponível em: [www.who.int/chp/knowledge/publications/icccportuguese.pdf](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccportuguese.pdf). (Acesso em 10 de novembro de 2015).
46. WHO/UNICEF/FOCUS. Measurement of adolescent development: environmental, contextual and protective factors. WHO Report of a technical consultation. USA. 1999.
47. World Health Organization (WHO). Measurement of adolescent development: environmental, contextual and protective factors. Geneva, 1999.
48. World Health Organization (WHO). The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life. Geneva, 2002.
49. World Health Organization. Global school-based student health survey (GSHS). <http://www.who.int/chp/gshs/en/> (Acesso em: 10 de outubro de 2015).

### **2.3 Artigo: O cuidador e suas práticas de cuidado em saúde: interações e influências na adesão ao tratamento odontológico entre adolescentes**

**RESUMO:** O objetivo do estudo foi analisar os sentidos atribuídos pelos cuidadores dos adolescentes sobre o cuidado em saúde e sua relação com a adesão ao tratamento odontológico. Esta investigação qualitativa refere-se a uma pesquisa em adolescentes, com idade entre 15 e 19 anos, que pertencem à área adstrita de 34 Unidades de Saúde da Família no município de Piracicaba, São Paulo, Brasil, no período de 2015. Foram realizadas 24 entrevistas, com roteiro semiestruturado. A análise de conteúdo temática foi adotada com a construção de 01 eixo temático principal (eixo do cuidador) e 2 sub eixos (“regras saudáveis na perspectiva do cuidador” e “regras saudáveis na perspectiva do cuidador em relação ao indivíduo que recebe o cuidado”). Conclui-se que os cuidados em saúde que a família tem com o adolescente, especificamente em relação à prática odontológica, podem ter aspectos que influenciam o adolescente, positiva ou negativamente, na tomada de decisões importantes com relação à prevenção e adesão ao tratamento de doenças bucais.

**Palavras chaves:** Saúde Bucal, Promoção da Saúde, Pesquisa Qualitativa, Comportamento do Adolescente.

**The caregiver and their health care practices: interactions and influences on adherence to dental treatment among adolescents**

**ABSTRACT:** The aim of the study was to analyze the meanings attributed by caregivers of adolescents about health care and its relationship with adherence to dental treatment. This qualitative research refers to research in adolescents aged 15 and 19, which belong to an area linked to 34 of the Family Health Units in the city of Piracicaba, São Paulo, Brazil, in 2015 period. They were conducted 24 interviews with semi-structured. The content analysis was adopted with the construction of 01 main themes (caregiver blocks) and 2 sub blocks ("health rules on the caregiver perspective" and "health rules in the caregiver's perspective in relation to the individual receiving care "). It concludes that the health care that the family has with the adolescent, specifically in relation to dental practice, may have aspects that influence the adolescent, positively or negatively, in making important decisions regarding prevention and adherence to treatment of diseases mouth.

**Key words:** Oral Health, Health Promotion, Qualitative Research, Adolescent Behavior.

## INTRODUÇÃO

A adolescência é um período de transição no qual os jovens enfrentam mudanças nos sistemas emocional, cognitivo e comportamental (Allen e Land, 1999), marcada por dificuldades, principalmente, relacionadas aos conflitos com a família, os pares e a escola (Costa, 2012).

É um período de separação, quando os adolescentes ganham autonomia em relação às figuras parentais na conquista de suas escolhas, passando de jovens que estão sendo cuidados pela família para adultos que poderão dar algo de si aos outros e cuidar (Allen e Land, 1999; Dekovic, 1997).

No entanto, o ato do cuidar (cuidado) não é somente algo que se dá a outro, e sim algo que se pratica e se cria com o outro, numa atmosfera de afetos (Miotto e Barcellos, 2009). Baseado neste conceito é importante saber que o cuidado familiar para com o adolescente apresenta diferença em função de alguns aspectos. Podem ser citados, por exemplo, o contexto da vulnerabilidade social no qual o jovem se encontra inserido; a percepção do sujeito e da família do cuidado em saúde, de seus valores culturais; suas experiências com serviços odontológicos; conhecimentos e atitudes obtidos no contato com profissionais da área, professores de escola e meios de comunicação.

A vulnerabilidade social busca integrar a compreensão dos aspectos da vida das pessoas, que as tornam mais ou menos susceptíveis às atividades de intervenção em saúde (Ayres, 2010).

No aspecto familiar, considera-se que a ausência de responsabilidade das figuras cuidadoras intervém nas relações interpessoais na adolescência (Ainsworth, 1978; Teodoro, 2010). Portanto, a família pode se configurar como condição de risco ou de proteção ao adolescente, e isto dependerá da qualidade das relações que se estabelecem nesse ambiente (Poletto e Koller, 2008).

Diversos estudos ressaltam a necessidade de incluir a família no atendimento e no contexto que o adolescente faz parte (amigos, escola e comunidade), a fim de favorecer os padrões de relação entre esses agentes sociais (Schenker e Minayo, 2004; Battjes, 2004).

A literatura revela que dentre outros aspectos, a rede de apoio social e familiar está relacionada ao fenômeno da adesão (Arruda e Zannon, 2002; Ferreira, 2006; WHO, 2003). O termo adesão ao tratamento pode ser associado a diversos comportamentos inerentes à saúde. Referem-se ao seguimento prescritivo de

medicamentos, aspectos referentes ao sistema de saúde, fatores socioeconômicos, ao tratamento, do paciente e à própria doença. Neste estudo, a adesão está associada ao tratamento odontológico do adolescente encaminhado para o serviço público de saúde.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua a adesão ao tratamento de doenças crônicas como sendo a medida com que o comportamento de uma pessoa corresponde às recomendações de um profissional de saúde (Haynes, 1979). Alguns autores dizem que a adesão é um processo comportamental complexo influenciado pelo meio que ele vive, pelos profissionais de saúde e pelos cuidados assistenciais (Pierin, et al., 2004).

Deste modo, o conceito de adesão supera a visão simplista e limitada da assistência e pressupõe uma parceria entre quem cuida e quem é cuidado. Esta perspectiva insere o cuidado com o indivíduo como ponto central para uma intervenção participativa e acompanhamento do processo saúde doença do sujeito (Friberg e Scherman, 2005).

Portanto, o objetivo do estudo foi analisar os sentidos atribuídos pelos cuidadores dos adolescentes sobre o cuidado em saúde e sua relação com a adesão ao tratamento odontológico.

## **METODOLOGIA**

Esta pesquisa refere-se a uma investigação qualitativa derivada de uma pesquisa quantitativa conduzida em adolescentes, com idade entre 15 e 19 anos, que pertencem à área adstrita de 34 Unidades de Saúde da Família no município de Piracicaba, São Paulo, Brasil, no período de 2015. A execução do trabalho teve prévia aprovação junto ao comitê de ética (CEP- FOP/Unicamp) com o n. 027/2011.

Na etapa anterior da pesquisa, realizada em 2013 e 2014, foi coletado os dados quantitativos (cárie dentária e/ou doença periodontal, de acordo com os critérios da OMS, 1999). Os participantes com necessidade de tratamento odontológico (presença de cárie e/ou doença periodontal) foram orientados a agendar consulta na própria unidade para realizar o tratamento.

Após um ano e oito meses da coleta inicial, os pesquisadores retornaram nas Unidades de Saúde, a fim de localizar e investigar quais adolescentes aderiram ao tratamento odontológico recomendado. Para saber se o adolescente aderiu ou não ao tratamento, foi realizado um novo exame clínico nas mesmas condições e com os

mesmos examinadores. Aqueles que eventualmente não procuraram o atendimento ou até chegaram a procurar, mas não concluíram o tratamento foram considerados como pacientes não aderentes.

Diante do cenário encontrado de adesão e não adesão ao tratamento surgiu o interesse dos pesquisadores em incluir uma etapa qualitativa neste estudo, a fim de investigar se as ações/práticas de saúde oferecidas pelos cuidadores no ambiente familiar se relacionam com a adesão/não adesão ao tratamento odontológico dos adolescentes participantes do estudo. Optou-se pela realização de uma pesquisa qualitativa, uma vez que esta metodologia relaciona tanto os significados que os indivíduos atribuem às suas experiências do mundo social, quanto com o modo como os mesmos compreendem este mundo, tentando interpretar os fenômenos sociais (interações, comportamentos, etc.) em termos dos sentidos que as pessoas lhes dão (Pope e Mays, 2006).

As propriedades desta metodologia englobam várias ordens: a ordem epistemológica – tendo em vista que os atores são considerados indispensáveis para entender os comportamentos sociais; a ordem ética e política – na medida em que permite o aprofundamento nas contradições e nos dilemas que atravessam a sociedade concreta; a ordem metodológica - como instrumento privilegiado de análise das experiências e do sentido da ação (Guerra, 2006).

Quanto à forma de coleta dos discursos, foi aplicada a entrevista semiestruturada, que tem como particularidades questões básicas apoiadas em teorias e hipóteses relacionadas ao tema da pesquisa que, por conseguinte, traz novas teorias e perguntas a partir das respostas dos participantes. Além disso, mantém a presença consciente e atuante do pesquisador no processo de coleta de informações (Triviños, 1998).

Para a realização das entrevistas com a família dos adolescentes, utilizou-se um roteiro semiestruturado com as perguntas: “O que é saúde para a Senhora/Senhor?”; “O que a Senhora/Senhor faz quando precisa tratar os dentes?” e por fim, o artigo fez referência a seguinte questão norteadora: “Quais os cuidados que a senhora/senhor toma em relação à saúde de seu filho?”

A coleta dos dados qualitativos teve início em maio de 2015. Foi realizado o pré-teste, previamente ao início da fase de coleta, a fim de verificar a clareza e veracidade das perguntas e respostas, testar o método de entrevista e corrigir possíveis distorções e problemas relacionados aos métodos.

A equipe de pesquisadores contatou por telefone os responsáveis pelo adolescente, abordando a possibilidade de realizar a entrevista em domicílio. Então, foi combinando entre o pesquisador e o entrevistado, o horário e dia mais adequado e procedeu-se o agendamento e condução das entrevistas junto à família do adolescente.

O número de entrevistados foi definido pela saturação do discurso, ou seja, quando nenhuma nova informação significativa para a compreensão do fenômeno investigado foi acrescentada durante as entrevistas (Fontanella e Magdaleno Júnior, 2012). Dois pesquisadores realizaram a transcrição das falas imediatamente após as entrevistas com os participantes, mantendo a fidelidade dos discursos.

A análise de conteúdo temática foi conduzida de acordo com a trajetória de análise descrita por Gomes (2010). A primeira etapa consistiu da leitura exaustiva do material transcrito, correspondente a 24 entrevistas, com a finalidade de identificar um conjunto inicial de temas.

Os dados foram agrupados segundo os eixos emergentes do texto. A segunda etapa permitiu agrupar e conectar itens dos dados que se encaixavam em mais de um eixo.

Após o refinamento dos eixos e sub eixos estabelecidos, tornou-se possível a identificação dos temas chaves. A identificação desses temas permitiu que os mesmos fossem distribuídos em quadros e, em seguida, foi elaborada uma redação por temas com o objetivo de contemplar os sentidos dos textos e sua articulação com os conceitos teóricos que orientaram esta análise. Deste modo, a análise temática, consistiu no agrupamento dos dados por temas e exame de todos os casos no estudo para certificação de que todas as manifestações de cada tema foram incluídas e comparadas. Por fim, resultou a redação final da análise, construindo o diálogo entre os temas, objetivos e questionamentos específicos do estudo.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O universo do estudo caracteriza por 24 cuidadores responsáveis pelos adolescentes, dentre eles, mãe, pai, avós; sendo estes entrevistados no próprio domicílio. Na análise temática das 24 entrevistas identificaram-se 10 categorias referentes aos cuidados que o cuidador tem com o adolescente, seu comportamento em saúde e a influência deste na adesão ao tratamento odontológico, sendo estas: qualidade da alimentação e do sono, cuidados no preparo dos alimentos, cuidados

médicos e odontológicos de saúde (consultas e medicamentos), limpeza do corpo e dentes, limpeza e organização da casa, fiscalização ao cumprimento de “regras saudáveis”, cumprimento/descumprimento de “regras saudáveis”.

Estas categorias foram agrupadas configurando a construção de 01 eixo temático principal, o eixo do cuidador, e 2 sub eixos: “regras saudáveis na perspectiva do cuidador” (cumpre ou não cumpre as regras) e “regras saudáveis na perspectiva do cuidador em relação ao indivíduo que recebe o cuidado” (cumpre ou não cumpre as regras).

O sentido de regras saudáveis foi atribuído de acordo com o referencial teórico do conceito ‘moderno’ de promoção da saúde fomentado pela OMS. Este conceito surgiu a partir da década de 1980 e considera a Promoção da Saúde como sendo um conjunto de valores, tais como solidariedade, equidade, democracia, cidadania, participação, parceria, entre outros, bem como uma combinação de estratégias de ação que visam impactar nos determinantes sociais e comportamentais da saúde (WHO, 1984; Buss, 2009; Pelicioni e Mialhe, 2012).

A definição atual de Promoção a Saúde está relacionada ao conceito ampliado de saúde definido na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que enfatiza como prioridade, a atuação nos fatores determinantes da saúde tais como: alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, garantindo as pessoas e à coletividade condições de bem estar físico, mental e social (WHO, 1986).

Já a Carta de Ottawa define promoção da saúde como o “*Processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo*” (WHO, 1986). Este conceito valoriza a necessidade das pessoas em saber lidar com os vários fatores que determinam sua saúde e não apenas considera o aspecto do bem-estar físico, priorizado nos sistemas tradicionais de assistência em saúde.

No eixo temático do cuidador constatou-se que os participantes da pesquisa consideram o “cumprir regras” relacionados à limpeza e alimentação saudável, como mais importante determinante do processo saúde doença.

*P: Quais os cuidados que a senhora toma em relação à saúde de seu filho?*

*R6: É cuidar bem da casa, da comida também, não ficar comendo muita gordura, fritura. Eu procuro fazer tudo fresquinho. Deixar tudo limpo, abrir bem as janelas para*

*entrar ar (E6, mãe de adolescente).*

*R4: Eu gosto de deixar tudo certinho!! Lavo bem as verduras, os legumes (...) as roupas de cama também, toalha de banho, tiro sempre pra lavar. A Josiane escova sempre, não tem que me preocupar, mas o mais novo preciso ficar em cima (E4, mãe de adolescente).*

Pela perspectiva do cumprimento de regras saudáveis por parte do cuidador, constata-se que a mãe pratica ações de cuidado para com o adolescente numa visão limitada de promoção da saúde baseada mais nas medidas adotadas no conceito teórico de Leavell e Clark (1976). Essas medidas incluem, dentre vários fatores, aqueles relacionados a bom padrão de nutrição, moradia adequada, condições agradáveis no lar e ao aconselhamento do profissional de saúde no tratamento da doença e na prevenção de complicações. Para Buss (2009), esta visão apresenta certos limites centrados no indivíduo, com uma projeção para a família ou grupos.

Embora o modelo de Leavell e Clark seja o mais divulgado para os serviços de saúde e trate a promoção como um dos estágios dos 3 níveis de prevenção, um outro modelo muito utilizado é o esquema quadridimensional de Lalonde (1974), que considera os determinantes da situação de saúde de uma população: o estilo de vida; a biologia humana; o ambiente e os serviços de saúde.

Em outro extrato, verifica-se que há também a “fiscalização” do cumprimento de regras saudáveis por parte do cuidador, ainda relacionados à limpeza, principalmente da casa, corpo e dos dentes. Esta visão representa o sentido que os respondentes possuem a respeito do “cuidar em saúde”. Para eles, a limpeza é sinônimo de “cuidado”, pois precisa estar sempre tudo limpo, a casa, o corpo e inclusive os dentes dos filhos que são considerados uma extensão do processo de “limpar” desta família:

*R8: Aqui tem que ser bem limpinho, bem certinho. Precisa lavar a mão, eles não gostam, mas eu faço lavar as mãos. (?) O mais velho eu não me preocupo muito, mas com pequeno, fico em cima. Se eu tivesse tratado, não tinha que tirar todos os meus dentes. Em cada gestação tirava 2 dentes. Ficava com dor e tinha que tirar. Então pego no pé mesmo (E8, mãe de adolescente).*

Corroborando com este achado, estudos anteriores investigaram os significados de “saúde bucal” e do “cuidado odontológico” com as mães e estas associaram o adoecimento bucal às normas de higiene e dietéticas, tais como escovação (três vezes ao dia), ingestão de alimentos, utilização do fio dental, ausência de cárie, ausência de mau hálito e a ida ao dentista. Ou seja, no presente estudo e nos estudos de Mendonça (2001) e Domingues (2008) o significado de saúde bucal está mais relacionado com a atividade de cuidar do corpo do que com a situação de saúde das pessoas.

Sabe-se que o cumprimento e a fiscalização de regras saudáveis não garantem o aprendizado e a incorporação de novas práticas entre os indivíduos, principalmente os adolescentes.

A Teoria Social Cognitiva desenvolvida por Bandura (2008) sustenta a hipótese observada no estudo, e diz que ao pesquisar sobre o comportamento humano, o homem não é visto como um ser passivo dominado e influenciado pelas ações ambientais, mas sim como um sujeito ativo em todos os processos. Por conseguinte, o homem aprende e adquire experiências observando as consequências dentro do seu ambiente, assim como as vivências das pessoas aos quais convive.

Realizar atos mecânicos de limpeza dentária e ser fiscalizado por esta tarefa não previne nem trata os principais acometimentos bucais. A literatura revela que as afecções bucais, principalmente entre adolescentes, são decorrentes de fatores biológicos (biofilme, dieta, saliva) e macro (renda, educação, fatores comportamentais, conhecimento, escolaridade, atitudes e outros) (Pereira, 2014; Buss, 2007). Portanto, para um melhor planejamento, tanto individual como coletivo, o cirurgião dentista precisa atuar numa dimensão ampliada de fatores “extra bucais” que afetam o “intra bucal”.

*R27: Eu tento evitar doce, gordura, refrigerante, balas, chicletes, pego no pé por causa disso. Eu compro escova, pasta de dente, sempre troco a escova (E27, mãe de adolescente).*

Sabe-se que os principais agravos bucais, como a cárie e a doença periodontal, são evitáveis a partir da identificação e intervenção dos fatores de risco pela equipe de saúde, pelo indivíduo e a família. Os fatores de risco fundamentais

incluem não somente a escovação dentária deficiente, mas requerem a manutenção de condições de saúde bucal compatíveis com uma boa qualidade de vida.

Ressalta-se ainda, que a estética é um fator que atualmente é muito valorizada pelo adolescente. A conhecida “ortodontia de camelô” já é considerada uma prática comum nos adolescentes, na medida em que a ideia de pertencimento e de conquista da beleza é proporcionada pelo uso do aparelho ortodôntico. Um estudo recente confirma essa perspectiva, ao constatar que o uso de aparelhos ortodônticos se mostrou como potente estimulador do interesse e do estabelecimento de prioridades na atenção à saúde bucal entre os adolescentes (Vazquez, 2015). Porém, a força ortodôntica excessiva prejudica a dentição e pode acarretar sérias consequências (retração e reabsorção) para o indivíduo.

Diante destes fatores, o adolescente precisa adotar algumas atitudes e comportamentos que sejam compatíveis com o seu estado de saúde bucal e geral como a redução e prevenção do abuso de álcool e fumo; melhorias nas condições de higiene para controle das doenças mais prevalentes, através da escovação com dentifício fluoretado e o uso do fio dental; alimentação saudável; entre outros. Além disso, é necessário procurar o cirurgião dentista para realizar o tratamento adequado para que a cura e a reabilitação aconteçam.

No segundo eixo temático “não cumprem de regras saudáveis”, verifica-se que os cuidadores não aplicam regras saudáveis ligadas principalmente aos cuidados médicos e odontológicos, alimentação e limpeza com os dentes. Portanto, verificou-se que os participantes da pesquisa apresentaram diferentes entendimentos do que seria o cuidado em saúde, postura esta que pode ter sido reproduzida pelo adolescente influenciando-o na decisão de não aderir ao tratamento odontológico:

*R21: Acho que sou um pouco descuidada, não tomo nenhuma medida, sou desencanada. Eu digo faz outra coisa que passa. Ai mãe tô com dor nas costas vai fazer outra coisa, distrair que passa. Não fique dando atenção pra dor que passa. E dá certo. Ninguém em casa adocece. Sempre falo para escovar os dentes, mas sou um pouco descuidada, acho que é muito importante a saúde bucal (E21, mãe de adolescente).*

*R30: Limpo a boca, escovo... agora no médico não vou muito não, acho frescura ter dor toda hora! Tudo da mente das pessoas, gente assim é que não tem nada pra fazer (E30, mãe de adolescente).*

*R26: O G (filho) é mais difícil, não ouve o que a mãe fala. Falo que tem que ir ao médico, né. Não posso mais levar, tem 18, né!. O G (filho) tem adenoide, mas tinha que ter operado pequeno, o “estado” não conseguiu, agora já tá grande, tem que ser uma opção dele, não posso carregar ele, levar no médico (E26, mãe de adolescente).*

Os pais exercem grande influência sobre seus filhos na adoção de comportamentos relacionados à saúde, pois a família constitui o primeiro ambiente de aprendizagem das crianças e dos adolescentes (Raphaelli, 2011). A família agrega um conjunto de valores, crenças, conhecimentos e hábitos que vêm influenciar práticas que promovam a saúde de seus componentes, ou, ao contrário, aumentem a vulnerabilidade dos mesmos para as doenças (IBGE, 2009).

Além disto, há evidências de que as condições em que uma pessoa vive, seus primeiros anos de vida, bem como certos atributos dos pais e do grupo social a que ela pertence – renda e escolaridade dos pais, condições da moradia, nível de consumo – são fortes indutores do seu perfil de morbidade (Peres e Peres, 2006).

Sabe-se que modificar condutas sobre práticas de saúde no contexto familiar é, sem dúvida, um trabalho desafiador, sobretudo quando o cuidador influencia a postura de quem está sob seus cuidados. Existem evidências na literatura da correlação negativa entre o adequado funcionamento familiar com a presença de problemas de comportamento na adolescência, ou seja, a família que funciona adequadamente é mais afetiva, desenvolve uma comunicação positiva, tem maior coesão familiar, além do envolvimento com os filhos. Com isso, enfrenta menos dificuldades de conduta inadequada do adolescente (Levin, 2012; Al-Qaisy e Turki, 2011; Pettit, 2001).

Portanto, a família mostra-se como um elemento de grande importância no estudo do adolescente, seja na educação, saúde ou psicodinâmica (Aberastury, 1971). Apesar de complexo e muitas vezes conturbado, o período de transição para a adolescência pode sofrer influência dos eventos que ocorrem na vida familiar ou mesmo individual como, por exemplo, excesso de conflitos, baixa aceitação do filho, baixa afetividade e muito controle dos pais (Cardoso, 2004; Dessen e Polonia 2007;

Baptista e Oliveira, 2004). Tais eventos podem levar a problemas de comportamento dos adolescentes.

Outra característica da adolescência é o maior envolvimento com comportamentos de riscos, principalmente, porque os jovens tendem a estar mais próximos dos seus amigos e mais afastados do contexto familiar.

Estudos revelam que o apoio dos amigos foi evidenciado como um fator que pode influenciar na adesão aos comportamentos de risco já que o adolescente pode ser encorajado a envolver-se em alguma situação considerando a pressão dos pares (Albert e Steinberg, 2013; Wang e Eccles, 2012).

Então, seria interessante conhecer de forma mais ampla as características dos grupos de amigos que os jovens se relacionam, chamando-os a participar das ações educativas propostas. Esta ideia apoia-se no caderno da Saúde na Escola desenvolvido pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2009), que enfatiza as atividades em grupo como estratégias da atenção básica para trabalho educativo com adolescentes.

Por conseguinte, o apoio da família e dos professores parece influenciar na direção contrária ao dos amigos quanto ao comportamento de risco, demonstrando que o apoio nesses contextos pode contribuir para o sentimento de pertencimento e ligação afetiva (Fosco et al., 2012; Costa, 2009; Wang e Dishion, 2011).

Este estudo entrevistou famílias em situação de vulnerabilidade social e, por isso, há de se considerar também que mudanças de comportamentos podem estar fora do alcance dos indivíduos.

É fato que piores condições de saúde tendem a ser encontradas em populações menos favorecidas. Sheiham (2014) cita que a condição social e econômica pode ser considerada como um facilitador ou limitador da adesão do adolescente a hábitos relacionados com a saúde.

Os fatores de risco dessas famílias estão diretamente relacionados à exclusão, à desigualdade social, e não necessariamente aos aspectos individuais do adolescente. As condições indignas de pobreza, exclusão e vulnerabilidade social afetam a maioria das famílias pobres brasileiras de forma adversa ao desenvolvimento de crianças, adolescentes e adultos.

Porém, algumas famílias desenvolvem processos e mecanismos que garantem sua sobrevivência e cumprem seu papel de proteção e cuidado com competência, tornando o contexto essencial para o desenvolvimento saudável dos seus membros (Yunes, 2001).

É necessário, então, que a família do adolescente possa ser envolvida nas ações desenvolvidas pelo profissional de saúde favorecendo escolhas saudáveis.

A Estratégia Saúde da Família representa papel fundamental na promoção da saúde quando o trabalho acontece sob a perspectiva dos determinantes sociais da saúde. É importante que a equipe promova o empoderamento de indivíduos e famílias, por meio da equidade, de ações intersetoriais (Pellegrini Filho et al., 2014). Neste contexto, podem ser aplicadas atividades educativas voltadas para a população de adolescentes como um todo e, principalmente, para aqueles resistentes ao tratamento odontológico e que se encontram em situação de exclusão social, praticando desta forma o preceito da equidade nas ações de saúde. A elaboração das atividades educativas deve ser realizada em conjunto no nível da equipe de saúde, de forma multiprofissional e intersetorial.

Além disso, considerando que as parcerias entre educadores e profissionais de saúde, trabalhando na educação e promoção de saúde dos adolescentes, estabelecem resultados favoráveis em relação à sua saúde bucal (Haleem, 2012), pode-se sugerir, por exemplo, que a equipe firme parceria com os setores da educação e da cultura, a fim de desenvolver atividades culturais como cinema, teatros, oficinas. Estas atividades devem envolver temas relevantes sobre a saúde bucal, inclusive os malefícios da não adesão ao tratamento odontológico, despertando o interesse e a curiosidade dos jovens e da família sobre o assunto.

O uso de temas do cotidiano que despertem a curiosidade e o envolvimento emocional dos adolescentes nas atividades educativas parece ser uma alternativa favorável para o desenvolvimento de pensamento crítico. Para Schall e Strunchner (1999), a arte desencadeia emoção e esta contribui para a construção de sentidos, preenchendo a lacuna entre conhecimento e a esperada mudança de comportamento.

Silveira Filho et al. (2005), por meio da metodologia problematizadora, trabalharam com o conceito de *exercício da curiosidade* de Paulo Freire e neste contexto, o tema “beijo”, que desperta muito interesse para os adolescentes, foi escolhido como mobilizador de discussão de saúde bucal. Os resultados foram efetivos na construção de relação de confiança entre profissionais e adolescentes, facilitando o desenvolvimento do processo educativo. Para os profissionais, esta metodologia significou a ruptura com padrões educativos historicamente construídos na odontologia, gerando sentimentos de satisfação e de busca por novas

metodologias de abordagens educacionais.

Engajar os adolescentes ativamente no processo educativo parece ser um desafio, sendo as estratégias em grupo uma importante contribuição. Nos grupos é possível verificar senso de coesão, de comunicação, interação, de coletividade e de planejamento, de metas comuns e onde cada participante possa se conhecer e ajustar suas relações sociais (Tretini e Gonçalves, 2000). Ao mesmo tempo, é possível que o contato individual aja como fator restritivo em muitos casos, sendo que nas estratégias em grupos geralmente os adolescentes sentem-se mais desinibidos e entusiasmados (Hoga e Abe, 2000).

Desta forma, o empoderamento do participante fica favorecido, pois o indivíduo constrói e reconstrói seus saberes, suas ideias, significados e representações e assim, direciona suas ações e as tomadas decisões sobre o que, como e porque agir de determinada maneira e não de outra (Ferreira, 2006).

Então, como exemplo prático, sugere-se a formação de grupos operativos na unidade de saúde que podem ser realizados na própria USF ou nos espaços sociais do bairro, como escolas e centros comunitários. Nesses grupos podem ser trabalhadas minimamente a causalidade dos agravos, a importância do tratamento odontológico, formas de prevenção, a revelação de placa e a escovação supervisionada, por meio da problematização das questões de saúde bucal, integração e a democratização do conhecimento a partir do compartilhamento das vivências de cada participante. Isso é revelado pela literatura, considerando o cenário encontrado no presente estudo, sugere-se incluir a discussão entre a relação de desfecho da higiene e limpeza com diferentes situações de saúde.

As equipes devem também incluir as atividades educativas na rotina do trabalho dos agentes comunitários de saúde e da Equipe Saúde da Família, a partir de critérios de risco ou da identificação do núcleo familiar como um fator determinante no processo saúde doença.

Mas, no cenário atual, a maneira de conceber o conceito de promoção de saúde é bastante diferente da que é praticada nos serviços de saúde. A promoção da saúde vivenciada pelas equipes de saúde dá ênfase à culpabilização dos indivíduos, àquilo que as pessoas fazem “de errado” ou aquilo que não estaria de acordo com algum “conhecimento científico” (Bottazo, 2008) Este modo de “cuidar” dos profissionais da saúde é, frequentemente, reproduzido no contexto familiar.

A equipe de saúde precisa ser capacitada a “olhar” a família como sujeitos,

substituindo a tradicional relação distanciada com o indivíduo, por níveis mais profundos de acolhimento e vínculo com as mesmas.

Esse “novo olhar” da equipe para a família poderia ser discutido nos espaços coletivos de conversas com a participação de uma equipe interdisciplinar, baseado nos pressupostos da Educação Permanente em Saúde. O enfoque das discussões se daria na busca da ressignificação da relação entre a família e a equipe na perspectiva da horizontalidade, dando ênfase ao dispositivo do acolhimento. Desta forma, buscar-se-ia, na abordagem de comunicação com os membros da família, uma forma mais humanizada de relacionamento por meio de falas, perguntas, posturas e gestos capazes de gerar empatia e vínculo, minimizando as relações de poder instituídas na relação entre profissionais de saúde e pacientes.

É importante dizer que essa postura acolhedora do profissional aconteceria em todas as atividades e rotinas da equipe de saúde, a saber: na visita domiciliar, no atendimento individual, na atividade em grupo, entre outros.

Sabe-se que a qualidade da comunicação aumenta a adesão ao tratamento, melhora o prognóstico, aumenta a satisfação e diminui conflitos com os profissionais de saúde (Botazzo, 2006).

Mesmo com o passar dos anos, os programas educativos ainda são considerados as estratégias mais utilizadas para melhorar a adesão (Oliveira e Gomes, 2004). Estes programas procuram envolver no tratamento, tanto os jovens, quanto seus familiares (Nolan, 1986). Esse envolvimento pode se dar desde a participação dos pais nas atividades culturais, nos grupos das unidades, até mesmo no acompanhamento nas consultas odontológicas e no tratamento das necessidades bucais da família. Por isso, a importância da qualidade da relação comunicativa entre os jovens e seus pais. Estudos recentes têm procurado demonstrar a importância de trazer a família para as reuniões das equipes de saúde com objetivo de transformar a informação em comunicação e incrementar a adesão (Williams e DeMaso, 2000).

O terceiro e quarto eixo temático “cumprem regras saudáveis” e “não cumpem regras saudáveis”, respectivamente, estão relacionados aos indivíduos que recebem o cuidado quanto à alimentação, limpeza dos dentes e do corpo, qualidade do sono e prática de atividade física. Esses eixos focam na fala do entrevistado, aspectos que evidenciam o cumprimento ou não de práticas saudáveis pelos adolescentes.

Embora haja fiscalização do cuidador no cumprimento das regras, por parte

das pessoas cuidadas, percebe-se no extrato das falas a seguir, que o indivíduo não cumpriu as regras saudáveis.

*R22: Eles crescem e é complicado. Os pequenos ainda consigo levar na rédia, mas eles.... Fico em cima para almoçar bem, jantar bem, escovar o dente, dormir cedo. Se não cuido você sabe, só quer comer porcaria, não quer escovar os dentes quando acorda, quando vai dormir (E22, mãe de adolescente).*

Nota-se também o esforço do cuidador no cumprimento de regras saudáveis ligadas à alimentação e limpeza dos dentes, apesar do desinteresse do indivíduo em cumprí-la.

*R31: Ahhh...eu sempre faço de tudo. Tomo cuidado em comprar verduras e frutas. Lavo direitinho... às vezes perde tudo (risos). Eles não ligam, mas minha parte eu faço. Quando era pequenos eu pedia pra escovar, ficava em cima. Agora não, estão grandes, já sabem o que fazem (E31, mãe de adolescente).*

Pela perspectiva do “não cumprimento de regras saudáveis” verifica-se que o adolescente apresenta certa autonomia do seu cuidado em saúde, não atribuindo sentido de importância ou prioridade na prática de ações que melhorem sua qualidade de vida.

Este resultado pode ser explicado, em parte, pelo contexto social e cultural em que a família está inserida. Bronfenbrenner (1996) postula que os ambientes mais próximos da pessoa, como a escola, os amigos, os vizinhos e a família, exercem um papel mediador entre a autonomia e o nível de desenvolvimento do adolescente.

Na literatura, a autonomia é definida como a habilidade para pensar, sentir, tomar decisões e agir por conta própria (Fleming, 2005). Para o adolescente, o desafio desse processo envolve o desejo de ser autônomo e independente, ao mesmo tempo, e preservar a ligação com a família e a sociedade. Pensa-se que o ideal seria a dependência mútua, ou seja, a possibilidade do jovem conseguir agir por conta própria, ter comportamentos independentes, porém sem afastar-se de sua família, que deve aceitar este movimento, permitindo o ir e vir do jovem (Reichert, 2007).

Diante deste cenário, é necessário introduzir mudanças na vida familiar, o que supõe acordos entre os pais e os filhos. Estas mudanças estão relacionadas à autoridade, disciplina, estilo de vida, estilo de educação e de comunicação. Isto se tornará possível se os pais aprenderem a escutar seus filhos, mediante uma escuta seletiva, se souberem respeitar seus limites e a individualidade (Ríos González, 2005). Desta forma, os pais estarão fomentando a autonomia dos seus filhos.

No entanto, tal contexto acende uma reflexão: Como motivar o adolescente a desenvolver habilidades vitais que auxiliem nas escolhas de práticas mais saudáveis?

A OMS considera que o desenvolvimento de habilidades pessoais está relacionado ao empoderamento, caracterizado pela habilidade individual e psicológica de tomar decisões e ter maior controle sobre a vida pessoal (WHO, 1998).

No Glossário Temático da Promoção da Saúde o empoderamento é definido como o “processo em que indivíduos ou grupos desenvolvem habilidades e capacidades para a tomada de decisão e controle sobre suas vidas e sobre os determinantes sociais” (Brasil, 2012). A literatura revela que o empoderamento traz mudanças sociais, políticas e nos ambientes físicos que interferem na saúde das pessoas (Laverack, 2004).

Anderson (1986) descreve a necessidade do desenvolvimento de ‘habilidades para a saúde’. Pode-se citar o uso de técnicas assertivas para resistir ao consumo de drogas, por exemplo, de exigir o cuidado médico-odontológico de qualidade, como também, tomadas de decisões em diversas situações (Mialhe, 2016). Nessas situações pode-se destacar o desenvolvimento de habilidades que auxiliem na escolha do adolescente em aderir ao tratamento odontológico.

Contudo, a equipe de saúde deve compreender, que às vezes, a opção não saudável é a única escolha que o indivíduo possui. O profissional precisa ter cuidado para não “culpabilizar” o indivíduo por não aderir às recomendações sugeridas por ele (Mialhe, 2016).

O fato de serem formados segundo o modelo biomédico, muitos profissionais desconsideram as condições de vida, percepções, valores, representações simbólicas, relações de poder, crenças e sentimentos dos indivíduos (Mialhe e Guerra, 2015).

Por outro lado, o sucesso do profissional da Atenção Básica de saúde ocorre quando o sujeito que procurou sua atenção e cuidados adquire autonomia e emancipação, tornando-se independente do serviço de saúde (Gazzinelli, 2006).

Todavia, trata-se de um grande desafio para o profissional de saúde, uma vez que ele também precisa desenvolver habilidades capazes de conduzir e empoderar o sujeito que recebe os cuidados ao reconhecimento de sua competência.

E, por fim, a introdução do conceito de vulnerabilidade na saúde bucal, numa abordagem combinada, é de primordial importância, pois permite que análises estatísticas mais adequadas, contudo mais complexas, demonstrem o risco e suas associações, bem como desvendem os significados das doenças para os sujeitos através da pesquisa qualitativa, apresentando, assim, a compreensão do processo saúde-doença nessa população, nas suas várias e complexas traduções. Esse nível de compreensão, a ser desvendado no presente estudo pela pesquisa qualitativa – que inclui o subjetivo e o social - é particularmente importante quando se considera, como exposto por Botazzo (2006) que *“se o corpo é socialmente formado, igualmente se pode falar em formação social da boca”*.

Como consequência, essa pesquisa fornece conhecimentos e informações, essenciais para o desenvolvimento de políticas públicas que garantam a integralidade na atenção em todos os níveis, especialmente na atenção básica, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida desta população.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Conhecer como o cuidado da saúde se efetiva na família é de grande valor para orientar a organização dos serviços e o desenvolvimento da educação em saúde.

A análise dos sentidos atribuídos revelou a relação entre o cuidado em saúde prestado pela família e a adesão ao tratamento odontológico dos adolescentes, relacionada ao cumprimento e descumprimento de regras saudáveis na perspectiva do cuidador. Tal visão está embasada num “olhar” limitado do processo saúde doença e contrária ao conceito atual da promoção da saúde.

Para os cuidadores, a limpeza é sinônimo de “cuidado em saúde”, desconsiderando outros comportamentos de risco relacionados às doenças, inclusive bucais, que acometem os adolescentes.

A importância de conhecer os cuidados da família para com o adolescente, especificamente em relação à prática odontológica, revela que esses aspectos podem estar influenciando os filhos nas decisões com relação à prevenção e adesão ao tratamento de doenças bucais.

Tendo em vista os resultados obtidos, recomenda-se o empenho da equipe em parcerias com outros setores da sociedade na construção de ambientes saudáveis com potencial para a adoção de ações e atividades educativas que facilite a aquisição de hábitos saudáveis e a manutenção dos mesmos.

## REFERÊNCIAS

1. Aberastury A, Knobel M. Adolescência normal. Buenos Aires, Paidós, 1971.
2. Ainsworth MDS, Blehar MC, Watters E, Wall, S. Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 1978.
3. Albert D, Steinberg L. Judgment and decision making in adolescence. *Journal of Research on Adolescence*. 2011; 21(1), 211-224.
4. Allen JP, Land D. Attachment in adolescence. In: Cassidy J, Shaver PR, editors. *Handbook of attachment theory and research*. Guilford. New York, 1999.
5. Al-Qaisy L M, Turki J. Family relationship of children with behavior disorders. *International Journal of Learning and Development*. 2011;1(1): 1-13.
6. Arruda PMA, Zannon CMLC. Adesão ao tratamento pediátrico da doença crônica evidenciando o desafio enfrentado pelo cuidador. *Coleção Tecnologia Comportamental em Saúde*. C.M.L.C. Zannon (Org). Santo André: ESETec, 2002.
7. Ayres JRJM, Paiva V, França-Junior I. Conceitos e práticas de prevenção: a história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos [mimeo]. *In Apostila do Curso de Especialização em Prevenção o HIV/Aids no Quadro da Vulnerabilidade e dos Direitos Humanos*. NEPAIDS, SP, 2010.
8. Bandura A, Azzi, RG, Polydoro, S. Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos. Porto Alegre: ArtMed. 2008: 176.
9. Baptista MN, Oliveira AA. Sintomatologia de depressão e suporte familiar em adolescentes: um estudo de correlação. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*. 2004; 14(3): 58-67.
10. Battjes RJ, Gordona MS, O'Grady KE, Kinlock TW. Predicting retention of

- adolescents in substance abuse treatment. *Addict Behav.* 2004; 29: 1021–1027.
11. Botazzo C. Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate. *Cienc. Saúde Coletiva.* 2006; 11(1): 7-17.
  12. Botazzo, C. A bucalidade no contexto da Estratégia Saúde da Família: ajudando a promover saúde para indivíduos, grupos e famílias in Moysés S.T; Kriger L; Moysés SJ. *Saúde Bucal das Famílias- Trabalhando com Evidencias.* São Paulo: Artes Médicas, 2008; 5: 65-70.
  13. Brasil. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica*; n. 24. Saúde na escola Brasília, 2009: 96.
  14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Glossário temático: promoção da saúde.* Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
  15. Bronfenbrenner U. *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
  16. Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.* 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2009.
  17. Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.* 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2009.
  18. Buss, P. M, Pellegrini Filho, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis.* 2007; 17(1): 77-93.
  19. Cardoso P, Rodrigues C, Vilar A. Prevalência de sintomas depressivos em adolescentes portugueses. *Análise Psicológica.* 2004; 4(22): 667-675.
  20. Costa L G. A rede de apoio social de jovens em situação de vulnerabilidade social e o uso de drogas. *Dissertação de mestrado.* Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS; 2009.
  21. Costa M, Mota, C P. Configuração familiar, gênero e coping em adolescentes: papel dos pais. *Psicol. estud.* 2012; 17(4): 567-575.
  22. Dekovic M, Nool MJ, Meeus W. Expectations regarding development during adolescence: parental and adolescent perceptions. *Journal of Youth and Adolescence, The Netherlands.* 1997; 26(3): 253-272.

23. Dessen, MA, Polonia, AC. A família e a escola como contextos de desenvolvimento humano. *Paidéia*. 2007; 17(36): 21-32.
24. Domingues SM, Carvalho ACD de, Narvai PC. Saúde bucal e cuidado odontológico: representações sociais de mães usuárias de um serviço público de saúde. *Rev Bras Crescimento Desenvol Hum*. 2008; 18(1): 66-78.
25. Ferreira EAPF. Adesão ao tratamento em psicologia pediátrica. In M. A. Crepaldi, M. B. M. Linhares & G. B. Peroza (Eds.), *Temas em Psicologia Pediátrica* (pp. 112-144). São Paulo: Casa do Psicólogo. 2006.
26. Ferreira MA. A educação em saúde na adolescência: grupos de discussão como estratégia de pesquisa e cuidado-educação. *Texto-Contexto Enferm*. 2006; 15(2): 205-211.
27. Fontanella BJB, Júnior RM. Saturação teórica em pesquisas qualitativas: contribuições psicanalíticas. *Psicol Estud* 2012; 17(1): 63-71.
28. Fosco, G., Stormshak, E., Dishion, T., & Winter, C. (2012). Family relationships and parental monitoring during middle school as predictors of early adolescent problem behavior. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2012, 41(2): 202-213.
29. Fleming, M. Adolescent autonomy: desire, achievement and disobeying parents between early and late adolescence. *Australian Journal of Education and Developmental Psychology, Australia*. 2005; (5): 1-16.
30. Friberg, F, Scherman, M.H. Can a teaching and learning perspective deepen understanding of the concept of compliance? A theoretical discussion. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2005; 19: 274–279.
31. Gazzinelli MF, Penna C. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. In: Gazzinelli MF, Reis DC, Marques RC, organizadores. *Educação em saúde: teoria, método e imaginação*. Belo Horizonte: UFMG; 2006: 25-33.
32. Gomes R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, organizadores. *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 2010.
33. Guerra IC. *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo – Sentidos e formas de uso*. Príncipia Editora, Ltda, Estoril, 2006.
34. Haleem A, Siddiqui MI, Khan AA. (2012). School-based strategies for oral health education of adolescents-a cluster randomized controlled trial. *BMC oral*

- health. 2012; 12(1): 54.
35. Haynes RB. Determinants of compliance: The disease and the mechanics of treatment. Baltimore MD, Johns Hopkins University Press, 1979.
  36. Hoga LAK, Abe CT. Relato de experiência sobre o processo educativo para promoção de saúde de adolescentes. Rev. Esc Enf USP 2000; 34(4): 407-412.
  37. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. Rio de Janeiro; 2009.
  38. Lalonde, Marc. A new perspective on the health of Canadians: a working document. Minister of supply and services, 1981.
  39. Laverack G. Health promotion practice: power and empowerment. London: Sage; 2004.
  40. Leavell S, Clark EG. Medicina preventiva. São Paulo: McGraw-Hill; 1976.
  41. Levin, K. A., Kirby, J., & Currie, C. Adolescent risk behaviours and mealtime routines: does family meal frequency alter the association between family structure and risk behaviour? Health Education Research. 2012; 27(1): 24-35.
  42. Mendonça TC. Mutilação dentária: concepções de trabalhadores sobre a responsabilidade pela perda dentária. Cadernos de Saúde Pública. 2001; 17(6): 1545-47.
  43. Mialhe FL, Guerra LM. Avaliação das práticas de educação em saúde entre acadêmicos de odontologia e profissionais de serviços públicos. In: Pinto T, Groisman S, Moysés SJ, organizadores. PRO-ODONTO prevenção: programa de atualização em odontologia preventiva e saúde coletiva: ciclo 8. Porto Alegre: Artmed/Panamericana; 2015: 55-126.
  44. Mialhe FL. Educação e promoção da saúde e saúde bucal. Nova Odessa: Napoleão; 2016. Em publicação.
  45. Miotto MMB; Barcellos LA. Contribuição das Ciências Sociais nas práticas de Saúde Pública Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde. 2009; 11(2): 43-48.
  46. Nolan T, Desmond K, Herlich R, Hardy S. Knowledge of cystic fibrosis in patients and their parents. Pediatrics. 1986; 77: 229-235.
  47. Oliveira VZ, Gomes WB. Comunicação médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas. Estudos de Psicologia. 2004; 9(3): 459-469.
  48. Organização Mundial da Saúde. Levantamentos básicos em saúde bucal. Tradução de Ana Júlia Perrotti Garcia. 4.ed. São Paulo: Santos, 1999: 66.

49. Pelicioni MCF, Mialhe FL. Educação e promoção da saúde: teoria e prática. São Paulo: Santos; 2012.
50. Pellegrini Filho A, Buss PM, Esperidião MA. Promoção da saúde e seus fundamentos: determinantes sociais de saúde, ação intersetorial e políticas públicas saudáveis. In: Paim JS, Almeida-Filho NA. Saúde coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook; 2014.
51. Pereira JC, Neto CA, Gonçalves SA. Dentística: uma abordagem multidisciplinar. São Paulo, Artes médicas; 2014.
52. Peres MA, Peres KGA. A saúde bucal no ciclo vital: Acúmulo de riscos ao longo da vida. In: José Leopoldo Ferreira Antunes e Marco Aurélio Peres. (Org.). Fundamentos de Odontologia: epidemiologia da saúde bucal. 1 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006; 1: 249-259.
53. Pettit GS, Laird RD, Dodge K A, Bates J E, Criss MM. Antecedents and behavior-problem outcomes of parental monitoring and psychological control in early adolescence. Child Development. 2001; 72: 583-598.
54. Pierin AMG, Strelec MAAM, Mion Jr. D. O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento. In: Pierin AMG. Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar. São Paulo: Ed. Manole; 2004: 275-289.
55. Poletto M, Koller SH. Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. Estudos de Psicologia. 2008; 25 (3): 405-416.
56. Pope C, Mays N. Qualitative Research in Health Care. Blackwell Publishing, 2006.
57. Raphaelli CO C, Azevedo MR, Hallal PC. Associação entre comportamentos de risco à saúde de pais e adolescentes em escolares de zona rural de um município do Sul do Brasil. Cad.Saúde Pública. 2011; 27(12): 2429-2440.
58. Reichert CB, Wagner AI. Considerações sobre a autonomia na contemporaneidade. Estudos e pesquisas em psicologia, UERJ. 2007; 7 (3): 405-418.
59. Rios Gonzáles, J. A. Los ciclos vitales de la familia y la pareja: ¿crisis u oportunidades?. Madrid: Editorial CCS, 2005.
60. Schall, V.T.; Struchiner, M. Health education: new perspectives. Cad. Saude Publica. 1999; 15 (2): 4-6.
61. Schenker M, Minayo MCS. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. Cad Saúde Pública. 2004;

- 20(3):649-659.
62. Sheiham A, Moysés SJ, Watt RG, Bönecker M. Promoting the Oral Health of Children. 2014, p 288-309.
63. Silveira Filho AD, Medeiros IY, Justo CMP, Junqueira SR, Pereira OMTB, Pelicioni MCF. O beijo como mobilizador para educação em saúde: ênfase na saúde bucal de adolescentes: relato de uma experiência. *Rev. Bras Desenv Hum.* 2005; 15(3): 57-68.
64. Teodoro MLT, Cardoso, BM, Freitas, A C H. Afetividade e conflito familiar e sua relação com a depressão em crianças e adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica.* 2010; 23(2): 324-333.
65. Trentini M, Gonçalves HT. Pequenos grupos de convergência: um método no desenvolvimento de tecnologias na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2000; 9 (1): 63-78.
66. Triviños ANS. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.* São Paulo: Atlas; 1998.
67. Vazquez, FL et al. Estudo qualitativo sobre as justificativas de adolescentes para a não adesão ao tratamento odontológico. *Ciênc. saúde coletiva.* 2015, 20(7): 2147-2156.
68. Wang M, Dishion T. The trajectories of adolescents' perceptions of school climate, deviant peer affiliation, and behavioral problems during the middle school years. *Journal of Research on Adolescence.* 2011; 22(1): 40-53.
69. Wang, M., & Eccles, J. Social support matters: Longitudinal effects of social support of three dimensions of school engagement from middle to high school. *Child Development.* 2012; 83(3): 877-895.
70. WHO. World Health Organization Adherence to long term therapies. Evidence for action. Switzerland, 2003.
71. Williams J, DeMaso DR. Pediatric team meetings: the mental health consultant's role. *Clinical Child Psychology and Psychiatry.* 2000; 5(1): 105-113.
72. World Health Organization. Health education and promotion unit. *The Health-promoting workplace: making it happen.* Geneva: WHO; 1998.
73. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986]. Disponível

em:<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>. (acesso em 10 de setembro 2015).

74. World Health Organization. WHO Regional Office for Europe. Health promotion: a discussion document on the concept and principles – summary report of the Working group on concept and principles of health promotion, Copenhagen, 9-13 July 1984. Copenhagen: WHO; 1984.
75. Yunes MAM, Szymansky H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: TAVARES, J. (Ed.). Resiliência e educação. São Paulo: Cortez, 2001: 13-42.

## **2.4 Artigo: Estudo qualitativo da percepção do adolescente sobre o processo saúde doença**

**RESUMO:** Este estudo buscou compreender a percepção dos adolescentes em situação de vulnerabilidade social, sobre a temática “saúde e doença”. Realizou-se uma pesquisa qualitativa fundamentada à luz da fenomenologia da percepção. O material empírico foi construído através de grupos focais. Os pesquisadores realizaram dois grupos focais com 8 participantes em cada grupo, de ambos os sexos, de 15 a 19 anos, estudantes do ensino médio, frequentadores de uma escola pública de um bairro de alta vulnerabilidade situado na periferia do município de Piracicaba. As etapas percorridas na metodologia a fim de desvelar o fenômeno foram a descrição, a redução e a compreensão. Os sub temas foram agrupadas, consolidando quatro grandes temas: Sentidos de Saúde e Doença; Determinantes e Condicionantes em Saúde e Doença; Saúde Bucal; As relações humanas, os sentimentos e a saúde. O estudo possibilitou a compreensão dos sentimentos, ideias e comportamentos dos adolescentes em relação a sua saúde e doença, ressaltando a importância de ressignificar questões que fortalecem a promoção da saúde, enfatizando a articulação intersetorial e multidisciplinar.

**Palavras chaves:** Adolescentes, Saúde, Doença, Pesquisa qualitativa.

### **Qualitative study of adolescent perception about the health disease process**

**ABSTRACT:** This study aimed to understand the perceptions of adolescents in social vulnerability, on the theme "health and disease." We conducted a qualitative research based on the phenomenology of perception. The empirical material was built through focus groups. The researchers conducted two focus groups with 8 participants in each group, of both sexes, 15-19 years old, high school students, who go to a public school in a highly vulnerable neighborhood on the outskirts of the city of Piracicaba. The steps followed in the methodology in order to understand the phenomenon were the description, reduction and comprehension. The sub themes were grouped by consolidating four major themes: Senses of Health and Illness; Determinants and Constraints in Health and Disease; Oral Health; Human relationships, feelings and health. The study allowed us to understand the feelings, ideas and behaviors of adolescents in relation to their health and disease, stressing the importance of reframing issues that strengthen health promotion, emphasizing intersectoral and multidisciplinary articulation.

**Key words:** Adolescents, Health, Illness, Qualitative research.

## INTRODUÇÃO

A adolescência é considerada um período marcado e influenciado pela vulnerabilidade, diretamente associada a fatores individuais, familiares, culturais, sociais, políticos, econômicos e biológicos (Brasil, 2005). A análise da vulnerabilidade social permite ampliar a compreensão dos fenômenos da saúde, considerando seus determinantes e condicionantes, prevenção de doenças e controle de agravos (Sanchez, 2007). Considera-se inclusive que pode afetar a saúde, mesmo na ausência de doença, quando há impacto psicológico, social ou mental (Sierra, 2006).

Ayres (2007) afirmou que saúde e doença são conceitos relacionados a interesses práticos e instrumentais e são noções impossíveis de serem dissociadas, já que uma está remetida à outra. O autor ainda ressaltou que a conceituação polarizada entre saúde e doença é tão limitante para a sua compreensão, quanto negar as intrínsecas relações que uma guarda com a outra na rotina da vida.

As tendências adotadas pelas práticas em saúde no Brasil são preocupantes, pois são segmentadas, dissociadas do contexto de vida das pessoas, centradas na doença e não no doente, com pouca ou nenhuma ênfase na relação entre profissional e paciente e pouco comprometidas com o bem estar dos mesmos (Deslandes 2006). Especificamente em relação às ações de atenção à saúde do adolescente, estas, em geral traduzem uma perspectiva de fragilidade e dependência desse grupo, o que pode comprometer a autonomia desses sujeitos em relação às questões de saúde (Queiroz, 2011).

Considerando-se que esse contexto é favorecedor de distanciamento entre profissional e paciente e, conseqüentemente, entre paciente e serviços, infere-se que todas essas tendências provavelmente influenciam na adesão dos sujeitos aos serviços e às práticas em saúde.

Assim, fica evidente que o conhecimento das percepções dos adolescentes sobre o processo saúde doença pode ser um importante norteador do modo de organização dos serviços, o qual, ocorrendo de forma coerente com tais percepções, poderá induzir maior aproximação desses sujeitos com os profissionais de saúde, o que, por sua vez, favorecerá sua adesão aos serviços de saúde, incluindo o tratamento odontológico.

Devido às particularidades do adolescente, a saúde e a estética bucal se tornam importantes para a autoimagem e um convívio social saudável. Segundo a clássica conceituação de Chaves (1986), a saúde bucal é um componente da saúde e

esta é um componente do bem-estar ou felicidade individual. O conceito humanista de felicidade individual é associado ao de vida plena, fecunda, ativa; pressupõe convívio, participação, vida familiar e social. O ser humano deseja estar inserido em um determinado meio social, seja no ambiente familiar, trabalho, escola ou grupo de amigos (Leite et al, 2008).

Nesse sentido, o ambiente escolar torna-se favorecedor de oportunidades de conhecimento e compreensão dos fatos do cotidiano, quando nele se promove o convívio e a participação dos jovens em grupos de conversa para discussão de temas sobre saúde e doença (Ciampo, 2010). Promover tais grupos, portanto, pode trazer a oportunidade de extrair dos mesmos as percepções desses sujeitos, viabilizando um modo de se desenvolver e ofertar ações e práticas em saúde, que sejam coerentes com as expectativas dos adolescentes acerca da saúde e da doença.

O papel do profissional de saúde se traduz na teoria da compreensão para ação. Segundo Von Wright (1994) *“a explicação verdadeira da ação, aquela que oferece as efetivas razões pelas quais o agente executou a ação, é simplesmente aquela por meio da qual podemos entendê-la.”* (Von Wright 1994, p.154). Para tanto, ao entender a ação e o comportamento do outro, o profissional da saúde pode buscar alternativas factíveis que favorecem o comprometimento com o cuidado e com a promoção da saúde.

Atualmente, a grande maioria das pesquisas com essa população aborda apenas o aspecto biológico. Sendo assim, o presente estudo justifica-se por seu enfoque na percepção de adolescentes em situação de vulnerabilidade social, buscando compreender o sentido que os mesmos atribuem para saúde e doença.

## **TRAJETÓRIA METODOLÓGICA**

O presente estudo originou-se de uma pesquisa prévia com adolescentes do município de Piracicaba. Etapas anteriores investigaram a relação de variáveis contextuais com as diferentes cargas das doenças cárie e periodontal. Aos indivíduos com doença foram ofertadas consultas para tratamento odontológico nos serviços públicos locais de atenção. Após aproximadamente um ano, os adolescentes foram novamente abordados, a fim de se investigar a adesão e a não adesão ao tratamento ofertado. Para os indivíduos que não aderiram, foi aplicada entrevista em profundidade com o objetivo de se compreender as suas justificativas para a “não adesão”. Para tanto, foi realizada pesquisa qualitativa através de entrevista em

profundidade e interpretação pela técnica da análise de conteúdo – modalidade temática. Identificaram-se prioridades, mudanças de prioridades e não prioridades em relação a procura ou não de atendimento odontológico.

Com base nisso, procurou-se aprofundar sentidos e significados de saúde e de doença entre os adolescentes de Piracicaba, por meio da pesquisa qualitativa fundamentada na fenomenologia. O material empírico foi construído através de grupos focais.

A coleta dos dados qualitativos teve início em janeiro de 2014. Foi realizado o pré-teste, previamente ao início da fase de coleta, a fim de verificar a clareza e veracidade das perguntas e respostas, assim como corrigir possíveis distorções e problemas relacionados aos métodos.

Os pesquisadores realizaram dois grupos focais com 8 participantes em cada grupo, de ambos os sexos, de 15 a 19 anos, estudantes do ensino médio, frequentadores de uma escola pública de um bairro de alta vulnerabilidade e baixo índice de exclusão social ( $\leq -0,75$ ) (Piracicaba, 2015), situada na periferia do município de Piracicaba. Dentre eles, havia sujeitos com diferentes cargas de doenças, bem como indivíduos sem doença. O número de grupos e, conseqüentemente, número de pessoas a serem incluídas foi determinado por saturação (Glaser & Strauss, 1967).

A escolha do método de grupos focais foi devido à intenção de melhor compreender como as pessoas sentem ou pensam sobre o assunto a ser focalizado. Além disso, considera-se desejável que haja interação entre as pessoas do grupo, uma vez que isso colabora com a expressão de crenças que mobilizam comportamentos, muitas vezes, automatizados (Krueger & Casey, 2000).

As questões disparadoras no grupo focalizaram a interação das perspectivas de cada participante no processo de adoecer e a saúde geral e bucal. Os participantes foram convidados a participar por meio de contato direto do pesquisador na escola. A entrevista, conforme recomendado por Berthoud (2007), seguiu condições que são essenciais ao desenvolvimento de grupos focais, ou seja: o ambiente era confortável, sendo ofertado um café da manhã. Inicialmente foi realizado um exercício de apresentação dos envolvidos para facilitar o reconhecimento e a integração entre participantes e pesquisadores. Posteriormente foi feita a pergunta disparadora: “O que vocês entendem por saúde e doença?” O pesquisador motivou o grupo sempre com perguntas que causavam reflexão; foi estimulada a interação dos

participantes, influenciando e sendo influenciados pelos outros. Na fase de encerramento, o pesquisador utilizou perguntas que levaram os entrevistados a refletir sobre o todo e, então, esses deram sua opinião no tópico de importância central desse estudo. Em seguida, o pesquisador sintetizou e questionou a todos se “nada foi esquecido”, segundo os objetivos do estudo.

A pesquisa foi conduzida pelo referencial da fenomenologia, considerada ciência, filosofia e método de pesquisa. Este referencial busca a essência dos significados atribuídos pelos sujeitos sobre o fenômeno investigado, baseado nas suas próprias experiências de vida (Dowling, 2007).

As etapas percorridas na metodologia a fim de desvelar o fenômeno foram a descrição, a redução e a compreensão (Martins & Bicudo, 1989; Martins, 1992).

A descrição contemplou três elementos: a percepção, a consciência e o sujeito. Primeiramente, buscamos ouvir os depoimentos dos sujeitos sobre a sua percepção consciente acerca de saúde e doença.

No segundo momento, a redução fenomenológica consistiu da leitura e releitura dos discursos para que pudéssemos selecionar deles o conteúdo considerado essencial para desvelar o fenômeno em sua essência, a partir das experiências conscientes dos adolescentes sobre o assunto.

No terceiro momento, a compreensão fenomenológica revelou o significado do que é essencial na descrição e na redução, possibilitando compreender o fenômeno e seus significados, através de interpretação. Com a essência extraída do discurso, realizamos uma síntese das unidades de significado, que foram tematizadas em algumas categorias. As categorias foram agrupadas, consolidando quatro grandes temas: Concepções sobre Saúde e Doença; Determinantes e Condicionantes em Saúde e Doença; Saúde Bucal; As relações humanas, os sentimentos e a saúde.

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos. Os sujeitos consentiram participar, mediante autorização e assinatura prévia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos seus responsáveis. O projeto foi previamente encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Instituição, conforme preconiza a Resolução 466/12 do CEP, protocolo nº.027/2011.

A entrevista foi audiogravada, com anuência dos sujeitos, para os quais a questão norteadora foi proposta. O conteúdo da entrevista foi transcrito e então, deu-se início à análise fenomenológica dos discursos.

O primeiro momento consistiu em análise ideográfica, análise individual das falas dos sujeitos, que permitiu a compreensão da essencialidade de cada depoimento encontrado dentro do discurso obtido pela entrevista no grupo focal. Os sujeitos tiveram seus nomes trocados por nomes fictícios na transcrição e suas falas foram lidas atentivamente, para a identificação das unidades de significado, enumeradas em arábico, na sequência em que apareciam no texto.

No segundo momento, realizou-se a análise nomotética, que envolve a generalidade para apreender e desvelar o fenômeno por meio dos temas e subtemas. Interpretando os discursos de cada sujeito, buscamos as convergências, divergências e idiossincrasias, utilizando como referencial teórico de análise, a literatura sobre o tema saúde e doença. O último passo, a realização da síntese, integrou esta essencialidade e possibilitou conhecer a estrutura do fenômeno: Significados atribuídos à saúde e à doença, por adolescentes do ensino médio de uma escola pública.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Por tratar-se de um assunto complexo (percepção do processo saúde e doença), é necessário que a pesquisa sobre o mesmo seja também complexa, preferencialmente envolvendo os diversos atores (família, escola, amigos, etc) relacionados com o contexto do adolescente.

O presente estudo integra o Projeto de Pesquisa “*Vulnerabilidade em saúde bucal: abordagem quali quantitativa em adolescentes*” composto por 04 estudos. Num dos estudos “*Qualidade de vida e adesão ao tratamento odontológico em adolescentes vulneráveis: estudo longitudinal*”, concluiu-se que houve maior impacto nas atividades diárias (instrumento OIDIP) para os sujeitos que não aderiram ao tratamento odontológico. Em outro “*A família e suas práticas de cuidado em saúde: interações e influências na adesão ao tratamento odontológico entre adolescentes*”, concluiu-se que os cuidados familiares podem influenciar o adolescente, positiva ou negativamente em relação à prevenção e adesão ao tratamento de doenças bucais. Em outro, ainda, “*Estudo qualitativo sobre as justificativas de adolescentes carentes para a não adesão ao tratamento odontológico*”, as principais justificativas para a não adesão estão relacionadas com diferentes prioridades, inclusive apontando a estética como estimuladora da busca por procedimentos odontológicos.

Tendo em vista esses achados, fica evidente a necessidade de se aprofundar a reflexão em torno da referida adesão dos adolescentes ao tratamento odontológico, já que diferentes motivos e percepções levam à adesão e à não adesão. Contudo, apesar dessa diversidade, parece que o que subjaz a todos os motivos elencados é a perspectiva de saúde e de doença que os sujeitos possuem. Dessa forma, o presente estudo procurou dar continuidade aos estudos mencionados, buscando a percepção do processo de adoecer e a saúde desses mesmos adolescentes.

Na análise fenomenológica do grupo focal, foram identificados 8 subtemas evidenciados pelos depoimentos dos adolescentes, estabelecendo-se relações com a concepção de saúde e doença do adolescente, sendo estes: escola, redes sociais, uso de drogas, saúde mental, alimentação, dor, fatores determinantes e condicionantes da saúde bucal, compartilhamento de experiências e sentimentos e as relações familiares.

Estes subtemas foram agrupadas em 4 temas, a saber: “Sentido de Saúde e Doença”; “Determinantes e Condicionantes em Saúde e Doença”; “Saúde Bucal”; “As relações humanas, os sentimentos e a saúde”.

### **Sentido de Saúde e Doença**

O primeiro tema destacou que os participantes da pesquisa consideram que saúde é um bem comum a todos os seres humanos e indissociável do indivíduo, ou seja, a saúde e a doença podem estar presentes em um mesmo momento da vida; no entanto, a pessoa pode perder a saúde, caso não tenha o cuidado para mantê-la.

*“Todo mundo tem saúde, sim... Pode ser que a pessoa esteja doente; a pessoa está com saúde, mas a saúde dela não está boa...” (A.E).*

*“Mas mesmo ela estando doente ela nasceu com saúde, entendeu? É, porque mesmo você estando doente você tem saúde, só que a sua saúde não está boa.” “Tem gente que tem a sua saúde, mas não cuida, entendeu? Não se cuida e acaba ficando sem saúde.” (A.J).*

Em outro extrato, os adolescentes que responderam à pergunta sobre sua saúde, fizeram-no a partir de um critério negativo, relativo à doença e, um critério positivo relativo a saúde.

*“Quando você está bem com as pessoas ao seu redor e com você, [...], você está saudável. Se você ficar o dia inteiro xingando, chorando, reclamando, desanimado, você vai acabar ficando doente porque com tudo isso você não vai comer direito, não vai tomar água direito, você não vai fazer nada direito. Tudo que você vai fazer a você vai fazer pela metade... quando você está bem, você faz as coisas bem. Quando você não está você não faz.” (A.L).*

Contrapondo este sentido polarizado e oposto de saúde e doença percebido pelos adolescentes, Ayres (2007) esclarece que dizer que há saúde não é o mesmo que dizer que não há doença e vice-versa. O autor rompe com a hipótese da mútua referência entre as noções de saúde e doença. Afirma que saúde e doença não são situações polares, isto é, não podemos classificar os sujeitos como “os da doença” e “os da saúde”, na visão do positivo e negativo, respectivamente, de uma mesma experiência.

Do ponto de vista epistemológico, a dificuldade de conceituar saúde vem desde a Grécia antiga (Canguilhem, 1988). Há uma lacuna de estudos sobre esse conceito, parecendo indicar uma dificuldade do paradigma científico em abordar a saúde. Tal pobreza conceitual pode ter sido resultado da cultura da doença influenciada pela indústria farmacêutica, que tem restringido o interesse e o financiamento de pesquisa a um tratamento da saúde como mera ausência de doença (Coelho, 2002).

É fato que a doença e a saúde relacionam-se com as experiências das pessoas. Para Good (2003), a doença constitui-se em um emaranhado de experiências e significados, sendo que, tanto as experiências da doença quanto os sinais e sintomas que compõem um diagnóstico médico servem de ancoragem para que novas doenças adquiram significados.

E a saúde? O que dizer sobre ela? A saúde não se constitui apenas na ausência da doença, e sim, o envolver tanto da prevenção e a cura da doença, quanto a atenção e a promoção a ela destinadas (Czeresnia, 2003; Gadamer 1993).

Por esta perspectiva, é importante entender como os sujeitos do estudo pensam sobre a doença e a saúde, pois o profissional poderá repensar as práticas de cuidado direcionado para este público jovem e recriar alternativas viáveis que sejam estimuladoras de mudanças para um comportamento mais saudável, focado na saúde

como forma de prevenção ao acometimento da doença. Então, partindo da visão polarizada da saúde e doença relatada pelos participantes deste estudo, a equipe de saúde poderá estimular reflexões críticas para um “olhar” mais ampliado deste conceito.

### **Determinantes e condicionantes em saúde e doença**

O conceito de saúde atribuído com a Lei 8.080 (Brasil, 1990) define que “a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais: os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país.”

Tal proposição aponta para a necessidade de uma ruptura paradigmática da visão do modelo médico tradicional, ao propor o olhar para a saúde direcionado para a reconstrução das práticas dando mais atenção à saúde, como nas propostas do movimento da Promoção da Saúde (Buss, 2003), onde a mesma é vista na perspectiva ampliada do conceito baseado na qualidade de vida resultante de complexo processo influenciado por diversos fatores.

Neste sentido, os adolescentes também relataram o significado de saúde e doença relacionado a alguns determinantes e condicionantes desse processo, tais como: escola, uso de drogas, alimentação, redes sociais e saúde mental.

Algumas falas referiram que a falta de sono pode causar um desgaste físico e mental e, portanto, afetar a saúde física e mental.

*“O corpo sempre permanece cansado... uma pessoa que não tem as 8h, que é o normal dormir... o corpo sempre permanece cansado... É mental também... Doente mental... A pessoa que não tem saúde mental.” (A.E).*

Pode-se perceber que o sentido de “saúde mental” mencionado nas respostas relacionou-se, além da falta de sono, com o “vício” do crack e a depressão. *“É, você pode ser um louco... “Locão” da cabeça... Doente mental... Fica na pedra.” (A.L).*

*“[...] Pode ter uma pessoa com câncer, mas ela está feliz. Aquela pessoa saudável ela está deprimida, então, é 10 vezes pior.” (A.J).*

Então parece claro nesse estudo, que o adolescente incorpora o aspecto mental numa visão mais holística da saúde, caminhando, assim, para a definição clássica de saúde conceituada pela Organização Mundial da Saúde, como sendo, “um estado de completo bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência da doença.” (WHO, 1987). Além disso, os participantes revelaram uma visão integradora do corpo e mente, sendo o problema psicológico/mental, mais difícil de lidar do que a doença física.

Vários respondentes relataram que o excesso do uso do computador e redes sociais causa prejuízo ao sono e, conseqüentemente, à saúde.

*“... Ela dorme às 3h e acorda 6h ... Não consigo dormir antes. E tem computador também...” (A.M).*

*“Não é que eu sou viciada, é que é uma coisa que eu... nossa, se eu ficar um mês sem entrar no Facebook eu morro... eu tenho que saber das coisas que acontecem, mas não é um vício também. Por que não é uma coisa que eu fique o dia inteiro, igual a certas pessoas, mas tudo bem.” (A.L).*

Ainda em relação ao sono, os entrevistados evidenciam que a rotina de vida acelerada e excesso de atividades escolares do ensino médio e colégio técnico contribuem para o cansaço, falta de sono e redução do rendimento escolar do aluno, fatores que podem prejudicar a saúde.

*“[...] é muita coisa para eu fazer. Cansa... Muito sono porque aí, eu não consigo dormir... Porque eu não tenho tempo... À noite não dá, eu tenho que fazer as coisas da escola... Eu e ele fazemos Senac e ele faz ETEC... Eu não consigo prestar atenção na escola... Eu não presto atenção na aula porque ... eu não dormi à noite, aí eu chego aqui e o professor fica falando e eu durmo aqui... Mas lá eu não posso dormir, se eu dormir...” (A.L).*

Neste sentido, percebe-se que além de prejudicar a saúde, é fato, que a rotina sobrecarregada dos adolescentes pode influenciar na decisão de aderir ao tratamento odontológico, já que, a falta de tempo e a disponibilidade do horário de

funcionamento dos serviços de saúde não condiz com as necessidades destes jovens. Além do mais, a rotina de vida dos adolescentes contemporâneos, sempre acelerada e exigente, acaba por ser um fator que dificulta o cuidado com a saúde. Por isso, seria interessante se os serviços de saúde tivessem algumas estratégias para facilitar ou diminuir as dificuldades.

Uma estratégia viável seria a reorganização dos períodos de atendimento nas unidades de saúde com horários alternativos de consulta, como os finais de semana, período do almoço, primeira hora do dia, poderiam ser sugeridos para o acolhimento desta parcela da população.

Alguns participantes acreditam que fatores como alimentação, sedentarismo e drogadição, levam as pessoas a terem comportamentos que irão desencadear o processo de adoecer.

*“... ou às vezes por falta de alimentação... Falta de higiene... Ou excesso de alimentação... Depende da gente...” (A.M).*

*“Nutrição... classe social... alimentação...”(A.J).*

*“Eu acho que isto daí é sedentarismo. É falta de saúde isto aí.” (A.N).*

*“Aqui a gente percebe quando uma pessoa está usando crack, porque ela começa a emagrecer de um jeito fora do comum. Começa a andar toda descabelada, parecendo um zumbi, descalço. Quando você vir uma pessoa assim, ela usa pedra! Só pode... vende a casa inteira; a casa não tem mais cadeira, garfo, faca, panela, não tem mais nada. Até copo de vidro eles vendem. (A.L).*

Estes sentidos que os participantes atribuem à saúde se aproxima do Modelo de Determinação Social da Saúde (DSS) proposto por Dahlgren e Whitehead, em 1991. O autor inclui os DSS dispostos em diferentes camadas, segundo seu nível de abrangência, desde uma camada mais próxima, dos determinantes individuais, até uma camada distal onde se situam os macro determinantes (Buss, 2007). No primeiro nível, indivíduos estão na base do modelo, com suas características individuais de idade, sexo e fatores genéticos, sendo que, na camada imediatamente externa, aparecem o comportamento e os estilos de vida individuais, como acesso a

informações, propaganda, pressão de pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer, entre outros. (CNDSS, 2008).

O adolescente está exposto a diversos fatores de risco, alguns mencionados neste estudo, os quais possibilitam o aparecimento de problemas de saúde nessa idade e podem se agravar no decorrer do tempo.

É considerado comum essa população ser vista como aquela que menos adoece ou que menos procura os serviços. No entanto, as estatísticas brasileiras de violência, apontam que é na faixa etária dos 15 a 19 anos que taxas de mortes são mais elevadas, em decorrência de diversos fatores que envolvem experimentar drogas lícitas e ilícitas, viver nas ruas fugindo de famílias abusivas, vítimas de exploração no trabalho, abandono escolar e fácil presa de doenças sexualmente transmissíveis e gestações não planejadas (Schenker & Minayo, 2003).

Além do mais, a literatura tem mostrado que o início do consumo de álcool, cigarro e outras drogas ocorre predominantemente durante a adolescência (Laranjeira, 2007; Carlini, 2005).

Vários fatores podem influenciar os adolescentes no consumo de substâncias psicoativas e outros comportamentos que prejudicam sua saúde. A configuração familiar é considerada como um dos principais determinantes. (Guo, 2001; OMS, 2004; Schenker & Minayo, 2005; Simons-Mortons, 2002) e pode atuar, ora como importante fator de proteção contra o uso de drogas, ora como desencadeadora do uso abusivo dessas substâncias pelos jovens.

Isto se deve ao fato de que os comportamentos sociais dos adolescentes são aprendidos a partir das interações estabelecidas entre os mesmos e sua família, escola e o grupo de amigos, consideradas as fontes primárias de socialização. Estabelece-se, desta forma, um vínculo que possibilita a comunicação de um conjunto de normas. A família, portanto, influencia a forma como o adolescente reage à ampla oferta de droga na sociedade atual (Schenker & Minayo, 2003).

Além da família, a forma como os serviços de saúde abordam os adolescentes pode dificultar o envolvimento e a relação profissional/sujeito. Em lugar de considerá-los como “bode expiatório” de todos os problemas sociais, o interessante seria os profissionais adquirirem uma ação mais proativa, com o objetivo de contornar alguns obstáculos perceptíveis de acesso ao serviço, dificuldades para lidar com assuntos polêmicos relativos à sexualidade e drogas, e mais, a falta de

reconhecimento de que a formação dos jovens como cidadãos faz parte da promoção da saúde (Schenker & Minayo, 2005).

Outros depoimentos desvendam que, na visão dos adolescentes desse estudo, o compartilhamento de alegrias e sentimentos bons com os amigos em redes sociais são benéficos. E o compartilhamento de tristezas é importante para não trazer prejuízos à saúde mental, mas deve ser feito com pessoas próximas e amigos de confiança, não em rede social.

*“Se você expor alegria vai ser bom, porque aí mais alguém pode compartilhar com você que você está bem. Tristeza realmente não é bom, vai todo mundo querer cuidar da sua vida, perguntando por quê que você está triste. Então, eu acho que isto não interessa para ninguém... Se você guardar tudo dentro de você é pior, tem uma hora que você fica louca... “Você tem de expor, só que não é expor em rede social. Senta com uma amiga, com a mãe, com o pai e conversa... Por que tristeza eu acho que é coisa sua, não para o quarteirão inteiro saber...” (A.L).*

Em contrapartida, outro participante responde que a exposição pessoal de sentimentos em redes sociais pode ser prejudicial:

*“Facebook... é tudo coisa para ficar fuçando na vida dos outros... É tudo com a história com a vida dos outros... quem fica postando aí, se sentindo triste, se sentindo..., você está expondo o que você está sentindo para os outros, quer que os outros vejam que você está triste. Para mim, é tudo coisa tonta.” (A.E).*

A adolescência é considerada o grupo social mais suscetível à interferência da internet, sendo que é importante compreender o uso de redes sociais nestas idades e suas implicações no desenvolvimento de competências interpessoais e fulcrais, no estabelecimento de relações com os pares e no desenvolvimento da identidade (Mota & Matos, 2008). Jenkins-Guarnieri et al, (2012) mostraram que existe uma associação negativa entre o uso do facebook e a competência para iniciar relações sociais na adolescência, o que pode ser indicativo do papel desta rede social no desenvolvimento destas competências.

Nos últimos anos os investigadores têm-se debruçado sobre as mudanças que a internet introduz no cotidiano dos indivíduos e sobre as consequências

psicológicas e sociais destas mudanças, e os dados encontrados têm sido divergentes, sobretudo no que diz respeito às questões da promoção da sociabilidade ou da alienação social. Enquanto alguns estudos indicam que a internet tem consequências positivas ao nível da interação social, permitindo a comunicação com os outros e com o mundo (Parks, 1996; Valkenburg, 2005), outros sugerem que tem essencialmente consequências negativas, retirando os seus utilizadores de situações sociais reais e precarizando sua participação na sociedade (Kraut et al, 1998).

### **Determinantes e condicionantes da Saúde bucal:**

É importante conhecer o olhar do adolescente sobre a saúde e, especificamente o que pensa sobre saúde bucal, uma vez que alguns aspectos podem influenciar nas prioridades e decisões relacionadas à prevenção e tratamento de doenças bucais.

De acordo Narvai, (2004), a concepção saúde bucal é o resultado da harmonia entre as condições objetivas (biológicas) e subjetivas (psicológicas), que possibilitam ao ser humano exercer a mastigação, deglutição, fonação e considera, ainda, a dimensão estética relacionado à autoestima e à interação social.

Os participantes definiram saúde bucal como ter um bom sorriso, não ter mau hálito e ir regularmente ao dentista; muito próximo ao conceito supracitado.

*“Não adianta nada você se arrumar inteiro e os dentes estarem tudo torto.” (A.M).*

*“É ter um bom sorriso... Um sorriso bonito, não ter bafo, mau-hálito.” (A.E).*

*“Você está tudo lindo, a arrumado, perfumado, mas com a boca toda suja, cheia de bafo dá na mesma... Não adianta escovar os dentes uma vez por semana também que não vai dar em nada, tem que escovar todo o dia. Regular, ir no dentista.” (A.L).*

A saúde bucal foi associada a perda dos dentes que pode ocorrer por traumas acidentais ou agressões físicas.

*“Vou falar uma verdade, quando apanha demais aí, alguns que vivem apanhando ou algumas mulheres... quando apanham demais, vão perder os dentes... Uma vez uma mulher levou uns tapas lá e caiu um monte de dente dela. Aí agora ela aprendeu... ela*

*é uma mulher direita, trabalha e tal ...Eu caí de bicicleta e arranquei um dente no guidão da bicicleta.” (A.L).*

Além do mais a saúde bucal é influenciada pela condição social- não ter água ou escova de dentes, pelo acesso à informação e educação, e por fim, pela cultura de algumas populações.

*“Pensando se uma pessoa é pobre, uma classe bem baixa, nem sempre vai ter água na casa... ou escova de dente, sei lá, pasta de dente. Não é todo mundo que tem... É comum para a gente. Tem gente que não tem... não ter condição de escovar o dente, vamos dizer assim.” (A.L).*

*“Não tem acesso... às vezes tem gente que não sabe nem escovar os dentes.” (A.A).*

*“Se você tiver uma cultura que não se preocupa com escovação... Tem cultura... que tira dente... é um ritual lá deles... uns índios malucos, lá.” (A.E).*

Então, o sentido atribuído à saúde bucal nas respostas acima, indicam a influência dos determinantes e condicionantes em saúde. Apresentam-se os fatores relacionados a condições de vida e de trabalho, acesso a bens essenciais da saúde (escova e creme dental) e educação, indicando que as pessoas em desvantagem social apresentam diferenciais de exposição e de vulnerabilidade aos riscos à saúde, relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade. (CNDSS, 2008).

Nesse contexto, para planejar as ações em saúde bucal, é importante considerar a avaliação de risco. O risco pode ser individual (determinantes biológicos do processo saúde-doença), familiar (forma de organização, hábitos comportamentais e culturais e relações sociais estabelecidas pelas famílias) e coletivo (determinantes socioeconômicos e culturais). Esta avaliação é uma potente ferramenta para o planejamento de ações coletivas e de assistência, propiciando assim a equidade na atenção em Saúde (Brasil, 2004).

Deste modo, os profissionais dos serviços de saúde devem se apropriar dos principais aspectos de ordem social, econômica e biológica que cercam o modo como as pessoas vivem em seu meio, identificando as áreas em que os fatores de

risco determinam e/ou condicionam o processo saúde-doença e relacionando também com a etiologia das principais doenças bucais. Portanto, identificadas as famílias de risco nessas áreas, estas devem ser encaminhadas aos grupos estabelecidos e triagem odontológica, instante em que os profissionais das Equipes de Saúde Bucal deverão avaliar as condições de saúde (São Paulo, 2009).

### **As relações humanas, os sentimentos e a saúde**

Os sentimentos e os desejos são manifestações da vida afetiva e as suas interações são uma via natural para o desenvolvimento e para o aparecimento das emoções (Wallon, 1989). A escolha de objetivos a serem perseguidos, bem como a avaliação e valorização de certos eventos ou situações vividas, podem ser influenciadas pela emoção. Assim, em função de sentimentos de amor, ódio, medo, alegria e tristeza, o indivíduo é levado a procurar – ou evitar – objetos, pessoas, circunstâncias (Brasil, 2003).

Nesse sentido, os adolescentes foram estimulados, todo o tempo, nos grupos, a expressar seus sentimentos e emoções com liberdade. Surgiu, então, nas falas representativas sobre a doença, o elemento “dor”, como desdobramento natural da doença. Os adolescentes fizeram repetidas analogias entre dores físicas e dores emocionais, representando, assim, o peso dessas últimas para eles.

*“Quebrar um braço... A separação dos meus pais... Se meu pai e minha mãe estivessem junto ainda muita coisa seria diferente. (A.E).*

*“São bem maiores porque a dor física passa... a dor de perder alguém não passa. Você vai lembrar esta pessoa sempre... esta dor não vai passar, que nem dor quando você quebra alguma coisa. Dali um ano está zero de novo. Pronto, esqueceu. Mas dor mental não.” (A.L).*

Observa-se nesses elementos do discurso, a necessidade que eles possuem de compartilhar essas dores. Embora o adolescente viva rodeado de amigos e com facilitação da comunicação pela internet, isso não é suficiente, já que sente-se solitário, evidenciando fragilidades no seu desenvolvimento emocional e social (Gomes et al, 2009).

O fenômeno do estudo esteve situado no mundo-vida do adolescente, evidenciando a dificuldade do “falar de si”. O jovem sente um temor e vive um conflito

na passagem da infância para o mundo dos adultos. Para Levisky (1995, p.30) “[...] apesar de desejar atingir a vida adulta impelido que é pela força maturativa, teme o desconhecido que existe dentro de si”. Assim, para o adolescente transformar em linguagem falada o “sentir” e o “pensar” da questão norteadora, teve que lidar com a sua realidade conflituosa.

Nesse momento – em que um dos participantes citou a separação dos pais – foi possível perceber que os demais participantes, além de se sensibilizarem com a dor do colega, também ficaram mais à vontade para expressarem suas emoções e percepções sobre dor e doença. Os próprios gestos e posturas revelaram maior conforto (no modo de se acomodar - mais à vontade na cadeira - na gesticulação das mãos – menos intensa, na ansiedade – notadamente mais controlada - e na liberdade da expressão – até então mais reprimida).

Com base nesses achados, e tendo em vista os objetivos desse estudo, entendeu-se que a análise fenomenológica seria adequada para a compreensão que aqui se busca, uma vez que a riqueza do “gesto” em muito enriquece e complementa o que foi falado. Importante, nesse contexto, considerar o que ressaltou Merleau Ponty, em 1999: *“O gesto fala algo e remete-nos imediatamente a interioridade do sujeito, logo aprendemos o outro nele, mesmo pela experiência de vê-lo, de tocá-lo, ouvi-lo e de percebê-lo”*.

Portanto, neste estudo, os jovens compartilharam sentimentos com seus pares e se sentiram mais seguros e confiantes, podendo exercer novos papéis que, provavelmente, tenha contribuído para a formação de uma nova identidade, embora intermediária entre a família e a sociedade. Considera-se esse fato um benefício, ou seja, uma consequência positiva desta investigação incidindo diretamente nos sujeitos do estudo.

É fundamental repensar novas formas de conceber e atuar junto aos jovens, tanto na articulação dos diversos meios o qual está inserido (escola, serviço de saúde, domicílio), quanto na peculiaridade dos sujeitos envolvidos no processo (adolescentes, profissionais, professores, família).

Para que essas práticas possam ser repensadas faz-se necessário criar espaços de conversas entre os jovens nos diversos contextos sociais. Desta forma, a escolha da escola como espaço para o desenvolvimento de atividades educativas que contribuam para a sua formação, parece ser propícia, devido ao fato de ser a instituição na qual o adolescente tem acesso mais facilmente e de modo mais

contínuo, bem como o ambiente social no qual o adolescente passa grande parte de sua vida. É importante também o envolvimento do serviço de saúde, mais precisamente da unidade de saúde, considerada como porta de entrada dos usuários no sistema, no sentido de integrar esses espaços e favorecer o acesso dos adolescentes às ações de saúde.

Pois bem, no que tange às abordagens de aprendizagem a serem utilizadas nos espaços de conversa, a metodologia participativa-construtivista seria a mais indicada. Esta metodologia parte do conhecimento prévio do adolescente para em seguida ir preenchendo as lacunas do conhecimento. Destaca a importância de problematizar, levantar questionamentos, ampliar o conhecimento e as alternativas para que cada um escolha seu próprio caminho, estimulando assim, o diálogo e a autonomia do sujeito que se sente protagonista e autor da própria história de vida. A participação dos jovens no processo pedagógico de autocuidado deve ser um desafio permanente para os profissionais da saúde e educação (Cyrino, 2004).

Os temas trabalhados nos espaços de conversa deverão ser sugeridos pelos adolescentes. No estudo de Almeida et. al (2011) os principais assuntos escolhidos pelos adolescentes foram associados à sexualidade, drogas lícitas e ilícitas, violência, saúde do adolescente e saúde bucal. Temas estes, bem semelhantes às percepções de saúde e doenças ditas pelos participantes do presente estudo.

Diante dos temas escolhidos, é importante saber de que forma abordá-los, já que o estímulo que os jovens terão para aderir aos próximos encontros, de certo dependerá do tão atrativo e prazeroso foi o encontro anterior.

A fim de trabalhar os temas elencados, propõe-se a educação lúdica por ser reconhecida na esfera educacional, como instrumento para o desenvolvimento em níveis físico, emocional, social e intelectual, abordando, neste sentido, o sentimento, a emoção e a imaginação do indivíduo, contribuindo para sua formação. Torna-se o ato de educar em um compromisso consciente, prazeroso e satisfatório (Pereira, 2003), favorecendo as relações reflexivas, criadoras, inteligentes e socializadoras.

A construção coletiva e exposição de cartazes sobre o tema, as dramatizações, a leitura de textos, reproduções teatrais, gincanas, uso de jogos para explicar as doenças, são opções lúdicas interessantes que ampliam a capacidade criativa dos jovens, tornado assim, os encontros interessantes e dinâmicos.

Portanto, as atividades de promoção de saúde direcionadas para a população jovem com enfoque na perspectiva da saúde coletiva valoriza as relações familiares, comunitárias e sociais, facilitando, assim, a abordagem destes temas.

E mais, ao escutar e entender a percepção do adolescente sobre diversos temas, entre eles, saúde e doença, e acolhê-lo em suas necessidades, estreitam-se as relações de vínculo com o profissional, e isto poderá favorecer a adesão.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo possibilitou conhecer alguns significados e sentidos dos fenômenos do processo saúde-doença relacionados às experiências e vivências dos sujeitos entrevistados, bem como possibilitar a compreensão dos sentimentos, ideias e comportamentos dos adolescentes em relação a sua saúde, a fim de melhorar a qualidade da relação serviço de saúde- sujeito- escola, promover maior adesão a tratamentos individuais e de medidas implementadas coletivamente.

Por fim, ressalta-se a importância de ressignificar questões que fortalecem a promoção da saúde, enfatizando sobremaneira o trabalho articulado, intersetorial e multidisciplinar para o alcance dessa conquista.

## **REFERÊNCIAS**

1. Almeida JRS, Oliveira NC, Moura ERF, Sabóia VPA, Mota MV, Pinho LGM. Oficinas de promoção de saúde com adolescentes: relato de experiência. Rev Rene, Fortaleza, 2011; 12(n. esp.):1052-8.
2. Ayres JRCM. Uma concepção hermenêutica da saúde. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. 2007; 17(1):43-62.
3. Berthoud CME. O método de grupos focais. Curso de formação de gestores regionais de saúde bucal em co-gestão para o SUS. 2007.
4. Brasil. Congresso Nacional. Lei n 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema único de saúde e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Acesso em 6 de janeiro de 2016. Disponível em: [http://www.saude.rj.gov.br/legislacao\\_sus/](http://www.saude.rj.gov.br/legislacao_sus/).
5. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de Saúde Bucal, 2004a. Acessado em 30 de novembro 2015. Disponível

- em:<[http://bvsmssaudegovbr/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_brasil\\_sorride\\_n tepdf](http://bvsmssaudegovbr/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorride_n tepdf)>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área da Saúde: Enfermagem. 2. ed. Brasília, 2003; (3): 91p.
  7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Brasília; 2005.
  8. Buss, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia, D.; Costa, C. M. (Orgs.). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 15-38p.
  9. Buss. PM, Pellegrini Filho A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. 2007; 17(1):77-93.
  10. Canguilhem G. La santé: concept vulgaire et question philosophique. Toulouse, Sables, 1988; (8): 118-33.
  11. Carlini, E. A., Galduróz, J. C. F., Noto, A. R. & Nappo, A. S. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil. São Paulo: CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas), 2005.
  12. Chaves, M.M. Odontologia social. São Paulo: Artes Médicas, 1986. 448p.
  13. Ciampo LAD, Ciampo IRLD. Adolescência e imagem corporal. *Adolesc. Saude*. 2010; (7): 55-59.
  14. CNDSS - Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde abril, 2008.
  15. Coelho MTAD, Almeida Filho N. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 2002; 9(2): 315 – 33.
  16. Cyrino EG, Pereira MLT. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(3):780-8.
  17. Czeresnia D, Maciel EMGS, Oviedo RAM. Os sentidos da saúde e da doença. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2013. 119 p.
  18. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and Strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies, 1991.

- 19.Deslandes, S. F. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- 20.Dowling M. From Husserl to van Manen: A review of different phenomenological approaches. *International Journal of Nursing Studies*. 2007, 44(1):131-42.
- 21.Foucault, M., História da sexualidade: a vontade de saber. 16 ed. São Paulo: Graal. 1988; (1): 151 p.
- 22.Gadamer HG. O Mistério da Saúde: o cuidado da saúde e a arte da medicina. Lisboa: Nova Biblioteca 70, 1993.
- 23.Glaser B, Strauss A. Discovery of grounded theory. Chicago: Aldine. 1967.
- 24.Gomes VLO, Telles KS, Roballo EC. Grupo focal e discurso do sujeito coletivo. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009; 13 (4): 856-62.
- 25.Good BJ. Medicina, racionalidad y experiencia: una perspectiva antropológica. Barcelona: Edicions Bellaterra; 2003.
- 26.Guo J, Hawkins JD, Hill KG, Abbott RD. Childhood and adolescent predictors of alcohol abuse and dependence in young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol*. 2001; 62(6): 754-762.
- 27.Jenkins-Guarnieri M, Wright S, Hudiburgh L. The relationships among attachment style, personality traits, interpersonal competency, and facebook use. *Journal of Applied Developmental Psychology*. 2012; 33: 294-301.
- 28.Kraut R, Paterson M, Lundmark V, Kiesler S, Mukopadhyay T, Scherlis W. A social technology that reduces social involvement and psychological well-being? *American Psychologist*. 1998; 53: 1017–1031.
- 29.Krueger RA, Casey MA. Focus Groups – a practical guide for applied research. First edition. Thousand Oaks, California: Sage, 2000.
- 30.Laranjeira, R., Pinsky, I., Zaleski, M. & Caetano, R. I Levantamento Nacional Sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira. Brasília: SENAD (Secretaria Nacional Anti-Drogas), 2007.
- 31.Leite MT, Battisti IDE, Berlezi EM, Scheuer AI. Idosos residentes no meio urbano e sua rede de suporte familiar e social. *Revista Saúde Pública*. 2008; 32 (1): 15-23.
- 32.Levisky, D. L. Adolescência: reflexões psicanalíticas. Porto Alegre: Artes Médicas,1995. 254p.

33. Martins J. Um enfoque metodológico no currículo: educação como poésis. São Paulo: Cortez; 1992.
34. Martins, J.; Bicudo, MAV. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. São Paulo, Moraes, 1989.
35. Merleau-Ponty M. Fenomenologia da percepção. 2a. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
36. Mota CP, Matos PM. Competências sociais e variáveis relacionadas em adolescentes. *Psicologia, Educação e Cultura*. 2008; 12: 61-86.
37. Narvai PC. Definição de saúde bucal. In: *Saúde Bucal e incapacidade bucal*. 2001. Acessado em 06 de janeiro 2016. Disponível em: <http://www.jornaldosite.com.br/arquivo/anteriores/artcapel10anoIII> .
38. Organização Mundial da Saúde [OMS]. (Neurociências: Consumo e dependência de substâncias psicoativas (resumo). Genebra, 2004.
39. Parks MR, Floyd K. Making friends in cyberspace. *Journal of Communication*. 1996; 46: 80-97.
40. Pereira ALF. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(5):1527-34.
41. Piracicaba. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social. Instituto de Pesquisas e Planejamento de Piracicaba (IPPLAP). Disponível em: <http://ipplap.com.br/site/>. Acessado em: 10 de janeiro 2016.
42. Queiroz MVO, Lucena NBF, Brasil EGM, Gomes ILV. Cuidado ao adolescente na atenção primária: discurso dos profissionais sobre o enfoque daintegralidade. *Rev Rene*. 2011; 12(n. esp.): 1036-44.
43. Sanchez AIM, Bertlozzi MA. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007; 12(2):319-24.
44. São Paulo. Secretaria de Saúde. Coordenação da Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. Diretrizes para a Atenção Saúde Bucal: crescendo e vivendo com saúde bucal. São Paulo, 2009.
45. Schenker M & Minayo MCS. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005; 10(3): 707-717.
46. Schenker, M., & Minayo, M. C. S. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2003; 8(1): 299-306.

47. Sierra VM, Mesquita WA. Vulnerabilidades e fatores de risco na vida de crianças e adolescentes. São Paulo em Perspec. 2006; 20:148-55.
48. Simons-Morton BG. Prospective analysis of peer and parent influences on smoking initiation among early adolescents. Prevention Science. 2002; 15(8), 111-115.
49. Valkenburg PM, Schouten, AP, Peter J. Adolescents' identity experiments on the Internet. New Media and Society. 2005; 7: 383-402.
50. Von Wright G.H, Meggle, G. "Das Verstehen von Handlungen Disputation mit Georg Meggle." In: Normen, Werte und Handlungen. Frankfurt am Main: Suhrkamp. 1994: p. 166-208.
51. Wallon, H. As origens do pensamento na criança. São Paulo: Manole, 1989.
52. WHO- World Health Organization. Carta de Ottawa para la promoción y educación para la salud. Revista de Sanidad y Higiene Pública. 1987; (61): 129-139.

## DISCUSSÃO

Esta pesquisa de coorte de natureza quanti-qualitativa investigou a adesão ao tratamento odontológico de adolescentes em situação de vulnerabilidade social, e suas relações com as variáveis individuais, contextuais, familiares e qualidade de vida.

Embora tenha sido constatada no Brasil uma tendência de redução significativa de 35% no componente cariado em crianças e adolescentes, entre os anos de 2003 e 2010 (Brasil, 2012), a literatura aponta estudos transversais (Brasil, 2004; Gushi et al., 2005; 2008; Hugo et al., 2007) e longitudinal (Noro et al., 2009) que demonstram condições precárias de saúde bucal entre adolescentes brasileiros. Isto se deve à distribuição de maneira desigual das doenças bucais, sendo notados níveis crescentes de desigualdade entre as populações (Barbato et al., 2009; Peres et al., 2008; Gushi et al., 2005; Antunes et al., 2004; Lacerda et al., 2004; Melo e Antunes, 2004; Cangussu et al., 2002).

Deve-se destacar que a incidência da doença cárie vem apresentando mudanças no perfil epidemiológico na faixa etária dos adolescentes e, no entanto, pouco tem sido estudado sobre o impacto ou as razões e determinantes do processo saúde doença envolvidos, além dos fatores que influenciam na adesão ao tratamento das afecções bucais.

Como relevância para a realização deste estudo destaca-se a possibilidade de avaliar a adesão ao tratamento odontológico e a vulnerabilidade em um grupo populacional que apresenta carências educacionais e de ações preventivo-promocionais de saúde bucal, bem como melhor compreender o significado de cuidado em saúde para a família de tais indivíduos.

Além disso, a análise da vulnerabilidade tem sido rara em pesquisas de saúde bucal. Do mesmo modo, a adesão em saúde bucal é tópico escasso na literatura, especialmente numa abordagem longitudinal, sendo sua importância reconhecida para uma melhor compreensão dos determinantes que influenciam na descontinuidade ao tratamento.

Frente ao exposto, os resultados deste estudo evidenciaram a importância das variáveis relacionadas à situação familiar (aglomeração) e nível socioeconômico (renda) na determinação de uma baixa aderência do adolescente ao tratamento odontológico.

Observou-se que os indivíduos provenientes dos bairros de famílias com rendas entre 0,5 a 1 salário mínimo, foram os que tiveram menor adesão. Sendo assim, a renda pode estar relacionada à adesão, principalmente, em famílias vulneráveis, uma vez que tal condição impõe dificuldades de acesso ao tratamento (Nemechek, 1998, Paterson, 2000, Chesney, 2000).

Outro achado importante encontrado nesse estudo aponta para maior possibilidade de não adesão pelos adolescentes de famílias mais numerosas (aglomeração). Esta variável também foi encontrada como sendo significativa em outros estudos sobre adesão ao tratamento de doenças não associadas aos problemas bucais (Salles, 2011; Andrade et al., 2014; Menezes, 2000; Bowie, 2014; Riva, 2014).

Diante deste cenário há de se considerar que a família é um importante meio de disseminação de idéias e comportamentos. Enfocar, entretanto, as famílias numerosas e de baixa renda é, sobretudo, uma ação de educação em saúde com potencial de grande abrangência.

Sabe-se que cada população tem experiências distintas sobre a sua condição de saúde, em função de seu estilo de vida, status socioeconômico e acesso aos serviços de saúde. A qualidade da saúde oral é relevante para os adolescentes, já que suas percepções são diferentes devido às habilidades de enfrentamento sociais e psicológicas ainda estarem em desenvolvimento.

Nesta perspectiva, os achados encontrados no presente estudo demonstraram que a qualidade de vida ao final do estudo melhorou, independentemente se o adolescente aderiu ou não ao tratamento odontológico. Contudo, outros autores mostraram que há relação específica entre adesão ao tratamento de outras doenças com a melhora na qualidade de vida (Liberato, 2014, Reis, 2010). Não obstante fosse esperado que o adolescente que não aderiu ao tratamento odontológico tivesse uma pior qualidade de vida geral, esse achado pode ser explicado pela especificidade do instrumento de qualidade de vida aplicado na coleta dos dados. O instrumento do WHOQOL- bref reflete a percepção do respondente, nas últimas duas semanas, sobre questões de domínios físico, social, psicológico e meio ambiente (Fleck, 2000). Por conseguinte, as respostas

dependeram da memória do entrevistado, desconsiderando, desta forma, como a família ou o profissional de saúde percebem essas dimensões.

Embora não houve relação entre a qualidade de vida geral e a adesão ao tratamento odontológico, esta relação passou a ser significativa quando foi aplicado o instrumento específico de qualidade de vida oral. Ou seja, constatou-se que o impacto da saúde bucal nas atividades diárias dos entrevistados teve associação negativa entre ODP inicial e final, evidenciando que os adolescentes que não aderiram ao tratamento apresentaram maior impacto nas atividades diárias, piorando assim, a qualidade de vida. Em concordância com este achado, estudos anteriores verificaram que os pacientes que não realizaram tratamento odontológico relataram um maior impacto das atividades diárias (Biazevic et al., 2004 e Silva et al., 2010).

Este estudo entrevistou famílias vulneráveis socialmente e, por isso, há de se considerar também, que mudanças de comportamentos podem estar fora do alcance dos indivíduos, associadas muitas vezes a fatores externos a ele. Para tanto, a equipe de saúde precisa compreender, que às vezes, a opção não saudável é a única escolha que o indivíduo possui. O profissional precisa ter cuidado para não “culpabilizar” o indivíduo por não aderir às recomendações sugeridas por ele (Mialhe, 2016).

É fato que piores condições de saúde tendem a ser encontradas em populações menos favorecidas. Sheiham (2014) cita que a condição social e econômica pode ser considerada como um facilitador ou limitador da adesão do adolescente a hábitos relacionados com a saúde.

Os fatores de risco dessas famílias estão diretamente relacionados à exclusão, à desigualdade social, e não necessariamente aos aspectos individuais do adolescente. As condições indignas de pobreza, exclusão e vulnerabilidade social afetam a maioria das famílias pobres brasileiras de forma adversa ao desenvolvimento de crianças, adolescentes e adultos.

Porém, algumas famílias desenvolvem processos e mecanismos que garantem sua sobrevivência e cumprem seu papel de proteção e cuidado com competência, tornando o contexto essencial para o desenvolvimento saudável dos seus membros (Yunes, 2001).

Diante deste contexto, o presente estudo investigou a relação dos cuidados da família para com o adolescente e sua influência no comportamento de saúde e na decisão de aderir ou não ao tratamento odontológico. Os entrevistados relacionaram o cuidado em saúde com o cumprimento/descumprimento de regras saudáveis e consideraram o “cumprir regras” relacionados à limpeza e à alimentação saudável, como mais importante determinante do processo saúde doença, numa visão limitada de promoção da saúde baseada mais nas medidas adotadas no conceito teórico de Leavell e Clark (1976). Essas medidas incluem, dentre vários fatores, aqueles relacionados a bom padrão de nutrição, moradia adequada, condições agradáveis no lar e ao aconselhamento do profissional de saúde no tratamento da doença e na prevenção de complicações.

Outro achado interessante é a “fiscalização” do cumprimento de regras saudáveis por parte do cuidador, relacionados à limpeza, principalmente da casa, corpo e dos dentes. Para eles, a limpeza é sinônimo de “cuidado”, pois precisa estar sempre tudo limpo, a casa, o corpo e inclusive os dentes dos filhos que são considerados uma extensão do processo de “limpar” desta família.

Contudo, verifica-se que outros cuidadores não aplicam regras saudáveis ligadas principalmente aos cuidados médicos e odontológicos, alimentação e limpeza com os dentes.

Já em alguns extratos, percebe-se que é o próprio adolescente que não cumpre as regras saudáveis demonstrando certa autonomia do seu cuidado em saúde podendo, possivelmente, não atribuir sentido de importância ou prioridade na prática de ações que melhorem sua qualidade de vida.

Portanto, verificou-se que os participantes da pesquisa apresentaram diferentes entendimentos do que seria o cuidado em saúde, postura esta que pode ter sido reproduzida pelo adolescente influenciando-o na decisão de não aderir ao tratamento odontológico.

A fim de entender outros aspectos que podem ter influenciado a adesão do adolescente ao tratamento odontológico, buscou-se compreender a percepção de saúde e doença de adolescentes em situação de vulnerabilidade social. Constatou-se, então, que os sentidos e significados de saúde e doença estiveram relacionados a alguns determinantes e condicionantes desse processo, tais como: escola, uso de drogas, alimentação, redes sociais e saúde mental. Ter um bom sorriso, não ter mau hálito e ir regularmente ao dentista, foram associados a saúde bucal. Além do mais,

surgiu nas falas representativas sobre a doença, o elemento “dor”, como desdobramento natural da doença. Os adolescentes fizeram repetidas analogias entre dores físicas e dores emocionais, representando, assim, o peso dessas últimas para eles.

Destacam-se as potencialidades desta pesquisa, elucidando aspectos importantes como a natureza longitudinal do estudo e o delineamento de pesquisa que utiliza métodos quantitativos e qualitativos, ou também denominados de métodos mistos, a fim de explorar as questões-chaves relacionadas com a adesão ao tratamento das doenças bucais e analisar sua relação com a vulnerabilidade.

Outro aspecto seria a introdução do conceito de vulnerabilidade na saúde bucal, numa abordagem combinada, considerado de primordial importância, pois permite que análises estatísticas mais adequadas, contudo mais complexas, demonstrem a adesão e suas associações, bem como desvendem os significados do cuidado para os sujeitos através da pesquisa qualitativa, apresentando, assim, a compreensão do processo saúde doença nessa população, nas suas várias e complexas traduções.

Esse nível de compreensão foi revelado no presente estudo pela pesquisa qualitativa – que inclui o subjetivo e o social - é particularmente importante quando se considera, como exposto por Botazzo (2006) que *“se o corpo é socialmente formado, igualmente se pode falar em formação social da boca”*.

Como consequência, essa pesquisa, de certa forma, forneceu conhecimentos e informações, essenciais para o desenvolvimento de políticas públicas que garantam a integralidade na atenção em todos os níveis, especialmente na atenção básica, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida desta população.

## **CONCLUSÃO**

Conclui-se que as variáveis relacionadas à condição de vulnerabilidade dos adolescentes podem acarretar situações concorrentes à adesão, o que parece dificultar o tratamento odontológico. Ao mesmo tempo, o maior impacto nas atividades diárias daqueles que não aderiram ao tratamento odontológico corrobora o fato de que a saúde bucal é parte inseparável, determinante e importante na qualidade de vida das pessoas.

É necessário, então, que a família do adolescente possa ser envolvida nas ações desenvolvidas pelo profissional de saúde favorecendo escolhas saudáveis. Além do mais, conhecer como o cuidado da saúde se efetiva na família é de grande valor para orientar a organização dos serviços e o desenvolvimento da educação em saúde.

Faz-se relevante compreender as percepções dos adolescentes sobre o processo saúde doença através das vivências e experiências desses sujeitos, a fim de induzir maior aproximação desses sujeitos com os profissionais de saúde, o que, por sua vez, pode favorecer sua adesão aos serviços de saúde, incluindo o tratamento odontológico.

Sugere-se o empenho da equipe de saúde em parcerias com outros setores da sociedade, principalmente a educação, na construção de ambientes saudáveis com potencial para a adoção de ações e atividades educativas que facilitem a incorporação de hábitos saudáveis. E por fim, a implantação de políticas públicas que favoreçam a saúde das famílias em situação de vulnerabilidade e sobretudo o desenvolvimento de estratégias, que de fato possam influenciar na adesão dos adolescentes ao tratamento odontológico.

## REFERÊNCIAS

1. Andrade MS; Almeida, MMG; Araujo, TM Santos, Kionna OB. Fatores associados a não adesão ao Papanicolau entre mulheres atendidas pela Estratégia Saúde da Família em Feira de Santana, Bahia, 2010. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2014; 23(1): 111-120.
2. Antunes JL, Narvai PC, Nugent ZJ. Measuring inequalities in the distribution of dental caries. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2004; 32: 41-8.
3. Auerbach R, Bigda-Peyton J., Eberhart N, Webb C, Ringo Ho M. Conceptualizing the prospective relationship between social support, stress, and depressive symptoms among adolescents. *J Abnorm Child Psychol*, 2011: 39(4):475-87.
4. Ayres JRMC, Paiva V, França-Junior I. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos [mimeo]. In Apostila do Curso de Especialização em Prevenção ao HIV/Aids no Quadro da Vulnerabilidade e dos Direitos Humanos. NEPAIDS, SP, 2010.
5. Barbato PR, Peres MA, Perdas dentárias em adolescentes brasileiros e fatores associados: estudo de base populacional. *Rev Saude Publica*. 2009; 43(1): 13-25.
6. Biazevic MGH; et al. Impact of oral health on quality of life among the elderly population of Joaçaba, Santa Catarina, Brazil. *Braz Oral Res*. 2004,18(1):85-91.
7. Botazzo C. Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate. *Cien Saude Colet*. 2006; 11(1): 7-17.
8. Bowie C; Pearson AL; Campbell M; Barnett R. Otitis media associated with household crowding among children in New Zealand. *Australian And New Zealand J Public Health*. 2014; 38(3): 211.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003 – resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em <[http://portalweb02.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio\\_brasil\\_sorridente.pdf](http://portalweb02.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_brasil_sorridente.pdf)>. Acesso em junho de 2005.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Saúde do adolescente. Bases programáticas. Brasília: MS. 1989.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Bucal Brasil 2010 (SB Brasil 2010): Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal: principais resultados. 2012; Disponível em: <http://www.sbbrasil2010.org/> (Acesso em 17 Março 2015).

12. Campos GFVA. Adolescência: de que crise estamos falando? [dissertação]. São Paulo (SP): Núcleo de Psicanálise e Sociedade/ PUC; 2006.
13. Cangussu MCT, Castelhanos RA, Pinheiro MF, Albuquerque SR, Pinho C. Cárie dentária em escolares de 12 e 15 anos de escolas públicas e privadas de Salvador, Bahia, Brasil, em 2001. *Pesq Odontol Bras* 2002; 16 (4): 379-384.
14. CDSS - Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Portugal, Organização Mundial da Saúde, 2010.
15. Chesney MA, Morin M, Sherr L. Adherence to HIV combination therapy. *Soc Sci Med*. 2000; 50(12): 1599-605.
16. CNDSS - Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde abril, 2008.
17. Davoglio RS, Aerts DRGC, Abegg C, Freddo SL, Monteiro L. Fatores associados a hábitos de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos entre adolescentes. *Cad Saude Publica*. 2009; 25(3): 655-667.
18. Fejerskov O. Changing paradigms in concepts on dental caries: consequences for oral health care. *Caries Res*. 2004; 38: 182-91.
19. Fleck, Marcelo Pio de Almeida. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Cien Saude Colet*. 2000; 5(1): 33-38.
20. Flores EML; Drehmer TM. Conhecimentos, percepções, comportamentos e representações da saúde e doença bucal de adolescentes de escolas públicas de dois bairros de Porto Alegre. *Cien Saude Colet*. 2003; 8(3): 743-752.
21. Fosco, G, Stormshak E, Dishion T, Winter C. Family relationships and parental monitoring during middle school as predictors of early adolescent problem behavior. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2012; 41(2): 202-213.
22. Friberg, F, & Scherman, M.H. Can a teaching and learning perspective deepen understanding of the concept of compliance? A theoretical discussion. *Scand J Caring Sci*. 2005; 19: 274-279.

23. Frieden TR. A Framework for Public Health Action: The Health Impact Pyramid. *Am J Public Health*, v.100, n.4, 2010.
24. Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr.* 1999;21(1):19-28.
25. Gushi LL, Rihs LB, Soares MC, Forni TIB, Vieira V, Wada RS, Souza MLR. Cárie dentária e necessidades de tratamento em adolescentes do Estado de São Paulo, 1998 e 2002. *Rev Saude Publica.* 2008; 42(3): 480-6.
26. Gushi LL, Soares MC, Forni TIB, Vieira V, Wada RS, Sousa MLR. C. Relationship between dental caries and socioeconomic factors in adolescents. *J Appl Oral Sci* 2005; 13(3): 305-11.
27. Hugo FN, Vale GC, Cchuana-Vásquez RA, Cypriano S, Souza MLR. Polarization of dental caries among individuals aged 15 to 18 years. *J Appl Oral Sci.* 2007; 15(4): 253-8.
28. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008. v. 29. <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/brasilpnad2008.pdf>. (Acesso em 27 de novembro 2015).
29. Kanauth RK, Gonçalves H. Juventude na era da Aids: entre o prazer e o risco. In: Almeida, M.I.M.; Eugenio F (org.). *Culturas Jovens: novos mapas do afeto*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006: 92-120.
30. Lacerda JT, Simionato EM, Peres KG, Peres MA, Traebert J, Marcenes W. Dental pain as the reasons for visiting a dentist in brazilian adult population. *Rev Saude Publica.* 2004; 38(3): 1-6.
31. Leavell S, Clark EG. *Medicina preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill; 1976.
32. Liberato S; Márjore D, et al. Relação entre adesão ao tratamento e qualidade de vida: revisão integrativa da literatura. *Revista Eletrônica de Enfermagem.* 2014; 16(1): 191-8.
33. Lopez, R; Baelum, V. Gender differences in tooth loss among Chilean adolescents: socio-economic and behavioral correlates. *Acta Odontol Scand.* 2006; 64 (3): 169-176.

34. Melo TRC, Antunes JLF. Prevalência de cárie dentária em escolares da região rural de Itapetininga, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2004; 20:829-835.
35. Menezes PR, Scazufca M, Rodrigues LC. Household crowding and compliance with outpatient treatment in patients with non-affective functional psychoses in São Paulo, Brazil. *Mann AH. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2000; 35(3): 116-20.
36. Mialhe FL. Educação e promoção da saúde e saúde bucal. Nova Odessa: Napoleão; 2016. Em publicação.
37. Minayo, Maria Cecília S., Sanches, Odécio. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? *Cad Saude Publica*. 1993; 9(3): 239-262.
38. Nemechek PM, Conry M, Westerfelt A, Eicher B, Chase GW. Factors related to adherence (ADH) with protease inhibitors. In: Abstracts from 12th World AIDS Conference; 1998 Jun 28-Jul 3; Geneva. Geneva. 1998; 1: 93.
39. Nogueira MJ, Martins AM, Schall VT, Modena CM. "Depois que você vira um pai...": adolescentes diante da paternidade. *Adolesc Saude*. 2011; 8(1): 28-34.  
Nogueira MCF, Bógus CM. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde e Sociedade*. 2004; 13(3): 44-57.
40. Noro LRA, Roncalli AG, Mendes Júnior FIR, Lima KC. Incidência de cárie dentária em adolescentes em município do Nordeste brasileiro, 2006. *Cad Saude Publica* 2009; 25(4): 783-790.
41. Palma A, Mattos UAO. Contribuições da ciência pósnormal à saúde pública e a questão da vulnerabilidade social. *Hist Ciênc Saúde Manguinhos*. 2001; 8(3): 23.
42. Paterson DL, Swindells S, Mohr J, Brester M, Vergis EN, Squier C, et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Ann Intern Med*. 2000; 133(1): 21-30.
43. Penso MA, Costa LF, Ribeiro MA. Aspectos teóricos da transmissão transgeracional e do genograma. In: Penso MA, Costa LF (Orgs.), *A transmissão geracional em diferentes contextos: da pesquisa à intervenção* (pp. 9-23). São Paulo: Summus, 2008.
44. Peres KG, Peres MA, Boing AF, Bertoldi AD, Bastos JL, Barros AJD. Redução das desigualdades na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. *Rev Saude Publica*. 2012; 46(2): 250-9.

45. Petersen, P. E., Bourgeois, D., Ogawa, H., Estupinan-Day, S., & Ndiaye, C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bulletin of the World Health Organization*. 2005; 83(9): 110.
46. Piracicaba. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social. Instituto de Pesquisas e Planejamento de Piracicaba (IPPLAP). Disponível em: <http://ipplap.com.br/site/>. Acessado em: 10 de janeiro 2016.
47. Reis AC et al. Relação entre sintomatologia psicopatológica, adesão ao tratamento e qualidade de vida na infecção HIV e AIDS. *Psic: Refl e Crit*. 2010; 23(3): 420-429.
48. Riva M, Larsen CV, Bjerregaard P. Household crowding and psychosocial health among Inuit in Greenland. *Int J Public Health*. 2014; 59(5): 739-48.
49. Roncalli, A.G. Projeto SB Brasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal revela importante redução da cárie dentária no país. *Cad Saude Publica*. 2011; 27(1):4-5.
50. Rueger S, Malecki C, Demaray M. Relationship between multiple sources of perceived social support and psychological and academic adjustment in early adolescence: Comparisons across gender. *Journal of Youth Adolescence*, 2010; 39: 47-61.
51. Salles CMB; Ferreira EAP; Seidl EMF. Adesão ao Tratamento por Cuidadores de Crianças e Adolescentes Soropositivos para o HIV. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2011; 27(4): 499.
52. Santos SR, Santos IBC, Fernandes MGM, Henriques MERM. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2002;10(6):757-64.
53. São Paulo. Fundação Sistema Estadual de Análise dos Dados (SEADE). Portal Estatística do Estado de São Paulo. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/indice-paulista-de-vulnerabilidade-social-ipvs-versao-2010/>. Acesso em: 15 de dezembro 2015.
54. Sheiham A, Alexander D, Cohen L, Marinho V, Moysés S, Petersen LE, Spencer J, Watt RG, Weyant R. Global Oral Health Inequalities: Task Group-Implementation and Delivery of Oral Health Strategies. *ADR*, 2011; 23: 259.
55. Sheiham, A. Oral health, general health and quality of life. *Bulletin of the World Health Organization*. *Life Research*. 2005; 13(2): 299-310.
56. Sheiham A, Moysés SJ, Watt RG, Bönecker M. Promoting the Oral Health of Children. 2014, p 288-309.

57. Silva JCP, Ferreira E, Magnago FM, Alves RG. Percepção de saúde bucal dos usuários do Sistema Único de Saúde do município de Coimbra – MG. R.Fac.Odontol. Porto Alegre, Porto Alegre, 2006; 47(3): 23-28.
58. Silva VA, Aguiar A S, Felix F, Rebello GP, Andrade RC, Mattos H F. Brazilian study on substance misuse in adolescents: associated factors and adherence to treatment. Rev Bras Psiquiatria. 2003; São Paulo, 25, (3),133-138.
59. Springer, A., Parcel, G., Baumler, E., & Ross, M. (2006). Supportive social relationships and adolescent health risk behavior among secondary school students in El Salvador. Social Science & Medicine, 2006: 62.
60. Stengel, M. Discursos de pais e mães sobre a amizade em famílias com filhos adolescentes. Paidéia, 2011; 21(49): 217-225.
61. Thiengo MA, Oliveira DC, Rodrigues BMRD. Adolescentes, AIDS e práticas de proteção: uma abordagem estrutural das representações sociais. Revista de Enfermagem UERJ. 2002; 10(2): 81-4.
62. Weber S, Puskar K, Ren D. Relationships between depressive symptoms, perceived social support, self-esteem, e optimism in a sample of rural adolescents. Issues in Mental Health Nursing, 2010; 31: 584.
63. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Int J Health Serv. 1992; 22(3): 429-45.
64. WHO– The World Oral Health Report. Continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme, 2003.
65. Yunes MAM, Szymansky H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: TAVARES, J. (Ed.). Resiliência e educação. São Paulo: Cortez, 2001:13-42.

---

\* De acordo com as normas da UNICAMP/FOP, baseadas na padronização do International Committee of Medical Journal Editors. Abreviatura dos periódicos em conformidade com o Medline.

## APÊNDICES

### Apêndice 1- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convidamos você a participar da nossa pesquisa: "Risco e vulnerabilidade às doenças bucais em adolescentes brasileiros". As informações contidas neste documento serão fornecidas pelos pesquisadores da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Unicamp: Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira, Profa Dra Elaine Pereira da Silva Tagliaferro e alunos de pós-graduação, Fabiana de Lima Vazquez, (doutorado), Armando Koichiro Kaieda (doutorado), Jaqueline Vilela Bulgareli(doutorado), Silvia Leticia Freddo(doutorado), Karine Laura Cortellazzi (pós-doutorado) para convidar e firmar acordo consentimento livre e esclarecido, através do qual você autoriza a participação de seu filho (a), com total conhecimento da natureza dos procedimentos e riscos a que se submeterá, com a capacidade de livre-arbítrio e livre de qualquer coação, podendo desistir quando quiser.

#### JUSTIFICATIVA

Estudos para conhecer a ocorrência de doenças e condições bucais na população são de grande importância. O conhecimento do estado dos dentes do seu filho(a) pode ajudá-lo a buscar tratamento antes que o problema se torne mais grave. Além disso, estes estudos também fornecem informações para a criação de programas educativos e planejamento que dão assistência à saúde da boca, trazendo benefícios para toda a população.

#### OBJETIVOS

O objetivo deste trabalho é avaliar o risco de doenças bucais em uma população adolescente de 15 a 19 anos no município de Piracicaba-SP.

#### METODOLOGIA

- Somente depois que concordar em participar e assinar este documento, seu filho(a) será considerado voluntário. Você não deve se sentir obrigado a assinar nenhum documento e pode pedir todos os esclarecimentos que achar necessário. Você responderá, em seguida, a um questionário com questões socioeconômicas,

comportamentais, demográficas e psicossociais Além disso, os indivíduos que tiverem os piores e melhores índices de cárie serão entrevistados, sendo a entrevista gravada e mantida as informações em sigilo.

- Para participar da pesquisa, seu filho(a) responderá a 2 questionários simples sobre questões de saúde bucal, dor de dente, educação e prevenção em saúde, escolaridade, moradia, renda. As respostas ficarão sobre a responsabilidade da pesquisadora principal e você terá garantia de sigilo em relação às respostas emitidas.

- Seu filho(a) passará por um exame de sua boca, avaliando seus dentes e gengiva. Seu filho será avaliado quanto à cárie, doença da gengiva, problema na posição dos dentes, fluorose (excesso de ingestão de flúor nos dentes). Esse exame será também mantido em segredo e guardado com pesquisadora responsável. Caso seja necessário, seu filho receberá uma carta para procurar tratamento.

#### POSSIBILIDADE DE INCLUSÃO EM GRUPO CONTROLE/PLACEBO

Não haverá grupo controle e placebo neste estudo.

#### MÉTODOS ALTERNATIVOS PARA OBTENÇÃO DA INFORMAÇÃO

Não existem métodos alternativos para obtenção da informação.

#### DESCRIÇÃO CRÍTICA DOS DESCONFORTOS E RISCOS PREVISÍVEIS

Você passará por um exame de seus dentes e sua gengiva, realizado em local separado e utilizando materiais esterilizados, que causam leve incômodo. O instrumental apresenta ponta arredondada para não causar nenhum tipo de dano ou machucado. Este exame será realizado em sala separada, evitando qualquer tipo de constrangimento por parte dos voluntários. Não há previsão de riscos aos participantes desta pesquisa.

#### DESCRIÇÃO DOS BENEFÍCIOS E VANTAGENS DIRETAS AO VOLUNTÁRIO

Como benefício, o paciente receberá, através da pesquisa, avaliação de cárie, doenças da gengiva e problemas na mordida, possibilitando o diagnóstico precoce de possíveis problemas existentes. O adolescente que estiver com algum

problema receberá uma carta por escrito para procurar tratamento indicado. Além disso, você estará contribuindo com uma pesquisa científica que visa melhorar a qualidade do serviço prestado à comunidade.

#### FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA AO SUJEITO

Os pesquisadores responsáveis acompanharão seu filho e darão assistência durante a pesquisa ou quando você solicitar, resolvendo problemas relacionados à pesquisa ou dúvidas a respeito da mesma.

#### FORMA DE CONTATO COM A PESQUISADORA E COM O CEP

Para entrar em contato com os pesquisadores:

Você terá contato direto com os pesquisadores Fabiana de Lima Vazquez (19) 92850726, Armando Koichiro Kaieda (19) 996511691, Jaqueline Vilela Bulgareli (19)999651819, Silvia Leticia Freddo (49) 999327999, Karine Laura Cortellazzi (19) 81282190 ou pelos e-mail [fabilivazquez@gmail.com](mailto:fabilivazquez@gmail.com), [armandokaieda@hotmail.com](mailto:armandokaieda@hotmail.com), [jaquelinebulgareli@gmail.com](mailto:jaquelinebulgareli@gmail.com), [freddente@hotmail.com](mailto:freddente@hotmail.com), [karinecortellazzi@gmail.com](mailto:karinecortellazzi@gmail.com).

Em caso de dúvida quanto aos seus direitos como voluntário da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa Humana da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, situado na Av. Limeira, 901 CEP:13414-903, Piracicaba-SP, Fone/Fax: (19) 2106-5349; e-mail: [cep@fop.unicamp.br](mailto:cep@fop.unicamp.br); site: [www.fop.unicamp/cep](http://www.fop.unicamp/cep).

#### GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

Você tem a garantia de que receberá respostas para qualquer pergunta e suas dúvidas sobre os procedimentos, sobre os riscos, os benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa serão esclarecidos. Os pesquisadores também assumem o compromisso de dar as informações obtidas durante o estudo, mesmo que isso possa afetar sua vontade em continuar participando do estudo.

#### GARANTIA DE RECUSA À PARTICIPAÇÃO OU SAÍDA DO ESTUDO

Você tem liberdade para retirar seu consentimento ou se recusar a continuar a participar do estudo, a qualquer momento, conforme determinação da

Resolução 196/96 do CNS do Ministério da Saúde. Caso deixe de participar do estudo por qualquer razão, você não sofrerá qualquer tipo de prejuízo ou punição não perderá o direito ao tratamento na Unidade de Saúde da Família.

#### GARANTIA DE SIGILO

Nós, os pesquisadores, prometemos resguardar todas as suas informações sobre a pesquisa e vamos tratar estas informações com impessoalidade, não revelando sua identidade.

#### GARANTIA DE RESSARCIMENTO

Não há previsão de ressarcimento de despesa, visto a pesquisa será realizada em horário onde o usuário estará na unidade de saúde para consulta, após a realização da mesma, e, portanto, você não terá gastos para participar da pesquisa.

#### GARANTIA DE INDENIZAÇÃO E/OU REPARAÇÃO DE DANOS

Como não há riscos ou danos previsíveis, neste caso, não haverá indenização previsível. Caso ocorra algum imprevisto, ficam os pesquisadores responsáveis em indenizar em comum acordo com os voluntários, eventuais danos decorrentes desta pesquisa.

Consentimento:

Eu, \_\_\_\_\_,  
 RG n \_\_\_\_\_ responsável por \_\_\_\_\_,  
 certifico ter lido todas as informações acima citadas e estar suficientemente esclarecido de todos os itens pelos pós-graduandos Fabiana de Lima Vazquez, Armando Koichiro Kaieda, Jaqueline Vilela Bulgareli, Silvia Leticia Freddo, Karine Laura Cortellazzi, pesquisadores responsáveis na condução da pesquisa. Estou plenamente de acordo e aceito participar desta pesquisa "Risco e vulnerabilidade às doenças bucais em adolescentes brasileiros". E recebi uma cópia desde documento.

Piracicaba, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011.

Nome: \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador: \_\_\_\_\_

**Apêndice 2- Roteiro semiestruturado de entrevista**

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Endereço:** \_\_\_\_\_

**Data de nascimento:** \_\_\_\_\_ **Idade:** \_\_\_\_\_ anos. **Sexo:** ( ) Feminino ( ) Masculino

Perguntas disparadoras:

- 1) O que é saúde para a senhora/senhor?
- 2) Quais cuidados que a senhora/senhor toma em relação a saúde de seus filhos?
- 3) O que a senhora/senhor faz quando seu filho precisa tratar os dentes?

## ANEXOS

## Anexo 1 - Certificado do Comitê de Ética em Pesquisa



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**  
**FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**  
**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**



## CERTIFICADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP certifica que o projeto de pesquisa "**Risco e vulnerabilidade às doenças bucais em adolescentes da cidade de Piracicaba, SP, Brasil**", protocolo nº 027/2011, dos pesquisadores Antonio Carlos Pereira, Armando Koichiro Kaieda, Fabiana de Lima Vazquez, Jaqueline Vilela Bulgareli, Karine Laura Cortellazzi e Silvia Leticia Freddo, satisfaz as exigências do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde para as pesquisas em seres humanos e foi aprovado por este comitê em 21/05/2011, com alterações em 18/06/2015.

The Ethics Committee in Research of the Piracicaba Dental School - University of Campinas, certify that the project "**Risk and Vulnerability for oral diseases in teenagers in Piracicaba, SP, Brazil**", register number 027/2011, of Antonio Carlos Pereira, Armando Koichiro Kaieda, Fabiana de Lima Vazquez, Jaqueline Vilela Bulgareli, Karine Laura Cortellazzi and Silvia Leticia Freddo, comply with the recommendations of the National Health Council - Ministry of Health of Brazil for research in human subjects and therefore was approved by this committee on May 21, 2011; with alterations on Jun 18, 2015.



**Prof. Dr. Fernanda Miori Pascon**  
Secretária  
CEP/FOP/UNICAMP



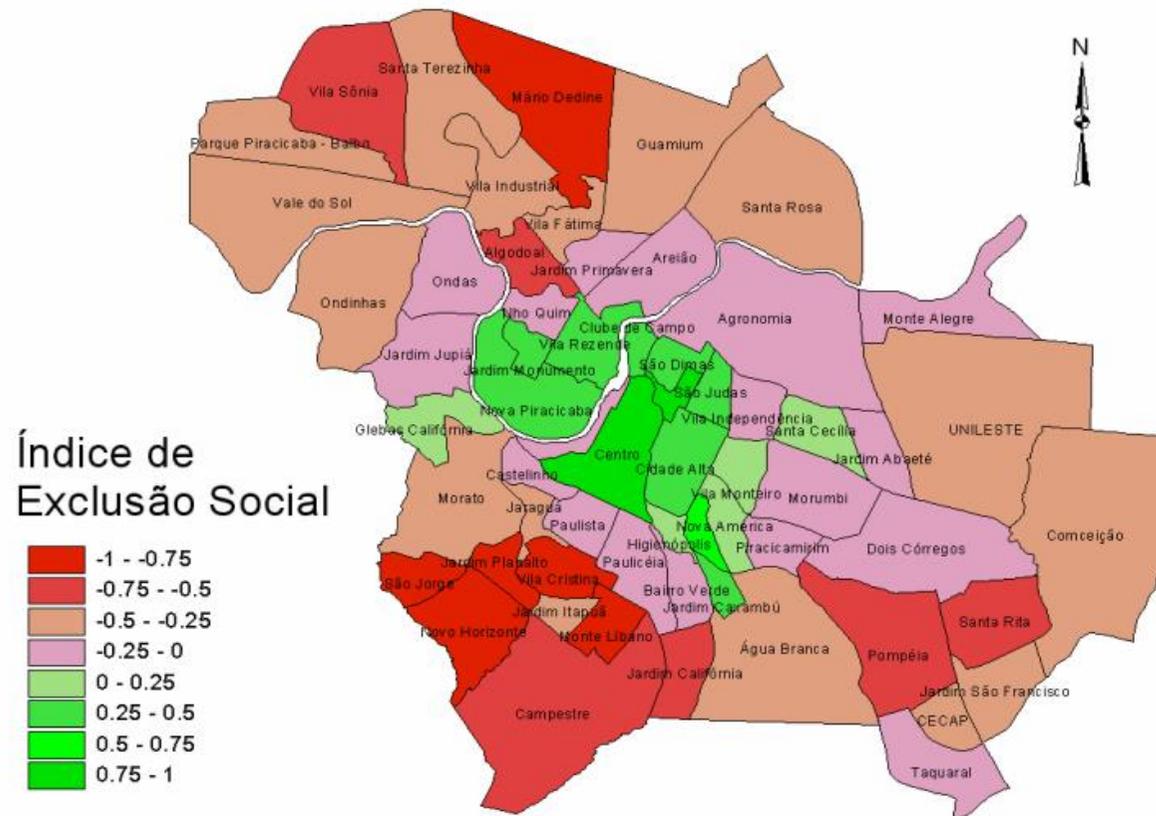
**Prof. Dr. Jacks Jorge Junior**  
Coordenador  
CEP/FOP/UNICAMP

Nota: O título do protocolo aparece como fornecido pelos pesquisadores, sem qualquer edição.  
 Notice: The title of the project appears as provided by the authors, without editing.

**Anexo 2– Quadro da Vulnerabilidade e Direitos Humanos: dimensões individual, social e programática (Ayres et al., 2010).**

INDIVIDUAL	SOCIAL	PROGRAMÁTICA
<b>Reconhecimento da pessoa como sujeito de direito, dinamicamente em suas cenas</b>	<b>Análise das relações sociais, dos marcos da organização e da cidadania e cenário cultural</b>	<b>Análise de quanto e como governos respeitam, protegem e promovem o direito à saúde</b>
Corpo e estado de saúde Trajetória pessoal Recursos pessoais Nível de Conhecimento Escolaridade Acesso a informação Relações familiares Redes de amizade Relações afetivo-sexuais Relações profissionais Rede de apoio social <u>Subjetividade Intersubjetiva</u> Valores (em conflito?) Crenças (em conflito?) Desejos (em conflito?) Atitudes em cena Gestos em cena Falas em cena Interesses em cena Momento emocional	Liberdades Mobilização e participação Instituições e poderes Relações de gênero Relações raciais e étnicas Relações entre gerações Processos de estigmatização Proteção ou discriminação sistemática de direitos <u>Acesso a:</u> emprego/ salário saúde integral educação/prevenção justiça cultura lazer/esporte mídia/internet	Elaboração de políticas específicas Aceitabilidade Sustentabilidade Articulação multi-setorial Governabilidade Organização do setor saúde e dos serviços com qualidade Acesso e Equidade Integralidade Integração entre prevenção, promoção e assistência Equipes multidisciplinares/ enfoques interdisciplinares Preparo tecno-científico dos profissionais e equipes Compromisso e responsabilidade dos profissionais Participação comunitária na gestão dos serviços Planejamento, supervisão e avaliação dos serviços Responsabilidade social e jurídica dos serviços

### Anexo 3– Mapa da exclusão social do Município de Piracicaba



Fonte: Piracicaba, 2003 Piracicaba. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social. Instituto de Pesquisas e Planejamento de Piracicaba (IPPLAP) Mapa da exclusão/inclusão da cidade de Piracicaba. Piracicaba, 2003.

## Anexo 4 – Comprovante de submissão do artigo 1

15/01/2016

SAGAS

O novo artigo foi submetido com sucesso!

Login: [jbulgareli](#)

[Português](#)

[English](#)

[Español](#)



# SAGAS

Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos  
Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health

[Início](#) [Autor](#) [Consultor](#) [Editor](#) [Mensagens](#) [Sair](#)

### CSP\_0072/16

<b>Arquivos</b>	Versão 1 [Resumo]
<b>Seção</b>	Artigo
<b>Data de submissão</b>	15 de Janeiro de 2016
<b>Título</b>	Determinantes da adesão ao tratamento odontológico de adolescentes em situação de vulnerabilidade social: um estudo longitudinal
<b>Título corrido</b>	Adesão ao tratamento odontológico de adolescentes
<b>Área de Concentração</b>	Epidemiologia
<b>Palavras-chave</b>	Adesão, Adolescente, Tratamento Odontológico, Vulnerabilidade Social
<b>Fonte de Financiamento</b>	FAPESP bolsa # 2013/17340-9
<b>Conflito de Interesse</b>	Nenhum
<b>Condições éticas e legais</b>	No caso de artigos que envolvem pesquisas com seres humanos, foram cumpridos os princípios contidos na Declaração de Helsinki, além de atendida a legislação específica do país no qual a pesquisa foi realizada. No caso de pesquisa envolvendo animais da fauna silvestre e/ou cobaias foram atendidas as legislações pertinentes.
<b>Registro Ensaio Clínico</b>	Nenhum
<b>Sugestão de consultores</b>	Nenhum
<b>Autores</b>	Jaqueline Vilela Bulgareli (Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas) <jaquelinebulgareli@gmail.com> Karine Laura Cortellazzi Mendes (Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas) <karinecortellazzi@gmail.com> Luciane Miranda Guerra (Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas) <lumiranda1302@gmail.com> Gláucia Maria Bovi Ambrosano (Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas) <glauucia@fop.unicamp.br> Armando Koichiro Kaieda (Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas) <armandokaieda@hotmail.com> Fabiana de Lima Vazquez (Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas) <fabilivazquez@gmail.com> Antônio Carlos Pereira (Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas) <apereira@fop.unicamp.br>
<b>STATUS</b>	Com Secretaria Editorial

## Anexo 5 - Instrumento de Qualidade de Vida (WHOQOL- Bref)

### AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL)

Este **questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida**. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, **escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada**. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. **Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida**, tomando como referência as **duas últimas semanas**.

1 - Como você avaliaria sua qualidade de vida?

muito ruim  ruim  nem ruim nem boa  boa  Muito boa

2 - Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?

Muito insatisfeito  Insatisfeito  Nem satisfeito Nem insatisfeito  satisfeito  Muito satisfeito

1=Nada, 2=Muito pouco, 3= Mais ou menos, 4=Bastante, 5=Extremamente

\_\_\_ 3. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?

\_\_\_ 4. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

\_\_\_ 5. O quanto você aproveita a vida?

\_\_\_ 6. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?

\_\_\_ 7. O quanto você consegue se concentrar?

\_\_\_ 8. Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?

\_\_\_ 9. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?

1=Nada, 2=Muito pouco, 3= Médio, 4=Muito, 5=Completamente

\_\_\_ 10. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?

\_\_\_ 11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?

\_\_\_ 12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

\_\_\_ 13. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?

\_\_\_ 14. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?

1=Muito ruim, 2=Ruim, 3= Nem ruim, 4=Bom, 5=Muito bom  
Nem bom

\_\_\_ 15. Quão bem você é capaz de se locomover?

1=Muito insatisfeito, 2=Insatisfeito, 3= Nem satisfeito Nem insatisfeito, 4=Satisfeito, 5=Muito satisfeito

\_\_\_ 16. Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?

\_\_\_ 17. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?

\_\_\_ 18. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?

\_\_\_ 19. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?

\_\_\_ 20. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

\_\_\_ 21. Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?

\_\_\_ 22. Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?

\_\_\_ 23. Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?

\_\_\_ 24. Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?

\_\_\_ 25. Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?

1=Nunca, 2=Algumas, 3= Frequentemente, 4=Muito frequentemente, 5=Sempre  
vezes

\_\_\_ 26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

## Anexo 6 - Instrumento OIDP

### QUESTIONÁRIO OIDP

Nos últimos 6 meses, seus dentes ou a sua boca causaram dificuldade para você desempenhar alguma dessas atividades diárias ?

		1 à 5	0 à 5		1 à 5	0 à 22
	PRESENÇA DO IMPACTO	FREQ	SEVERIDADE Efeito no dia-a-dia	SCORE	SINTOMA	PROBLEMA
Comer Ex: Refeição, sorvete	[ ] SIM [ ] NÃO					
Falar claramente	[ ] SIM [ ] NÃO					
Limpar a boca	[ ] SIM [ ] NÃO					
Dormir/Relaxar	[ ] SIM [ ] NÃO					
Manter o seu estado emocional Ex: não se irritou, não se enojou	[ ] SIM [ ] NÃO					
Estudar Ex: ir à escola, aprenderem sala de aula, fazer o dever de casa	[ ] SIM [ ] NÃO					
Contato Social Ex: sair com amigos, ir à casa de um amigo	[ ] SIM [ ] NÃO					
Sorrir Ex: Sorrir sem se entorpecer	[ ] SIM [ ] NÃO					

**Frequência:** 1- menos de uma vez ao mês , 2- Uma ou duas vezes ao mês, 3- Uma ou duas vezes por semana, 4- Três ou quatro vezes por semana, 5- Todos ou quase todos os dias (5 ou mais vezes por semana)

**Severidade:** 0- Nenhuma gravidade, 1- Muito pouco grave , 2- Pouco grave, 3- Gravidade moderada, 4- Muito grave, 5- Extremamente grave

**Sintoma:** Qual tem sido o principal sintoma? 1- Dor, 2- Desconforto, 3- Limitação na função (por ex, mastigar, morder ou abrir bem a boca), 4- Insatisfação com a aparência 5- Outros (especificar) \_\_\_\_\_

**Problema:** Você poderia especificar qual o problema que você tem tido com a sua boca, dentes, ou dentadura?

0 – não consegue identificar

**Dentes:** 1- Dor de dente, 2- Falta de dente, 3- Dente mole, 4- Cor dos dentes, 5- Posição dos dentes (dente torto ou muito para frente), 6- Formato/tamanho dos dentes

**Boca:** 7- Deformidade na boca ou rosto, 8- Úlcera bucal ou escoriações doloridas (não relacionados à prótese), 9- Sensação de queimação na boca, 10- Respiração difícil, 11- Distúrbio no paladar, 12- Gosto desagradável

**Gengivas:** 13- Hemorragias gengivais, 14- Afastamento da gengiva, 15- Abscesso gengival

**Mandíbula:** 16- Barulho desagradável ou estalo na articulação mandibular, 17- Mandíbula travada; travamento anterior, 18- Obturação quebrada ou de cor diferente do dente, 19- Dentadura solta ou mal colocada, 20- Aparelhos ortodônticos, 21- outros (especificar), 22- Sem resposta

## Anexo 7 - Questionário Socioeconômico

### 1. situação econômica da família (renda familiar mensal)

- A. ( ) Até R\$ 622,00      B. ( ) De R\$622,00 a R\$ 1244,00      C. ( ) De R\$ 1244,00 a R\$ 1866,00  
 D. ( ) De R\$ 1866,00 a R\$3110,00      E. ( ) De R\$ 3110,00 a R\$ 4665,00  
 F. ( ) De R\$ 4665,00 a R\$ 6531,00      G. ( ) Acima de R\$ 6531,00

### 2. número de pessoas na família

- A ( ) Até 2 Pessoas B. ( ) 3 Pessoas C. ( ) 4 Pessoas  
 D. ( ) 5 Pessoas E. ( ) 6 Pessoas F. ( ) Acima de 6 Pessoas

### 3. grau de instrução do pai ou responsável

PAI MÃE

- A. ( ) ( ) Não alfabetizado  
 B. ( ) ( ) Alfabetizado  
 C. ( ) ( ) 1ª e 4ª série incompleta (antigo primário)  
 D. ( ) ( ) 1ª e 4ª série completa (antigo primário)  
 E. ( ) ( ) 5ª e 8ª série incompleta (antigo ginásial)

### 4. habitação (moradia)

- A. ( ) Residência própria quitada      B. ( ) Residência própria com financiamento a pagar  
 C. ( ) Residência cedida pelos pais ou parentes      D. ( ) Residência cedida em troca de trabalho  
 E. ( ) Residência alugada      F. ( ) residência cedida por não ter onde morar

### 5. profissão do chefe da família (mencionar mesmo que desempregado)

- A. ( ) Empresário de grande porte  
 B. ( ) Profissional Liberal e Empresário de médio porte  
 C. ( ) Funcionário em ocupações de nível superior  
 D. ( ) Empresário de pequeno porte  
 E. ( ) Funcionário em ocupações de nível médio  
 F. ( ) Profissional autônomo (Vendedor, Corretor e outros)  
 G. ( ) Funcionário em ocupações de nível intermediário  
 H. ( ) Profissional autônomo operacional (Marceneiro, Pedreiro e outros)  
 I. ( ) Funcionário em ocupações auxiliares (Ajudantes, trabalhador rural)  
 J. ( ) Ambulante, Safrista, Trabalho eventual (Bicos)

## Anexo 8 - Questionário de Coesão e Adaptabilidade Familiar

### Family Adaptability and Cohesion Scale- FACES III

#### FACES III

1                                      2                                      3                                      4                                      5  
Quase nunca                      Raramente                      Às vezes                      Frequentemente                      Quase sempre

DESCREVA SUA FAMÍLIA ATUALMENTE :

- 1. Os membros da família pedem ajuda uns aos outros.
- 2. Seguem-se as sugestões dos filhos na solução de problemas.
- 3. Aprovamos os amigos que cada um tem.
- 4. Os filhos expressam sua opinião quanto a sua disciplina.
- 5. Gostamos de fazer coisas apenas com nossa família.
- 6. Diferentes pessoas da família atuam nela como líderes.
- 7. Os membros da família sentem-se mais próximos entre si que com pessoas estranhas à família.
- 8. Em nossa família mudamos a forma de executar as tarefas domésticas.
- 9. Os membros da família gostam de passar o tempo livre juntos.
- 10. Pai(s) e filhos discutem juntos os castigos.
- 11. Os membros da família se sentem muito próximos uns dos outros.
- 12. Os filhos tomam as decisões em nossa família.
- 13. Estamos todos presentes quando compartilhamos atividades em nossa família.
- 14. As regras mudam em nossa família.
- 15. Facilmente nos ocorrem coisas que podemos fazer juntos, em família.
- 16. Em nossa família fazemos rodízio das responsabilidades domésticas.
- 17. Os membros da família consultam outras pessoas da família para tomarem suas decisões.
- 18. É difícil identificar o(s) líder(es) em nossa família.
- 19. A união familiar é muito importante.
- 20. É difícil dizer quem faz cada tarefa doméstica em nossa casa.

POR FAVOR, INDIQUE SEU LUGAR NA FAMÍLIA :

MÃE \_\_\_ PAI \_\_\_ FILHO \_\_\_ (LEMBRE QUE O FILHO MAIS VELHO CORRESPONDE AO Nº 1)