

Estudo qualitativo sobre as justificativas de adolescentes para a não adesão ao tratamento odontológico

Qualitative study on adolescents' reasons to non-adherence to dental treatment

Fabiana de Lima Vazquez¹
Karine Laura Cortellazzi¹
Camila da Silva Gonçalo²
Jaqueline Vilela Bulgareli¹
Luciane Miranda Guerra¹
Elaine Silva Pereira Tagliaferro³
Fábio Luiz Mialhe¹
Antonio Carlos Pereira¹

Abstract *The study aimed to reflect on adolescents' speeches regarding their justifications for non-adherence to dental treatment. This is a qualitative research derived from a quantitative research aimed at adolescents from 15 to 19 years of public schools belonging to the area of 34 Primary Health Units – Family Health, in Piracicaba, SP, in 2012. The adolescents were evaluated, diagnosed and referred for dental treatment. One year after this intervention and with non-adherence to treatment, we used a qualitative method to deeply understand this phenomenon. We conducted 25 interviews with a semi-structured script, divided into three blocks: adopted or did not adopt actions recommended; arguments justifying the non-adherence of recommended actions; dimensions related to oral health importance. We adopted the thematic analysis and non-adherence was related to some aspects and grouped in: no priority; priority and change of priority. We concluded that the main reasons for non-adherence are related to different priorities, and orthodontic brace was a potent stimulator of interest and establishment of priorities in oral health care among adolescents.*

Key words *Adolescent behavior, Qualitative research, Oral health, Patient compliance, Public health*

Resumo *O estudo buscou refletir sobre os discursos dos adolescentes nas justificativas para a não adesão ao tratamento odontológico. Esta investigação qualitativa deriva de uma pesquisa quantitativa dirigida a adolescentes de 15 a 19 anos, de escolas estaduais que pertenciam à área de 34 Unidades de Saúde da Família em Piracicaba, SP, no ano de 2012. Os adolescentes foram avaliados, diagnosticados e encaminhados para tratamento odontológico. Um ano após esta intervenção e com a não adesão ao tratamento, utilizou-se do método qualitativo para compreender em profundidade este fenômeno. Foram realizadas 25 entrevistas, com roteiro semiestruturado, dividido em três blocos: adotou ou não as condutas recomendadas; argumentos que justificaram a não adoção das condutas recomendadas; dimensões relacionadas à importância da saúde bucal. A análise de conteúdo temática foi adotada e a não adesão foi relacionada com alguns aspectos e agrupadas configurando em: não prioridade; prioridade e mudança de prioridade. Concluiu-se que as principais justificativas para a não adesão estão relacionadas com diferentes prioridades e o aparelho ortodôntico mostrou-se como potente estimulador do interesse e do estabelecimento de prioridades na atenção à saúde bucal entre os adolescentes.*

Palavras-chave *Comportamento do adolescente, Pesquisa qualitativa, Saúde bucal, Cooperação do paciente, Saúde Pública*

¹ Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas. Av. Limeira 901, Areião. 13414-903 Piracicaba SP Brasil. fabilivazquez@gmail.com

² Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina de Jundiaí.

³ Faculdade de Odontologia de Araraquara, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho.

Introdução

É consenso na literatura que a adolescência é uma fase de exposição a riscos, um período de conflitos internos e interpessoais, e diversos estudos ressaltam a necessidade de conhecer melhor suas especificidades, seus paradigmas¹. São características da adolescência a contestação à vulnerabilidade, andar em grupos, seguir modas e a preocupação com o corpo e a aparência. Pensar a saúde do adolescente implica em compreender os diversos modos de pensar e de viver a adolescência^{2,3}.

Embora a literatura revele uma produção fértil de estudos sobre o conceito de “adesão à terapêutica”, observa-se que entre as ideias manifestadas pelos pesquisadores da área há duas diferenciações principais: o foco no paciente e a busca de fatores externos ao paciente⁴.

O Projeto Adesão da Organização Mundial da Saúde (OMS), por exemplo, adota como definição de adesão a tratamentos crônicos as definições de Haynes⁵ e Rand⁶, que definem adesão como um comportamento de seguir uma recomendação médica, ou de outro profissional de saúde. Também considera a adesão em cinco dimensões: fatores sociais e econômicos, a equipe/sistema de cuidado de saúde, as características da doença, terapias da doença e fatores relacionados ao paciente⁷. Observa-se que só um fator relaciona-se diretamente com o paciente, considerado como um dos determinantes para a adesão. Estudos sobre adesão identificaram que não basta ter um serviço público de saúde disponível, são necessários outros esforços para que este seja utilizado e acessado^{8,9}.

Estudos publicados na língua inglesa explicitam a diferenciação dos termos “adherence” e “compliance”, sendo o primeiro termo ligado à ideia de escolha livre dos indivíduos na adoção ou não das recomendações feitas pelos profissionais de saúde, e o segundo termo, refere-se à ideia de uma conduta passiva do paciente, podendo ser traduzido como “obediência”⁴.

No presente estudo adotou-se como conceito de “adesão” a decisão de procurar um serviço de saúde e seguir o tratamento recomendado. Atitudes opostas a esta ideia foram consideradas “não adesão”. Assim, o objetivo do artigo foi apresentar e discutir as justificativas apresentadas para a não adesão ao tratamento odontológico em um grupo de adolescentes diagnosticados com necessidades de tratamento de cárie e doença periodontal, encaminhados ao serviço público de saúde.

Metodologia

O artigo refere-se aos achados de uma investigação qualitativa derivada de uma pesquisa quantitativa analítica observacional transversal dirigida a adolescentes, com idade entre 15 e 19 anos, estudantes de escolas estaduais, que pertencem à área adstrita de 34 Unidades de Saúde da Família, no município de Piracicaba/SP. Houve a aprovação do Comitê de Ética.

O tamanho da amostra foi calculado com base na experiência de cárie na região Sudeste do Brasil, usando dados do levantamento epidemiológico nacional, e contemplaram as 34 áreas das Unidades de Saúde da Família (USF) existentes no município. Admitiu-se erro amostral de 5%, CPO-D = 5,16 com DP = 4,54, perda amostral de 20% e um nível de confiança de 95%, obtendo-se uma amostra de 1.428 indivíduos de 15 a 19 anos de idade selecionados aleatoriamente.

Destes 1.428 adolescentes inicialmente selecionados, 256 não compareceram no dia do exame ou não quiseram participar. Assim, 221 indivíduos foram avaliados em 34 USF e 951 em 21 escolas estaduais, totalizando 1.172 adolescentes examinados. Os critérios de exclusão do estudo quantitativo foram presença de doenças sistêmicas, dificuldades de comunicação ou problemas neuromotores e hipoplasia severa. Os adolescentes que não concordaram em participar do estudo, e os ausentes no dia do exame, foram excluídos da amostra.

A coleta dos dados quantitativos (cárie – Dente com lesão de cárie, ou seja: desmineralização dos tecidos dentais, causada pela ação de bactérias; CPOD – Índice formulado por Klein e Palmer em 1937, usado em todo o mundo para diagnóstico das condições dentais, quando a unidade de medida é o Dente Cariado, Perdido e Obturado; doença periodontal – Doença infecto-inflamatória que afeta os tecidos de sustentação dos dentes) foi realizada em 2012, e na sequência desta ação os adolescentes com necessidade de tratamento odontológico receberam orientações sobre doenças bucais, higiene oral e cuidados pessoais com a saúde. Além disso, estes indivíduos foram encaminhados ao serviço odontológico oferecido nas Unidades de Saúde da Família que atendem a área em questão.

Um ano após a realização desses procedimentos, a equipe de pesquisadores revisitou o campo para fazer o acompanhamento dos índices de saúde bucal da população estudada. Neste retorno foi observado um cenário de adesão e de não adesão ao tratamento odontológico, fato que sus-

citou o interesse dos pesquisadores em conhecer os fatores que conduziram tais adolescentes a não adesão supracitada. Na tentativa de alcançar as informações que levaram os adolescentes a dois caminhos tão distintos, os pesquisadores decidiram incorporar um braço qualitativo ao desenho inicial do estudo.

Optou-se pela utilização do método qualitativo, pois este possibilita a busca da compreensão de um fenômeno específico em profundidade, conforme a realidade é edificada, partindo do próprio contexto estudado^{10,11}.

Quanto à técnica de entrevista, utilizou-se a forma semiestruturada que parte de questionamentos básicos, sustentados em teorias e hipóteses de interesse para a pesquisa, abrindo espaço para novas perguntas e gerando novas hipóteses enquanto se recebe as respostas do entrevistado¹².

Em agosto de 2013, foi realizado o pré-teste do roteiro semiestruturado, etapa que possibilitou o aprimoramento deste instrumento, por meio da reestruturação da sequência das perguntas, e do vocabulário empregado na construção das mesmas.

As entrevistas foram estruturadas em três blocos: 1) Adotou ou não as condutas recomendadas pelos pesquisadores; 2) Argumentos que justificam a não adoção das condutas recomendadas pelos pesquisadores; e 3) Dimensões relacionadas à importância da saúde bucal e das consultas regulares ao dentista.

A coleta de dados qualitativos teve início em setembro de 2013. A equipe de pesquisadores contatou as responsáveis pelas escolas e Unidades de Saúde da Família abordando a possibilidade de revisitação ao grupo de adolescentes. Estas instituições indicaram as datas e horários mais adequados para a realização das entrevistas, e procedeu-se o agendamento e condução das mesmas junto ao grupo supracitado.

Dois pesquisadores realizaram as transcrições imediatamente após a realização de cada entrevista. O material transcrito oriundo de 25 entrevistas foi pré analisado em dezembro de 2013, com a finalidade de detectar saturação das respostas. Segundo Fontanella e Magdaleno Júnior¹³, a saturação é o instrumento epistemológico que determina quando as observações deixam de ser necessárias, ou seja, quando se percebe que mais nenhum novo elemento irá ampliar a investigação ou o objeto investigado. Assim, com a confirmação da saturação das respostas que compuseram o material analisado, encerrou-se a fase de entrevistas e imediatamente foi iniciada a análise qualitativa dos dados.

Foi adotada a análise de conteúdo temática proposta por Gomes¹⁴, iniciando os trabalhos pelo procedimento de leitura exaustiva das transcrições, visando compreender o conjunto de dados e estabelecer formas de classificação. Neste contexto foi possível: ter uma visão do conjunto, identificar os temas iniciais e determinar os conceitos teóricos que seriam empregados na análise. Em seguida, foi efetuada a distribuição dos estratos segundo a classificação inicial, bem como foi feita a verificação dos núcleos de sentido contidos nos trechos analisados. Ainda nesta etapa, foram reagrupados os estratos segundo os temas encontrados e foi elaborada uma redação por temas, com o objetivo de contemplar os sentidos dos textos e sua articulação com os conceitos teóricos que orientaram esta análise. Finalmente, procedeu-se a redação do material estabelecendo diálogos entre os temas, objetivos e questões peculiares da presente pesquisa.

Resultados e Discussão

A análise temática das 25 entrevistas possibilitou a identificação de 8 categorias relacionadas às justificativas de não adesão ao tratamento odontológico entre os adolescentes, sendo estas: prioridade; descaso; falta de tempo; medo; dificuldade de acesso; tratamento ortodôntico; dor e *status* social. Tais categorias foram agrupadas configurando 03 eixos temáticos: “não prioridade”; “prioridade” e “mudança de prioridade”.

O sentido de “não prioridade” foi atribuído às situações em que o tratamento odontológico não é reconhecido como urgente, nem importante e não desperta o interesse dos entrevistados. Assim, constatou-se que os participantes da pesquisa consideram outras circunstâncias mais importantes, postura que influenciou a decisão de não adesão dos entrevistados, que utilizaram diferentes justificativas:

P: Você foi ao dentista depois de ser encaminhado para tratamento na Unidade de Saúde da Família?

R: Não, não ligo muito para ir no dentista, tenho preguiça, é assim mais ou menos: eu tenho cárie mais não vou.

P: Você acha importante cuidar dos dentes?

R: Não adianta falar nada, dona, entra por um ouvido e sai por outro. A hora que eu sair daqui já esqueci, por que eu só vou se eu quiser mesmo, depende da vontade da pessoa e o que você fala não adianta, a pessoa tem que querer ir...

(E13, masculino, 17 anos, foi encaminhado para tratamento de cárie).

Pela perspectiva da “não prioridade”, verifica-se que a necessidade de comparecer à consulta odontológica não é gerada porque os respondentes não atribuem sentido de urgência ou importância a esta ação. Tal achado suscita uma reflexão: como o tratamento odontológico poderia tornar-se prioridade neste contexto?”

Sabe-se que transformar conhecimento sobre questões de saúde em comportamentos saudáveis permanece uma tarefa desafiadora, sobretudo nas situações em que existe o diagnóstico positivo de acometimento da saúde bucal. Em geral, os comportamentos de proteção à saúde são processos de autorregulação (*self-regulation*) determinados e limitados por crenças, atitudes e conhecimentos; estruturas físicas e sociais, habilidade ou desempenho de comportamentos¹⁵⁻¹⁷.

Segundo pesquisas sobre comportamento em saúde, o progresso na área da prevenção e proteção só será visto quando entendermos como as pessoas organizam seus pensamentos e agem sobre sua saúde¹⁸⁻²³. Segundo Bandura²⁴, um dos fatores que afeta as escolhas das pessoas seria a *self efficacy* percebida, ou seja, questões que envolvem atividades, comportamentos, esforço investido, quantidade de tempo persistindo diante de um obstáculo e experiências adversas. Tanto Bandura¹⁵, através da teoria social cognitiva, quanto os modelos atitude-comportamento de Ajzen²⁵ e Fishbein e a Teoria da Ação Racional^{26,27}, defendem a corresponsabilização dos indivíduos como aliada para se alcançar o cumprimento de comportamentos de proteção para a saúde bucal.

Enquanto ambiente, habilidade, experiências anteriores e do comportamento são essenciais componentes da teoria cognitiva, cognições de autoeficácia sociais são centrais para a explicação do comportamento^{15,24}. As cognições de autoeficácia são as expectativas ou crenças individuais acerca da capacidade para realizar um comportamento. Um número crescente de investigações indica que as expectativas de autoeficácia estão positiva e significativamente associadas com a iniciação e manutenção (ou seja, o cumprimento de longo prazo) de comportamentos de saúde^{15,17,28-32}.

Um dos grandes desafios é saber como motivar e investir no processo educativo. Segundo Gagné e Briggs³³ a motivação é amplamente reconhecida, e com ela a necessidade de criar condições prévias e adicionais de interesse, e também mantê-los à medida que a compreensão do processo de aprendizado do autocuidado vai ocorrendo, estabelecendo novas condições que os influenciem. DeBiase³⁴ define motivação como for-

ças internas e externas que conduzem e incitam a satisfação de uma necessidade. Com isso, as ações de educação e promoção em saúde bucal destinadas a incentivar os cuidados aplicados nesta área devem, necessariamente, identificar as fontes de motivação e formas de satisfação pessoal e, principalmente, reforçar as informações trazendo a sedimentação dos conhecimentos para que o efeito de tais ações não se perca no tempo^{35,36}.

O segundo eixo temático “prioridade”, enfoca o reconhecimento da importância do tratamento odontológico, embora a urgência e o interesse por este tipo de cuidado de saúde estejam ausentes no grupo dos adolescentes até o momento da entrevista:

P: Você foi ao dentista depois de ser encaminhado para tratamento na Unidade de Saúde da Família?

R: Não fui porque não doía, acho importante, mas não dói, não achei que era grave.

(E24, Feminino, 16 anos, foi encaminhada para tratamento periodontal).

O medo também foi identificado como sentimento muito influente na não adesão e a na prioridade referida ao tratamento odontológico:

P: Você foi ao dentista depois de ser encaminhado para tratamento na Unidade de Saúde da Família?

R: Não procuro o dentista por medo da anestesia, de que vai doer.

P: Você acha importante ir ao dentista?

R: Acho importante, mas tenho medo...

(E7, Feminino, 19 anos, encaminhada para tratamento de cárie).

Ao referir o “medo” como justificativa de impedimento ao tratamento odontológico, é interessante e importante destacar que o adiamento a ida ao dentista por medo ou receio de dor, além de prejudicial à saúde, estabelece uma situação de reforço dessa crença, tornando-a mais difícil de ser minimizada. Além disso, nesse caso, onde foi feito o diagnóstico e indicação de tratamento, deixar de ir ao dentista provavelmente levará à evolução do estado de gravidade de um problema bucal simples. Com o passar do tempo provavelmente haverá evolução do caso e esta condição exigirá um tratamento mais especializado/complexo, bem como eventuais procedimentos invasivos e, conseqüentemente, maiores probabilidades de experiências de desconfortos, principalmente físicos, além de maiores custos financeiros³⁷.

A literatura revela que a formação de recursos humanos em saúde, especialmente na odontologia, raramente tem oferecido o treino obser-

vacional de comportamento ou de manejo em ciências do comportamento. Assim percebe-se que o modelo de ensino vigente, enfatiza a visão biomédica, que se centra no domínio cognitivo e instrumental. Como consequência desta orientação formativa, o dentista sente dificuldade para identificar, observar e vivenciar processos reflexivos que propiciem mudanças de comportamento e que efetivamente atinjam a promoção da saúde^{38,39}. A “mudança de prioridade” (terceiro eixo temático) foi detectada nos casos de urgência clínica-odontológica e, em situações consideradas pelos adolescentes como tratamento clínico não urgente, porém considerado necessário em função do status social e da estética. Assim, verifica-se que em determinados momentos emergem fatores que interferem no sentido da prioridade, transformando-a em necessidade de tratamento, e impulsionando o adolescente a buscar o serviço odontológico público ou privado. Os estratos abaixo ilustram a primeira vertente relacionada com a “mudança de prioridade” (urgência clínica-odontológica):

P: Você foi ao dentista depois de ser encaminhado para tratamento na Unidade de Saúde da Família?

R: Eu fui no dentista do posto porque estava com dor, ele passou um remédio para tomar 15 dias e marcou um retorno para 20 dias, mas não voltei porque passou a dor e eu estava com muito medo. Meu dente está com um buraco e dói, só mastigo de um lado, mas não está doendo sozinho. Eu acho importante cuidar dos dentes.

(E14, Feminino, 17 anos, foi encaminhada para tratamento de cárie).

P: Você foi ao dentista depois de ser encaminhado para tratamento na Unidade de Saúde da Família?

R: Não fui porque nem lembrava, nem prestei atenção. Fui fazer canal mês passado por que estava doendo muito... agora vou no convênio, o canal eu fiz no SUS. Acho importante tratar dos dentes, fui por que estava com dor.

(E21, Feminino, 16 anos, foi encaminhada para tratamento de cárie).

A dor que impulsiona o adolescente à busca do tratamento odontológico foi identificada como principal justificativa. Quando a dor se manifesta, provavelmente o grau da doença encontra-se em estágio avançado, e este cenário na maioria dos casos exige tratamento de maior complexidade. A prevenção e a mudança de comportamento dos adolescentes em relação aos cuidados com a própria saúde é um grande desafio para os profissionais desta área. O que se ressal-

ta é que desde o momento em que receberam o diagnóstico, as orientações e o encaminhamento para tratamento odontológico, os adolescentes não cogitaram aderir às recomendações, pois suas percepções não conferiram importância ao caso. Este cenário é, na visão dos pesquisadores, altamente desafiador e, suscita algumas perguntas: Como motivar e manter motivados os adolescentes para cuidarem da própria saúde? Como tornar a saúde bucal prioridade?

Bosi e Affonso⁴⁰ citam que a conscientização da importância da saúde bucal não é um processo simples, já que a experiência da doença é um fator preponderante para formar a “consciência preventiva”. Tais autores comentam que esta consciência não decorre da transferência de um saber do dentista para o adolescente, mas da experiência com a saúde e a doença. Nesse sentido, a oferta exclusiva de orientações, não conduz os indivíduos à postura permanente de mudança de comportamento. No entanto, outro estudo aponta que estabelecer parcerias entre educadores e profissionais de saúde trabalhando na educação e promoção de saúde dos adolescentes, estabelece resultados positivos significativos em relação à sua saúde bucal⁴¹.

Os estratos a seguir demonstram algumas situações relacionadas com a segunda vertente da “mudança de prioridade” (tratamento clínico não urgente, porém considerado necessário em função do status social e da estética):

P: Você foi ao dentista depois de ser encaminhado para tratamento na Unidade de Saúde da Família?

R: Não tive motivo, sei lá.

P: Você acha importante ir ao dentista?

R: Não, tipo... o importante para mim é os dentes tortos, tenho que colocar aparelho.

(E15, Masculino, 16 anos, foi encaminhado para tratamento de cárie).

P: Você foi ao dentista depois de ser encaminhado para tratamento na Unidade de Saúde da Família?

R: Não, eu esqueci, perdi o papel. Quero colocar aparelho, já fiz a documentação. Vou procurar o dentista para tratar os dentes antes de colocar o aparelho.

(E6, Feminino, 16 anos, encaminhada para tratamento de cárie).

Nestas e outras repostas, verificamos que o aparelho ortodôntico é uma das justificativas fundamentais para que o interesse e a visita ao serviço odontológico tornem-se prioridade. Os achados da pesquisa apresentam forte relação entre o uso do aparelho ortodôntico e a satisfação

pessoal de duas demandas consideradas importantes pelo grupo de entrevistados: o desejo de exibir um acessório que representa *status* social (demanda de consumo) e o desejo de ficar bonito (demanda estética).

Segundo Lawler e Nixon⁴², na adolescência, a aparência é de fundamental importância. Na presente pesquisa, verifica-se que o desejo de ser aceito e fazer parte de um grupo parece impulsionar os entrevistados à procura do serviço odontológico. Porém, nota-se uma contradição na medida em que todos os entrevistados foram diagnosticados com doenças bucais (cárie e problemas periodontais), situações em que o tratamento ortodôntico não é indicado até que a saúde bucal seja restabelecida.

Estudos revelam que entre adolescentes não é rara a constatação de comportamentos negligentes referentes aos cuidados com a saúde. A adolescência é reconhecida como um período em que o risco do desenvolvimento de cárie e de outras doenças bucais encontra-se aumentado em decorrência do precário controle do biofilme, do menor cuidado com a escovação e da maior ingestão de produtos com açúcar⁴³⁻⁴⁵.

Com relação à parte estética, alguns autores citam que valores culturais atrelados a ela e o maior acesso à informação sobre saúde são mais evidentes nas classes sociais de maior poder aquisitivo, o que pode justificar o fato de os adolescentes de escolas privadas citarem com maior frequência os dentes e os cabelos como muito importantes⁴⁴⁻⁴⁷.

No presente estudo constatou-se que, embora a população estudada frequente escola pública e more em áreas de maior vulnerabilidade social, manifestou preocupações com a estética, semelhantes aos estudos supracitados. Contudo, trata-se, aqui, de um tipo de preocupação relacionada com a “posse” de um acessório que é referência de status e que reflete um desejo de consumo, bem como de “estar na moda”, e “ficar bonito”.

Este cenário nos remete à teoria do Ator-Rede que, resumidamente, compreende a ideia de que atores se encontram constantemente conectados a uma rede social de elementos materiais e imateriais, ou seja, existem movimentos, ações, conexões que estão articulando pessoas, coisas e a natureza em associações provisórias⁴⁸⁻⁵¹. Neste contexto, a construção dos significados no consumo de bens não decorre apenas das relações sociais no nível institucional, mas também da estrutura de relacionamentos em que o indivíduo está inserido. Desse modo, a lógica de aquisição de bens possui uma dimensão individual, onde

é possibilitado a quem consome expressar a sua individualidade, e a dimensão social que é a expressão de sua identificação com grupos sociais⁵².

Na adolescência, os indivíduos passam a ter novas referências de grupo, sofrendo influências das tendências de consumo e comportamentos. Deste modo, o movimento em redes torna-se aparente nos achados da presente pesquisa, na medida em que a ideia de pertencimento e de conquista da beleza é proporcionada pelo uso do aparelho ortodôntico. Por esta perspectiva, pode-se afirmar que o interesse pelo tratamento odontológico na população estudada não passa pela concepção de saúde, mas relaciona-se com outros interesses ligados à fase da adolescência, bem como com o contexto de vida desses sujeitos. Pensa-se que a emergência de uma lógica de prioridades nas respostas dos adolescentes pode contribuir para o aprimoramento do planejamento de ações em saúde bucal. Nesse sentido, o esforço de articular os interesses do grupo estudado com a oferta do serviço odontológico poderá facilitar o acesso dos adolescentes aos meios de prevenção, tratamento e manutenção da saúde bucal oferecidos neste contexto.

Estas ideias podem ser reforçadas por estudos publicados^{53,54}, cujos relatos citam que é essencial conhecer as necessidades, a estrutura psicossocial e contextual em que esses adolescentes estão inseridos, incorporando-as nas ações de saúde bucal e propiciando o surgimento de novas ideias e ações que se ajustem, surjam e cresçam nessa realidade.

Ainda em relação ao aparelho ortodôntico, a análise das respostas evidencia as justificativas surpreendentes para a não adesão ao tratamento odontológico: uma confusão entre o conceito das consultas odontológicas ortodônticas (normalmente frequentadas em serviços privados) e o conceito das consultas odontológicas para tratamento de cárie e doenças periodontais a que os adolescentes foram encaminhados.

Os estratos que seguem ilustram momentos em que tal confusão foi detectada:

P: Você foi ao dentista depois de ser encaminhado para tratamento na Unidade de Saúde da Família?

Não. Já vou em um dentista do acompanhamento do aparelho. Achei que como já ia no dentista do aparelho, todo mês, não precisava mais ir em outro.

(E1, Feminino, 17 anos, encaminhada para tratamento de cárie).

P: Você foi ao dentista depois de ser encaminhado para tratamento na Unidade de Saúde da Família?

Porque não fui? Uso aparelho há 3 anos e já vou no dentista todo mês. O dentista do aparelho não disse que eu preciso tratar dos dentes.

(E18, Feminino, 16 anos, encaminhada para tratamento de cárie).

P: Você foi ao dentista depois de ser encaminhado para tratamento na Unidade de Saúde da Família?

Não fui por que estou em tratamento ortodôntico e já vou no dentista todo mês.

E17, Feminino, 16 anos, encaminhada para tratamento periodontal).

P: Você foi ao dentista depois de ser encaminhado para tratamento na Unidade de Saúde da Família?

Não fui... uso aparelho há 7 anos, o dentista do aparelho disse que precisava fazer o tratamento, aí tenho que marcar.

(E4, Masculino, 16 anos, encaminhado para tratamento periodontal).

Por meio da análise deste tipo de resposta, foi possível perceber que, nas próximas intervenções será necessário esclarecer as diferenciações entre as modalidades de consulta odontológica supracitadas, visando minimizar a não adesão ao tratamento indicado.

Além da confusão citada, pode-se reconhecer a importante influência atribuída pelos adolescentes ao ortodontista. Também é possível constatar que a população estudada, embora ocupe uma área de vulnerabilidade e risco social, se utiliza de convênios e de clínicas privadas que viabilizam a conquista do aparelho ortodôntico como bem de consumo desejado. Em um estudo recente, sites de mídia social foram investigados e constatou-se que os adolescentes trocam informações sobre uso de aparelhos ortodônticos, sendo provável que o feedback derivado dessas conversas casuais influencia a atitude desses indivíduos frente a ortodontia. Os autores do estudo relatam que os adolescentes submetidos à ortodontia se comunicavam pelas mídias sociais, expressavam atitudes positivas em relação ao tratamento e que a possibilidade de poder escolher as cores dos elásticos ortodônticos era muito valorizada entre eles^{55,56}.

Considerando que conversas virtuais entre adolescentes motivam a busca pelo tratamento ortodôntico; considerando que a análise dos dados revela que a noção de usar o aparelho ortodôntico está fora da lógica da saúde e dentro da lógica do consumo; e ainda, levando em consideração a recente repercussão nacional que os “aparelhos ostentação” ganharam em um programa de televisão de grande audiência no país,

detecta-se que os adolescentes estão tendo acesso ao aparato odontológico sem nenhum controle técnico, tornando este em mais um problema de saúde pública.

Ressalta-se que a inserção do ortodontista nos centros de especialidades, foi regulamentada pelo Ministério da Saúde que passou a financiar, por meio da Portaria Ministerial Nº 718/SAS de 20/12/2010⁵⁷ novos procedimentos, incluindo o aparelho ortodôntico e ortopédico. Pensa-se que nesse novo contexto, inserir o ortodontista como vetor de ações de saúde, utilizando-se do interesse dos adolescentes nessa especialidade, conscientizando-os que o compromisso com a sua saúde bucal, na forma de prevenção e tratamento odontológico são pré-requisitos para possibilidade de um tratamento ortodôntico com indicação correta e supervisão, em muito contribuiria para a adesão ao tratamento e para a saúde bucal, já que esta especialidade mostra-se motivadora para o adolescente no sentido de cuidar de seus dentes. Portanto, é possível reconhecer a provável potência de propostas conjugadas de educação, conscientização e autocuidado, na saúde como um todo e especialmente na saúde bucal dos adolescentes que participaram da presente pesquisa.

Como sugestão, pensa-se que a adesão ao tratamento poderia ser mais bem sucedida quando a abordagem, ao invés de partir das técnicas de escovação e higienização bucal, partisse da conversa com o ortodontista. A pergunta disparadora da atividade poderia ser: Quem quer usar aparelho? Com o interesse do grupo despertado, o ortodontista descreveria e explicaria todos os pré-requisitos para a instalação do aparelho ortodôntico. Além disso, o mesmo profissional também citaria os problemas referentes aos “aparelhos ostentação” que são vendidos e instalados por pessoas sem qualquer formação em odontologia, fato que lesa a saúde bucal e sistêmica da população.

Conclusão

Verificou-se que as principais justificativas para a não adesão ao tratamento odontológico proposto estão relacionadas com diferentes lógicas de prioridades do grupo, ou seja, a necessidade de dedicar atenção à saúde bucal, na visão dos entrevistados, depende do que eles consideram urgente, importante e interessante.

O uso de aparelhos ortodônticos, embora nesta população esteja relacionado à necessidade de consumo, mostrou-se como potente estimula-

dor do interesse e do estabelecimento de prioridades na atenção à saúde bucal entre os adolescentes. Assim, propõe-se que, ao planejar estratégias de promoção e prevenção em saúde bucal entre este público, seja incorporado à equipe o dentista especialista em ortodontia.

Sugere-se também que as ações considerem como ponto de partida os cuidados exigidos aos portadores destes aparatos bucais, e se desenvolvam na direção dos preceitos básicos de higienização bucal. A princípio esta lógica pode parecer controversa para os dentistas, mas considerando o cenário encontrado no presente estudo, vimos esta estratégia como possibilidade promissora a fim de minimizar a não adesão aqui estudada.

Colaboradores

FL Vazquez, KL Cortellazzi, JV Bulgareli e LM Guerra participaram da concepção, delineamento, da coleta de dados. FL Vazquez e CS Gonçalo participaram da redação do artigo, ESP Tagliaferro, FL Mialhe e AC Pereira participaram da revisão crítica.

Agradecimentos

Os autores gostariam de agradecer o apoio financeiro da FAPESP e aos diretores das escolas, professores e todos os adolescentes que contribuíram para a realização da pesquisa.

Referências

- Scaduto AA, Barbieri V. O discurso sobre a adesão de adolescentes ao tratamento da dependência química em uma instituição de saúde pública. *Cien Saude Colet* 2009; 14(2):605-614.
- Correia ACP, Ferriani MGC. A produção científica da enfermagem e as políticas de proteção à adolescência. *Rev bras enferm* 2005; 58(4):449-453.
- Senna SRCM, Dessen MA. Contributions of human development theories to a contemporary concept of adolescence. *Psic: Teor e Pesq* 2012; 28(1):101-108.
- Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Cien Saude Colet* 2003; 8(3):775-782.
- Haynes RB. Determinants of compliance: the disease and the mechanics of treatment. In: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL, editors. *Compliance in Health Care*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1979. p. 49-62.
- Rand CS. Measuring adherence with therapy for chronic diseases: implications for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. *Am J Cardiol* 1993; 72:68-74.
- Gusmão JL, Mion Júnior D. Adesão ao tratamento-conceitos. *Rev Bras Hipertens* 2006; 13(1):23-25.
- 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.
- Bertolozzi MR, Nichiata LYI, Takahashi RF, Ciosak SI, Hino P, Val LF, Guanillo MCLTUPE. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. *Rev. Esc. Enferm* 2009; 43(2):1326-1330.
- Canzoniere AM. *Metodologia da pesquisa qualitativa na saúde*. Petrópolis: Vozes; 2010.
- Medeiros M. Pesquisas de abordagem qualitativa. *Rev Eletrônica de Enfermagem* [periódico na Internet] 2012 abr-jun [acessado 2014 fev 27]; 14(2):224-225. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v14i2.13628>. 14(2), 224-9.
- Triviños ANS. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas; 1998.
- Fontanella JBJ, 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, organizadores. *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 2010. p. 79-108.
- Bandura A. *Social foundations of thought and action*. Prentice Hall: Englewood Cliffs; 1986.
- Tedesco LA, Keffer MA, Fleck-Kandath C. Self-efficacy, reasoned action, and oral health behavior reports: a social cognitive approach to compliance. *J Behav Med* 1991; 14(4):341-355.
- Abraham C, Sheeran P, Henderson M. Extending social cognition models of health behaviour. *Health Educ Res* 2011; 26(4):624-637.
- Kirscht JP. Preventive health behavior: A review of research and issues. *Health Psychology* 1983; 2(3):277.
- Schunk DH, Carbonari JP. *Self-efficacy models*. In: White KL, editor. *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention*. London: Pitman Books Ltd; 1984.
- Kirscht JP. *The health belief model and predictions of health actions*. In: Gochman DS, editor. *Health behavior*. New York: Springer; 1998.
- Scheier MF, Carver CS, Armstrong GH. In: Behavioral self-regulation, health, and illness. Baum AW, Revenson TA, Singer J, editors. *Handbook of health psychology*. New York: Psychology Press; 2012. p. 79-97.
- Halvari AE, Halvari H, Bjørnebekk G, Deci EL. Motivation for Dental Home Care: Testing a Self Determination Theory Model. *Journal of Applied Social Psychology* 2012; 42(1):1-39.
- Conner M, McEachan R, Jackson C, McMillan B, Wooldridge M, Lawton R. Moderating effect of socioeconomic status on the relationship between health cognitions and behaviors. *Ann Behav Med* 2013; 46(1):19-30.
- Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review* 1977; 84(2):191.
- Ajzen I, Fishbein M. Attitude-behavior relations: A theoretical analysis and review of empirical research. *Psychol bulletin* 1977; 84(5):888.
- Fishbein M, Ajzen I. *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Reading: Addison-Wesley; 1975.
- Ajzen I, Fishbein M. *Understanding attitudes and predicting social behaviour*. New Jersey: Prentice-Hall; 1980.
- Brubaker RG, Wickersham D. Encouraging the practice of testicular self-examination: a field application of the theory of reasoned action. *Health Psychology* 1990; 9(2):154.
- Kanfer FH, Hagerman S. *The role of self-regulation. Behavior therapy for depression: Present status and future directions*. San Diego: Academic Press; 1981.
- O'Leary A. Self-efficacy and health. *Behav Res Ther* 1985; 23(4):437-451.
- Mosher CE, Lipkus I, Sloane R, Snyder DC, Lobach DF, Demark Wahnefried W. Long term outcomes of the fresh start trial: exploring the role of self efficacy in cancer survivors' maintenance of dietary practices and physical activity. *Psychooncology* 2013; 22(4):876-885.
- Parschau L, Fleig L, Koring M, Lange D, Knoll N, Schwarzer R, Lippke S. Positive experience, self efficacy, and action control predict physical activity changes: A moderated mediation analysis. *Brit j health psychol* 2013; 18(2):395-406.
- Gagné R, Briggs L. *Principles of instructional design*. Nova Iorque: Holt, Rinehart and Winston; 1974.
- DeBiase CB. *Dental health education: theory and practice*. Pennsylvania: Lea & Febigertheory; 1991.
- Santos ZMDSA, Silva RMD. *Hipertensão arterial: modelo de educação em saúde para o autocuidado*. Fortaleza: Unifor; 2002.
- Pauleto ARC, Pereira MLT, Cyrino EG. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. *Cien Saude Colet* 2004; 9(1):121-130.
- Junior ALC. Psicologia aplicada à odontopediatria: uma introdução. *Estud Pesq Psicol* 2013; 2(2):46-53.

38. Pico BF, Kopp MS. Paradigm shifts in medical and dental education: Behavioural sciences and behavioural medicine. *Euro J Dent Educ* 2014; 8(1):25-31.
39. Possobon RF, Carrascoza KC, Moraes ABA, Jræ ALC. O tratamento odontológico como gerador de ansiedade. *Psicologia em estudo* 2007; 12(3):609-616.
40. Bosi MLM, Affonso KDC. Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra, os usuários da Rede Pública de Serviços. *Cad Saude Publica* 1998; 14(2):355-365.
41. Haleem A, Siddiqui MI, Khan AA. School-based strategies for oral health education of adolescents-a cluster randomized controlled trial. *BMC oral health* 2012; 12(1):54.
42. 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; 40(1):59-71.
43. Tomita NE, Pernambuco RDA, Lauris JRP, Lopes ES. Educação em saúde bucal para adolescentes: uso de métodos participativos. *Rev Fac Odontol Bauru* 2001; 9(1/2):63-69.
44. Vadiakas G, Oulis CJ, Tsinidou K, Mamai-Homata E, Polychronopoulou A. Socio-behavioural factors influencing oral health of 12 and 15 year old Greek adolescents. A national pathfinder survey. *Euro Arch Paediatr Dent* 2011; 12(3):139-145.
45. 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, 40(1):59-71.
46. Campos CCGD, Souza SJ. Mídia, cultura do consumo e constituição da subjetividade na infância. *Psicol cien e prof* 2003; 23(1):12-21.
47. Granville-Garcia AF, Fernandes LV, Farias TSSD, D'Ávila S, Cavalcanti AL, Menezes VA. Adolescents' knowledge of oral health: a population-based study. *Rev Odonto Ciên* 2010; 25(4):361-366.
48. Powell W, Smith-Doerr L. Network and Economic Life. In: Smelser NJ, Swedberg R, Editors. *The Handbook of Economic Sociology*. Princeton: Princeton University Press; 1994.
49. Castilla EJ, Hwang H, Granovetter M, Granovetter El. Social Networks in Silicon Valley. In: Lee C, Miller WF, Hancock MG, Rowen HS, editors. *The Silicon Valley Edge*. Stanford: Stanford University Press; 2000. p. 218-247.
50. Latour B. *Reagregando o social: uma Introdução à Teoria do ator-rede*. Salvador: Edufba; 2012.
51. Maier C, Laumer S, Eckhardt A, Weitzel T. Giving too much social support: social overload on social networking sites. *Euro J Informat Systems* [serial on the Internet] 2014 march [cited 4th march 2014]. Available from: <http://www.palgravejournals.com/ejis/journal/vaop/ncurrent/full/ejis20143a.html> doi:10.1057/ejis.2014.3
52. Nascimento MR, Oliveira JS, Cenerino A. A influência da imersão social na constituição dos significados do consumo e na adoção de produtos tecnológicos por adolescentes: uma análise teórica a partir da sociologia econômica. *Perspectivas Contemporâneas* 2013; 8(2):22-42.
53. Viner RM, Ozer EM, Denny S, Marmot M, Resnick M, Fatusi A, Currie C. Adolescence and the social determinants of health. *The Lancet* 2012; 379(9826):1641-1652.
54. Souza GBS, Junqueira SR, Araujo ME, Botazzo C. Práticas para a saúde: avaliação subjetiva de adolescentes. *Saúde debate* 2012; 36(95):562-571.
55. 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.
56. Henzell RM, Knight MA, Morgaine KC, Antoun SJ, Farella M. A qualitative analysis of orthodontic-related posts on Twitter. *Angl Orthodont* 2013; 84(2):203-207.
57. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 718, de 20 de dezembro de 2010. *Diário Oficial da União* 2010; 21 dez.

Artigo apresentado em 06/05/2014

Aprovado em 17/03/2015

Versão final apresentada em 19/03/2015