



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

SILVIA LETICIA FREDDO

**ASPECTOS RELACIONADOS À ADESÃO AO TRATAMENTO
ODONTOLÓGICO NA ADOLESCÊNCIA:
ABORDAGEM QUANTI QUALITATIVA**

**ASPECTS RELATED TO ADHESION TO ODONTOLOGICAL
TREATMENT IN ADOLESCENCE:
A QUALITATIVE AND QUANTITATIVE APPROACH**

**Piracicaba
2017**

SILVIA LETICIA FREDDO

**ASPECTOS RELACIONADOS À ADESÃO AO TRATAMENTO
ODONTOLÓGICO NA ADOLESCÊNCIA:
ABORDAGEM QUANTI QUALITATIVA**

**ASPECTS RELATED TO ADHESION TO ODONTOLOGICAL
TREATMENT IN ADOLESCENCE:
A QUALITATIVE AND QUANTITATIVE APPROACH**

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

Thesis presented 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 tese defendida pela aluna Silvia Leticia Freddo e orientada pelo Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira.

**Piracicaba
2017**

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): Não se aplica.

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

F871a Freddo, Silvia Leticia, 1974-
Aspectos relacionados à adesão ao tratamento odontológico na
adolescência : abordagem quanto qualitativa / Silvia Leticia Freddo. –
Piracicaba, SP : [s.n.], 2017.

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

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

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Aspects related to adhesion to odontological treatment in
adolescence : a qualitative and quantitative approach

Palavras-chave em inglês:

Oral health

Qualitative research

Quantitative research

Área de concentração: Saúde Coletiva

Titulação: Doutora em Odontologia

Banca examinadora:

Marcelo de Castro Meneghim

Silvia Helena de Carvalho Sales Peres

Flávia Martão Flório

Eloisio do Carmo Lourenço

Glaucia Maria Bovi Ambrosano

Data de defesa: 23-02-2017

Programa de Pós-Graduação: Odontologia

*Dedico este trabalho ao meu marido, meu amor,
meu amigo, meu porto seguro, meu presente de
Deus, Rafael, pelo estímulo e apoio incondicional.
Você foi de fundamental importância para a
realização deste sonho.*

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido Rafael, pela sua paciência em entender todas as fases que passei durante o curso. Você é um exemplo pra mim, com sua persistência e dedicação em tudo que faz.

Aos meus filhos José Eduardo e Gustavo, pela compreensão e paciência durante minhas ausências, vocês são meus tesouros.

Agradeço a meu pai Valdemar e a minha mãe Tania, que sempre abriram mão de tudo pelos estudos dos quatro filhos, vocês são uns heróis. Aos meus irmãos Rafael, Angelo e Rodrigo e às minhas cunhadas Christiane, Lisiane e Juliana e minha sogra Luci, que me socorreram quando eu precisei e sempre me apoiaram e estiveram do meu lado durante esta jornada. Amo vocês.

Ao meu orientador, Antonio Carlos Pereira, exemplo de profissional e professor. Você tem duas qualidades essenciais para que uma pessoa se torne um ser humano completo: competência e humildade. Obrigada pelo magnífico professor que foi durante o curso, pelos ensinamentos que, com certeza, ficarão comigo para sempre. Você é um ser extremamente humano e humilde. Obrigada por ter me orientado.

Em especial, à querida amiga e colega Jaqueline Bulgarelli, nossas conversas, nossas risadas, teu apoio, ensinamento, obrigada pelas trocas de materiais, pela amizade e pela disponibilidade sempre demonstrada, que tornaram essa defesa uma realidade. Vou levar a tua amizade para sempre, você é muito especial pra mim.

Ao colega Armando pelo apoio e companherismo durante as coletas.

Às colegas Karine e Fabiana, pelo empenho e pelos ensinamentos da pesquisa de campo, sua responsabilidade e organização tornaram essa pesquisa viável.

À querida professora Luciane Guerra, pelo apoio e orientação necessária para meu crescimento.

Gostaria de agradecer à Unochapecó que durante todo curso deu o suporte necessário para a realização desta pesquisa.

Ao Magnífico Reitor da Universidade Estadual de Campinas e à Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

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

Aos professores da banca de qualificação, Jaqueline Bulgarelli, Luciane Guerra e Daniela Dantas, pelas generosas contribuições.

Aos professores da banca de defesa, Silva Salles Peres, Glucia Ambrosano, Flavia Flório e Marcelo Meneghim, pelas contribuições necessárias para meu crescimento.

Aos colaboradores, estagiárias, pesquisadores e todos aqueles que de alguma forma se envolveram com o Projeto de Vulnerabilidade.

Sou grata a todo corpo docente e funcionários deste curso.

Agradeço às pessoas que muito me ajudaram a concluir este trabalho. Por suas reminiscências, paciência e orientação, sou grata a todos.

RESUMO

Este estudo objetivou entender hábitos e vulnerabilidades individuais na adesão ao tratamento odontológico, bem como compreender a percepção dos motivos que levaram os adolescentes a aderirem a tal cuidado. Duas pesquisas foram realizadas, uma de natureza quantitativa longitudinal e outra qualitativa. Na abordagem quantitativa foi utilizada uma amostra de 325 adolescentes cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde de Piracicaba. As variáveis independentes foram fatores socioeconômicos, uso na vida de álcool e drogas e a variável dependente foi a adesão ao tratamento odontológico. Análises com teste Qui-Quadrado, teste exato de Fisher ou testes da razão de verossimilhanças foram realizadas para medir associação entre as variáveis no estudo quantitativo, além da análise de conteúdo temática de Gomes no estudo qualitativo. Os resultados mostraram que 164 (51%) dos investigados aderiram ao tratamento odontológico e 161 (49%) não aderiram. Dentre os fatores ligados à vulnerabilidade, destacaram-se as dependências químicas (álcool e outras drogas). Houve 105 (64%) participantes que relataram já ter experimentado algum tipo de bebida alcoólica, na comparação entre os grupos aderentes e não-aderentes a variável 'bebe sozinho' obteve resultado estatisticamente significativo, assim como as variáveis 'tipo de moradia', 'experimentou álcool' e 'experimentou drogas'. Apenas o fato de ter amigos que usam drogas influenciou na prevalência de adesão ao tratamento odontológico ($p = 0,035$), sendo que a prevalência de adesão diminuiu 23% em pacientes que possuem amigos que usam drogas. O principal motivo relatado pelos sujeitos para aderir ao tratamento foi o desconforto devido a problemas odontológicos. Conclui-se que as variáveis relacionadas à dependência química apresentaram impacto na adesão ao tratamento odontológico e sugere-se que haja um maior conhecimento por parte dos profissionais e dos serviços sobre as especificidades dos adolescentes, incluindo políticas de atenção à saúde do adolescente para melhorar a aderência ao tratamento odontológico.

Palavras-chave: Saúde bucal. Uso de substâncias. Adesão. Pesquisa qualitativa. Pesquisa quantitativa.

ABSTRACT

This study aimed to understand individual habits and vulnerabilities in adherence to dental treatment, as well as to understand the perception of the reasons that led adolescents to adhere to such care. Two surveys were carried out, one of quantitative and one qualitative nature. In the quantitative approach, a sample of 325 adolescents enrolled in the Basic Health Units of Piracicaba was used. The independent variables were socioeconomic factors, use in the life of alcohol and drugs and the dependent variable was adherence to dental treatment. Analyzes with chi-square test, Fisher's exact test or likelihood ratio tests were performed to measure association between the variables in the quantitative study, besides the analysis of the thematic content of Gomes in the qualitative study. The results showed that 164 (51%) of the respondents adhered to dental treatment and 161 (49%) did not adhere. Among the factors related to vulnerability, the chemical dependencies (alcohol and other drugs) were highlighted. There were 105 (64%) participants who reported having experienced some type of alcoholic beverage, in the comparison between adherent and non-adherent groups the variable baby alone had a statistically significant result, as well as the type of housing variables, experienced alcohol and experimented drugs . Just having friends who use drugs influenced the prevalence of adherence to dental treatment ($p = 0.035$), with a prevalence of adherence decreasing by 23% in patients who have friends who use drugs. The main reason reported by the subjects to adhere to the treatment was the discomfort due to dental problems. It is concluded that the variables related to chemical dependence had an impact on adherence to dental treatment and it is suggested that there is a greater knowledge on the part of professionals and services about the specificities of adolescents, including adolescent health care policies to improve the Adherence to dental treatment.

Keywords: Oral health. Substance use. Accession. Qualitative research. Quantitative research.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	ARTIGOS	12
2.1	Artigo 1: Associação do consumo de álcool e drogas ilícitas e fatores socioeconômicos na adesão ao tratamento odontológico entre adolescentes.....	12
2.2	Artigo 2: Tratamento odontológico em adolescentes: quais as justificativas para a adesão?	29
3	DISCUSSÃO	44
4	CONCLUSÃO.....	46
	REFERÊNCIAS	47
	APÊNDICES.....	50
	APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DOS ADOLESCENTES.....	51
	APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	52
	APÊNDICE 3 – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA	56
	ANEXOS.....	57
	ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO DA OMS SOBRE USO NA VIDA (EXPERIÊNCIA) DE ÁLCOOL E DROGAS ILÍCITAS.	58
	ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO.....	59
	ANEXO 3 – QUESTIONÁRIO PARA OS ADOLESCENTES (GOES, 2001).....	60
	ANEXO 4 – CERTIFICADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	64

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa quanti e qualitativa traz dois artigos sobre adolescentes de Piracicaba e tem como tema central os aspectos relacionados à adesão ao tratamento odontológico.

Em julho de 1990, a Lei Federal n. 8.069 aprovou o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o qual estabeleceu a faixa etária de 12 a 18 anos como o período da adolescência. Dividido em duas partes, na primeira o ECA versa sobre os direitos da criança e do adolescente; e, na segunda, sobre as providências para cumprir a primeira parte e as sanções ou consequências de seu não cumprimento. O estatuto define que as crianças e adolescentes são indivíduos em desenvolvimento, necessitando de atenção especial e garantias de defesa. Define, também, que crianças e adolescentes são cidadãos com direitos, como convivência familiar e comunitária, saúde e alimentação, liberdade, dignidade, educação, esporte, lazer, trabalho e profissionalização. O ECA determina que todos são responsáveis pelas crianças e adolescentes: pais, comunidade, sociedade e Estado (Brasil, 1990).

A adolescência é precedida por um período mais delimitado, mas intimamente ligado a ela, de mudanças físicas que determinam a maturação sexual, denominado puberdade, uma etapa evolutiva peculiar ao ser humano. Em função disso, não podemos compreender a adolescência estudando separadamente os aspectos biológicos, sociais ou culturais. Eles são indissociáveis e é, justamente, o conjunto de suas características que confere unidade ao fenômeno da adolescência (Osório, 1989).

O que caracteriza a adolescência é a indecisão. Não é um estado pacífico, tranquilo, mas turbulento e de sofrimento, pois se perde a proteção existente na infância, ficando-se exposto às regras de todos (Jerusalinsk, 2004). Nesses momentos é importante que os familiares se apresentem como modelos de saúde (Tavares et al., 2004).

Durante a adolescência, a preocupação com o porte físico e a aparência corporal são os problemas mais importantes, podendo trazer alterações na alimentação do adolescente, juntamente com o consumo de álcool e fumo. É nessa fase que os hábitos de saúde geral e de saúde bucal devem ser reforçados (Parham, 1999).

A percepção de saúde dos adolescentes é alterada devido a uma melhor compreensão da adaptação às mudanças a que estão sujeitos. Tornam-se vulneráveis e se encontram em risco face à morbidade e à mortalidade que estão expostos (OMS, 2016).

Nesse período de mudanças, os adolescentes podem se tornar mais vulneráveis a atitudes e comportamentos que venham a prejudicar sua saúde geral, como alimentação deficiente, falta de atividade física, consumo de álcool e outras drogas (Brasil, 2006). O uso dessas substâncias por familiares e amigos pode ser fator de risco para a curiosidade e experimentação (Schenker e Minayo, 2003).

Quanto ao consumo de álcool, fatores sociais, psicológicos e individuais, bem como fatores estressantes, podem influenciar a decisão de beber do adolescente e adulto jovem. O beber é um fenômeno praticamente universal (Vieira et. al., 2008).

O comportamento dos adolescentes como respostas às situações adversas que ocorrem depende da sua vulnerabilidade individual. Essas diferentes respostas podem ser adaptativas ou levar a um risco maior de doenças, comprometendo a saúde, a qualidade de vida e o desempenho individual do adolescente (Hutz, 2002). Muitos são os fatores que podem interferir na adesão ao tratamento odontológico, entre eles o fator vulnerabilidade, que se divide em três dimensões: a social, em que o sistema produtivo exige maturidade do adolescente; a individual, que se refere às características próprias de cada pessoa; e a programática ou institucional, representada pela escassez ou inexistência de ações voltadas para essa população (Saito, 2000; Ayres et al., 2003; Ayres et al., 2010; Tedesco, 2004).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), adesão refere-se a diferentes ações que levam a uma qualidade de vida adequada, através da adoção de hábitos saudáveis em conjunto com tratamentos preventivos e curativos necessários. Dessa forma, a equipe de saúde fica responsável por estabelecer e manter vínculos com o paciente para realização do tratamento (WHO, 2003).

Nesse sentido, para estabelecer esse vínculo é muito importante a relação profissional-paciente, na qual um precisa compreender e entender o outro para que o tratamento seja concluído com êxito. A escolha de aderir ao tratamento odontológico é uma decisão do indivíduo e os motivos para essa escolha são subjetivos.

Conhecendo essas características dos adolescentes e os fatores que interferem na adesão ao tratamento, é possível melhorar as ações preventivas nessa população, trazendo mudanças no comportamento que podem levar a atitudes positivas, fortalecendo a autoestima e as relações familiares.

A compreensão dos fatores que interferem na adesão ao tratamento odontológico, assim como o entendimento do ciclo de vida chamado adolescência, levam a um melhor prognóstico quanto ao término do tratamento odontológico e, por consequência, uma melhor qualidade de vida. A partir do exposto, o objetivo deste trabalho foi estudar fatores relacionados à adesão ao tratamento odontológico e sua associação ao consumo de álcool e drogas ilícitas; além de compreender o motivo pelo qual adolescentes, previamente encaminhados para tratamento odontológico, aderiram a tal cuidado.

2 ARTIGOS

2.1 Artigo 1: Associação do consumo de álcool e drogas ilícitas e fatores socioeconômicos na adesão ao tratamento odontológico entre adolescentes

Resumo

Introdução: Os adolescentes são vulneráveis a comportamentos que fragilizam a saúde bucal, os quais interferem na adesão ao tratamento. **Objetivo:** Investigar a relação entre os fatores socioeconômicos e consumo de substâncias lícitas e ilícitas e a adesão ao tratamento odontológico entre adolescentes. **Métodos e resultados:** Foi utilizado um delineamento longitudinal com uma amostra de 474 adolescentes cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde do município de Piracicaba, SP, no ano de 2015, os quais, inicialmente, passaram por uma primeira consulta constando o exame odontológico para verificação de necessidade de tratamento. Após 18 meses da primeira consulta, 325 adolescentes foram reavaliados, 161 (49%) não aderiram ao tratamento e 164 (51%) aderiram e responderam os questionários socioeconômico e sobre experiência de álcool e drogas ilícitas. Utilizou-se o teste qui-quadrado, teste exato de Fisher ou testes da razão de verossimilhanças e o para comparar as variáveis. A idade média dos adolescentes investigados foi de 15 ± 1 anos, destes, 189 (58%) eram do sexo feminino e 136 (42%) do sexo masculino. Um fator socioeconômico foi impactante, o tipo de moradia. A prevalência de adesão ao tratamento diminuiu em pacientes sem moradia própria ($p=0,034$). O fato de ter experimentado álcool, beber sozinho, ter experimentado drogas e ter amigos que fazem uso de drogas influenciaram isoladamente na prevalência de adesão ao tratamento odontológico ($p < 0,05$), sendo que todos diminuíram a prevalência de adesão ao tratamento quando presentes. Conjuntamente, apenas o fato de ter amigos que usam drogas influenciou na prevalência de adesão ao tratamento odontológico ($p = 0,035$), sendo que a prevalência de adesão diminuiu 23% em pacientes que possuem amigos que usam drogas. **Conclusão:** A adesão ao tratamento está relacionada ao comportamento dos adolescentes frente ao consumo de substâncias lícitas e ilícitas, sendo necessária a elaboração de estratégias de educação em saúde voltadas para esse segmento.

Palavras-chave: Adesão. Álcool. Drogas ilícitas. Adolescentes. Saúde Bucal.

Association of alcohol and illicit drug consumption and socioeconomic factors in adherence to dental treatment among adolescents

Abstract

Introduction: Adolescents are vulnerable to behaviors that weaken oral health, which interfere with adherence to treatment. **Objective:** To investigate the relationship between socioeconomic factors and consumption of licit and legal substances and adherence to dental treatment among adolescents. **Methods and results:** A longitudinal study was conducted with a sample of 474 adolescents enrolled in the Basic Health Units of the municipality of Piracicaba, SP, in the year 2015, who initially underwent a first consultation, including a dental examination to verify the need of treatment. After 18 months of the first consultation, 325 adolescents were reassessed, 161 (49%) did not adhere to treatment and 164 (51%) adhered to and answered the socioeconomic and alcohol and illicit drug questionnaires. The chi-square test, Fisher's exact test or likelihood ratio tests were used to compare the variables. The mean age of the investigated adolescents was 15 ± 1 years; of these, 189 (58%) were female and 136 (42%) were male. A socioeconomic factor was impacting, the type of housing, the prevalence of adherence to treatment decreased in patients without own dwelling ($p = 0.034$). The fact of having experienced alcohol, drinking alone, having tried drugs and having friends who use drugs influenced in isolation the prevalence of adherence to dental treatment ($p < 0.05$), all of which decreased the prevalence of adherence to treatment when present. Together, just having friends who use drugs influenced the prevalence of adherence to dental treatment ($p = 0.035$), with a prevalence of adherence decreasing by 23% in patients who have friends who use drugs. **Conclusion:** Adherence to treatment is related to the behavior of adolescents in relation to the consumption of licit and illicit substances, and it is necessary to develop health education strategies for this segment.

Keywords: Adhesion. Alcohol. Illicit drugs. Adolescents. Oral Health.

Introdução

Segundo dados do relatório mundial sobre drogas, as drogas ilícitas mais consumidas são, respectivamente, maconha, anfetaminas, opióides e cocaína. O tipo de droga utilizado no mundo não é uniforme. Na América, a droga mais consumida é a cocaína, enquanto na Europa e na Ásia são os opióides (Unodc, 2007).

As drogas ilícitas têm sua comercialização proibida por legislação. As drogas legalizadas, produzidas, consumidas e comercializadas sem restrições, são consideradas lícitas. As mais consumidas no mundo inteiro são o álcool e o tabaco. Entre as duas, o álcool é a mais utilizada. Um estudo realizado com universitários no Rio Grande do Sul mostrou que o lugar mais utilizado para o consumo de álcool são bares, boates, danceterias (31,5%). Em contrapartida, 95% da população estudada não fazia uso de tabaco (Picolotto et al., 2010).

A OMS alerta que o fato de as drogas lícitas não terem proibição legislativa as torna ameaçadoras. Enquanto as drogas ilícitas são a causa de 0,8% dos problemas de saúde em nível mundial, o álcool e o tabaco juntos correspondem a 8,1% dos problemas de saúde no mundo (OMS, 2004).

Os meios de comunicação através de seus apelos incentivam o consumo de álcool e cigarro entre os adolescentes, transformando esse incentivo de consumo em um ritual de passagem para a vida adulta (Alavarse e Carvalho, 2006).

No Brasil, aproximadamente 21 milhões de meninos e meninas vivenciam um período de desenvolvimento e amadurecimento tanto físico como psicológico, conhecido como adolescência (Unicef, 2011). Essa é a fase da construção da autonomia do indivíduo, da adoção de práticas que antes eram determinadas principalmente pelos pais ou responsáveis (Saito, 2000). Nesse cenário de transformações, os adolescentes podem se tornar mais vulneráveis a comportamentos que fragilizam a saúde. Em se tratando da saúde bucal, os hábitos alimentares e a negligência com a higiene oral são fatores preponderantes para o estabelecimento das doenças bucais (Peres et al., 2016; Aguirre-Zero et al., 2016).

Apesar da extensa cobertura e do investimento, o uso dos serviços de saúde é resultado da interação de múltiplos fatores (Sanchez e Ciconelli, 2012). Assim, apenas ofertar os serviços não garante a utilização e o acesso pela população (Paiva et al., 2006; Bertolozzi et al., 2009). Dentre os fatores envolvidos

na utilização de serviços odontológicos estão as disparidades sociais, condições econômicas e o nível educacional (Guiney et al., 2011; Zlotnick et al., 2014).

A não adesão ao tratamento, por sua magnitude, é um problema de saúde pública, pois se relaciona com o acometimento e agravamento das doenças bucais, impactando negativamente na qualidade de vida dos adolescentes (Silva et al., 2016; Dimberg et al., 2015). Conceitualmente, a OMS define adesão ao tratamento como sendo um comportamento ou uma decisão de procurar um serviço de saúde e de seguir as orientações recomendadas pelo profissional da área (Haynes, 1979; Rand, 1993).

Sabe-se que a adesão ao tratamento também pode estar relacionada a fatores socioeconômicos e hábitos culturais. Entre adultos, o consumo de álcool e drogas ilícitas prejudica a aceitação das recomendações médicas (Chirinos et al., 2011; Rego e Rego, 2010). Já na adolescência, o consumo regular de substâncias lícitas provoca uma menor procura pelos serviços preventivos (D'amico et al., 2005). Entretanto, o estudo desse comportamento entre adolescentes com enfoque na adesão ao tratamento odontológico, principalmente com abordagem longitudinal, é escasso, evidenciando assim o ineditismo da temática.

Portanto, o objetivo do presente estudo é investigar a relação entre fatores socioeconômicos e consumo de substâncias químicas lícitas e ilícitas na adesão de adolescentes ao tratamento odontológico.

Materiais e métodos

Trata-se de um estudo analítico longitudinal que tem como população-alvo adolescentes de 15 a 19 anos de idade, residentes no município de Piracicaba, que frequentavam as unidades de saúde em que estavam cadastrados no ano de 2015.

O município de Piracicaba conta com uma população de 391.449 habitantes, sendo que 28.539 adolescentes residem no município. Possui economia baseada no setor de cana-de açúcar, considerada um dos centros agro-industriais de grande importância do Brasil, além de ser conhecida como pólo de pesquisa tecnológica e científica. A rede básica de saúde é composta por 52 unidades de saúde, tendo 15 equipes de saúde bucal. Há 11 mil adolescentes cadastrados no território, dando uma média de 320 adolescentes usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) de 15-19 anos de idade (Piracicaba, 2016).

Em fase anterior a esta pesquisa, foi avaliada a saúde oral e a qualidade de vida de 1.172 adolescentes (Vazquez et al., 2015). Desses, 474 foram encaminhados para tratamento odontológico. Após 18 meses, 325 adolescentes foram reavaliados. A perda de 149 indivíduos, equivalente a 31,5% do total da amostra, se deu em função de: mudança de endereço ou telefone de contato - 131 (88%); transferência para outro município - 9 (1%) e recusa em nova participação - 9 (1%).

Os critérios de inclusão foram ter participado da primeira etapa da pesquisa e estar cadastrado na unidade de saúde.

Os dados foram coletados por acadêmicos e profissionais do setor de saúde, previamente treinados, utilizando quatro questionários auto-aplicáveis e exame clínico odontológico para verificação da adesão. O primeiro questionário desenvolvido para fins desta pesquisa forneceu dados referentes à adesão ao tratamento odontológico (Apêndice 1), considerando o desfecho do estudo. O segundo questionário aplicado foi elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e forneceu dados sobre uso na vida (experiência) de álcool e drogas ilícitas (Anexo 1). Para a caracterização socioeconômica foram utilizadas as variáveis renda familiar, alfabetização do pai e da mãe, tipo de moradia (Meneghim, 2007) (Anexo 2). Os dados sobre reprovação escolar do adolescente e inserção do mesmo no mercado de trabalho eram provenientes do questionário de Goes (2001) (Anexo 3).

A variável dependente do estudo foi adesão ao tratamento odontológico e as independentes foram uso na vida (experiência) de álcool e drogas ilícitas, além de fatores socioeconômicos (renda familiar, alfabetização do pai e da mãe, tipo de moradia, inserção do adolescente no mercado de trabalho e reprovação escolar).

Na análise dos dados, as características quantitativas foram descritas segundo adesão com uso de média e desvio padrão e os grupos comparados segundo adesão com uso do teste t-Student (Kirkwood e Sterne, 2006). As características qualitativas avaliadas foram descritas segundo adesão com o uso de frequências absolutas e relativas, além de ser verificada a existência de associação com uso de testes qui-quadrado, testes exatos de Fisher ou testes da razão de verossimilhanças (Kirkwood e Sterne, 2006).

As razões de prevalências foram estimadas com os respectivos intervalos com 95% de confiança, utilizando modelos lineares generalizados com distribuição Poisson e função de ligação logarítmica para cada parâmetro avaliado (McCullagh e Nelder, 1989). O modelo conjunto das características avaliadas foi estimado para

explicar a adesão ao tratamento com as variáveis que apresentaram nível descritivo inferior a 0,2 ($p < 0,2$) nos testes bivariados, usando a mesma metodologia de análise.

As análises foram realizadas com uso do *software* IBM-SPSS for Windows versão 20.0 e as tabelas foram elaboradas com uso do *software* Microsoft-Excel 2003. Os testes foram realizados com nível de significância de 5%.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Unicamp, protocolo n. 027/2011, conforme resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, relativa à pesquisa em seres humanos (Anexo 4). O termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado pelos responsáveis pelos adolescentes (Apêndice 2).

Resultados

Foram avaliados 325 adolescentes, dos quais 189 (58%) eram do sexo feminino e 136 (42%) eram do sexo masculino. Do total da amostra, 164 (51%) adolescentes aderiram ao tratamento e 161 (49%) não. Dos aderentes, 96 (58%) eram meninas e 68 (42%) meninos. A média de idade da amostra total foi de 15 ± 1 anos.

Quanto aos dados socioeconômicos das famílias dos 164 aderentes, 46 (29%) adolescentes possuíam renda maior que 1 ou até 2 salários mínimos. Em relação aos pais, 49 (32,5%) possuíam alfabetização até o 2º grau incompleto, enquanto 70 (43,5%) das mães. O tipo de moradia que prevaleceu foi residência própria, 125 (77,6%). Considerando o aproveitamento escolar e a inserção no mercado de trabalho, 131 (81%) nunca reprovaram na escola e 134 (82%) não trabalhavam (Tabela 1). Não houve diferença estatística significativa entre renda familiar dos adolescentes e o desfecho.

A Tabela 1 mostra que das características pessoais avaliadas, isoladamente, apenas o tipo de moradia influenciou estatisticamente na adesão ao tratamento ($p = 0,034$), sendo que a prevalência de adesão ao tratamento diminuiu em pacientes sem moradia própria.

Quanto ao consumo de álcool, 105 participantes (64%) declararam já ter experimentado algum tipo de bebida alcoólica, sendo que 30 adolescentes (18,5%) fizeram uso pela primeira vez dentro de casa. Quando perguntados sobre o consumo de álcool nos últimos 30 dias, 41 (25%) relataram ter consumido; 16 (10%) responderam que tiveram problemas devido ao álcool, sendo que 10 (6%) tiveram problemas uma ou duas vezes nesse período. Sobre abuso de álcool, 37 (23%) dos

adolescentes declararam ter ficado realmente bêbados, e a frequência foi de uma ou duas vezes para 31 deles (19%).

Tabela 1. Descrição das características pessoais segundo adesão e resultado dos testes estatísticos.

Variável	Total (N = 325)	Adesão		RP	IC (95%)		p
		Não (N = 161)	Sim (N = 164)		Inferior	Superior	
Sexo, n (%)							0,962
Feminino	189 (58,2)	94 (58)	96 (58,3)	1,00			
Masculino	136 (41,8)	67 (42)	68 (41,7)	1,00	0,80	1,24	
Idade (anos)				0,91	0,81	1,03	0,122**
média ± DP	15,2 ± 1	15,3 ± 1,06	15,1 ± 0,94				
Renda, n (%)							0,742#
1 SM	26 (8,2)	14 (8,8)	12 (7,5)	1,00			
+1 até 2 SM	102 (32)	56 (35,2)	46 (28,7)	0,98	0,61	1,56	
+2 até 3 SM	77 (24,1)	39 (24,5)	38 (23,8)	1,07	0,67	1,72	
+3 até 5 SM	69 (21,6)	31 (19,5)	38 (23,8)	1,19	0,75	1,90	
+5 até 7 SM	19 (6)	9 (5,7)	10 (6,2)	1,14	0,63	2,07	
+7 até 10,5 SM	17 (5,3)	6 (3,8)	11 (6,9)	1,40	0,81	2,42	
+10,5 SM	9 (2,8)	4 (2,5)	5 (3,1)	1,20	0,59	2,46	
Escolaridade do pai, n (%)							0,239
Analfabeto até 4ª incompleto	22 (7,4)	15 (10,1)	7 (4,6)	1,00			
4ª completo ou 5ª a 8ª incompleto	84 (28,1)	35 (23,6)	49 (32,5)	1,83	0,97	3,47	
8ª completo ou 2º grau incompleto	96 (32,1)	47 (31,8)	49 (32,5)	1,60	0,84	3,05	
2º grau completo ou superior incompleto	78 (26,1)	41 (27,7)	37 (24,5)	1,49	0,77	2,87	
Superior completo	19 (6,4)	10 (6,8)	9 (6)	1,49	0,69	3,23	
Escolaridade da mãe, n (%)							0,167
Analfabeto até 4ª incompleto	16 (5)	9 (5,7)	7 (4,3)	1,00			
4ª completo ou 5ª a 8ª incompleto	71 (22,2)	43 (27)	28 (17,4)	0,90	0,48	1,69	
8ª completo ou 2º grau incompleto	122 (38,1)	52 (32,7)	70 (43,5)	1,31	0,74	2,33	
2º grau completo ou superior incompleto	86 (26,9)	44 (27,7)	42 (26,1)	1,12	0,62	2,03	
Superior completo	25 (7,8)	11 (6,9)	14 (8,7)	1,28	0,66	2,46	
Moradia, n (%)							0,034
Própria	233 (72,4)	108 (67,1)	125 (77,6)	1,00			
Não própria	89 (27,6)	53 (32,9)	36 (22,4)	0,75	0,57	1,00	
Reprovação escolar, n (%)							0,413
Não	256 (79)	125 (77,2)	131 (80,9)	1,00			
Sim	68 (21)	37 (22,8)	31 (19,1)	0,89	0,67	1,19	
Trabalho, n (%)							0,466
Não	262 (80,6)	128 (79)	134 (82,2)	1,00			
Sim	63 (19,4)	34 (21)	29 (17,8)	0,90	0,67	1,21	

Fonte: Elaborada pela autora a partir de dados do município de Piracicaba.

Teste qui-quadrado; # Teste da razão de verossimilhanças; ** Teste t-Student; RP: Razão de Prevalências; IC: Intervalo de Confiança; Nem todos os pacientes possuem todas as informações; & Não é possível estimar.

A maioria dos adolescentes aderentes, 75 (46,3%), disseram que se chegassem bêbados em casa, a família iria perceber e ficar muito chateada. Em relação ao uso de álcool na família, 73 (44,8%) relataram que os pais não tomam bebida alcoólica, enquanto que entre os que relataram consumo de álcool na família, 48 (29,4%) afirmaram que o pai bebia. Quando questionados com quem costumavam beber, 57 (35%) bebiam com os amigos. Na comparação entre os grupos, as variáveis “experimentou álcool” ($p=0,035$) e “beber sozinho” ($p=0,029$) foram estatisticamente significativas.

Em relação ao consumo de drogas, 155 (96,9%) nunca experimentaram drogas. Apenas quatro investigados (2,5%) disseram ter usado drogas nos últimos 30 dias e essa frequência foi de uma ou duas vezes em 3 (1,8%) deles. Em relação ao círculo de amizades, 56 (34,4%) apontaram que seus amigos usam algum tipo de droga. Encontrou-se associação significativa entre a não adesão ao tratamento odontológico e ter amigos que usam drogas ($p=0,005$) e a variável experimentou drogas também foi estatisticamente significativa ($p=0,049$).

Os fatores ter experimentado álcool, beber sozinho, ter experimentado drogas e ter amigos que fazem uso de drogas influenciaram isoladamente na prevalência de adesão ao tratamento odontológico ($p < 0,05$), sendo que todos diminuiram a prevalência de adesão ao tratamento quando presentes os parâmetros (Tabela 2).

Tabela 2. Descrição das características de consumo de álcool e drogas segundo adesão e resultado dos testes estatísticos.

(continua)

Variável	Total (N = 325)	Adesão		RP	IC (95%)		P
		Não (N = 161)	Sim (N = 164)		Inferior	Superior	
Experimentou álcool, n (%)							0,035
Não	98 (30,2)	40 (24,8)	58 (35,6)	1,00			
Sim	226 (69,8)	121 (75,2)	106 (64,4)	0,79	0,63	0,97	
Com quantos anos experimentou álcool				1,06	0,98	1,14	0,155**
média ± DP	14,4 ± 1,97	14,2 ± 1,95	14,6 ± 1,98				
Casa, n (%)							0,453
Não	257 (79,8)	125 (78,1)	132 (81,5)	1,00			
Sim	65 (20,2)	35 (21,9)	30 (18,5)	0,90	0,67	1,20	
Casa de alguém ou amigos, n (%)							0,434
Não	265 (82,3)	129 (80,6)	136 (84)	1,00			
Sim	57 (17,7)	31 (19,4)	26 (16)	0,89	0,65	1,21	
Escola, n (%)							0,497*
Não	321 (99,7)	159 (99,4)	162 (100)	1,00			
Sim	1 (0,3)	1 (0,6)	0 (0)	&			

Tabela 2. Descrição das características de consumo de álcool e drogas segundo adesão e resultado dos testes estatísticos.

(continuação)

Variável	Total (N = 325)	Adesão		RP	IC (95%)		P
		Não (N = 161)	Sim (N = 164)		Inferior	Superior	
Rua ou parque, n (%)							0,554
Não	297 (92,2)	149 (93,1)	148 (91,4)	1,00			
Sim	25 (7,8)	11 (6,9)	14 (8,6)	1,12	0,78	1,62	
Bar ou danceteria, n (%)							0,718
Não	294 (91,3)	147 (91,9)	147 (90,7)	1,00			
Sim	28 (8,7)	13 (8,1)	15 (9,3)	1,07	0,75	1,54	
Restaurantes, n (%)							0,722*
Não	315 (97,8)	156 (97,5)	159 (98,1)	1,00			
Sim	7 (2,2)	4 (2,5)	3 (1,9)	0,85	0,36	2,01	
Outro lugar, n (%)							0,155
Não	271 (84,2)	130 (81,2)	141 (87)	1,00			
Sim	51 (15,8)	30 (18,8)	21 (13)	0,79	0,56	1,12	
Quantas vezes tomou álcool nos últimos 30 dias, n (%)							0,220#
Nenhuma	226 (69,8)	104 (64,6)	122 (74,8)	1,00			
1 a 2x	66 (20,4)	37 (23)	29 (17,8)	0,81	0,60	1,10	
3 a 9x	24 (7,4)	15 (9,3)	9 (5,5)	0,69	0,41	1,18	
+10x	8 (2,5)	5 (3,1)	3 (1,8)	0,69	0,28	1,71	
Quantas vezes teve problemas por álcool nos últimos 30 dias, n (%)							0,262#
Nenhuma	293 (90,4)	146 (90,7)	147 (90,2)	1,00			
1 a 2x	21 (6,5)	11 (6,8)	10 (6,1)	0,95	0,60	1,51	
3 a 9x	6 (1,9)	1 (0,6)	5 (3,1)	1,66	1,14	2,42	
+10x	4 (1,2)	3 (1,9)	1 (0,6)	0,50	0,09	2,73	
Na sua vida, quantas vezes bebeu tanto que ficou bêbado, n (%)							0,301#
Nenhuma	238 (73,5)	112 (69,6)	126 (77,3)	1,00			
1 a 2x	71 (21,9)	40 (24,8)	31 (19)	0,82	0,62	1,10	
3 a 9x	12 (3,7)	8 (5)	4 (2,5)	0,63	0,28	1,41	
+10x	3 (0,9)	1 (0,6)	2 (1,2)	1,26	0,56	2,83	
Se você chegasse bêbado em casa, qual reação da família, n (%)							0,388
Não iria perceber	28 (8,7)	14 (8,7)	14 (8,6)	1,00			
Iria perceber, mas não ligaria	14 (4,3)	10 (6,2)	4 (2,5)	0,57	0,23	1,42	
Iria perceber e ficaria chateado	54 (16,7)	23 (14,3)	31 (19,1)	1,15	0,74	1,78	
Iria perceber e ficaria muito chateado	155 (48)	80 (49,7)	75 (46,3)	0,97	0,65	1,45	
Não sei	72 (22,3)	34 (21,1)	38 (23,5)	1,06	0,69	1,62	
Seus pais tomam alguma bebida, n (%)							0,809#
Não	149 (46)	76 (47,2)	73 (44,8)	1,00			
Pai	100 (30,9)	52 (32,3)	48 (29,4)	0,98	0,75	1,27	
Mãe	22 (6,8)	9 (5,6)	13 (8)	1,21	0,82	1,77	
Ambos	50 (15,4)	23 (14,3)	27 (16,6)	1,10	0,81	1,49	
Não sei	3 (0,9)	1 (0,6)	2 (1,2)	1,36	0,60	3,08	

Tabela 2. Descrição das características de consumo de álcool e drogas segundo adesão e resultado dos testes estatísticos.

Variável	Total (N = 325)	Adesão		RP	IC (95%)		P
		Não (N = 161)	Sim (N = 164)		Inferior	Superior	
Ingere álcool, n (%)							0,222
Não	164 (50,6)	76 (47,2)	88 (54)	1,00			
Sim	160 (49,4)	85 (52,8)	75 (46)	0,87	0,70	1,09	
Bebe com amigos, n (%)							0,145
Não	198 (61,1)	92 (57,1)	106 (65)	1,00			
Sim	126 (38,9)	69 (42,9)	57 (35)	0,85	0,67	1,07	
Bebe com familiares, n (%)							0,746
Não	290 (89,5)	145 (90,1)	145 (89)	1,00			
Sim	34 (10,5)	16 (9,9)	18 (11)	1,06	0,76	1,48	
Bebe com outras pessoas, n (%)							>0,999*
Não	317 (97,8)	158 (98,1)	159 (97,5)	1,00			
Sim	7 (2,2)	3 (1,9)	4 (2,5)	1,14	0,59	2,18	
Bebe sozinho, n (%)							0,029*
Não	319 (98,5)	156 (96,9)	163 (100)	1,00			
Sim	5 (1,5)	5 (3,1)	0 (0)	&			
Experimentou drogas, n (%)							0,049
Não	306 (94,4)	148 (91,9)	158 (96,9)	1,00			
Sim	18 (5,6)	13 (8,1)	5 (3,1)	0,54	0,25	1,14	
Com quantos anos experimentou drogas				0,81	0,52	1,25	0,426**
média ± DP	14,8 ± 1,38	15 ± 1,35	14,4 ± 1,52				
Usou alguma droga nos últimos 30 dias, n (%)							0,540*
Não	314 (96,9)	155 (96,3)	159 (97,5)	1,00			
Sim	10 (3,1)	6 (3,7)	4 (2,5)	0,79	0,37	1,70	
Quantas vezes usou alguma droga nos últimos 30 dias, n (%)							0,445#
Nenhuma	314 (96,9)	155 (96,3)	159 (97,5)	1,00			
1 a 2x	5 (1,5)	2 (1,2)	3 (1,8)	1,19	0,57	2,44	
3 a 9x	1 (0,3)	1 (0,6)	0 (0)	&			
+10x	4 (1,2)	3 (1,9)	1 (0,6)	0,49	0,09	2,70	
Os amigos usam drogas, n (%)							0,005
Não	188 (58)	81 (50,3)	107 (65,6)	1,00			
Sim	136 (42)	80 (49,7)	56 (34,4)	0,72	0,57	0,92	
Você usa drogas, n (%)							0,347
Não	313 (96,6)	154 (95,7)	159 (97,5)	1,00			
Sim	11 (3,4)	7 (4,3)	4 (2,5)	0,72	0,32	1,58	

Fonte: Elaborada pela autora a partir de dados do município de Piracicaba.

Teste qui-quadrado; * Teste exato de Fisher; # Teste da razão de verossimilhanças; ** Teste t-Student; RP: Razão de Prevalências; IC: Intervalo de Confiança; Nem todos os pacientes possuem todas as informações; & Não é possível estimar.

Pela Tabela 3, tem-se que, conjuntamente, apenas o fato de ter amigos que usam drogas influenciou na prevalência de adesão ao tratamento odontológico ($p = 0,035$), sendo que a prevalência de adesão diminuiu 23% em pacientes que possuem amigos que usam drogas.

Tabela 3. Resultado do modelo conjunto para explicar a adesão ao tratamento.

Variável	RP	IC (95%)		p
		Inferior	Superior	
Idade (anos)	0,92	0,82	1,04	0,189
Moradia				
Própria	1,00			
Não própria	0,80	0,60	1,05	0,109
Experimentou álcool				
Não	1,00			
Sim	0,86	0,69	1,07	0,167
Os amigos usam drogas				
Não	1,00			
Sim	0,77	0,60	0,98	0,035

Fonte: Elaborada pela autora a partir de dados do município de Piracicaba.

RP: Razão de Prevalências; IC: Intervalo de Confiança

Discussão

Entre os fatores socioeconômicos, apenas tipo de moradia foi significativa com a adesão ao tratamento odontológico entre os adolescentes, sendo mais influenciada por fatores comportamentais como consumo de bebidas alcoólicas e proximidade com amigos que utilizam drogas ilícitas.

A variável 'tipo de moradia', quando testada isoladamente foi estatisticamente significativa com o desfecho, a busca pelos serviços é associada a fatores socioeconômicos, entre outros. Em estudo feito nacionalmente, os pesquisadores encontraram que o número de pessoas que não tinham acesso aos serviços de saúde odontológicos era 16 vezes maior entre os carentes, e que essa população também era a que tinha maior dificuldade de conseguir um atendimento quando procurava o serviço. Além da falta de atendimento para suprir a demanda, outro fator é a percepção que as pessoas têm sobre a qualidade dos atendimentos feitos pelos serviços públicos de saúde, levando a população a buscar serviços privados (Barros e Bertoldi, 2002).

Segundo o Programa Adesão da Organização Mundial de Saúde (OMS) (Haynes, 1979), há seis dimensões envolvidas na adesão ao tratamento: características individuais do paciente (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico), presença da doença (cronicidade, sintomas e consequências), hábitos culturais (percepção da doença, crenças, conhecimento sobre o problema), aspectos relacionados ao tratamento (custo, efeitos, protocolos terapêuticos), instituição (política de saúde pública, organização dos serviços) e relacionamento com a equipe de saúde (Cramer, 1991).

Portanto, a adesão ao tratamento não se faz apenas pela vontade do sujeito, como é da opinião comum, e se estrutura de maneira multidimensional (Leite et al., 2003). Na infância, por exemplo, o comportamento familiar influencia no acesso das crianças a consultas odontológicas (Badri et al., 2014). Assim, o uso dos serviços é baixo em escolares cujas mães apresentam baixa escolaridade e piores condições econômicas (Ardenghi et al., 2012; Goettems et al., 2012).

No entanto, um estudo qualitativo com adolescentes identificou que dentre os motivos para a não adesão ao tratamento odontológico estavam a ausência de prioridade e descaso com o atendimento. Isso porque a necessidade de comparecer à consulta pode não gerar sentido no contexto dos adolescentes, sendo menos importante no cotidiano deles (Vazquez et al., 2015). Para Leão et al. (2015), os adolescentes acessam o serviço principalmente por motivo de tratamento curativo, buscando o atendimento devido à dor dentária ou por estética (Klages et al., 2015). Esses achados suportam o fato de os fatores socioeconômicos terem uma importância menor para o desfecho no presente estudo. Nesse estudo, a questão de adesão foi individual e não programática, já que os adolescentes não tiveram problemas de acesso aos serviços de saúde.

O consumo de álcool e drogas ilícitas entre os adolescentes é uma preocupação mundial (OMS, 2014). Apesar de o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (Brasil, 1990) tipificar a venda, fornecimento e entrega de substâncias capazes de causar dependência em crianças ou adolescentes como ação criminosa, observa-se no cotidiano que a prática dessa conduta, nem sempre acontece. Tanto a permissividade das famílias e da sociedade como a falta de fiscalização contribuem para a experimentação das drogas (Tavares et al., 2004). Conseqüentemente, pesquisa em um estado brasileiro revelou a prevalência alta do consumo de álcool (24%) e outras drogas (2,3%) em escolares da 8ª série (Elicker et al., 2015). Os percentuais foram maiores no presente estudo, considerando a faixa etária estudada e a abordagem metodológica.

A maioria dos adolescentes experimentou álcool pela primeira vez em casa - 65 (20%), esse é um achado semelhante ao encontrado na literatura (Elicker et al., 2015; Vieira et al., 2008). Assim, estratégias de educação em saúde para essa população, devem considerar uma abordagem familiar, visto que a família pode ser um facilitador para o acesso e consumo de álcool. Para tanto, é necessária a elaboração de ações intersertoriais, envolvendo saúde e comunidade ou mesmo

incluindo a educação como na proposta desenvolvida pelo Programa Saúde na Escola (PSE) (Brasil, 2009).

A motivação para o uso do álcool entre os adolescentes está no efeito entorpecente e na socialização com seus pares, enquanto que a busca por drogas ilícitas remete à fuga dos problemas pessoais e familiares (Chimeli et al., 2016). As drogas ilícitas tiveram menor prevalência de consumo (4%) quando comparados com o álcool (46%), corroborando com resultados de outras pesquisas brasileiras (Elickeret al., 2015; Vieira et al., 2008).

É importante ressaltar que a utilização de drogas pelos amigos esteve associada com a não adesão ao tratamento odontológico. Isso reflete que há influência dos amigos com a adoção de cuidados com a saúde (Tavares et al., 2004; Jinez et al., 2009). No entanto, os resultados apresentados no presente estudo e devem ser considerados com cautela, e podem ser consideradas limitações do estudo, os participantes constituíram uma amostra homogênea, todos receberam atendimento odontológico pelo Sistema Único de Saúde, assim adolescentes de outros estratos sociais não participaram da pesquisa. Além disso, a utilização de substâncias ilícitas e lícitas pode não ser um comportamento aceito socialmente, levando os respondentes a omitir o fato em questionários, mesmo quando autoaplicáveis.

No entanto, as informações encontradas devem ser ressaltadas e podem contribuir para a rede de atenção básica no desenvolvimento de estratégias de promoção e prevenção em saúde voltadas para os adolescentes. Além disso, compreender os motivos da não adesão ao tratamento permite que a Equipe de Saúde Bucal estruture estratégias de orientação, potencializando o autocuidado.

Conclusão

Adolescentes que consomem bebidas alcoólicas e socializam com amigos que utilizam drogas ilícitas apresentam maior dificuldade de aderir ao tratamento odontológico. Portanto, a adesão ao tratamento odontológico está mais associada a comportamentos individuais e àqueles que remetem ao comportamento do grupo específico dos amigos do que fatores socioeconômicos. O significado de adesão nessa pesquisa não é uma soma de fatores, é uma questão individual, subjetiva. Assim, acredita-se ser necessária a elaboração de medidas de prevenção e

promoção da saúde bucal que considerem esse perfil como um grupo de risco. Sugere-se que uma pesquisa qualitativa seja elaborada para descobrir as subjetividades que levaram aos motivos de aderir ao tratamento odontológico.

Referências

Aguirre-Zero O, Westerhold C, Goldsworthy R, Maupome G. Identification of barriers and beliefs influencing engagement by adult and teen Mexican-Americans in oral health behaviors. *Community Dent Health*. 2016 Mar;33(1):44-7.

Alavarse GMA, Carvalho MDB. Álcool e adolescência: o perfil de consumidores de um município do norte do Paraná. *Esc Anna Nery Ver Enferm* 2006 Dez; 10(3): 408-16.

Ardenghi TM, Vargas-Ferreira F, Piovesan C, Mendes FM. Age of first dental visit and predictors for oral health care utilisation in pre school children. *Oral Health Prev Dent*. 2012;10(1):17-27.

Badri P, Saltaji H, Flores-Mir C, Amin M. Factors affecting children's adherence to regular dental attendance: a systematic review. *J Am Dent Assoc*. 2014 Aug;145(8):817-28. DOI: 10.14219/jada.2014.49.

Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002;4:709-117.

Bertolozzi MR, Nichiata LYI, Takahashi RF, Ciosak SI, Hino P, Val LF, et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. *Rev. Esc. Enferm*. 2009; 43(2):1326-30.

Brasil. Casa Civil. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil* [Internet], Brasília (DF), 1990 jul 16 [acesso 2016 jul 10]. Seção 1:13563. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde na escola [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [acesso 2016 out 9]. 96 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde, Cadernos de Atenção Básica, n. 24). Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad24.pdf.

Chimeli IV, Nogueira MJ, Pimenta DN, Schall VT. A abstração do risco e a concretude dos sujeitos: uma reflexão sobre os comportamentos de risco no contexto da adolescência. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2016; 26(2):399-415.

Cramer J. Identifying and improving compliance patterns. In: Cramer JA, Spilker B. Patient compliance in medical practice and clinical trials. New York: Raven Press; 1991. p. 387-92.

D'amico EJ. Factors that impact adolescents' intentions to utilize alcohol-related prevention services. *J Behav Health Serv Res.* 2005 Jul-Sep;32(3):332-40.

Dimberg L, Arnrup K, Bondemark L. The impact of malocclusion on the quality of life among children and adolescents: a systematic review of quantitative studies. *Eur J Orthod.* 2015 Jun;37(3):238-47.

Elicker E, Palazzo LS, Aerts DRGC, Alves GG, Câmara, S. Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares de Porto Velho-RO, Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde.* 2015;24(3):399-410.

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.

Goettens ML, Ardenghi TM, Demarco FF, Romano AR, Torriani DD. Children's use of dental services: influence of maternal dental anxiety, attendance pattern, and perception of children's quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2012 Oct;40(5):451-8.

Guiney H, Woods N, Whelton H, Morgan K. Predictors of utilization of dental care services in a nationally representative sample of adults. *Community Dent Health.* 2011 Dec;28(4):269-73.

Haynes RB. Determinants of compliance: the disease and the mechanics of treatment. Baltimore MD: Johns Hopkins University Press, 1979.

Jinez MLJ, Souza JRM, Pillon SC. Uso de drogas e fatores de risco entre estudantes de ensino médio. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2009 Mar-Abr;17(2):246-52.

Kirkwood BR, Sterne JA. Essential medical statistics. 2. ed. Blackwell Science: Massachusetts, USA, 2006.

Klages U, Erbe C, Sandru SD, Brüllman D, Wehrbein H. Psychosocial impact of dental aesthetics in adolescence: validity and reliability of a questionnaire across age-groups. *Qual Life Res.* 2015 Feb;24(2):379-90.

Leão MM, Garbin CAS, Moimaz SAS, Rovida, TAS. Oral health and quality of life: an epidemiological survey of adolescents from settlement in Pontal do Paranapanema/SP, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015; 20(11), 3365-74.

Leite SN, Vasconcellos, MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2003;8(3):775-82.

McCullagh P, Nelder JA. *Generalized linear models*. 2. ed. Chapman and Hall: New York, USA, 1989.

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): 523-29.

OMS. Organização Mundial da Saúde. *Health for the World's Adolescents: a second chance in the second decade*. World Health Organization; 2014.

OMS. Organização Mundial da Saúde. *Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas*. World Health Organization; 2004. [acesso 2016 set 16]. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_P.pdf

Paiva DD, Bersusa AAS, Escuder MML. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2006; 22(2):377-385.

Peres MA, Sheiham A, Liu P, Demarco FF, Silva AE, Assunção MC, et al. Sugar consumption and changes in dental caries from childhood to adolescence. *J Dent Res*. 2016.

Picolotto E, Libardoni LFC, Migot AMB, Geib LTC. Prevalência e fatores associados com substâncias psicoativas por acadêmicos de enfermagem da Universidade de Passo Fundo. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 3:645-54.

Piracicaba. (Município). Prefeitura Municipal de Piracicaba. 2016 [acesso 2016 set 16]. Disponível em: www.piracicaba.gov.br.

Rand CS. Measuring adherence with therapy for chronic diseases: implications for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. *Am J Cardiol*. 1993;72:68D-74D.

Rego SR, Rego DM. Association between the usage of alcohol by HIV patients and the adherence to the antiretroviral drug treatment: a literature review. *J Bras Psiquiatr.* 2010; 59:70-3.

Saito MI. Adolescência, cultura, vulnerabilidade e risco. *Pediatria (São Paulo)* 2000;22:217-9.

Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. Ver *Panam Salud Publica [Internet]*. 2012 Mar [cited 2016 Nov 09]; 31(3): 260-68.

Silva LF, Thomaz EB, Freitas HV, Pereira AL, Ribeiro CC, Alves CM. Impact of malocclusion on the quality of life of Brazilian adolescents: a population-based study. *PLoSOne.* 2016 Sep;30;11(9).

Tavares BF, Béria JU, Lima MS. Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. *Rev.Saude Publica.* 2004 dez;38(6):787-96.

Unicef. Fundo das Nações Unidas para a Infância. O direito de ser adolescente: oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades. Brasília, DF:Unicef, 2011.

Unodc.United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention.World Drug Report 2007 [acesso 2016 Out]. Disponível em: http://www.unodc.org/documents/about-unodc/AR06_fullreport.pdf.

Vazquez FL, Cortellazzi KL, Gonçalo CS, Bulgareli JV, Guerra LM, Tagliaferro ESP, et al. Estudo qualitativo sobre as justificativas de adolescentes para a não adesão ao tratamento odontológico. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2015;20(7):2147-56. doi: 10.1590/1413-81232015207.04502014

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.

Vieira PC, Aerts DRGC, Freddo SL, Bittencourt A, Monteiro L. Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares em município do Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública.* 2008;24(11):2487-98.

Zlotnick C, Baron-Epel O, Zusman SP, Keinan-Boker L. Trends and predictors of primary dental care health services for adults in Israel. *Community Dent Health.* 2014 Dec;31(4):212-8.

2.2 Artigo 2: Tratamento odontológico em adolescentes: quais as justificativas para a adesão?

Resumo

O objetivo desta pesquisa foi compreender os motivos pelos quais os adolescentes previamente encaminhados para tratamento odontológico aderiram a tal cuidado. Estudo qualitativo, da análise de conteúdo temática de Gomes (2010). A amostra foi proveniente de uma pesquisa anterior, com 164 adolescentes cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde do município de Piracicaba, SP. Para a coleta dos dados, foi realizada uma entrevista em profundidade através de um roteiro estruturado, a fim de conhecer o motivo pelo qual esses adolescentes aderiram ao tratamento. Foram realizadas 30 entrevistas, no ano de 2014, nas Unidades de Saúde e o método adotado foi o da saturação. A análise das falas dos entrevistados foi realizada pela técnica de análise de conteúdo – modalidade temática. Foram encontrados os temas: autocuidado em saúde bucal, encaminhamento pelo dentista da pesquisa e desconforto devido a problemas odontológicos. Conclui-se que o principal motivo relatado pelos sujeitos para aderir ao tratamento foi o desconforto devido a problemas odontológicos, sendo que a estética também foi um fator muito importante para o adolescente.

Palavras-chave: Adolescentes. Adesão. Pesquisa qualitativa. Saúde Bucal.

Dental treatment in adolescents: what are the justifications for adherence?

Abstract

The objective of this research was to understand the reasons why adolescents previously referred for dental treatment adhered to such care. Qualitative study of the thematic content analysis of Gomes (2010). The sample was obtained from a previous study where 164 adolescents enrolled in the Basic Health Units of the city of Piracicaba, SP. For the data collection, an in-depth interview was conducted through a structured script, in order to know the reason why these adolescents adhered to the treatment. Thirty interviews were conducted in 2014 at the Health Units and the method adopted was saturation. The analysis of the interviewees' speeches was performed by the technique of content analysis - thematic modality. The subjects were: self-care in oral health, referral by the research dentist and discomfort due to dental problems. It was concluded that the main reason reported by the subjects to adhere to the treatment was the discomfort due to dental problems, and the aesthetic was also a very important factor for the adolescent.

Keywords: Adolescents. Accession. Qualitative research. Oral Health

Introdução

Segundo Mussen et al. (1995), etimologicamente o termo adolescência vem do verbo latino 'adolescere' (*ad* = para e *olescere* = crescer), estando implícito nele a condição ou o processo de crescimento, apontando para as mudanças que começariam com o início da puberdade e terminariam quando as responsabilidades adultas fossem assumidas.

São várias definições encontradas na literatura sobre adolescência, entre elas destacam-se a do Estatuto da Criança e do Adolescente, que define como "pessoa entre doze e dezoito anos de idade" (Brasil, 1990) e a da Organização Mundial da Saúde (OMS), que trata adolescente como "pessoa entre 10 e 19 anos de idade"(WHO, 2016). Ferreira (1999) definiu adolescência como: "período da vida humana que sucede à infância, começa com a puberdade, e se caracteriza por uma série de mudanças corporais e psicológicas (estende-se aproximadamente dos doze aos vinte anos)". Independentemente das definições, sabe-se que é uma fase da vida bastante peculiar, com grandes descobertas e desafios. Essa fase de descobertas e de autoafirmação pode dificultar ou impedir que o adolescente tenha adesão ao tratamento, pois também depende do grau e importância que nesse momento a saúde geral e/ou bucal tem para ele.

A adolescência, associada ao estilo de vida, pode atrapalhar ou não na adesão ao tratamento de saúde (Scaduto e Barbieri, 2009; Rey, 2004). Fatores comportamentais de risco, vulnerabilidades, aspectos psicossociais e formação de vínculo são de suma importância para a adesão a tratamentos (Feijó e Oliveira, 2001), assim como algumas características da doença, como gravidade, prognóstico e possibilidades do tratamento (Thomas e Castro, 2012). Além disso, a formação do vínculo profissional-paciente é outro fator importante na adesão a planos terapêuticos (Moraes et al., 2009).

Para a OMS, adesão é um conjunto de ações, como comparecer ao tratamento, seguir as terapias medicamentosas, possuir hábitos de vida saudáveis, além de haver uma equipe de saúde envolvida e engajada em manter vínculos com o paciente (WHO, 2003).

Este estudo se justifica pelo fato de que a adesão ao tratamento odontológico é uma questão individual, de comportamento e motivos subjetivos e não de vulnerabilidades sociais ou programáticas, como foi constatado em estudo

quantitativo anterior. O entendimento desses motivos pode levar a um melhor planejamento de ações para estimular essa aderência.

O objetivo dessa pesquisa foi compreender os motivos pelos quais os adolescentes previamente encaminhados para tratamento odontológico, aderiram a tal cuidado.

Método

Esta investigação se tornou realidade à medida que as pesquisadoras foram conversando com os adolescentes e sentindo a necessidade de saber os motivos que os fizeram procurar o atendimento e concluir o tratamento. A importância deste estudo se dá ao fato de conhecer e entender o comportamento do adolescente, já que são motivos subjetivos e fazem com que a decisão seja individual.

A presente investigação é um estudo qualitativo dos comportamentos dos sujeitos investigados. Os dados foram obtidos através de entrevista semi dirigida em profundidade e individual, por meio de roteiro estruturado (Apêndice 3). Nesse tipo de entrevista existem algumas questões predefinidas, mas o entrevistado tem liberdade de completar com outras que tenha interesse.

O roteiro de entrevista foi estruturado na questão disparadora: “O que o levou a procurar tratamento de seus dentes?”

Os dados qualitativos foram coletados em 2014. Esses adolescentes foram avaliados nas unidades de saúde em que estavam cadastrados. Um estudo foi realizado no início da coleta para aprimorar o método de pesquisa e verificar o entendimento dos adolescentes em relação às perguntas e respostas.

A equipe de pesquisadores entrou em contato com as coordenadoras das unidades de saúde para verificar a possibilidade de realizar a entrevista na unidade. Após isso, foi efetuado o agendamento da entrevista com o adolescente na unidade de saúde em que estava cadastrado.

O número de entrevistas foi estabelecido pela saturação das respostas, Essa saturação faz parte do instrumento epistemológico, designando o momento em que as observações e o acréscimo de dados e informações em uma pesquisa deixam de ser necessários, não alterando a compreensão do fenômeno estudado (Fontanella e Magdaleno Júnior, 2012).

As entrevistas foram escritas pelos pesquisadores e não gravadas. Foram registradas as anotações e imediatamente após foram digitadas.

Após as entrevistas, dois pesquisadores digitaram as transcrições do material coletado. A análise de conteúdo temático utilizada foi descrita por Gomes (2010). Inicialmente começou-se com a leitura compreensiva do material coletado, buscando ter uma visão do conjunto e entender as particularidades das 30 transcrições. Nesse momento, foi possível observar os temas iniciais levantados e desenvolver a busca sobre os conceitos teóricos adotados e feita a identificação dos temas encontrados.

Após isso, foi montada uma estrutura da análise a partir dos eixos emergentes, segundo a classificação inicial, por meio de trechos das entrevistas. Foram identificadas as ideias reveladas e incluídos os subeixos agrupados nos seus respectivos eixos.

Após reavaliação dos eixos e subeixos, realizou-se a identificação dos temas principais, distribuindo-os em quadros. A seguir, foi formulada uma resenha por temas, possibilitando a análise teórica. Assim, a análise temática foi realizada a partir do agrupamento dos dados por temas e exame de todos os entrevistados do estudo para garantir a contemplação dos eixos. Por fim, procurou-se fazer uma articulação entre o objetivo da investigação, os temas e a base teórica para elaboração de uma síntese final da análise.

Resultados e discussão

A análise das 30 entrevistas realizadas apontou três categorias: 'autocuidado em saúde bucal', 'encaminhamento pelo dentista da pesquisa' e 'desconforto devido a problemas odontológicos'.

Desses eixos surgiram oito categorias: visita de rotina; cuidado com os dentes visando comer e falar melhor; tratamento curativo dos dentes; prevenção e dentes limpos; tratamento para colocar aparelho ortodôntico; dor de dente; ausência de um dente; e dificuldade na mastigação. Algumas subcategorias se adequaram a mais de um eixo norteador.

Autocuidado em saúde

O tema 'autocuidado' foi estabelecido quando o adolescente resolveu aderir ao tratamento odontológico por que ele mesmo sentiu essa necessidade. A base norteadora do autocuidado é que a pessoa é seu próprio centro, ela que decide suas ações e atitudes frente à saúde, à sua vida (Merhy, 2006). Assim, verificou-se que alguns sujeitos da pesquisa consideraram essa situação para aderir ao tratamento. Nesse eixo foram identificadas algumas categorias, entre as quais a prevenção/rotina como motivo para procurar o atendimento.

R. Porque é costume mesmo, é rotina, todo ano eu frequento o dentista. Eu procuro aí eles marcam. A agenda marca de 15-15 dias 1 pessoa por família. Começou eu, depois vai meu irmão, e assim vai...(GCFM 376)

Nesse sentido, a procura pelo atendimento como forma de rotina, de prevenção, se trata de escolha e aquisição de hábitos saudáveis e de busca por melhor qualidade de vida.

A consulta de rotina é considerada um fator de proteção, sendo a maneira mais eficaz, de menor custo financeiro e com melhor prognóstico. A educação, a família, a sociedade, a valorização da ética e da moral são bases fundamentais para essa prática preventiva (Feijó e Oliveira, 2001). Hawkinset al. (1992) consideram fatores protetores o forte vínculo familiar, atividades escolares regulares, engajamento em atividades religiosas e aceitação de normas e regras impostas pela sociedade.

A recomendação sobre a frequência de consultas regulares ao dentista é anual, aumentando assim a identificação precoce de algum problema bucal, principalmente entre crianças e adolescentes (Levine, 1996; Pinheiro et al., 2006).

Além da visita como rotina para prevenção de doenças bucais, outro achado encontrado foi o cuidado com os dentes, visando falar e comer melhor.

R. Eu já ia com a minha irmã que usava aparelho. Mesmo se a pesquisa não encaminhasse ia igual, agora vou toda semana, antes 1x por mês para fazer limpeza. A mãe marca. Quando dói avisa a mãe. Acho importante cuidar para poder falar, comer melhor. (JHG 818)

Essa fala vai ao encontro do conceito de saúde preconizado pela Organização Mundial de Saúde, em que saúde não significa apenas ausência de doença, mas um conjunto de fatores que proporcionam bem-estar físico, mental e social (WHO, 1987). A entrevistada também dá ênfase ao cuidado familiar envolvido na manutenção da saúde. A família pode ser considerada como fator de proteção ou de risco para o adolescente em relação ao cuidado. Essa relação depende diretamente da qualidade dos vínculos estabelecidos (Poletto e Koller, 2008).

Os extratos a seguir trazem situações com outros subeixos: ‘preocupação com estética’, ‘vontade de colocar aparelho ortodôntico’, ‘medo de perder os dentes’.

R. É para consertar o dente de baixo que está torto ainda, não está em linha reta. Eu procurei porque queria consertar já e por causa da limpeza. Vou colocar aparelho dia 08. (LSS 1147).

R. Porque eu tinha um dente que era deitado e esses dois mais separados. Aí eu falei com minha dentista, ela disse que quando tirasse o elástico ela faria a cárie e a limpeza. (GAS 421).

R. Não era para a limpeza e sim melhorar o sorriso, nossa faz tempo. Fiz no começo a limpeza, faz uns três anos acho. (PHSS 704)

R. Eu fui porque eu tinha que fazer o tratamento. Tive que por aparelho. Isso foi um ano depois que vocês vieram aqui. Só tive que fazer limpeza e foi tranquilo. Na verdade preciso voltar no dentista porque meus dentes estão ‘voltando’. Usei aparelho fixo uns quatro anos e móvel uns seis meses só, mas não segurou. (JOB 649)

Durante a adolescência, a necessidade de ter uma aparência considerada ‘boa’ é muito importante (Lawler e Nixon, 2010). Essa preocupação com a estética tem relação com ser aceito por seus amigos, por um grupo específico que seja importante para o adolescente. Às vezes essa aparência ditada pela moda vem de propagandas feitas pela mídia na televisão, revistas, redes sociais, grupos de WhatsApp. Na literatura encontramos autores que consideram a mídia, os pais e os grupos de amigos, respectivamente os fatores que maior influenciam os hábitos saudáveis dos adolescentes (Aktin, 1990). Segundo estudos recentes (Trulssonet al.

2002; Henzell et al. 2013), essa busca pela aparência perfeita fica clara nas falas dos adolescentes que apontam dentes bonitos, sorrisos perfeitos e dentes ‘retinhos e alinhados’ como motivos para aderir ao tratamento. Isso também se justifica através de estudos encontrados na literatura, nos quais os adolescentes mantinham contato por mídias sociais falando positivamente sobre o uso do aparelho ortodôntico, e a escolha da cor da borracha fazia sucesso no meio. Esses depoimentos incentivam outros adolescentes a buscar a instalação do aparelho.

Outro subeixo encontrado e que se relaciona com o autocuidado foi o tratamento curativo dos dentes. O adolescente, por motivos variados – desde socioeconômicos até culturais – procura atendimento apenas quando vê uma necessidade, geralmente uma restauração que se soltou ou quebrou ou uma mancha que pode indicar cárie, ainda que essas situações não tenham sintomatologia.

R. Eu já ia ao dentista antes de vocês olharem; aí fiquei sabendo que tinha cárie e fui procurar a dentista do aparelho mesmo, eu já usava o aparelho. Ela não viu que tinha cárie, eu fui lá (no dentista) e disse que vocês vieram e falou que tinha cáries; aí ela viu e fez a cárie. (DGS 973)

R. Precisava trocar a obturação, ela estava ficando preta e estava incomodando. Agora tenho cáries e estou em tratamento de novo, quando fiquei grávida tive muita vontade de comer doces, agora não tenho mais. Estou em tratamento de novo e já marquei dentista. (RPS 803)

As falas acima demonstram que a procura pelo atendimento por necessidades curativas ainda é perspectiva norteadora dentro da odontologia. Algumas pesquisas evidenciam que existe baixa procura por serviços odontológicos e que, geralmente, está associada com pessoas de renda mais baixa. (Matos et al. 2001; 2002; Barros e Bertoldi, 2002).

Desconforto devido a problemas bucais

O eixo temático traz a procura pelo atendimento por desconforto devido a problemas odontológicos, que podem ser dor, ausência de um dente e dificuldade de mastigação, mostrando que a adesão ao tratamento odontológico foi associada a algum tipo de desconforto.

R. Eu sentia dor no dente e sangrava, eu vou lá agora de seis em seis meses. Pq toda vez que ela olha o meu dente ele pede para retornar. (JSPC 408)

R. É pq tinha dois dentes ruins, estava podre, preto, aí eu tinha muita dor,fui no dentista, fez o canal e ela falou que precisava coloca o aparelho...HLM 406)

R. Eu comia muito doce, aí começava a quebrar os meus dentes, quebrou dois dentes. Tive que arrancar não teve mais jeito. Fui no dentista. Tinha dor, arrancou os dois dentes aí melhorou né. (KCSC 832)

R. Pq eu estava com um buraco no dente, eu estava com muita dor. Procurei o CEO primeiro, tamparam meu dente, mas não melhorou. Daí me mandaram para a Odontologia. Lá na FOP resolveram meu problema. Fiz canal, aquelas agulhas 'pelo amor de deus'. Mas resolveu meu problema. Tamparam meu dente e acabou com a dor. Depois disso não busquei mais tratamento até hj. (WNN 769)

R. Comecei o tratamento no posto e terminei na Odontoclínica. Fiz obturação e colcarei aparelho. Hjeltei para tratamento com dor. (GSP 1153)

Para Merhy e Feuerwerker (2009), passamos a ver qualquer sofrimento como doença quando nos deparamos com a dor que atinge os sujeitos, trazendo desconforto e sofrimento. Mas esse sofrimento humano vai além da dor física. Devemos ter um olhar mais abrangente quanto se trata desse sofrimento, pois ele pode vir de fatores externos, como sociais, históricos e no plano individual de cada situação. Não basta ter arcabouço teórico para aliviar o sofrimento, a dor do indivíduo. É necessário ter um olhar diferenciado, entendendo o ser humano como um todo que faz parte de uma família, de uma sociedade, de uma região, com todas as singularidades que cada caso possui.

As respostas dos sujeitos relacionam-se com o grau de saúde que decorrem de condições internas (biológicas) e externas, como ambiente onde vivem, hábitos e cuidados saudáveis com a saúde (Skinner, 1995).

Muito importante que o sistema estomatognático esteja funcionando de forma harmoniosa, doenças bucais podem causar ou ser causadas por doenças

gerais. Além de que, ausência de dor e desconforto, assim como falar, mastigar e comer bem, significam uma melhor qualidade de vida.

Encaminhado pelo dentista

O eixo temático traz a procura pelo atendimento somente pelo motivo que houve um encaminhamento feito pelo profissional da pesquisa. Nesse eixo pode-se verificar a importância de uma avaliação feita pelo dentista, no sentido do acolhimento que foi feito com os entrevistados a ponto de formar um vínculo e gerar um motivo para a procura odontológica.

Para alguns autores e alguns profissionais da saúde, a adesão é composta por conjuntos de fatores cuja característica norteadora é a orientação prescritiva e a obediência do usuário a essas recomendações, como ter bons hábitos de saúde, fazer atividade física regular, alimentação saudável, deixar de fumar, usar cinto de segurança, entre outras mudanças de comportamento (Bennett e Murphy, 1999; Ogden, 1996).

R. Eu já ia ao dentista antes de vocês olharem; aí fiquei sabendo que tinha cárie e fui procurar a dentista do aparelho mesmo, eu já usava o aparelho. Ela não viu que tinha cárie, eu fui lá (no dentista) e disse que vocês vieram e falou que tinha cáries; aí ela viu e fez a cárie. (DGS 973)

R. Assim que passaram aqui (o pessoal da pesquisa), eu já procurei, eles disseram que precisava fazer alguma coisa... aí eu sempre voltei e volto até hj. (CMAO 985)

A resposta positiva à adesão não deveria ter sido apenas pelo fato de que algum profissional verificou a necessidade e sim de uma mudança de atitude dos adolescentes em perceber uma necessidade de prevenção. Esse papel de ensinar os sujeitos a terem um cuidado integral com sua saúde, orientando a prática preventiva, também cabe aos profissionais da saúde.

Para que haja esse cuidado integral, os adolescentes devem ser motivados e informados. Essas informações podem ser dadas também pela família, pelos amigos, nas escolas, em encontros religiosos e até mesmo pela internet.

A equipe de saúde, através do território, consegue mapear os usuários, compreendendo as dinâmicas e as desigualdades, estabelecendo vínculos de

afetividade e confiança individual ou coletiva, sendo referência de cuidado, permitindo a continuidade e resolutividade dos programas de saúde, com ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, garantindo a longitudinalidade do cuidado e acompanhando o usuário (Monken e Barcellos, 2005; Gondim e Monken, 2008; Brasil, 2011).

O papel da equipe da saúde da família é entender e melhorar o atendimento do serviço de saúde, assim como promover o autocuidado. Por estar inserida na comunidade, a equipe tem noção da realidade em que vive esse sujeito e qual o entorno em que está inserido. A partir dessa realidade individual de cada ser humano, o trabalho da equipe de saúde fica mais próximo das necessidades e anseios da população. Também atuando em conjunto em diferentes áreas profissionais, têm-se a chance de obter um trabalho mais efetivo quanto a tratamentos preventivos, educativos e reabilitadores, construindo, assim, um vínculo com o usuário.

Os profissionais da saúde devem manter um canal aberto com essa população, pois além de um bom planejamento e execução do tratamento eles devem ser ouvidos em suas necessidades e ter suas expectativas levadas em conta no momento de realizar o planejamento de um tratamento.

Este estudo traz uma relevância para o meio acadêmico, pois através das falas dos adolescentes se consegue compreender melhor essa etapa e trabalhar de acordo com a necessidade desses sujeitos, criando vínculos para aumentar e melhorar a adesão ao tratamento odontológico. Nessa fase, a preocupação com a aparência é muito grande, trazendo uma necessidade estética maior até mesmo que uma reabilitadora, mas como lado positivo, incentiva o autocuidado entre os adolescentes.

Conclusão

Um dos motivos na procura pelo atendimento se deu através do desconforto bucal, sendo que a estética é um fator muito importante para o adolescente.

O autocuidado foi um eixo importante mencionado pelos adolescentes, acredita-se que em grande parte influenciado pela estética nessa fase da vida, mas também devido a uma nova odontologia, que se baseia na promoção e prevenção,

trazendo o autocuidado como fator importante como mantenedor de uma boa saúde bucal. Como alguns já entraram no mercado de trabalho, são responsáveis por tomar decisões sozinhos, gerando as próprias escolhas de estilo de vida. Outro fator importante nesse autocuidado é a dinâmica familiar, as falas trouxeram que isso é rotina na família e tem como rotina promover isso.

Outro motivo que influenciou na hora de o adolescente decidir sobre a adesão ao tratamento foi o vínculo e o acolhimento que o profissional da saúde formou com ele.

Referências

Aktin CK. Effects of televised alcohol message on teenage drinking patterns. *J Adolesc Health Care*, 1990 Jan;11(1):10-24.

Scaduto AA, Barbieri V. O discurso sobre a adesão de adolescentes ao tratamento da dependência química em uma instituição de saúde pública. *Ciênc. saúde coletiva*. 2009 Mar-Abr;14(2).

Moraes ABA, Rolim GS, Costa Jr AL. O processo de adesão numa perspectiva analítico comportamental. *Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.* 2009; 11(2):329-45.

Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002;4:709-117.

Bennet P, Murphy, S. *Psicologia e promoção da saúde*. Tradução de Jorge Nogueira. Lisboa: Climepsi; 1999. (Trabalho original publicado em 1997).

Brasil. Casa Civil. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil* [Internet], Brasília (DF), 1990 jul 16 [acesso 2016 jul 05]. Seção 1:13563. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm.

Brasil. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*.2011;(204 Seção 1, pt1):55.

Thomas CV; Castro EK. Personalidade, comportamentos de saúde e adesão ao tratamento a partir do modelo dos cinco grandes fatores: uma revisão de literatura. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2012;13(1):100-9.

Ferreira ABH. *Dicionário Aurélio Eletrônico Século XXI*. [CD-ROM]. Versão 3.0. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

Fontanella BJB, Magdaleno Júnior R. Saturação teórica em pesquisas qualitativas: contribuições psicanalíticas. *Psicol Estud*. 2012;17(1):63-71.

Gomes R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, organizador. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 2010.

Gondim GMM, Monken M. Territorialização em Saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008 [acesso 2012 Jan]. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>.

Hawkins JD, Catalan RF, Miler JY. Risk and protective factors alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood implications for substance abuse prevention. *Psychol Bull* 1992;112-164.

Henzell RM, Knight MA, Morgaine KC, Antoun SJ, Farella M. A qualitative analysis of orthodontic-related posts on Twitter. *Angl Orthodont* 2013;84(2):203-7.

Lawler, M.; Nixon, E. Body dissatisfaction among adolescent boys and girls: the effects of body mass, peer appearance culture and internalization of appearance ideals. *J Youth Adolesc*. 2011 Jan;40(1):59-71. doi: 10.1007/s10964-009-9500-2. Epub 2010 Jan 8.

Levine RS. *The scientific basis of dental health education: a policy document*. 4. ed. London: Health Education Authority; 1996.

Matos DL, Lima-Costa MF, Guerra HL, Marcenes W. Projeto Bambuí: avaliação de serviços odontológicos privados, públicos e de sindicato. *Rev. Saúde Pública*. 2002 Abr;36(2): 237-43.

Matos DL, Lima-Costa MF, Guerra HL, Marcenes W. Projeto Bambuí: estudo de base populacional dos fatores associados com o uso regular de serviços odontológicos em adultos. *Cad. Saúde Pública*. 2001 Jun;17(3): 661-8.

Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec; 2006. cap. 2-4.

- Merhy EE, Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Mandarino ACS, Gomberg E, organizadores. Leituras de novas tecnologias e saúde. São Cristóvão: UFS, 2009. p. 29-74.
- Monken M, Barcellos C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. Cad. Saúde Pública, 2005 Maio-Jun;21(3): 898-906.
- Mussen PH, Conger JJ, Kagan JE, Huston AC. Desenvolvimento e personalidade da criança. São Paulo: Harbra, 1995.
- Ogden J. Health psychology: a textbook. Buckingham: Open University Press; 1996.
- Pinheiro RS, Aguiar FP, Sass PE, Vilela MJN. Diferenças no uso de serviços odontológicos entre os estados do Brasil: uma análise baseada em modelos hierárquicos. Cad Saúde Colet (Rio J) 2006;14:141-8.
- Poletto M, Koller SH. Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. Estudos de Psicologia. 2008; 25 (3): 405-416.
- Rey, F. G. Personalidade, saúde e modo de vida. (Silva FMVL, Trans). São Paulo: Pioneira Thomson; 2004.
- Feijó RB, Oliveira EA. Comportamento de risco na adolescência. Jornal de Pediatria. 2001;77(supl 2).
- Skinner FB. Questões recentes na análise do comportamento. Tradução Neri AL. Campinas/SP: Papyrus; 1995. (Trabalho original publicado em 1989).
- Trulsson U, Strandmark M, Mohlin B, Berggren U. A qualitative study of teenagers' decisions to undergo orthodontic treatment with fixed appliance. J Orthodont. 2002; 29(3):197-204.
- Vazquez FL, Cortellazzi KL, Gonçalo CS, Bulgareli JV, Guerra LM, Tagliaferro ESP, et al. Estudo qualitativo sobre as justificativas de adolescentes para a não adesão ao tratamento odontológico. Ciência & Saúde Coletiva. 2015;20(7):2147-56. doi: 10.1590/1413-81232015207.04502014
- WHO. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Genebra: WHO; 2003 [acesso 2016 Set 16]. Disponível em: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/.

WHO. World Health Organization. Carta de Ottawa para la promoción y educación para la salud. Revista de Sanidad y Higiene Pública. 1987;(61):129-39.

WHO. World Health Organization. Adolescent health. 2016 Maio [acesso 2016 Set. 16]. Disponível em: http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/.

3 DISCUSSÃO

O presente estudo foi realizado com uma amostra representativa de adolescentes que frequentavam as Unidades de Saúde do município de Piracicaba. Como o estudo foi feito somente com adolescentes usuários do SUS, não podemos afirmar que esses resultados extrapolam para todos os adolescentes de Piracicaba. Os adolescentes que frequentam o serviço de saúde têm mais chance de terem orientação sobre comportamentos saudáveis e detecção precoce de problemas de saúde (Pinheiro et al., 2006).

Não foi encontrada, neste trabalho, evidência científica entre sexo e aderência, ao contrário do que se tem na literatura, que mulheres procuram mais os serviços de saúde quando comparadas aos homens (Abegg, 2004). É possível que esse achado deva-se ao fato de que nessa idade o cuidado e o controle pela manutenção da saúde venha dos pais.

Outro fator importante encontrado foi que a escolaridade da mãe até a oitava série foi maior do que a escolaridade do pai; isso demonstra porque se encontrou maior número de adolescentes aderentes que nunca experimentou álcool e nem drogas. Esse achado demonstra que a mãe transmite os hábitos para os filhos (Freitas et al., 2014).

Neste estudo não foi encontrada associação significativa entre renda familiar e adesão ao tratamento odontológico. Acredita-se que esse fato se deva ao nível socioeconômico considerado razoável do município de Piracicaba, onde as famílias de risco não passam de 6% no município (Piracicaba, 2003). Ao contrário de estudos nos quais escolaridade e renda maiores estavam associadas à utilização de serviços odontológicos, independentemente da idade e do gênero (Matos et al., 2001; 2002; Cebrid, 2004).

A alta prevalência de adolescentes que responderam já ter experimentado bebida alcoólica deve-se ao fato do fácil acesso para o consumo e também a falsa informação de que bebida alcoólica não é droga.

Um estudo realizado pela Universidade de Iowa, nos Estados Unidos, com 820 jovens de idade entre 14-17 anos, descobriu que “ter um melhor amigo que bebe ou ter acesso a bebidas alcoólicas” foi o fator que mais influenciou para o início do consumo de álcool nos jovens (Kuperman et al., 2013). Foi encontrada

associação significativa entre adolescentes que experimentaram álcool e bebiam sozinhos e adesão, sendo que todos diminuíram a prevalência de adesão ao tratamento quando presentes os parâmetros. Segundo Silva et al. (2003), o conceito de saúde e doença é subjetivo e está relacionado com o fator psicológico, social, funcional e cultural.

A baixa resposta de uso de drogas pelos adolescentes pode ser decorrente do fato que nessa idade eles omitem essa informação, como também de que a maioria desses adolescentes está estudando e tem maior acesso a informações sobre hábitos e comportamentos (Ippolito-Shepherd, 2016).

Foi significativa a associação entre adolescentes que possuem amigos que usam drogas e o desfecho adesão; a prevalência de aderir ao tratamento diminuiu em 23% dos pacientes que possuem amigos que usam drogas. Alguns autores comprovaram em estudos que avaliam fatores de risco para uso de substâncias entre os adolescentes que ter amigos que consomem álcool e drogas influencia o consumo (Hoffman et al., 2006; Kliwer e Murrelle, 2007). Assim como um estudo feito no interior de São Paulo, com 820 escolares, encontrou que “ter amigos que usam álcool ou drogas regularmente aumentou progressivamente a associação para o uso de álcool, tabaco e outras drogas ilícitas.” (Cardoso e Malbergier, 2014).

No estudo qualitativo, o principal motivo para aderir ao tratamento foi a necessidade ou dor, seguido pelo motivo da estética, sendo que apenas um adolescente aderiu ao tratamento odontológico por prevenção/rotina. Neste estudo, o comportamento individual do adolescente foi o que motivou a aderir ou não ao tratamento. As questões individuais de cada entrevistado foram o motivo mais importante para procurar o atendimento e concluí-lo. Um estudo feito com adolescentes sobre o motivo da não adesão ao tratamento odontológico revelou que os motivos que os levam a decidir se aderem ou não são a importância, a urgência e o interesse sobre o fato (Vazquez, 2015).

4 CONCLUSÃO

Para que haja uma maior aderência aos tratamentos odontológicos é necessário que haja maior conhecimento por parte dos profissionais e dos serviços sobre as especificidades dos adolescentes, incluindo políticas de atenção à saúde do adolescente. Promover o autocuidado entre os adolescentes também é muito importante; visitas de rotinas devem ser estimuladas, melhorando assim a saúde bucal e, por consequência, a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

Abegg C. Desenvolvimento de comportamentos e hábitos condutores à saúde bucal. In: Bönecker M, Sheiham A et al. Promovendo a saúde bucal na infância e adolescência: Conhecimentos e Práticas. Porto Alegre: Santos; 2004. p. 97-107.

Ayres JRJM, França-Junior I, Calazans GJ. 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: Fiocruz; 2003. p. 117-39.

Ayres JRJM, 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. São Paulo: NEPAIDS; 2010.

Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. Ciênc Saúde Coletiva. 2002;4:709-117.

Brasil. Casa Civil. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil [Internet], Brasília (DF), 1990 jul 16 [acesso 2016 set 6]. Seção 1:13563. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm.

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Secretaria de Vigilância em Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

Cardoso LRD, Malbergier A. A influência dos amigos no consumo de drogas entre adolescentes. Estudos de Psicologia. 2014 Jan-Mar;31(1):65-73.

Cebid. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. V levantamento nacional sobre o consumo de drogas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras 2004. Brasília: Cebid, 2004. [acesso 2016 Out]. Disponível em: http://www2.unifesp.br/dpsicobio/cebid/levantamento_brasil2/index.htm.

Freitas CG, Santos RS, Carreiro DL, Coutinho LTM, Martins AMEBL, Coutinho WLM. Fatores associados à percepção de hábitos saudáveis entre adolescentes. Adolescência e Saúde. 2014 Out-Dez;11(4).

Hoffman B, Sussman S, Unger JB, Valente TW. Peer influences on adolescent cigarette smoking: a theoretical review of the literature. *Substance Use & Misuse*. 2006;41(1): 103-155.

Hutz CS organizador. Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência: aspectos teóricos e estratégias de intervenção. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.

Ippolito-Shepherd J. A promoção da saúde no âmbito escolar: a iniciativa regional Escolas Promotoras da Saúde. *Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde*. [S.d.];1:8-13.. [acesso 2016 Nov]. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/img/cadernosbpfinal.pdf>.

Jerusalinsky, A. Adolescência e contemporaneidade. In: Mello A, Castro ALS, Geiger M, organizadores. *Conversando sobre adolescência e contemporaneidade*. Porto Alegre: Libretos; 2004.

Kliwer W, Murrelle L. Risk and protective factors for adolescent substance use: findings from a study in selected Central American countries. *Journal of Adolescent Health*. 2007;40(5):448-55.

Kuperman S et. al. A model to determine the likely age of an adolescent's first drink of alcohol. *Pediatrics*. 2013, Feb;131(2):242-8. doi: 10.1542/peds.2012-0880.

Matos DL, Lima-Costa MF, Guerra HL, Marcenes W. Projeto Bambuí: avaliação de serviços odontológicos privados, públicos e de sindicato. *Rev. Saúde Pública*. 2002 Abr;36(2): 237-43.

Matos DL, Lima-Costa MF, Guerra HL, Marcenes W. Projeto Bambuí: estudo de base populacional dos fatores associados com o uso regular de serviços odontológicos em adultos. *Cad. Saúde Pública*. 2001 Jun;17(3): 661-8.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Child and adolescent health and development. Adolescents: the sheer numbers. [acesso 2016 Jul]. Disponível em: <http://www.who.int/child-adolescent-health/overview/Ahd/ahdsheer.htm>.

Osório LC. Adolescente hoje. Porto Alegre: Artes médicas; 1989. cap. 2, p.10-13.

Parham ES. Promoting body size acceptance in weight management counseling. *J. Am. Diet. Assoc.* 1999; 99:920-25.

Piracicaba. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social. Instituto de Pesquisas e Planejamento de Piracicaba (IPPLAP). [acesso 2016 jan 2017]. Disponível em: <http://ipplap.com.br/site/>.

Pinheiro RS, Aguiar FP, Sass PE, Vilela MJN. Diferenças no uso de serviços odontológicos entre os estados do Brasil: uma análise baseada em modelos hierárquicos. *Cad Saúde Colet (Rio J)* 2006;14:141-8.

Saito MI. Adolescência, cultura, vulnerabilidade e risco. *Pediatria (São Paulo)*. 2000;22:217-9.

Schenker M, Minayo MCS. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003;8:299-306.

Silva VA, Aguiar AS, 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):133-8.

Tavares BF, Béria JU, Lima MS. Fatores associados ao uso de drogas entre escolares. *Rev Saúde Pública*. 2004;38:787-96.

Tedesco S. Adolescência e drogas: algumas indicações éticas e políticas. In: Mello A, Castro ALS, Geiger M, organizadores. *Conversando sobre adolescência e contemporaneidade*. Porto Alegre: Libretos; 2004. p. 106-11.

Vazquez FL, Cortellazzi KL, Gonçalo CS, Bulgareli JV, Guerra LM, Tagliaferro ESP, et al. Estudo qualitativo sobre as justificativas de adolescentes para a não adesão ao tratamento odontológico. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015;20(7):2147-56. doi: 10.1590/1413-81232015207.04502014

Vieira PC, Aerts DRGC, Freddo SL, Bittencourt A, Monteiro L. Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares em município do Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008;24(11):2487-98.

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.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DOS ADOLESCENTES

QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DOS ADOLESCENTES

1. Você procurou o posto de saúde para fazer o tratamento odontológico que o dentista da escola encaminhou?
Sim () Não ()
2. Caso você tenha comparecido ao agendamento da consulta odontológica naquela situação, conseguiu terminar o tratamento?
Sim () Não ()
3. O que achou do atendimento?
Ótimo () bom () regular () péssimo () ruim ()
4. Alguém da sua família frequente ou já frequentou o posto de saúde?
Sim () Não ()
Se sim o que esta pessoa achou do atendimento?
Ótimo () bom () regular () péssimo () ruim ()
5. Como você classifica o estado de seus dentes?
Ótimo () bom () regular () péssimo () ruim ()
6. Você acha importante visitar o dentista regularmente
? Muito importante () Pouco importante () Não muito importante () Nada importante ()
7. Você ou alguém de sua família utiliza aparelhos ortodônticos?
Sim () Não ()
8. Você notou diferença para comer, falar com clareza, sorrir, dormir, relaxar, fazer suas atividades diárias, estética, dor, após terminar o seu tratamento odontológico?
Sim () Não () Se sim, qual é essa diferença? _____
9. Qual foi a pessoa que te ajudou a terminar o tratamento odontológico?
Família () Amigos () Dentista () Você () Outros () Qual: _____
10. Além de você, alguém mais notou diferença na sua saúde bucal após o término do tratamento? Sim () Não ().
Se notou, quem foi? Amigos () Família () Namorado/a () Ninguém () Outro () Qual: _____
- Se notou, isso foi importante para você? Sim () Não ().
11. Você encontrou alguma dificuldade para marcar a consulta odontológica no posto de saúde após o encaminhamento do dentista da escola?
Sim () Não ().
Se sim, Qual: _____
12. Quanto tempo demorou entre a marcação da consulta e o início do tratamento odontológico?
Imediatamente () até 15 dias até 30 dias () mais de 30 dias ().
13. Quando você procurou o posto de saúde para marcar a primeira consulta no dentista, a marcação ocorreu:
Imediatamente () até 15 dias até 30 dias () mais de 30 dias ().

APÊNDICE 2 – 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-mailfabilivazquez@gmail.com, armandokaieda@hotmail.com, jaquelinebulgareli@gmail.com, freddente@hotmail.com,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; site: 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 deste documento.

Piracicaba, _____ de _____ de 2011.

Nome: _____ C.I. _____

Assinatura: _____

Assinatura do Pesquisador: _____

APÊNDICE 3 – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA

Nome: _____

Endereço: _____

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

Pergunta disparadora:

1) O que levou a procurar o tratamento dos seus dentes?

ANEXOS

ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO DA OMS SOBRE USO NA VISA (EXPERIÊNCIA) DE ÁLCOOL E DROGAS ILÍCITAS.

CONSUMO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

As próximas perguntas que você vai responder referem-se ao consumo de bebidas alcoólicas, como cerveja, chopp, vinho, cachaça, vodca, uísque, aperitivos e batidas.

1 - Quantos anos você tinha quando experimentou uma bebida alcoólica pela primeira vez?

|__| nunca experimentei **OU** Tinha _____ anos.

2 - Onde você estava na primeira vez que tomou bebida alcoólica?

|_1_| eu nunca tomei bebida alcoólica |_2_| em casa |_3_| na casa de alguém ou de amigo |_4_| na escola |_5_| na rua ou no parque
|_6_| em um bar ou danceteria |_7_| em um restaurant |_8_| outro lugar

3 - Nos últimos 30 dias, quantas vezes você tomou alguma bebida alcoólica?

|_1_| nenhuma |_2_| uma ou duas vezes |_3_| três a nove vezes |_4_| dez ou mais vezes

4 - Nos últimos 30 dias, quantas vezes você sentiu-se mal, teve problemas com seus pais, faltou a escola ou envolveu-se em brigas por ingerido bebida alcoólica?

|_1_| nenhuma vez |_2_| uma ou duas vezes |_3_| três a nove vezes |_4_| dez ou mais vezes.

5 - Na sua vida, quantas vezes você bebeu tanto que ficou realmente bêbado (de porre)?

|_1_| nenhuma vez |_2_| uma ou duas vezes |_3_| três a nove vezes |_4_| dez ou mais vezes.

6 - Se você chegasse bêbado em casa, qual seria a reação de sua família?

|_1_| não iria perceber |_2_| iria perceber, mas não iria ligar |_3_| iria perceber e ficar um pouco chateada
|_4_| iria perceber e ficar muito chateada |_5_| não sei como reagiria

7 - Seus pais tomam alguma bebida alcoólica?

|_1_| não |_2_| sim, meu pai |_3_| sim, minha mãe |_4_| sim, os dois |_9_| não sei

8 - Com quem você costuma beber?

|_1_| eu não bebo |_2_| com meus amigos |_3_| com minha família |_4_| com pessoas que encontro. |_5_| sozinho

9 - Quantos anos você tinha quando experimentou drogas (maconha, crack, cola, loló, lança perfume, ecstasy, cocaína, anabolizante, outras) pela primeira vez?

___| nunca experimentei **OU** Tinha _____ anos.

10 - Qual dessas drogas você experimentou primeiro?

|_1_| eu nunca experimentei drogas |_2_| maconha |_3_| anabolizante (remédio para aumentar os músculos)

|_4_| anfetaminas (remédios para emagrecer) |_5_| cocaine |_6_| craque |_7_| solventes (cola ou loló). |_8_| ecstasy |___| outros. Qual? _____

11 - Nos últimos 30 dias, quantas vezes você usou algum tipo de droga?

|_1_| nenhuma vez |_2_| uma ou duas vezes |_3_| três a nove vezes |_4_| dez ou mais vezes.

12 - Seus amigos usam algum tipo de droga?

|_1_| não |_2_| sim, a maioria |_3_| sim, poucos |_4_| todos usam

13 - Qual dessas drogas você usa com mais frequência?

|_1_| eu não uso drogas |_2_| maconha |_3_| ecstasy |_4_| anfetaminas (remédios para emagrecer) |_5_| cocaine |_6_| craque |_7_| solventes (cola ou loló) |_8_| anabolizante (remédio para aumentar os músculos) |___| outros. Qual? _____

ANEXO 2 – 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 3 – QUESTIONÁRIO PARA OS ADOLESCENTES (GOES, 2001)

Obrigado por estar ajudando a nossa pesquisa. Respondendo as perguntas você estará nos ajudando a entender mais sobre a saúde dos dentes dos adolescentes da nossa cidade.

Suas respostas serão analisadas apenas pelo nosso grupo de pesquisa e serão usadas para finalidade científica. Gostaríamos de ressaltar que todas as respostas são de caráter CONFIDENCIAL e não serão fornecidas aos seus pais, ou à USF em hipótese alguma.

Na maioria das questões você deverá colocar um X na alternativa que melhor representa a sua resposta.

Apenas poucas perguntas você terá uma linha para escrever algumas palavras ou números.

Responda uma questão após a outra sucessivamente, a menos que junto com a opção que você escolheu esteja escrita a expressão “Vá para a questão”. Isto significa que você deve ir direto para a questão indicada e não deve responder a questão seguinte.

Leia cada questão atentamente e cuidadosamente. Caso não entenda alguma pergunta, peça ajuda aos pesquisadores. Responda da melhor forma que você puder. Lembre-se que só estamos interessados na sua opinião. Isto não é um teste.

Parte 1 - Identificação

Nome: _____

USF: _____

Escola: _____

1-Número do estudante: _____

2-Data do exame: _____

3-Sexo: () masculino () feminino

4-Endereço atual: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____

Telefone p/ contato: _____ CEP: _____

Gostaríamos de iniciar, conhecendo um pouco sobre você e a sua família:

5- Você já morou em outra cidade além de Piracicaba?

() Sim. Se sim, qual foi? _____

() Não.

6- Há quanto tempo você está estudando nesta escola? _____ anos

A escola é: pública () ou particular ()

7- Quantos irmãos e irmãs você tem ? _____ irmãos _____ irmãs

8- Considerando a ordem de nascimento entre os seus irmãos, faça um círculo se você é o:

Primeiro Segundo Terceiro Quarto Quinto. Outro. Qual? _____

9- Você já foi alguma vez reprovado de ano na escola?

() Sim

() Não

() Não sei/não me lembro

10- Quantas pessoas moram sempre na sua casa, incluindo seus pais, irmãos, irmãs, avôs, avós, tios, tias, primos, sobrinhos, amigos e empregados domésticos? _____ pessoas.

11- VOCÊ trabalha? () Sim Não ()

Se a resposta for Sim, onde? _____ quantas horas por dia? _____ Você faz o quê em seu trabalho? _____

12- Seu PAI está trabalhado no momento?

() Sim

() Não

() Não sei/não me lembro

13- O que o seu PAI fazia ou faz em seu trabalho principal? (Descreva detalhadamente as tarefas mais freqüentes que ele desenvolve - ou desenvolvia- em seu trabalho).

14- Sua MÃE está trabalhado no momento?

() Sim

() Não

Não sei/não me lembro

15- O que a sua MÃE fazia ou faz em seu trabalho principal? (Descreva detalhadamente as tarefas mais freqüentes que ela desenvolve – ou desenvolvia - em seu trabalho).

16- Sua MÃE estudou?

Sim

Não

Não sei/não me lembro

17- Marque no quadro abaixo a opção que melhor representa o grau de escolaridade da sua MÃE

Ela não foi a escola. Ela não lê e nem escreve

Ela não foi a escola, mas lê e escreve

1º grau incompleto. Até qual série ? _____

1º grau completo

2º grau incompleto. Até qual série ? _____

2º grau completo.

Universidade incompleta

Universidade completa

Pós-graduação

Não sei/ não me lembro

18- Seu PAI estudou?

Sim

Não

Não sei/não me lembro

19- Marque no quadro abaixo a opção que melhor representa o grau de escolaridade do seu PAI

Ele não foi a escola. Ele não lê e nem escreve

Ele não foi a escola, mas lê e escreve

1º grau incompleto. Até qual série? _____

1º grau completo

- 2º grau incompleto. Até qual série? _____
- 2º grau completo.
- Universidade incompleta
- Universidade completa
- Pós-graduação
- Não sei/ não me lembro

ANEXO 4 – CERTIFICADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

	<p>COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS</p>	
<h3>CERTIFICADO</h3>		
<p>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.</p>		
<p>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.</p>		
		
<p>Profa. Dra. Fernanda Miori Pascon Secretária CEP/FOP/UNICAMP</p>	<p>Prof. Dr. Jacks Jorge Junior Coordenador CEP/FOP/UNICAMP</p>	
<p><small>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.</small></p>		