

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

**PERCEPÇÕES, CONHECIMENTOS, COMPORTAMENTOS E
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE E DOENÇA BUCAL
DE ADOLESCENTES**

ELIANE MARIA TEIXEIRA LEITE FLORES

DISSERTAÇÃO APRESENTADA COMO PARTE DOS REQUISITOS
OBRIGATÓRIOS PARA OBTENÇÃO DO
TÍTULO DE MESTRE EM ODONTOLOGIA, NA ÁREA
DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE BUCAL COLETIVA

PROF^a. DR^a. TANIA MARIA DREHMER

ORIENTADORA

Porto Alegre, Agosto de 2001

DEDICATÓRIA

*“... não entra em jogo pensar sobre uma suposta realidade do mundo, simplesmente porque o que interessa é o sentido que damos para as coisas que estão no mundo; e só podemos dar sentido por meio da linguagem. E porque vivemos desde sempre mergulhados num mundo de linguagem, tomamos a linguagem de modo natural, não problemático, transparentemente. Esquecemos que mais do que mediadora, a linguagem constitui, ela cria, a nossa relação com o mundo e conosco mesmos. Mais do que mediatizar, isso é, intermediar ou representar para nós o que é o mundo, **a linguagem constrói o mundo**. Talvez seja melhor dizer que a linguagem constrói o que interessa do mundo, isto é, **constrói os sentidos que damos ao mundo**. Então, isso que dizemos ser a realidade do mundo – que estaria fora de nós e à qual se teria acesso graças ao uso correto da nossa racionalidade – não passa de uma construção do nosso pensamento. E essa construção é feita pela linguagem”.*
(Veiga Neto, 1996: 168)

*Para a Maria Eulália,
que me permitiu conhecer
o outro adolescente*

AGRADECIMENTOS

À Orientadora e amiga Tania Maria Drehmer, por todos os ensinamentos.

Aos adolescentes que participaram tanto da primeira etapa e, particularmente, dos grupos focais que possibilitaram a criação deste trabalho, tornando a realidade agradável.

Aos meus pais pela compreensão e carinho.

Ao amigo José Francisco Rotta Pereira pelas orientações e disponibilidade.

À incansável Ester Helena Corrêa, THD, pela grande colaboração.

À Maria Alice Targa, psicóloga, pelo apoio e dinamismo ao lidar com os grupos.

À Daniela Barbosa, cirurgiã-dentista, pela participação nos grupos focais.

A todos os mestres que fizeram parte desses dois anos de conhecimento, linguagem e construção.

Aos colegas que compartilharam desta tarefa.

À mestre e amiga Salete Pretto que me ajudou a buscar e concretizar um desejo.

Agradecimentos à CAPES pela bolsa proporcionada durante o curso de Mestrado e à FAPERGS pelo suporte financeiro à pesquisa.

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo avaliar as percepções, as representações, os conhecimentos e os comportamentos relacionados com a saúde bucal dos adolescentes alunos de escolas públicas de dois bairros de Porto Alegre para averiguar a possibilidade de participação dos jovens como multiplicadores de saúde no programa docente-assistencial realizado pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Os adolescentes foram avaliados através de dois instrumentos de pesquisa: um questionário e grupos focais que permitiram uma abordagem mais ampla e profunda do tema proposto. Os adolescentes que participaram desta pesquisa foram voluntários e constituíram uma amostra selecionada e intencional em que a representatividade estatística não pode ser considerada. Os resultados mostram que eles manifestam comportamentos que se contrapõe aos bons conhecimentos que possuem a respeito dos cuidados relacionados com a saúde bucal e que a motivação para realizá-los está vinculada com a sociabilização. Demonstraram disponibilidade para transferir seus conhecimentos através de meios interessantes e divertidos, como jogos e encenações teatrais.

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 – Distribuição de adolescentes quanto às respostas sobre os alimentos que costumam comer, os considerados importantes e os ruins para a saúde. Porto Alegre, RS 2000.	92
FIGURA 2 – Distribuição de adolescentes quanto ao que usam para limpar a boca. Porto Alegre, RS 2000.	98
FIGURA 3 – Distribuição de adolescentes quanto ao medo às visitas ao dentista. Porto Alegre, RS 2000.	102

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 – Quadro descritivo dos encontros dos grupos focais. Porto Alegre, RS. 2000.	134
---	-----

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 – Distribuição dos adolescentes do grupo focal segundo a escola, idade e sexo. Porto Alegre, RS. 2000.	74
TABELA 2 – Distribuição da renda média e número (n) de pais dos adolescentes do grupo focal, segundo escolaridade e trabalho. Porto Alegre, RS. 2000.	75
TABELA 3 – Distribuição da renda média e número (n) das mães dos adolescentes do grupo focal, segundo escolaridade e trabalho. Porto Alegre, RS. 2000.	76
TABELA 4 – Distribuição dos adolescentes segundo a condição e a presença dos genitores no domicílio. Porto Alegre, RS. 2000.	76
TABELA 5 – Distribuição das famílias dos adolescentes segundo a condição de moradia (tipo de casa e água encanada no domicílio). Porto Alegre, RS. 2000.	77
TABELA 6 – Distribuição das famílias dos adolescentes segundo a condição de número de carros e inserção do pai no mercado de trabalho. Porto Alegre, RS. 2000.	77
TABELA 7 – Distribuição dos adolescentes segundo a idade e a inserção no mercado de trabalho. Porto Alegre, RS. 2000.	78
TABELA 8 – Distribuição dos adolescentes por sexo, quanto às respostas sobre as funções da boca segundo a ordem das opções. Porto Alegre, RS. 2000.	79
TABELA 9 – Distribuição dos adolescentes quanto à frequência das respostas sobre as causas do mau hálito. Porto Alegre, RS. 2000.	80
TABELA 10 – Distribuição dos adolescentes quanto à frequência das respostas sobre o reconhecimento das palavras de cunho científico. Porto Alegre, RS. 2000.	81
TABELA 11 – Distribuição dos adolescentes quanto à frequência da experiência de cárie e o reconhecimento da cárie como doença. Porto Alegre, RS. 2000.	82
TABELA 12 – Distribuição de adolescentes quanto às razões para limpar os dentes. Porto Alegre, RS. 2000.	83
TABELA 13 – Distribuição de adolescentes quanto aos problemas bucais de maior preocupação. Porto Alegre, RS. 2000.	84
TABELA 14 – Distribuição de adolescentes quanto às causas da cárie dental. Porto Alegre, RS. 2000.	85

TABELA 15 – Distribuição dos adolescentes segundo o sexo e a resposta sobre a transmissão de cárie pelo beijo. Porto Alegre, RS. 2000.	86
TABELA 16 – Distribuição dos adolescentes segundo o sexo e a resposta sobre a transmissão do HIV pelo beijo. Porto Alegre, RS. 2000.	87
TABELA 17 – Distribuição dos adolescentes quanto às respostas de como cuidar dos dentes. Porto Alegre, RS. 2000.	88
TABELA 18 – Distribuição de adolescentes quanto às respostas sobre os motivos mais importantes para escovar os dentes. Porto Alegre, RS. 2000.	89
TABELA 19 – Distribuição de adolescentes quanto às respostas sobre os alimentos que costumam comer, os considerados importantes e os ruins para a saúde. Porto Alegre, RS. 2000.	91
TABELA 20 – Distribuição de adolescentes pelo tipo de lanche que consumiram no dia anterior. Porto Alegre, RS. 2000.	95
TABELA 21 – Distribuição de adolescentes quanto à orientação sobre a qualidade de alimentos e a escolaridade da mãe. Porto Alegre, RS. 2000.	97
TABELA 22 – Distribuição de adolescentes quanto à frequência de escovação e do uso do fio dental. Porto Alegre, RS. 2000.	99
TABELA 23 – Distribuição dos adolescentes quanto às respostas sobre quais as pessoas que lhes ensinaram a escovar os dentes e a usar o fio dental. Porto Alegre, RS. 2000.	100
TABELA 24 – Distribuição de adolescentes quanto às visitas ao dentista em 1999 e 2000. Porto Alegre, RS. 2000.	101
TABELA 25 – Distribuição dos adolescentes quanto ao local de atendimento e o motivo para consultar. Porto Alegre, RS. 2000.	103
TABELA 26 – Distribuição de adolescentes quanto ao local de atendimento e a relação com o seu dentista. Porto Alegre, RS. 2000.	104
TABELA 27 – Distribuição de adolescentes quanto ao gostar de aprender com os estudantes de Odontologia e o local que costumam ser atendidos. Porto Alegre, RS. 2000.	105
TABELA 28 – Distribuição dos adolescentes quanto à resposta se poderiam ensinar a outros sobre hábitos saudáveis e se gostariam de ser agentes de saúde. Porto Alegre, RS. 2000.	116

LISTA DE ABREVIATURAS

CPOD – Índice de dentes cariados, perdidos e obturados.

ESP II – Estágio em Saúde Pública II, Disciplina do 8º Semestre da Faculdade de Odontologia. U.F.R.G.S.

MS – Ministério da Saúde (Brasil)

MSC – Módulo de Serviço Comunitário (Clínica Extra muros do Centro de Pesquisa em Odontologia. Social, órgão auxiliar da Faculdade de Odontologia da U.F.R.G.S).

OMS – Organização Mundial da Saúde

SM – Salário Mínimo

U.F.R.G.S. – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

U.S.P. – Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	II
AGRADECIMENTOS	III
RESUMO	IV
ÍNDICE DE FIGURAS	V
ÍNDICE DE QUADROS	VI
ÍNDICE DE TABELAS	VII
LISTA DE ABREVIATURAS	IX
1 INTRODUÇÃO E OBJETIVO	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1 A ADOLESCÊNCIA	16
2.2 O ADOLESCENTE E A ESCOLA	26
2.3 O ADOLESCENTE E A SAÚDE BUCAL	32
2.4 ABORDAGENS METODOLÓGICAS E TÉCNICAS APLICADAS	48
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
4 SUMMARY	60
5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
6 ARTIGO 1: CONHECIMENTOS, PERCEPÇÕES E HÁBITOS DE SAÚDE BUCAL DOS ADOLESCENTES DE ESCOLAS PÚBLICAS DE DOIS BAIRROS DE PORTO ALEGRE	67
6.1 RESUMO	68
6.2 SUMMARY	69
6.3 INTRODUÇÃO E OBJETIVO	70
6.4 METODOLOGIA E POPULAÇÃO ESTUDADA	71
6.5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	73
6.6 CONCLUSÕES	107
6.7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	109
6.8 ANEXO 1: APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	112
ANEXO 2: AUTORIZAÇÃO DOS PAIS	113
ANEXO 3: QUESTIONÁRIO	114

7 ARTIGO2: PERCEPÇÕES, REPRESENTAÇÕES E COMPORTAMENTOS EM SAÚDE BUCAL DOS ADOLESCENTES DE ESCOLAS PÚBLICAS DE DOIS BAIROS DE PORTO ALEGRE	120
7.1 RESUMO	121
7.2 SUMMARY.....	123
7.3 INTRODUÇÃO E OBJETIVO	125
7.4 METODOLOGIA E POPULAÇÃO ESTUDADA	128
7.5 ANÁLISE DOS TEMAS ABORDADOS NOS GRUPOS FOCAIS	134
7.6 CONCLUSÕES	170
7.7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	172
7.8 ANEXO 1: APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	175
ANEXO 2: AUTORIZAÇÃO DOS PAIS	176
ANEXO 3: GUIA DE PERGUNTAS.....	177

1 INTRODUÇÃO E OBJETIVO

As diferenças em saúde existentes entre as pessoas não dependem somente dos serviços médicos e odontológicos, da genética, ou dos fatores comportamentais e psicológicos de risco. A saúde das populações é influenciada por fatores políticos, econômicos, culturais e psicosociais, o que se comprova historicamente (Marcenes, Bönecker, 2000).

Esses fatores estão inter-relacionados e interdependentes e, em 1986, foram expressos na Carta de Ottawa para Promoção de Saúde, com a intenção clara de relacionar ganhos de saúde com mudanças políticas, sociais e econômicas em uma abordagem ambiental e em amplos termos ecológicos que assegurem a saúde global (Moysés e Watt, 2000).

De acordo com a Declaração de Alma Ata, em 1978 (Moysés e Watt, 2000), é essencial a ampliação da participação popular no planejamento e a implementação de ações de cuidados de saúde. Um planejamento estratégico, integral e dirigido aos fatores de risco de uma população possibilita que os indivíduos aumentem o controle e melhorem a sua saúde, escolhendo o que é mais prático, adequado e saudável, conforme Sheiham (1996) e Moysés e Watt (2000).

Uma das contribuições da promoção de saúde é a educação que visa a ampliar o entendimento sobre saúde, concorrendo para o processo em que a comunidade aumente a sua habilidade de resolver seus próprios problemas com competência e intensifique sua própria participação. Essa atividade pode ser desenvolvida em espaços diversos, como escolas, por exemplo, que passam a ser ambientes que

permitem expandir e fortalecer a saúde, através de um trabalho coletivo e participativo com toda a comunidade escolar: alunos, pais, professores, funcionários e profissionais de saúde (Sheiham e Moysés, 2000).

Watt e Fuller (1999) indicam que a construção de políticas públicas de saúde, a criação de ambientes de vida adequados, o reforço da ação da comunidade, e o desenvolvimento de habilidades pessoais ou a reorientação dos serviços de saúde bucal são chaves para conquistar uma melhor saúde para o indivíduo. A esses fatores acrescentam a prática dos clínicos para identificar as necessidades particulares de cada paciente e a adequada educação em saúde bucal. Uma comunidade, assim, deve usar todas as estratégias que um programa de promoção de saúde pode oferecer, aliando as políticas existentes aos recursos disponíveis.

Uma aproximação ampla com a comunidade, que incorpore os princípios de integração com educação geral e educação em saúde e que utilize a participação da comunidade no planejamento, coloca, em primeiro plano, a investigação sobre o conhecimento das percepções, conceitos, opiniões, expectativas e representações sociais do universo cultural das pessoas a serem atingidas (Westphal, Bogus e Faria, 1997).

A Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul realiza desde 1983, um programa de atendimento clínico-odontológico no Módulo de Serviço Comunitário (MSC) e educativo-preventivo em escolas localizadas nos bairros Lomba do Pinheiro e Agronomia, que visa à prevenção e à cura das morbidades bucais.

Nesse programa, tem se observado que os adolescentes, alunos da 5ª série em diante, depois de participarem, quando crianças com empenho das atividades

educacionais desenvolvidas os acadêmicos de Odontologia do 8º semestre, passam a demonstrar indiferença às exposições dos futuros dentistas sobre o tema saúde bucal, e ao tratamento preventivo e curativo que lhes é facilitado.

Entender as causas desse comportamento permitiria adequar a ação do programa às suas necessidades. Focalizar a atenção nesses adolescentes justifica-se então, pela postura controvertida e de resistência ao programa de atenção odontológica.

Nesse programa, é possível visualizar ainda *adolescentes* cuidando de *adolescentes*. Os escolares desfavorecidos economicamente são educados e tratados por *adolescentes* universitários que desenvolvem trabalhos nessa comunidade e que se originam, por sua vez, de classes sociais mais favorecidas. São jovens educando jovens de comunidades diferentes das suas.

Investigar as percepções, o comportamento, o conhecimento e as representações da saúde/doença bucal dos adolescentes escolares da Lomba do Pinheiro e Agronomia, bem como a percepção do papel dos universitários nesse trabalho com a comunidade passou a ser essencial para buscar a solução dos problemas descritos anteriormente. O conhecimento dessas questões básicas também é fundamental para, em momento futuro, planejar, de forma adequada e estratégica, a participação desse escolar, como multiplicador de saberes em saúde na comunidade e para integração da família e da escola em um contexto ecológico e participativo.

Para isso foram utilizados dois instrumentos de pesquisa: um questionário, adaptado do questionário de Brew (1999) para as condições deste estudo, e a técnica do grupo focal.

A diversificação dos instrumentos justificou-se pela necessidade de se avaliar o conhecimento formal dos adolescentes em função do programa que vem sendo realizado, como também de se analisarem as percepções, as atitudes e sentimentos que determinam os comportamentos em relação à saúde/doença, buscando a validação dos resultados e conclusões.

Os resultados dessas intervenções serão apresentados da seguinte forma:

- a) Revisão de Literatura a respeito da adolescência e de suas peculiaridades, percepções sobre saúde bucal, a técnica de grupo focal e sobre representações sociais;
- b) Apresentação de parte dos resultados obtidos neste estudo na forma de dois artigos para publicação em revistas científicas, o primeiro com os dados obtidos do questionário e o segundo com a análise dos diálogos entre os adolescentes nos grupos focais.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura será desenvolvida em seções para contemplar os diversos assuntos que concorrem para o esclarecimento do tema pesquisado. No decorrer do capítulo, serão tratados os temas relacionados aos problemas que envolvem a adolescência, a educação, a saúde e as percepções dos adolescentes, bem como uma revisão sobre as abordagens metodológicas e técnicas aplicadas neste estudo, ou seja, o questionário, a técnica de grupos focais, as representações sociais e a análise denominada de hermenêutica dialética.

2.1 A Adolescência

No início do século XX, aconteceram grandes mudanças socioeconômicas promovidas pela urbanização e industrialização. Nessas sociedades, a adolescência passa a se consolidar como uma fase da vida humana com características peculiares e semelhantes. (Domingues, Santos e Alvarenga, 1998).

A adolescência é o período que se situa, psicológica e culturalmente, entre a infância e a vida adulta, ao invés de, apenas, uma faixa etária específica. É um período de transição em que a criança se modifica física, mental e emocionalmente, tornando-se um adulto. A faixa etária é imprecisa quanto a seus limites. Se as modificações corporais da puberdade forem incluídas nos anos de adolescência, esta inicia antes dos 12 anos. No caso das meninas, em algumas, a puberdade começa aos 8 ou 9 anos e, na outra extremidade, temos jovens entre 18 e 25 anos. O momento dessa transição difere entre as sociedades e entre os indivíduos de uma mesma cultura. Esse estágio costuma ser um tanto prolongado em meios sociais mais

favorecidos, tanto pelo ingresso na universidade como pela não independência econômica. Segundo Bee (1997), por serem surpreendentes as mudanças físicas e emocionais que são parte dessa transição, o período da adolescência adquiriu uma reputação tempestuosa e estressante, o que não é exagerado, tal a importância do processo.

Blos (1996), resumidamente, diz que a puberdade é um ato da natureza, e a adolescência, um ato do homem, o que enfatiza o fato de que nem o término do crescimento físico, nem o alcance do funcionamento sexual, nem o papel social da auto-suficiência econômica são, por si só, referências confiáveis para o término do processo adolescente. O autor informa também sobre a história da palavra adolescente, que significa literalmente *tornar-se adulto* e que apareceu, pela primeira vez, em um dicionário inglês em 1482. A palavra adolescência era usada para se referir ao período entre a infância e a vida adulta, estendendo-se dos 14 aos 25 anos, no homem, e dos 12 aos 21, na mulher.

Em Outeiral (1994, p. 32), encontra-se o que Anna Freud* escreveu a respeito do que é normal na adolescência:

...direi que considero normal que um adolescente se comporte durante um longo período de maneira incoerente e imprevisível; que se oponha a seus impulsos e os aceite; que consiga evitá-los e se sinta submetido a eles; que ame seus pais e os odeie; que se rebelde contra eles e que dependa deles; que se sinta envergonhado de reconhecer sua mãe frente aos demais e que inesperadamente, deseja de todo coração falar com ela; que busque a imitação e a identificação com outros, enquanto busca sem cessar sua

*Freud, A. On Adolescence, 1957 apud Outeiral, 1994.

contrário, egocêntrico, egoísta e calculador. Estas flutuações entre extremos opostos seriam altamente anormais em qualquer época da vida; porém, neste momento, significam simplesmente que é necessário um largo período para que surja a estrutura adulta da personalidade, que o ego do indivíduo não cessa de experimentar e que não deseja fechar-se prematuramente a novas possibilidades... Em minha opinião é necessário dar-lhes tempo e meios para que elaborem suas próprias soluções. Talvez sejam seus pais que devam receber ajuda e orientação... Existem poucas situações na vida que sejam mais difíceis de enfrentar que a de um filho ou uma filha adolescente que luta por liberar-se.

Anna Freud* (Outeiral, 1994) afirma que é muito difícil assinalar o limite entre o normal e o patológico na adolescência e considera que, na realidade, toda a comoção desse período da vida deve ser considerada como normal, assinalando também que seria anormal a presença de um equilíbrio estável durante o processo adolescente. Acrescentam Aberastury e Knobel (1992) que a estabilização da personalidade não é conseguida sem passar por um certo grau de conduta patológica, que deve ser considerada inerente à evolução normal dessa etapa da vida.

O adolescente passa por desequilíbrios e instabilidades extremas, alterna períodos de altivez, introversão, audácia, timidez, descoordenação, urgência, desinteresse e apatia, que se sucedem ou são simultâneos com conflitos afetivos e crises religiosas nas quais podem oscilar do ateísmo anárquico ao misticismo fervoroso, intelectualizações e postulações filosóficas, ascetismo, condutas sexuais dirigidas para o heteroerotismo e até para homossexualidade ocasional.

Essa sintomatologia foi denominada de *Síndrome Normal da*

*Freud, A. On Adolescence, 1957 apud Outeiral, 1994.

Adolescência por Aberastury e Knobel (1992).

O elemento sócio-cultural influi com um determinismo específico nas manifestações da adolescência, mas é importante considerar que existe um embasamento psicológico que lhes dá características universais. Em síntese, as características da adolescência pela descrição da sintomatologia que integraria esta assim dita *síndrome* são as que seguem, conforme os autores:

1) busca de si mesmo e da identidade; 2) tendência grupal; 3) necessidade de intelectualizar e fantasiar; 4) crises religiosas que podem ir desde o ateísmo mais intransigente até o misticismo mais fervoroso; 5) deslocação temporal, em que o pensamento adquire as características de pensamento primário; 6) evolução sexual manifesta, que vai do auto-erotismo até a heterossexualidade genital adulta; 7) atitude social reivindicatória com tendências anti ou associais de diversas intensidades; 8) contradições sucessivas em todas as manifestações da conduta, dominadas pela ação, que constitui a forma de expressão conceitual mais típica desse período da vida; 9) uma separação progressiva dos pais; e 10) constantes flutuações do humor e do estado de ânimo.

Ao enunciarem essas características fundamentais das situações descritas acima como sintomas, aceitam deliberadamente a contradição que significa o associar *síndrome*, que implica entidade clínica, com *normalidade*, que, em oposição significaria estar fora da patologia. Entretanto, o convívio social e as estruturas institucionais mostram que as normas de condutas estão estabelecidas, manejadas e regidas pelos indivíduos adultos desta sociedade. É sobre esse ponto de vista regente e normativo dessa intercorrelação de gerações que os autores refletem sobre a condição seminormal ou semipatológica da conduta juvenil, mas que, sob o ponto de

vista da psicologia evolutiva e da psicopatologia, aparece realmente como algo coerente, lógico e normal.

Os autores interpretam que o mundo desejado e temido dos adultos para o adolescente significa a perda definitiva de sua condição de criança. É um momento crucial na vida do Homem e constitui a etapa decisiva do processo de desapego, que começou com o nascimento. Começa a surgir a sua nova identidade ao aceitar, simultaneamente, seus aspectos de criança e de adulto e as mudanças inevitáveis do seu corpo. Esse longo processo de busca de identidade ocupa grande parte da sua energia.

As lutas e rebeliões externas do adolescente não são mais do que reflexos dos conflitos de dependência infantil que intimamente ainda persistem; os processos de luto pela perda do corpo infantil obrigam a atuações que têm características defensivas e assumem um caráter patológico.

O corpo, segundo Aberastury e Knobel (1992), não pode estar dissociado dessa equação do processo da definição de si mesmo e da identidade. Pode-se aceitar que, na puberdade, ocorram mudanças físicas em três níveis fundamentais, que são: um primeiro nível, em que a ativação dos hormônios gonadotróficos da hipófise anterior produz o estímulo fisiológico necessário para a modificação sexual que ocorre nesse período da vida; no segundo nível tem-se as conseqüências imediatas da secreção do hormônio de crescimento da mesma hipófise, a produção de óvulos e espermatozoides maduros e também o aumento de secreção de hormônios adrenocorticóides como resultado da estimulação do hormônio adrenocorticotrófico.

No terceiro nível, encontram-se o desenvolvimento das características sexuais primárias (com o aumento do pênis, dos testículos, ou do útero e da vagina) e o

desenvolvimento das características sexuais secundárias (com o amadurecimento dos seios, a modificação da cintura escapulária e pelviana, o crescimento do pêlo pubiano, as mudanças de voz), aos quais devem-se acrescentar as modificações fisiológicas em geral e as mudanças de tamanho, peso e proporção do corpo que acontecem nesse período vital. O esquema corporal é o resultado da realidade intrapsíquica do sujeito, ou seja, é a representação mental que o sujeito tem do próprio corpo como consequência de suas experiências em contínua evolução.

A insatisfação do adolescente com sua aparência física é reconhecida por todos. Em virtude das intensas modificações biológicas pubescentes, o jovem vê-se obrigado a assistir passivamente a toda uma série de transformações que se operam em seu corpo. Sentimentos de estranheza consigo próprio e de impotência frente a essa realidade levam o adolescente a experimentar uma nova mente e novas vivências (Costa e Souza, 1998).

Sadigursky e colaboradores (1998) salientam que a nutrição na adolescência tem importantes implicações na estrutura da auto-imagem, na idéia que o jovem faz de si mesmo e do seu próprio corpo. O adolescente adquire 25% da estatura e 50% do peso definitivos. Um padrão de beleza representado pela silhueta magra faz com que os adolescentes optem por dietas restritivas inadequadas. Hábitos alimentares nocivos à saúde, como a alta ingestão de alimentos chamados de lanches ou *fast food*, e o uso de bebidas alcoólicas, principalmente em idade precoce, têm sido responsáveis pela desnutrição, obesidade e descontrole de peso atualmente com alta prevalência entre os jovens.

O adolescente imita e procura a semelhança dos que admira e identifica como modelo ou ídolo. Através dessa identificação, encontra a si mesmo, descobrindo o

seu verdadeiro papel. Assim, chega saber o que é e o que desejaria ser. Nessa época, segundo Ferreira, (1995), os jovens raramente se identificam com os pais. Adquirindo a identidade do grupo, o adolescente defende-se contra a difusão de papéis e consegue vencer as dificuldades do momento. O fenômeno grupal adquire uma importância transcendental, já que transfere ao grupo grande parte da dependência que anteriormente mantinha com a estrutura familiar e especialmente com os pais. O grupo resulta útil para as dissociações, projeções e identificações que seguem ocorrendo no indivíduo, mas com características que diferem das infantis. O grupo constitui assim a transição necessária no mundo externo para alcançar a individualização adulta. Depois de passar pela experiência grupal, o indivíduo poderá começar a separar-se da turma e assumir a sua identidade adulta.

Outeiral (1994) enfatiza, no entanto, que, na verdade, os principais modelos para a construção da identidade são os pais e que a organização da identidade é um processo que, como os demais acontecimentos da adolescência, se dá com *turbulências*, com *idas e vindas*, provocando perplexidade e confusão nos adultos.

O crescimento pessoal, com sua crise de identidade, não pode ser separado das mudanças que ocorrem na sociedade ao longo do seu desenvolvimento, porque estão inter-relacionadas e manifestam-se reciprocamente. Segundo Erikson (1976), há uma interação psicossocial, uma conexão entre o desenvolvimento do indivíduo e o processo histórico. Os adolescentes, como ninguém, são a revelação ou até mesmo a caricatura de nosso tempo presente. A adolescência nunca acontece num vácuo social, (APPOA, 1995).

Durante a adolescência, a criança passa gradualmente do invólucro familiar para o invólucro social, que é eminentemente impessoal, e, nessa transição, pode ser

observado o surgimento equilibrado de respostas afetivas a assuntos morais, sociais e ideológicos (Rassial,1995).

Blos (1996, p.141) afirma que:

...nenhum adolescente, em nenhum momento de sua jornada, pode desenvolver-se bem, sem estruturas sociais prontas para recebê-lo, oferecendo-lhe a autêntica credibilidade com a qual possa identificar-se ou opor-se. O extremismo das atitudes e ações de adolescentes, entretanto, não é determinado exclusivamente pela história de vida do indivíduo. A condição contemporânea da sociedade, qualquer que seja o seu caráter, é um fator contribuinte decisivo no seu comportamento.

Aberastury e Knobel (1992) refletem que, com todo esse conflito interno descrito, o adolescente se enfrenta com a realidade de um mundo de adultos que ao sentirem-se atacados, julgados, incomodados e ameaçados por essa onda de crescimento, costumam reagir com total incompreensão, com rejeição e com reforço da autoridade. Nessa circunstância, a atitude do mundo externo será decisiva para facilitar ou obstaculizar o crescimento. A violência dos estudantes não é mais do que a resposta à violência institucionalizada das forças da ordem familiar e social. A sociedade em que vivemos, com seu quadro de violência e destruição, não oferece garantias suficientes de sobrevivência e cria uma nova dificuldade para o desprendimento e a independência. O adolescente, cujo destino é a busca de ideais e de figuras ideais para identificar-se, depara-se com a violência e o poder e também os usa.

Esses mesmos autores explicam que o adolescente quer planejar a vida, controlar as suas mudanças e precisa adaptar o mundo externo às suas necessidades imediatas, o que explica o seu desejo de reformas sociais. O adolescente, à medida

que se insere no mundo social do adulto, vai definindo a sua ideologia e personalidade com suas modificações internas e seu plano de reforma.

Segundo Rassial (1995), quando uma criança entra no processo de adolescência, coloca em questão de forma radical sua identidade, nos seus registros do real, simbólico e imaginário. A crise da adolescência é como paradigma de todas as crises de identidade, a identidade dos pais, a do casal social e a da família na sociedade.

Conforme o pensamento de Outeiral (1994), os adolescentes constituíram sempre um elemento importante das transformações sociais. A acuidade capaz de apreender as dificuldades da sociedade em geral e da microsociedade que é a família em particular, faz do adolescente um crítico agudo, mordaz, irônico, sutil e, por vezes, violento do *establishment*. As misérias, a desnutrição e as injustiças sociais são também demonstrações das agruras por que passam muitos jovens. Os jovens são, por isso, mobilizados, em função de suas mudanças internas e da percepção aguda e crítica dos desajustes da sociedade a atuar como transformadores sociais, querem transformar a si próprios, aos outros e ao mundo como um todo.

Segundo Luz (1993), uma ordem social estruturalmente rígida e aparentemente liberal, como a que se pode perceber em nossas sociedades, tende a considerar a juventude com desconfiança e hostilidade e o adolescente inicialmente como um problema a ser tratado. As fronteiras da adolescência, que foram alargadas, respondem aos interesses sociais ou às crises que se desenvolvem na sociedade nos níveis econômico, político, institucional e cultural. O aumento da fase da adolescência exprime a incapacidade do aparelho produtivo atual de absorver na ordem econômica as novas camadas de jovens que chegam ao mercado de trabalho.

A possibilidade de encontrar um emprego recua sempre no horizonte, para os universitários e torna-se miragem para os não qualificados. Um círculo vicioso de exclusão é criado para o jovem; por um lado, a ordem econômica e social não consegue incluí-lo no dinamismo do sistema; por outro lado, considera, através de mecanismos de punição e depreciação, que a juventude é naturalmente alienada, ou inclinada a *maus hábitos* (fumo, drogas, desregramento sexual e violência).

A autora complementa que o jovem saudável, estudioso, produtivo, consumidor comportado, eterno namorado ousado é um exemplo de estratégia política de marketing destinada a essa faixa etária restrita. O seu retrato negativo de rebelde vicioso ou viciado, delinqüente, perigoso é produzido e atinge outras faixas populacionais (menor nas classes médias, maior nas classes populares). Nas nossas sociedades, os jovens representam a esperança de superação das contradições mais persistentes.

Não seria a escola o lugar ideal para a *atuação dos adolescentes*, como um palco em que se permitiria que a tendência grupal unida às suas habilidades naturais, espontaneidade, criatividade e desejo de mudança lhes viabilizasse, através da realização de programas direcionados à saúde, integrá-los como transmissores dos conhecimentos científicos disponíveis? Nessa direção é que se pretende seguir, mas para isso necessita-se conhecer as percepções e comportamentos dos adolescentes das escolas em que se trabalha.

2.2 O Adolescente e a Escola

É na adolescência que se adquire a consciência de colaborar ativamente com a cultura. Em termos educacionais, Piaget*, citado por Ferreira,(1995, p. 122), afirma que:

...o pleno desenvolvimento da personalidade sobre os aspectos mais intelectuais é indissociável do conjunto de relações afetivas, sociais e morais que constituem a vida na escola.

Na escola, o adolescente assume, em grupo, um papel mais amplo que o usual. Não é apenas um fator de adaptação do jovem ao meio ambiente, pois é um importante processo de desenvolvimento intelectual que estimula a reorganização mental do adolescente. Seu pensamento torna-se objetivo e de fácil comunicação, assimilando tudo que o ambiente pode lhe dar em conhecimento e adaptação. Logo as suas atividades de grupo podem modificar a sua relação com a sociedade (Ferreira, 1995).

A escola oportuniza não só a relação com o saber, mas, como uma atividade grupal, tem também funções de socialização. O adolescente encontra, na micro-sociedade da escola, um sistema de forças que atuam sobre ele, onde, entre outras coisas, ele reedita seu ciúme fraterno, compete, divide, rivaliza, oprime e é oprimido, isto é, reproduz o sistema social (Outeiral, 1994).

Bronfenbrenner (1996) comenta que o desenvolvimento humano envolve uma mudança nas características da pessoa, uma mudança que não é efêmera nem ligada à situação; ela implica uma reorganização que tem certa continuidade ao longo do tempo e do espaço. A mudança acontece em dois domínios: o da percepção e o da ação.

*Piaget, J. Psicologia e Epistemologia. Rio de Janeiro: Forense, 1973. 113p. apud Ferreira, 1995

Conforme o autor, sempre que a posição da pessoa é alterada como resultado de uma mudança de papel, do ambiente, ou de ambas, ocorre uma transição. O desenvolvimento humano é o processo através do qual a pessoa adquire uma concepção mais ampliada, diferenciada e válida do meio ambiente e se torna mais motivada e mais capaz de se envolver em atividades que integram, sustentam ou reestruturam o ambiente em que vive.

O autor propõe que a escola permita a participação do jovem no aprendizado de novas tarefas, por exemplo, de executar os cuidados com os mais novos ou os mais velhos, que poderiam ser executadas tanto na escola como na comunidade exterior. O mais importante seria que os jovens cuidadores viessem a conhecer as circunstâncias em que vivem as pessoas sob seus cuidados e os outros indivíduos de sua vida. A relevância do enfoque do autor reside no seu próprio argumento de que nenhuma sociedade pode se sustentar muito tempo a menos que seus membros tenham aprendido as sensibilidades, motivações e habilidades envolvidas na ajuda e no atendimento aos outros seres humanos.

As referências fornecidas pelas contribuições da escola funcional das representações sociais e pelos resultados relevantes da pesquisa intercultural sobre educação e cidadania realizada pela Unesco/IBE-Genebra (1996) permitem, conforme Albala-Bertrand (1996), esboçar um modelo didático integrador. Compreender o mundo e finalmente mudá-lo consiste em perceber o significado da realidade no âmbito de uma sociedade e de uma cultura ou mesmo através das várias culturas que integram esta sociedade.

Uma educação eficaz não ignora os regulamentos sociais do processo de aprendizagem. Em seu relato da dinâmica sócio-cognitiva, Doise *(1992), citado por Albala-Bertrand (1996, p.127), propõe o que denomina de causalidade espiral cumulativa, que seria nas suas próprias palavras, o que segue:

...em cada estágio de seu desenvolvimento, o indivíduo pode, graças a habilidades específicas, participar de interações sociais relativamente complexas, que podem originar novas habilidades individuais, que também podem ser melhoradas durante a participação nas interações sociais.

Veldhuis (1996) realiza projetos interativos de cidadania para jovens em idade escolar na Europa Setentrional. O autor acredita no alto valor formador em qualquer campo de aprendizagem como complemento efetivo do currículo adotado, da experiência prática de situações vivenciadas pelos jovens, que através da avaliação dos meios para a resolução dos seus problemas, podem optar pelas melhores decisões e podem influenciar os outros a adotar seus procedimentos. Aprender *fazendo* parece ser particularmente eficiente como abordagem didática e pedagógica em situações complexas como as representadas pela construção da cidadania.

Projetos nacionais, como o da Casa do Adolescente (Becker e Takiuti, 1998) visam a promover a qualidade de vida e a saúde integral do adolescente preconizada pela OMS. Estratégias como *o agir preventivamente*, já no desenvolvimento do diálogo com professores e a formação de adolescentes multiplicadores de orientações científicas e técnicas, constitui um plano de ação do Programa de Atendimento Saúde

*Doise, W. Representations sociales et analyse des données. Grenoble, França: Universitaires de Grenoble. 1992 apud Albala-Bertrand .L., 1996

Integral do Adolescente da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

Esse programa é oferecido pela equipe multidisciplinar da Casa do Adolescente dentro das escolas que incluem, também, os conhecimentos sobre prevenção em problemas bucais.

O trabalho com adolescentes multiplicadores desenvolvido por Alves (2000) teve como objetivo desenvolver ações que pudessem levar adiante a conscientização da comunidade como um todo para despertar o interesse na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo a AIDS, a drogadição e a gravidez na adolescência. Os adolescentes foram treinados com a ajuda de funcionários das Unidades de Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde. Feiras de saúde foram realizadas para atingir um maior número de pessoas da comunidade ligadas à Unidade de Saúde Moradias da Ordem, Rio de Janeiro. As feiras promoveram a mulher e o adolescente. Os estudantes foram assessorados por profissionais da saúde e de outras áreas, como assistentes sociais e psicólogos.

Segundo Gadotti (2000), no atual contexto brasileiro de discussão sobre os parâmetros curriculares nacionais, é necessário discutir o paradigma da educação popular, evidenciando a sua potencialidade frente à concepção dominante de educação, que reforça, na prática, a exclusão social e a insolidariedade humana. O autor reafirma também a necessidade de uma ação comunicativa que não negue a existência dos conflitos de classe, pois elas continuarão existindo enquanto houver classes sociais. A educação comunitária representa uma grande força, tanto em termos educacionais quanto em termos sociais, políticos e econômicos, no caminho da promoção da equidade, isto é, no entendimento entre os diferentes.

Meyer (2000) enfatiza, também, que a capacitação de recursos humanos tem apresentado melhores resultados quando estão associados às oficinas de vivências e a informações específicas. A técnica de *oficinas com vivências* permite a elaboração do conteúdo apresentado pelo grupo, além de trabalhar a sensibilidade como etapa inicial de uma capacitação sem cair no simplismo do treinamento mecanicista de habilidades. É importante executar programas de prevenção que trabalhem o emocional e o afetivo como meio de atingir as mudanças ou a estruturação de novos hábitos de sentir, pensar e viver. A educação preventiva que a escola pode fazer compreende intervenções nos diferentes níveis de prevenção, abrangendo todas as faixas etárias da infância ao adulto jovem, com ações que compreendem a informação específica sobre drogas, por exemplo, assim como as referentes ao cotidiano que envolvam relacionamentos, cuidados com o corpo, comunicação, sexualidade. Trabalhar a auto-estima, assim como resgatá-la, quando necessário, será sempre mais fácil quando estruturas construídas na infância estiverem disponíveis.

De acordo com a Coordenação Nacional de DST e AIDS do Ministério da Saúde (BRASIL,1997), a escola tem um papel fundamental na prevenção dessas doenças, porque a população escolar está reunida durante um período de tempo, quase diariamente, e distribuídas em faixas etárias concentradas. Quanto à prevenção, indicam que é mais fácil trabalhar o conhecimento, as atitudes e as práticas preventivas com as crianças e adolescentes do que modificar hábitos de pessoas adultas; os adolescentes apresentam diferentes interesses, entendimentos e visões errôneas sobre os perigos de DST, AIDS e drogas, que, muitas vezes, estão longe das ações que efetivamente promovem a prevenção, encontrando-se assim mais expostos ao risco da infecção.

Outro aspecto levado em consideração pelo Ministério da Saúde (BRASIL,1997) é de que a prevenção precisa acontecer no convívio social, e a influência dos pares é fundamental para a formação de uma cultura de prevenção entre os grupos, sejam os mais atingidos ou não. As lideranças adolescentes, geralmente, são vistas por seus colegas como exemplo. O treinamento desses líderes, no desenvolvimento de atividades educativas em prevenção de DST, AIDS e drogas junto a seus colegas da escola e da comunidade, tem se mostrado eficiente.

O fato de o uso de drogas estar se iniciando cada vez mais cedo entre os jovens e sem distinção de classe socioeconômica está indicando aos pais e educadores a necessidade de se prevenir o seu uso e, conseqüentemente, a contaminação pelo HIV.

Foi observado, também, que os pais, na maioria dos casos, se sentem inseguros e despreparados para trabalhar as questões referentes a AIDS, sexualidade e uso de drogas com seus filhos, transferindo essa responsabilidade para a escola (BRASIL, 1997).

Em estudo realizado em Pelotas, os dados apontaram, também, para a necessidade de intensificar, junto aos adolescentes, ações de intervenção de natureza educativa, objetivando a disseminação de informação, a mudança de atitudes no que toca à prevenção de DST e AIDS, o estímulo ao diálogo e o desenvolvimento de sentimentos de respeito e solidariedade (Silva, 1998).

Pode-se concluir, portanto, que a escola representa um ambiente educacional e social propício para trabalhar o conhecimento e as mudanças de comportamento, visto que ela pode exercer sua influência educativa sobre as crianças, adolescentes,

atingindo suas famílias e a comunidade de um modo geral, através da transmissão de valores culturais às novas gerações (BRASIL, 1997).

2.3 O Adolescente e a Saúde Bucal

Nos últimos 30 anos, tem havido um crescimento constante de pesquisas de avaliações não clínicas na área da Odontologia. Os estudos apresentados em ordem cronológica, a seguir, estão direcionados a avaliar os conhecimentos, as percepções, os hábitos e os comportamentos, assim como a ansiedade e o desconforto experimentado em relação à saúde/doença bucal, principalmente entre os jovens.

Roder, em 1969, em estudo sobre percepções em saúde bucal evidenciou que crianças australianas tinham hábitos de higiene dentais muito aquém do ideal e que, embora conscientes das recomendações sobre os cuidados necessários para a manutenção da saúde, revelaram uma falta de confiança nos benefícios de tais práticas.

Brunswick e Nikias, em 1975, confirmaram a importância de estudos sobre comportamento em relação aos cuidados bucais, como, também, quanto à autopercepção de necessidades. Relataram que os resultados das avaliações de dentistas e a auto-avaliação de saúde bucal de adolescentes do Harlem eram concordantes quanto às condições de saúde desses jovens em relação aos dentes, o que é menos verdadeiro para as condições gengivais, que não eram percebidas.

Linn encontrou, em 1976, que $\frac{3}{4}$ dos 2500 adolescentes pesquisados, em escolas públicas de Minneapolis, julgavam ser possível a prevenção da cárie e mostraram uma falta de conhecimento do que é necessário para a saúde bucal ideal. Quase todos escovavam os dentes, a maioria deles visitava o dentista para revisões, e

poucos tinham conhecimento sobre placa bacteriana. Consideravam a aparência mais importante do que a saúde como razão para escovar os dentes.

Em estudo com adolescentes sobre a relação entre a frequência do consumo de lanches, as variáveis socioeconômicas e o aumento de cárie, Clancy e colaboradores, em 1977, observaram, no estado de Nova York, uma associação positiva entre o aumento do CPOD (índice de dentes cariados, perdidos e obturados) o consumo de açúcar e o gasto para comprá-los.

Em 1979, Ainamo e Parviainen publicaram um estudo sobre hábitos de saúde bucal em crianças de áreas fluoretadas na Finlândia. Enquanto as meninas escovavam os dentes com mais frequência que os meninos, em todos os grupos, a alta frequência de escovação estava associada aos baixos escores de placa visível e de sangramento gengival. Nenhuma correlação foi encontrada entre a frequência de escovação e os escores de experiência passada de cárie.

Hodge, Holloway e Bell, em 1982, relataram que a escovação foi encontrada como sendo parte integrante dos hábitos de higiene e dos cuidados com a aparência, dependendo da influência familiar e principalmente da mãe e do grupo de colegas, em 376 adolescentes da Inglaterra. A escovação, provavelmente, não está fortemente relacionada à saúde pela falta de conhecimento sobre os dentes. A descrença de que a escovação preserva a dentição e a crença de que a perda dental é inevitável com o envelhecimento estão associados.

Honkala, Rimpelä e Pasanen, em 1984, pesquisando adolescentes finlandeses durante cinco anos, observaram que a educação em saúde teve um pequeno efeito nos hábitos de escovação e em suas variáveis condicionantes, embora o tempo gasto na educação da saúde dental tenha aumentado no mesmo período de observação. A

percentagem de adolescentes que usaram o fio dental diariamente entre 1977/81 não aumentou, apesar de que, à medida que as crianças cresciam, tinham mais cuidados bucais. A proporção de usuários esporádicos do fio dental aumentou em 11% no mesmo período.

Cushing, Sheiham e Maizels (1986), em uma amostra que incluiu jovens de 16 anos e homens e mulheres de até 60 anos, somando 414 pessoas do Norte da Inglaterra, pesquisaram o desenvolvimento de indicadores de impacto que surgem da doença bucal e as experiências das pessoas em termos de dor, ansiedade e disfunção. Quase $\frac{3}{4}$ da amostra experimentou um ou mais dos problemas investigados. Os desconfortos relatados, mais prevalentes, foram os causados pela impacção de resíduo alimentar e pelo estímulo provocado pelo frio.

Stouthard e Hoogstraten, em 1990, investigaram, em homens e mulheres acima de 16 anos, na Holanda, a prevalência da ansiedade ao tratamento dentário e identificaram pacientes com alto e baixo nível de ansiedade segundo as variáveis socioeconômicas e de saúde oral. Aproximadamente 40% da população experimentou um certo grau de ansiedade em relação ao tratamento dentário, e mais da metade pode ser considerada altamente ansiosa. Os mais jovens assim como as mulheres são mais ansiosos que os mais velhos. Pacientes com baixa renda auto-avaliaram sua saúde oral como má e não davam muita importância à preservação de seus dentes.

MacGregor e Balding, em 1991, concluíram que a frequência da escovação está positivamente relacionada à auto-estima entre os 4075 adolescentes de 14 anos de idade, de 75 escolas da Inglaterra. Os resultados sugerem que a auto-estima pode ter potencial de predição para hábito de escovação e motivação de cuidados bucais.

Kinirons, Beattie e Steele, em 1992, estudaram o consumo de açúcar em 350 adolescentes de 11-12 anos do Norte da Irlanda. Observaram que existem apenas pequenas diferenças entre grupos de classes sociais no que diz respeito ao consumo de açúcar na hora das refeições. A frequência do total de comida e bebida foi significativamente superior nos grupos de classes sociais em desvantagem econômica, e isso foi particularmente explicado pelo consumo significativamente alto, entre as refeições, de comida sólida contendo açúcar. O nível de conhecimento do conteúdo de açúcar dos alimentos foi significativamente mais alto em classes sociais mais favorecidas economicamente.

Verrips e colaboradores, em 1992, avaliaram a saúde bucal de crianças com 11 anos, de quatro grupos étnicos em Amsterdam. Compararam hábitos de comportamento e identificaram o potencial dos determinantes de frequência da escovação. Em análise de regressão logística, a escovação foi relacionada à atitude das crianças que foram influenciadas nas escolas pelos professores e colegas e não pela influência dos pais.

Em Londres, Freeman e colaboradores, em 1993, em estudo com adolescentes, examinaram o *status* de saúde bucal, atitudes e comportamento. Relacionaram os fatores que podem afetar a assimilação das informações de saúde bucal e a modificação da atitude e comportamento, em termos de indicadores clínicos e psicológicos de saúde bucal. A forte associação entre comportamentos positivos e sentimento de controle sobre o futuro da saúde bucal sugerem que as atitudes em relação à saúde poderiam refletir sentimentos de poder (*empowerment*) e conduzir à adoção de práticas de autocuidados.

Milgrom e Weinstein, em 1993, em Seattle, concluíram que o medo ao tratamento odontológico é um problema universal e um obstáculo para os serviços de saúde. Observaram que o medo adquirido na infância através da experiência direta com o tratamento doloroso ou indiretamente através dos pais, amigos ou irmãos pode persistir quando adultos, e que o tratamento sintomático, a falta de confiança e controle exacerbam o medo. É opinião dos autores que um tratamento adequado requer cuidadosa avaliação do medo presente no comportamento dos pacientes. A aplicação de técnicas psicologicamente apropriadas para o melhor manejo no tratamento dentário pode aumentar a confiança e os sentimentos de autocontrole e o uso apropriado de medicamentos pode ser útil para propostas específicas de sedação. Sugerem que a prevenção do desenvolvimento do medo através de técnicas efetivas no manejo do comportamento da criança, combinadas com a Odontologia Preventiva, deveriam ser fundamentais para a prática geral odontológica, em todo o mundo.

Em 1993, Blinkhorn relatou que os problemas dentários e periodontais comuns podem ser controlados pelos pacientes na Inglaterra. Existe uma predisposição positiva para adotar uma dieta apropriada e hábitos regulares de higiene oral. É necessário levar em conta o macroambiente no qual o comportamento é formado. As normas do estilo de vida e do meio social podem ser mudadas, lentamente, adotando novos comportamentos de saúde oral. Na opinião do autor, a educação é freqüentemente não planejada, casual, não relevante ao paciente e de difícil entendimento. Os profissionais de odontologia deveriam dar à prevenção um *status* semelhante aos cuidados clínicos de forma que fossem bem planejados e cuidadosamente avaliados.

Marcenes e colaboradores, em 1993, relacionaram os sintomas bucais com oito específicos eventos de vida de trabalhadores londrinos. Os problemas relacionados com o casamento e outros problemas familiares, que não o divórcio, foram considerados como os mais importantes. Os resultados embasam o argumento de que a insatisfação no casamento leva ao enfraquecimento da saúde física e psicológica.

Reisine e Litt, em 1993, estudaram 481 pessoas durante três anos, em Connecticut EUA. O modelo biopsicossocial de saúde em que se basearam tem ajudado a compreender os comportamentos de higiene e riscos de saúde oral. Os efeitos das variáveis psicossociais foram observados em relação aos níveis de *S. mutans* e a prevalência de cárie. Mães com crenças de que o controle da saúde bucal depende de fatores externos, como baixa renda e com nível de stress elevado, apesar de terem maior conhecimento sobre a cárie dentária, obtido em programas educativo-preventivos, tinham crianças com maior risco de cárie. Isso chama a atenção para o fato que o conhecimento isoladamente não é suficiente para melhorar as condições de saúde bucal.

Gilbert, em 1994, estudando 4.652 adultos na África do Sul, revelou diferenças na autoavaliação de saúde oral entre pessoas com níveis de educação diferentes, nível de renda, características lingüísticas e culturais como também grupos raciais definidos pelo registro populacional. Foi sugerido que esses fatores deveriam ser considerados ao determinar as necessidades de tratamentos dentários em futuros planejamentos.

Regis, Macgregor e Balding, em 1994, trabalhando com 7.770 adolescentes da Inglaterra, relataram que a auto-estima pode ser um preditor muito importante. Os

resultados confirmam que comportamento de saúde está mais associado com cuidados com a aparência e limpeza pessoal do que com o comportamento de saúde preventivo.

Locker e Miller, em 1994, descreveram o relato subjetivo do *status* de saúde oral de uma população (553 pessoas) com mais de 18 anos, de Toronto. Todas as variáveis medidas, exceto mastigação, foram consideradas tão comprometidas pelas condições bucais para os mais jovens, quanto foram para os mais velhos. A habilidade para mastigar, problemas no falar, dores facial e bucal, outros problemas bucais, problemas com comunicação social, limitações nas atividades diárias e preocupação foram usadas como indicadores subjetivos de saúde bucal para medir o impacto funcional, social e psicológico das desordens bucais.

Assink e colaboradores, em 1995, estudaram 642 adolescentes holandeses, que consideraram seus problemas bucais menos importantes do que problemas de saúde geral e mais importante do que problemas psicológicos. Adolescentes e adultos não diferiram muito quanto à ordenação dos problemas propostos. Os adultos consideraram problemas dentais como menos importantes.

Lahti e colaboradores, em 1995, na Finlândia, observaram que os conhecimentos dos pais com relação aos fatores etiológicos e preventivos das doenças bucais, principalmente relacionadas à doença cárie, não são suficientes para modificar o próprio comportamento assim como o de seus filhos. O papel de educador e transformador deve ser assumido pelo dentista. A maioria (61%) dos entrevistados acredita que, após o tratamento, as crianças não apresentarão mais cáries, o que justifica um incentivo maior em motivar os pais para prevenção.

Os resultados da pesquisa de Adekoya-Sofowora e Humphris, em 1996, na Inglaterra, mostraram que 158 adolescentes estão interessados em mais informações de diferentes aspectos da saúde bucal, como, por exemplo, conservar seus dentes para a vida toda, sobre a melhor pasta de dente, o que fazer para sustar a doença e se eles precisam usar aparelho ortodôntico. Outra informação importante foi que mais da metade dos adolescentes (57%) sentiram-se responsáveis por tomar decisões para o atendimento dentário quando faziam a marcação da consulta. A necessidade de informação dos adolescentes possivelmente implicará o padrão futuro de procura de atendimento para cuidados com a boca.

Watt e Sheiham, em 1996, avaliaram os padrões da dieta de uma amostra de jovens com idade de 13-14 anos residentes em uma cidade da grande metrópole londrina. Os resultados revelaram que um bom nível de conhecimento nutricional básico foi demonstrado pela amostra, que suas atitudes em relação aos alimentos e à saúde eram confusos e seu envolvimento no preparo das refeições era limitado. A frequência de 60% dos jovens relatou ter consumido 3 ou mais lanches no dia anterior, e mais de 33% consome, regularmente, *fast food* ou comida pronta (*take-away*). Nos recreios, os meninos consomem mais comidas não saudáveis do que as meninas. A principal razão apontada para mudarem de hábitos dietéticos quanto à gordura e ao açúcar foi o desejo de melhorar a aparência, levando em menor consideração a saúde.

Watt e Sheiham, em 1997, pesquisaram as percepções de adolescentes e os resultados indicaram que os adolescentes conceitualizam e classificam os alimentos como saudáveis ou como *fast foods*. Os alimentos saudáveis são usualmente consumidos por adultos. Em contrapartida os lanches são consumidos por

adolescentes quando estão com seus amigos e fora de casa. Parte do apelo associado aos lanches está relacionado com a desaprovação dos pais.

Freeman e Sheiham, em 1997, investigaram o uso de açúcar nas bebidas quentes em adolescentes de Londres. Os resultados sugerem que o prazer de saborear o açúcar entra em confronto com o reconhecimento dos perigos causados pelo seu consumo. A experiência anterior de cárie e a educação em saúde bucal aliadas à influência de figuras paternas, tais como o próprio dentista, são responsáveis pelos hábitos de consumo de açúcar. As meninas acreditam que o açúcar é um fator importante no ganho de peso, de cáries e da doença cardíaca. Os meninos acreditam que comer açúcar é saboroso e fornece energia.

Silva, Paixão e Pordeus, em 1997, investigaram adolescentes de Belo Horizonte, indiferente de classe social e sexo. Encontraram que a escovação se apresentava como um comportamento complexo com uma série de fatores influenciando a sua prática. Para os adolescentes a preocupação com a ocorrência de cárie dentária e a perda dos dentes não é tão acentuada como são os motivos associados à estética como por exemplo, manter os dentes limpos, não ter mau hálito e conservar a boa aparência.

Eli, Uziel e Kleihauz, em 1997, pesquisaram um kibutz (comunidade israelita) onde todos os participantes, não tendo possibilidade de escolher o seu dentista, receberam tratamento dos mesmos profissionais, desde a infância, quando não era costume o uso de anestésicos. Os resultados mostraram que a ansiedade atual ao tratamento dentário está correlacionada significativamente com a avaliação do dentista para não provocar dor, trabalhar com confiança e cuidado. Está também

correlacionada com a ansiedade sentida e lembrada da infância e pelo traço individual de personalidade ansiosa do paciente.

Macgregor, Balding e Regis, em 1997, estudaram jovens (7.770) de 14 a 15 anos e relataram que aqueles que escovam seus dentes com menos frequência, escovam por razões cosméticas, para ter dentes com boa aparência e bom hálito. A motivação para escovar os dentes variou significativamente com o comportamento. Fumantes escovavam por razões cosméticas, enquanto que, aqueles não fumantes se preocupavam em evitar problemas dentários, da mesma forma que os menos diligentes escovavam para ter um hálito melhor, e, em ambos os sexos, os que mais escovavam o faziam por limpeza. O contato com o sexo oposto também foi determinado pela motivação para escovar por razões cosméticas. As meninas relatavam maior frequência de escovação do que os meninos. Os adolescentes com maiores vantagens sociais foram mais inclinados a escovar seus dentes para evitar dor de dente e menos para manter a boa aparência.

Em 1997, Watt avaliou a extensão da mudança da dieta relatada por uma amostra de jovens ingleses e avaliou os fatores que podem influenciar as suas habilidades em mudar seu padrão dietético. As razões das meninas, mais significativamente que os meninos, para mudar seu consumo de açúcar e gordura foram relacionadas à aparência. Os jovens de classe média deram significativamente mais razões de saúde para suas mudanças, do que os jovens da classe trabalhadora. As fontes mais populares de conhecimento foram os membros da família, os rótulos das embalagens e os profissionais de saúde.

Tamietti, Castilho e Paixão, em 1998, fizeram um estudo com 445 alunos, na faixa etária entre 11 e 19 anos, de uma escola pública de Belo Horizonte, que possui

um serviço odontológico. Os resultados demonstraram que a maioria da amostra não considera a cárie como doença, não relaciona a saliva com o desenvolvimento da cárie, acredita que o edentulismo é inevitável para os idosos e ainda crê que as bactérias que provocam a cárie *comem* o dente. Apesar de receberem educação em saúde bucal os jovens não possuem conhecimentos necessários para a manutenção de sua saúde bucal.

Macgregor, Balding e Regis, em 1998, investigaram a relação entre o uso do fio dental e outros comportamentos relacionados a saúde, limpeza e comportamento social dos adolescentes. O uso do fio dental tornou-se menos freqüente dos 12 aos 16 anos, e os resultados mostraram uma significativa relação entre a freqüência do uso do fio e a última consulta: os atendidos mais assiduamente usam o fio com mais regularidade. A freqüência do uso do fio dental está positivamente correlacionada com freqüência de lavar as mãos depois da visita aos banheiros e com os relacionamentos com o sexo oposto. Observaram também uma pequena associação positiva entre fumar e fio dental. Os homens identificam o uso do fio dental como um comportamento de saúde, enquanto as mulheres associam o uso do fio a comportamento de limpeza.

Locker, em 1998, revisando a literatura encontrou que os pesquisadores têm mostrado empiricamente que as correlações entre as medidas de doença bucal e os indicadores de *status* bucal subjetivos são geralmente fracas, conseqüentemente é possível melhorar o bem-estar de um paciente sem seu *status* clínico refletir qualquer mudança. O autor pesquisou diferentes tipos de avaliação de mudanças e revisou suas vantagens e desvantagens. As medidas de mudanças ocorridas nas condições de saúde bucal são controversas, complexas e não são amplamente aceitas. O uso de

escores é problemático pela definição do significado clínico da mudança e pelas propriedades psicométricas dos escores de mudança. Algumas avaliações podem ser simples de usar, como o uso de *juízos de transição global*, mas não detectam pequenas ou moderadas mudanças. Os autores salientaram a importância de tais pesquisas para contribuir com os serviços de saúde.

Maupomé, em 1998, pesquisou as percepções de saúde e doença bucal de mães e crianças com menos de 12 anos pertencentes a uma comunidade de baixa renda no México, através de grupos focais. O trabalho descreve hábitos que contradizem os conhecimentos dessa população, mas que pouco conhecem, realmente, sobre saúde bucal, provavelmente pelo grau de escolaridade que possuem. O autor conclui que as escolhas mais fáceis não são as mais saudáveis, devido aos impedimentos de conservação dos alimentos e à facilidade de ingerir refrigerantes e doces por baixo custo, com a garantia de consumir líquidos não contaminados. A gratificação afetiva que os doces trazem foi, também, relatada pelos participantes.

Freire, em 1999, procurou explicar os fatores que promovem saúde pelo modelo salutogênico de saúde, através de determinante de percepção do *status* de saúde bucal, o Senso de Coerência (SOC) em adolescentes. A hipótese de que os adolescentes com melhor saúde bucal teriam melhor senso de coerência não se confirmou, enquanto que o senso de coerência das mães se mostrou fortemente associado à saúde bucal dos seus filhos. A associação positiva apareceu para os adolescentes que tinham SOC mais alto, quando procuravam o dentista, principalmente, para revisões e tinham uma melhor auto-avaliação das suas condições de saúde bucal.

César e colaboradores, em 1999, na região metropolitana de S. Paulo,

obtiveram resultados de uma investigação que permitem concluir que o medo do dentista foi referido como motivo para não buscar assistência odontológica. Quando há necessidade sentida, porém, as pessoas tendem a buscar assistência; o medo não é suficiente para afastá-los. Os achados desse estudo indicam que *não ter dinheiro*, e mesmo *outras causas* foram significativamente mais referidas do que *medo do dentista*.

Thomson, Locker e Poulton, em 2000, estudaram a prevalência e severidade da ansiedade ao tratamento dentário entre adolescentes e adulto jovens da Nova Zelândia, durante um período de oito anos. É compreensível que a incidência de ansiedade ao tratamento dentário tenha sido maior entre aqueles que não tinham visitado um dentista durante todo o período do estudo e que a frequência da ansiedade é menor entre o grupo descrito como *visitantes preventivos*.

Nettleton, em 2000, estudou, através de pesquisa etnográfica as percepções individuais, crenças e ações no contexto diário da vida de mães de crianças de 5 anos de idade de uma escola de Londres. A culpa e a responsabilidade pela saúde de seus filhos foram os sentimentos relatados por essas mães, consequência provável da política vigente de responsabilizar as pessoas por seus hábitos alimentares errados e pela negligência em seus cuidados com a higiene bucal, segundo o autor.

Nos estudos não clínicos diferentes modelos são utilizados. Eriksen e Bjertness, em 1991, em Oslo, revisaram a literatura sobre conceitos e doenças e a predição de cárie e sintetizaram as pesquisas baseadas em três modelos: o modelo biomédico de predição de cárie, centrado na avaliação clínica do indivíduo, que se mostrou insuficiente e limitado em uma perspectiva multidimensional; o modelo psicossocial, que apresentou deficiências pelos métodos de validade e confiabilidade

usados para registro das variáveis comportamentais, e o terceiro método que combina os fatores biomédicos e os fatores psicossociais chamado de modelo sócio-ecológico de cárie que, pode servir como um instrumento para detectar os fatores causadores de doenças mais importantes que podem variar entre grupos populacionais de uma comunidade, como entre sociedades.

Blinkhorn, em 1998, na Inglaterra, observou as dificuldades que as revisões sistemáticas apresentam quando enfocam a educação em saúde. O autor sugere que a avaliação da efetividade de um programa precisa ser realizada usando estudos aleatórios e longitudinais, observando grupos de controle e grupos de atividade. São freqüentes as avaliações em que se mede a atividade mais do que a efetividade em pesquisas realizadas em comunidades. Conforme o autor, o trabalho será mais produtivo, se as intervenções forem regulares, para o reforço indispensável dos conhecimentos e técnicas ensinadas nos locais onde as pessoas vivem e trabalham ou estudam. A mudança de conhecimento é possível e atingível, mas não a mudança de comportamento que é mais complexa, pois exige uma maior compreensão de ambas as partes, de quem ensina e de quem aprende.

Nutbeam (1998) avaliou as pesquisas nos últimos 20 anos e observou o crescimento nesse tipo de pesquisa que visa à promoção de saúde. A compreensão dos determinantes de saúde facilitam a mudança desses próprios determinantes, para a melhora da saúde. Segundo o autor para avaliar o sucesso na promoção de saúde, é necessário observar a mudança dos determinantes que são controlados mais imediatamente pelos indivíduos, como o seu próprio comportamento, assim como os fatores que estão fora do seu controle direto, incluindo os fatores sociais, econômicos e ambientais. Avaliar os conhecimentos sobre saúde, atitudes ou valores e

habilidades pessoais usados nos estudos como indicadores de saúde, bem como avaliar o domínio e o poder de uma comunidade e a capacidade de mobilização social e participação dessa, em programas que promovam a saúde é bastante complexo. Os meios utilizados para a avaliação são os questionários, testes com escalas e entrevistas. As pesquisas têm utilizado técnicas quantitativas e qualitativas, embora os métodos sejam diferentes, ambas podem ser planejadas e executadas com igual rigor científico. O sinergismo dos efeitos da combinação das diferentes técnicas, para responder e analisar questões, é reconhecido pelos pesquisadores que estão envolvidos com a avaliação de intervenções em promoção de saúde. A pesquisa qualitativa em saúde pública permite aprofundar e perceber as experiências das pessoas estudadas e o meio social que reforça, apoia ou diminui a saúde destas pessoas. Finalmente, conforme o autor, a triangulação melhora a confiança e a consistência dos resultados e significa, simplesmente, usar mais de uma abordagem para responder as mesmas questões.

As técnicas de coleta de dados usadas nesses estudos *não clínicos* são aquelas preconizadas para a observação dos fenômenos sociais, mais especificamente de observação dos conhecimentos, percepções, valores e das condutas humanas. Dentre essas, as mais utilizadas no campo da Odontologia são as entrevistas, quando as amostras são menores, e os questionários, geralmente aplicados quando se deseja pesquisar grupos maiores, por serem menos onerosos e mais rápidos. Segundo Mann (1975), as entrevistas são mais adequadas a buscar profundidade, enquanto os questionários, especialmente aqueles utilizados com amostras grandes, tendem a conseguir maior cobertura, com perguntas razoavelmente diretas. O problema da pesquisa com questionário, segundo o autor, é saber de antemão até onde se pode ir

com as perguntas, como também, poder antever as reações dos entrevistados. Já com as entrevistas, o pesquisador pode ir adequando as perguntas pela observação das condições do entrevistado em respondê-las. Nesse caso, corre-se o risco de induzir as respostas.

Pesquisas têm sido realizadas no sentido de avaliar essas técnicas, buscando conhecer a sua validade e fidedignidade.

Schuurs e Hoogstraten, em 1993, em Amsterdam, revisaram a literatura e avaliaram seis questionários de ansiedade e medo em tratamentos odontológicos e possibilitaram, através dos dados coletados, considerar a validade e confiabilidade dos escores alcançados. Como conclusão é sugerido que mais de um questionário seja utilizado e que, para tornar mais válida a pesquisa, é aconselhável acrescentar um questionário de *não ansiedade*.

Buck e Newton, em 2001, mostraram que a maioria dos estudos sobre avaliações não clínicas tem se direcionado aos indicadores sócio-dentais ou à ansiedade, ao conhecimento, às atitudes ou aos comportamentos relacionados à saúde bucal e em dois terços dessas pesquisas os resultados foram avaliados de forma não padronizada.

Os autores apontam a necessidade de focar melhor a validade dos resultados *não clínicos* usados em Odontologia ao desenvolver os métodos de avaliação, junto com a determinação das propriedades psicométricas de tais avaliações e o delineamento de estudos experimentais, que, a partir dessas padronizações, venham inter-relacionar os diferentes resultados, para uma maior contribuição aos serviços de saúde bucal.

2.4 Abordagens Metodológicas e Técnicas Aplicadas

Como não existe uma padronização dos estudos não clínicos e com a preocupação de utilizar um método adequado, buscou-se na literatura informação a respeito das abordagens teóricas descritas na área das ciências sociais, bem como das técnicas apropriadas para esse tipo de investigação.

Dentre elas, optou-se por utilizar neste estudo, duas técnicas para coleta das informações: a técnica dos questionários que permite coletar informações de um grande grupo de pessoas, e também a técnica dos grupos focais.

O questionário utilizado foi elaborado por Brew (1999) para o estudo sobre Conhecimentos, Atitudes e Comportamentos dos Adolescentes de Torres, com algumas modificações, com o objetivo de adequá-lo a esta pesquisa. Essa opção foi feita para possibilitar a comparação dos dados, uma vez que o estudo estava sendo desenvolvido no mesmo período e com um grupo semelhante (adolescentes), porém, de outra região do estado, onde não era realizado o mesmo programa docente-assistencial.

A técnica dos grupos focais é um tipo de entrevista dirigida a um grupo de pessoas e destina-se a um aprofundamento da pesquisa, em que se busca não apenas o quê as pessoas pensam e fazem, mas o porquê, conforme a literatura descrita a seguir.

Originalmente chamada de entrevistas focalizadas de grupo, essa técnica apareceu depois da Segunda Grande Guerra e faz parte das pesquisas dos cientistas sociais desde então. Surgiu de uma avaliação da audiência de um programa de rádio da Universidade de Colúmbia em 1941(Stewart, Shamdasani, 1990).

Desde 1989, a área de Educação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo vem utilizando a técnica de grupos focais para diagnóstico de problemas educativos e avaliação de programas em desenvolvimento (Westphal, Bogus e Faria,1997). Os grupos focais são adequados, especialmente, quando se deseja estudar qual a razão para a atitude e o conhecimento de uma pessoa referente a uma situação ou objeto específico, como explica Morgan (1988) que a finalidade dos grupos focais é de chegar mais próximo às compreensões que os participantes possuem do tópico de interesse do pesquisador, e são importantes para se conhecer as experiências e perspectivas dos participantes.

O *grupo focal* é uma técnica de pesquisa que permite a obtenção de dados de natureza qualitativa a partir de sessões grupais em que 6 a 15 pessoas, que compartilham um traço comum, discutem vários aspectos de um tema específico. As experiências demonstraram que a técnica é eficiente e possibilita, em um curto período de tempo, a identificação e análise aprofundada de problemas sob o ponto de vista da população (Krueger, 1988).

Os dados coletados possibilitam o conhecimento de percepções, conceitos, opiniões, expectativas e representações sociais do universo cultural e vocabular da população. Com isso, educadores e administradores podem planejar e avaliar programas educativos a partir das necessidades e da visão da população, pondo em prática pressupostos de uma educação mais democrática e mais adequada às necessidades da população (Westphal, Bogus e Faria, 1997).

As justificativas apresentadas por seus defensores dizem respeito à maior possibilidade para pensar coletivamente um tema neste espaço que o grupo oferece. Nos grupos, ainda é possível conhecer, pela observação, os processos dinâmicos da

interação que ocorre entre os seus membros, reproduzindo o que ocorre fora do mesmo e produzindo resultados e aproximações do problema, que incorporam uma dimensão do processo cognitivo. Isso só é possível de ser obtido com essa metodologia, conforme Wetsphal, Bogus e Faria (1997).

A técnica dos grupos focais relaciona-se mais diretamente com a observação participante, de um lado, e com a entrevista individual, de outro. Comparando os grupos focais com a observação participante, eles oferecem oportunidade de observar uma maior interação sobre um determinado tópico num período curto de tempo, e são mais apropriados para temas referentes a atitudes e cognições. A observação participante é mais apropriada para assuntos referentes a papéis sociais e ao funcionamento das organizações (Roso, 1997).

Comparando os grupos focais com as entrevistas individuais, constata-se que a força dos grupos focais, como uma técnica de entrevista, situa-se claramente na habilidade de se poder observar a interação entre os participantes, assim como o respeito a determinado tópico. O intercâmbio mútuo leva a respostas relativamente espontâneas dos participantes, como também a produzir um nível relativamente alto de envolvimento participante (Guareschi, 1996).

O grupo focal privilegia uma dimensão social ao invés de uma dimensão individual. Outra vantagem do grupo focal sobre a entrevista individual é que ele favorece o *disclosure*, que é a revelação, a exposição dos participantes. Ouvindo como os participantes interagem, pode-se, também, conhecer o vocabulário específico de cada situação social. Não havendo a necessidade de um questionário pré-estabelecido, os participantes também decidem sobre o tópico da pesquisa (Roso, 1997).

No grupo focal, são geradas muito mais questões do que em uma simples entrevista individual. Nele, são privilegiados exatamente o que se poderia chamar de representações sociais. Para Guareschi (1996), se uma entrevista individual pode ir mais a fundo e colher dados que alguém não revelaria em público, o grupo focal, através da interação, faz muitas pessoas lembrarem de dados e fatos que individualmente não apresentariam.

Os procedimentos operacionais para organização e desenvolvimento de um estudo através da técnica de grupo focal podem seguir os seguintes passos, segundo Roso (1997):

- ♦ 1º Passo: chamamento dos participantes e motivação para o tema. Colocação em linhas gerais do que vai ser tratado no grupo e que se terá uma conversação informal e agradável entre amigos. Agendamento do horário e local de encontro e confirmação uma semana antes, reforçando o horário;
- ♦ 2º Passo: apresentação dos componentes do grupo quando todos estiverem presentes (escolares, moderador e observador). É o momento para descontração e entrosamento, com a utilização de estratégias diversas. A seguir, explica-se a forma como o trabalho será desenvolvido e reforça-se a questão da confidencialidade. Pede-se permissão ao grupo para gravar ou filmar a conversa, explicando que a gravação tem por objetivo facilitar o entendimento dos pesquisadores sobre as idéias que foram trazidas (convém sempre usar 2 gravadores não sincronizados, de modo que o término de uma fita não coincida com a outra);
- ♦ 3º Passo: lança-se primeiramente uma questão ampla sobre o tema a ser discutido. A elaboração de um roteiro de perguntas poderá servir para nortear a

investigação O número de perguntas feitas para o grupo consiste em menos do que 12 e Stewart e Shamdasani (1990, p.57) afirmam que:

...apesar de que ao moderador é freqüentemente dada considerável latitude para aprofundar respostas e adicionar novas questões enquanto a entrevista progride. Uma entrevista de grupo focal é um exercício dinâmico e idiossincrático, por isso a busca de novas questões é crítica para o sucesso da entrevista

Um grupo focal não precisa se limitar ao uso de perguntas com estímulo para discussão; quando relevante para a pesquisa, pode-se recorrer ao uso de outros materiais que sirvam de estímulo.

- ♦ 4º Passo: é adequado realizar o fechamento não em forma de conclusão, mas como uma espécie de resumo do que se viu. Então, agradecer aos participantes e marcar a data de devolução. Costuma-se oferecer, ao final do encontro, um pequeno lanche, como forma de agradecimento por terem participado da pesquisa. A devolução ao grupo é imprescindível e resume-se em expor, em linhas gerais os achados das respostas espontâneas dos participantes, como também em produzir um nível relativamente alto de envolvimento participante.

Essa técnica, conforme definição dos autores anteriormente citados, destaca-se como mais adequada para buscar conhecer as crenças e valores que levam os adolescentes a adotar determinados comportamentos, possibilitando a identificação das representações sociais de saúde/doença que surgiram nas conversas registradas.

Os diálogos foram analisados pela técnica descrita por Minayo (2000) como hermenêutica-dialética que se serve da interpretação dos mesmos para compreender o significado das percepções e dos comportamentos usuais dos atores sociais.

Segundo a autora, a hermenêutica consiste na explicação e *interpretação de um pensamento*, e esta interpretação pode se referir às expressões usadas assim como à compreensão simbólica de uma realidade.

Minayo (2000, p.220) usa em seu estudo o conceito de hermenêutica elaborado por Gadamer em debate com Habermas* (1987), que assim a define:

'...a hermenêutica é a busca da compreensão de sentido que se dá na comunicação entre os seres humanos', pois para ele 'os meios de uma linguagem natural são suficientes para esclarecer o sentido de quaisquer contextos simbólicos, por mais estranhos e inacessíveis que possam se apresentar à primeira vista...'

Essa compreensão, no entanto, está sempre condicionada pelo contexto do analista, ou seja, pela sua formação e seu grupo social. Para Minayo (2000), a Hermenêutica traz, no tratamento dos dados, as condições cotidianas da vida e promove o esclarecimento sobre as estruturas profundas desse mundo do dia-a-dia e a compreensão do sentido orienta-se por um consenso possível entre o analisado e o analisador. Ambos são marcados pela história, pelo seu tempo e pelo seu grupo, portanto, o resultado reflete essa relação.

A atividade do analisador é buscar entender por que o grupo que está sendo analisado acredita em determinadas crenças, valoriza determinadas normas e age como age. Somente quando se descobre as razões das crenças e valores, o analista apreende o que o sujeito quis dizer, isto é, a significação da fala.

Sob o ponto de vista de Habermas*(1987), citado por Minayo (2000), há uma pretensão idealista na hermenêutica, assim como em outras correntes das Ciências

*Habermas, J. Dialética e Hermenêutica, Porto Alegre: LPM 1987 apud Minayo (2000)

Sociais, porque em suas análises ignoram a totalidade da vida social em todos os seus momentos.

Habermas* (1987) esclarece que, em uma sociedade marcada por relações sociais desiguais, a comunicação também sofre essa influência. Ao mostrar os limites da hermenêutica, propõe a complementaridade da dialética, dessa maneira:

...enquanto a hermenêutica penetra no seu tempo e através da compreensão procura atingir o sentido do texto, da fala, a crítica dialética enfatiza a diferença, o contraste, e a ruptura do sentido.

Assim ambas apresentam-se como necessárias para a produção da racionalidade, a união das duas leva o analista a entender o texto, a fala, o depoimento como resultado de um processo social e de um processo de conhecimento, frutos de múltiplas determinações, mas com significados específicos. Esse depoimento, fala ou texto é a representação social de uma realidade que se mostra e se esconde na comunicação.

Minayo (2000) faz uma crítica aos métodos de análise dos materiais qualitativos e conclui que o método hermenêutico–dialético é o mais capaz de dar conta de uma interpretação aproximada da realidade.

A descrição a seguir pretende conceituar o que é representação social.

A teoria das representações sociais constitui a base natural de uma nova abordagem do construtivismo pedagógico. Segundo Albala-Bertrand (1996), a análise de representações tem sido bastante aprofundada, e tanto as teorias quanto a metodologia relacionadas a ela estão em constante evolução. A representação social é uma ferramenta teórico-analítica da interface entre o indivíduo e a sociedade.

*Habermas, J. Dialética e Hermenêutica, Porto Alegre: LPM 1987 apud Minayo (2000, p. 222)

Lane (1995, p.61) cita Jodelet*, que afirma:

...as representações sociais devem ser estudadas articulando elementos afetivos, mentais e sociais e integrando ao lado da cognição, da linguagem e da comunicação, a consideração das relações sociais, que afetam as representações e a realidade material, social e ideal sobre as quais elas vão "intervir" e não é possível conhecer o ser humano sem considerá-lo inserido numa sociedade, numa cultura, num momento histórico e em dadas condições políticas e econômicas.

Segundo Guareschi (1998), quando se reflete sobre qual a razão de as pessoas agirem de determinada forma, pode-se notar que há em cada pessoa uma convicção, crença ou valor, e que essas razões se fundamentam em critérios diferentes. Alguns desses critérios são cognitivos, isto é, racionais (a pessoa reflete e deduz razões a partir de pressupostos lógicos); outro critério, o afetivo, baseia-se em sentimentos, e emoções. Há ainda o critério simbólico, que se baseia em padrões de tradição pessoal ou grupal, onde as coisas passam a representar algo mais profundo e místico. Há também critérios religiosos baseados em valores transcendentais. Não é na primeira resposta de uma pessoa que reside as razões para os seus atos. As representações sociais podem fornecer pistas seguras para uma melhor compreensão dos fenômenos sociais, conforme o autor.

As representações estão em permanente transformação, pois, assim como guardam relação com o passado da comunidade, com suas tradições e história, são também o produto da prática presente e dos horizontes que guiam a ação dos grupos sociais que operam simbolicamente através delas. Não são apenas as representações sociais que orientam a conduta humana, mas esta mesma conduta também contribui

*Jodelet, D. Les Représentations Sociales. Paris: Universitaires de France, 1989 apud Lane (1995)

para construir as representações. A própria idéia de que as representações sociais estão em constante transformação, assim como as próprias formações sociais que lhes dão forma chamam a atenção para novos objetos de análise, justamente aqueles que apontam para a diferença, a mudança. (Campos,1999).

A representação social como processo de mediação entre o homem e o mundo deve ser analisada considerando, além do processo de produção de idéias que existe na sociedade, a forma pela qual essas idéias são apropriadas pelo psiquismo do indivíduo. Estudar a representação social é captar os seus determinantes sociais (Salles, 1995).

A representação social é o sentido pessoal que o indivíduo elabora sobre sua realidade, constrói-se a partir da cultura e de suas determinações econômicas, históricas e sociais. A representação social constrói-se com as experiências, os conhecimentos, os valores e as informações que são transmitidos pela tradição, pela comunicação, pela mídia e pela educação. Assim, a representação social é uma interpretação pessoal e ao mesmo tempo não é pessoal, pois a sociedade impõe ao indivíduo como deve ser representada. A representação social é, pois, produzida coletivamente pela sociedade, conforme descreve Salles (1995) no seu trabalho sobre a Representação Social do Adolescente e da Adolescência.

Segundo Rangel (1992), as representações surgem no universo do cotidiano, do consenso, da experiência direta de interação e comunicação das pessoas no seu meio social. São influenciadas, também, pela cultura que perpassa essa experiência. As representações constituem o conhecimento prático de senso comum, elaborado pelos grupos sociais e veiculado pela comunicação social. As representações formam-se pela interação entre o indivíduo e a estrutura sócio-grupal. Os elementos

ou dimensões que constituem a representação são a atitude do sujeito em relação ao objeto, envolvendo afetividade, avaliação e a informação, o dado conhecido pelo sujeito sobre o objeto e o campo da representação, ou seja, a organização hierarquizada das informações e sua abrangência.

Nesta revisão a autora percebe que o significado, constituição, mecanismos e implicações na preservação e nas mudanças de conceitos, imagens, comportamentos e fatos formulados pelas representações sociais oferecem um quadro teórico de muitas possibilidades e perspectivas de estudo.

As intervenções de natureza educativa que buscam mudanças de atitudes em relação à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis como AIDS, DST (Brasil, 1997) e as doenças crônicas não comunicáveis como cárie, doença periodontal, doenças cardiovasculares, câncer, cirrose, acidente vascular cerebral e diabetes com fatores de risco comuns como: dieta, álcool, fumo, sedentarismo, estresse, pressão arterial e poluição (Sheiham e Moysés, 2000), precisam considerar esse processo de assimilação de novos valores.

As limitações do método de análise do conteúdo de representações são reconhecidas por Rangel (1992) como aquelas referentes ao pesquisador, suas próprias representações e as reduções e simplificações a que está sujeito, quando reúne ou categoriza idéias no interesse de situá-las em determinado contexto de análise.

A representação social, entendida como a significação que os indivíduos atribuem à sua realidade, está corporificada no seu discurso. Dessa forma, os trabalhos empíricos sobre representação social procuram acessá-la, em geral pela sua expressão verbal. O procedimento clássico para o estudo de uma representação

consiste no uso de material discursivo, seja por meio de entrevistas, questionários, seja mediante discursos já cristalizados em obras literárias, documentos, jornais, revistas ou gravações de rádio e televisão (Salles,1995).

Os estudos empíricos de representações sociais, de acordo com a autora, tem procurado captá-las enquanto produto e enquanto processo. Como processo busca compreender a elaboração e transformações das representações pelas determinações sociais ou o seu funcionamento na interação social. Já, como produto busca a compreensão dos modos em que emergem como pensamento constituído.

Neste estudo, através dos grupos focais com os adolescentes procurou-se identificar as representações dos pensamentos constituídos.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo Breihl (1995), os pesquisadores que utilizam métodos quantitativos só aceitam como válidos, os conhecimentos científicos que se originam de fenômenos que podem ser contados ou medidos. Já aqueles que trabalham com o método qualitativo utilizam, como única via para conhecer a essência de um fenômeno, a interpretação de relatos ou histórias que se referem às motivações, percepções, interações simbólicas ou íntimas construções psicológicas.

Nas palavras de Spink (1995), a objetividade é o elemento de sustentação da atividade científica, seja ela desenrolada enquanto ciência natural ou ciência social e, no interior desta, desenvolve-se tanto a pesquisa quantitativa como a qualitativa. Ao pensar a objetividade na pesquisa qualitativa, dois elementos são geralmente considerados: a fidedignidade dos dados e a validade. A fidedignidade refere-se à

possibilidade de obtenção dos mesmos resultados em ocasiões diferentes ou à possibilidade, no caso de fenômenos sujeitos à historicidade, de obtenção de dados semelhantes mediante o uso de diferentes instrumentos de coletas de dados.

Em busca dessa fidedignidade, nesse estudo, utilizaram-se duas técnicas para obtenção dos mesmos dados, no mesmo grupo populacional: um questionário com perguntas sobre os conhecimentos de saúde e os costumes relacionados com saúde de escolares adolescentes, que foram analisadas quantitativamente, e a técnica dos grupos focais para maior compreensão do comportamento e do pensamento dos mesmos jovens sobre saúde, cuja análise se constitui da interpretação dos diálogos registrados.

Para a análise dos diálogos utilizou-se a técnica descrita por Minayo (2000) como Hermenêutica-dialética, que utiliza a interpretação dos diálogos para compreender o significado das percepções e dos comportamentos usuais dos atores sociais.

Os multimétodos (triangulação) têm sido utilizados como estratégia de validação e mais recentemente como alternativa à validação, para o aprofundamento da análise e não como caminho para chegar à verdade objetiva. Torna-se um caminho para a superação dos vieses associados a metodologias específicas. Sua utilização visa à compreensão em profundidade e à maior segurança interpretativa (Spink, 1995).

Segundo Breihl (1995), o método científico, em essência, é um só, o que existe é um processo de conhecimento apoiado por diversos tipos de técnicas que convergem de acordo com os momentos e condições do objeto e de acordo com o avanço do conhecimento.

4 SUMMARY

The objective of this research was to assess the knowledge and behaviour related to oral health of teenager students of public schools in two neighbourhoods of Porto Alegre to verify the possibility of the participation of these youths as multipliers of the health assistance programme carried on by the Dentistry School of Universidade Federal do Rio Grande do Sul. The teenagers were assessed by two research instruments: a questionnaire and focal groups which allowed a wider and deeper approach of the proposed theme. The teenagers who participated in this research were volunteers and constituted a selected and intentional sample in which the statistical representation can not be considered. The results showed that the teenagers presented behaviours which contradict the good knowledge that they have about cares related to oral health and that the motivation to perform them is connected to socialization. They showed availability to pass their knowledge on through interesting and pleasant means, such as games and plays.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APPOA, Coordenação Editorial da Comissão de Publicações da Associação Psicanalítica de Porto Alegre. **Rev. Assoc. Psican. Porto Alegre**, ano 5, n.11, nov. 1995, p. 86-100.

ABERASTURY, A; KNOBEL, M.A.A **A adolescência normal**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 92p.

ADEKOYA-SOFORA, C.A; HUMPRIS, G.M. Needs for dental information of adolescents from na inner city area of Liverpool. **Br. Dent. J.**, London, v.180, n.9, p.339-343, May 1996.

AINAMO, J.,PARVIAINEN, K.Ocurrence of plaque, gingivitis and caries as related to self reported frequency of toothbrushing in fluoride areas in Finland **Community Dent. Oral Epidemiol**, Copenhagen,v.7 n.3, p.142-146, June 1979.

ALBALA-BERTRAND, L. (Org.). **Cidadania e educação**: rumo a uma prática educativa. São Paulo: Papyrus, 1996. 215p.

ALVES, M.R.S. Projeto adolescentes multiplicadores. **Div. Saúde Deb.**, Rio de Janeiro, v.19, p.37-39, nov. 2000.

ASSINK, M.H.J. et al. Perception of dental and other individual problems: adolescents versus young adults. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.23, n.6, p.369-373, Dec. 1995.

BECKER, M.; TAKIUTI, A D. **Novos caminhos na formação de agentes multiplicadores**. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA, 5, 1998. **Anais...** São Paulo: Editor, 1998.

BEE, H. **O ciclo vital**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 656p.

BLINKHORN, A S. Factors affecting the compliance of patients with preventive dental regimens. **Int. Dent. J.**, Guildford, v.43, n.3, p.294-298, June 1993.

BLINKHORN, A S. Dental health education: what lessons have we ignored? **Br. Dent. J.**, London,v.184, n.2, p. 58-59, Jan 1998

BLOS, P. **Transição adolescente: questões desenvolvimentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. 343p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Criança, adolescente e adulto jovem**. Brasília, 1997. 179p. Documento de referência para o trabalho de prevenção das DST, AIDS e drogas.

BREILH, J. **Nuevos conceptos y técnicas de investigación**: guia pedagógica para un taller de metodología. Quito: CEAS, 1995. (Epidemiologia Crítica, 3). 365p.

BREW, M. **Conhecimentos, hábitos e atitudes de adolescentes da cidade de Torres em relação à saúde bucal**. 1999, Dissertação (Mestrado em Odontologia).Universidade Luterana do Brasil, Faculdade de Odontologia, Canoas. Projeto de Dissertação. 62 f.

- BRONFENBRENNER, U. **A ecologia do desenvolvimento humano**: experimentos naturais e planejados. Porto Alegre, Artes Médicas, 1996. 266p.
- BRUNSWICK, A F.; NIKIAS, M. Dentist's ratings and adolescents perceptions of oral health. **J. Dent. Res.** Chicago, vol.54, n.4, p. 836-843 July-Aug 1975.
- BUCK, D.; NEWTON, J.T. Non-clinical outcome measures in dentistry: publishing trends 1988-98. **Community Dent. Oral. Epidemiol.**, Copenhagen, v.29, n.1, p.2-8, Feb. 2001.
- CAMPOS, R.H.F.C. **Psicologia social comunitária**: da solidariedade à autonomia. Petrópolis: Vozes, 1999. 177p.
- CESAR, C.L.G. et al. "Medo de dentista" e demanda aos serviços odontológicos. **Rev. Gaúcha Odontol.**, Porto Alegre, v.47, n.4, p.191-194, Out./Nov./Dez. 1999.
- CLANCY, K.L. et al. Snack food intake of adolescents and caries development. **J. Dent. Res.**, Washington, v.45, n.6, p.568-573, June 1977.
- COSTA, M.C.O e SOUZA, R.P. **Avaliação e cuidados primários da criança e do adolescente**. Porto Alegre: ARTMED, 1998. 290p.
- CUSHING, A. M.; SHEIHAM, A. e MAIZELS, J. Developing Socio-Dental Indicators – The Social Impact of Dental Disease. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v3. n.1, p. 3-17, Mar.1986.
- DOMINGUES, C.; SANTOS JR., J.D.; ALVARENGA, A **Identidade e sexualidade no discurso adolescente**. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA, 5, 1998. **Anais...** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, USP, 1998.
- ELI, I.; BAHT,R.e KLEINHAUZ M. Antecedents of dental anxiety: learned responses versus personality traits.**Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.25, n.3, p.233-237, June 1997.
- ERIKSEN, H.M.; BJERTNESS, E. Concepts of health and disease and caries prediction: a literature review. **Scand. J. Dent. Res.**, Copenhagen, v.99, n.6, p.476-483, 1991.
- ERIKSON, E.H. **Infância e sociedade**. 2.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1976. 391p.
- FERREIRA, B.W. **O cotidiano do adolescente**. Petrópolis: Vozes, 1995. 166p.
- FREEMAN, R.; SHEIHAM, A Understanding decision-making processes for sugar consumption in adolescence. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.25, n.3, p.228-232, June 1997.
- FREEMAN, R. et al. The relationship between health related knowledge, attitudes and dental health behaviours in 14-16-year-old adolescents. **Community Dent. Health**, London, v.10, n.4, p.397-404, Dec. 1993.
- FREIRE, M.C.M. **Oral health and sense of coherence**: a study of Brazilian adolescents and their mothers. 1999. 288 f. – Thesis (Doctor of Philosophy) University of London, London.
- GADOTTI, M. **Perspectivas atuais da educação**. Porto Alegre: ARTMED, 2000. 294p

- GARCIA-GODOY, F. La salud como parte del proceso de socialización. *Acta Odontol. Pediatr.*, Santo Domingo, v.7, n. 1, p.11-13, Jan. 1986.
- GERBERT, B.; BLEECKER, T.; SAUB, E. Dentists and the patients who love them. Professional and patient views of dentistry. **J. Am. Dent. Assoc.**, Chicago, v.125, n.3, p.264-272, Mar. 1994
- GILBERT, L. Social factors and self-assessed oral health in South Africa. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.22, n.1, p.47-51, Feb. 1994
- GUARESCHI, P. **A técnica dos grupos focais como pesquisa qualitativa.** Porto Alegre: PUCRS, 1996, 5 p. Mimeo.
- GUARESCHI, P.; GRISCI, C.L.I.; RUEDEL, P. **Igreja questionada.** Petrópolis: Vozes, 1998, 99 p.
- HODGE, H.C.; HOLLOWAY, P.J.; BELL, C.R. Factors Associated with Toothbrushing Behaviour in Adolescents. **Br. Dent. J.** London, vo152, n.2, 49-51, Jan. 1982
- HONKALA, E.; RIMPELÄ, M.; PASANEN, M. Trends in the development of oral hygiene habits in Finnish adolescents from 1977 to 1981. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.12, n.2, p.72-77, Apr. 1984.
- KNIRONS, M.J., BEATTIE, G., STEELE, P. A. The pattern of sugar consumption in social class groups of young adolescents in Northern Ireland, **Community Dental Health**, London, v. n. 9, p.329-333, 1992.
- KRUEGER, R. A. **Focus Groups – A Practical Guide for Applied Research.** Newbury Park: SAGE Publications, 1988, 195p.
- LAHTI, S. et al. Comparison of ideal and actual behaviour of patients and dentists during dental treatment. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.23, n.6, p.374-378, Dec. 1995.
- LANE, S.T.M. Usos e abusos do conceito de representação social. In: SPINK, M.J. (Org.). **O conhecimento no cotidiano.** São Paulo: Brasiliense, 1995. cap.3, p.58-72.
- LINN, E.L. Teenagers attitudes, knowlwdges and behavior related to oral health. **J. Am. Dent. Assoc.**, Chicago, v.92, n.5, p.946-951, May 1976.
- LOCKER, D.; MILLER, Y. Subjectively reported oral health status in na adult population. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.22, n.6, p. 425-430, Dec. 1994.
- LOCKER, D. Issues in measuring change in self-perceived oral health status. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.26, n.1, p.41-47, Feb. 1998.
- LUZ, M.T. **Relações entre o adolescente e a sociedade atual:** institucionalização, violência e disciplina. Rio de janeiro: UERJ/IMS, 1993. 16p. (Estudos em saúde Coletiva, 48).
- MACGREGOR, I.D.M.; BALDING, J.W. Self-esteem as a predictor ofm toothbrushing behaviour in young adolescents. **J. Clin. Periodontol.**, Chicago, v.18, n.5, p.312-316, May 1991.

- MACGREGOR, I.D.M.; BALDING, J.W.; REGIS, D. Motivation for dental hygiene in adolescents. **Int. J. Paed. Dent.**, London, v.7, n. , p.235-241, 1997.
- MACGREGOR, I.D.M.; BALDING, J.W.; REGIS, D. Flossing behaviour in English adolescents. **J. Clin. Periodontol.**, Chicago, v.25, n.4, p.291-296, Apr., 1998.
- MANN, P.H. **Métodos de investigação sociológica**. Rio de Janeiro: Zahar, 1975. 198p.
- MARCENES, W.S.; CROUCHER, R.; SHEIHAM, A.; MARMOT M. The relationship between self-reported oral symptoms and life-events. **Psychol. Health**, London, v.8, p.123-134, 1993.
- MARCENES, W.S.; BÖNECKER, M.J.S. Aspectos epidemiológicos e sociais das doenças bucais. In: BUISCHI, Y.P. **Promoção de saúde bucal na clínica odontológica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. cap.4, p.73-98.
- MAUPOMÉ, G. An introspective qualitative report on dietary patterns and elevated levels of dental decay in a deprived urban population on Northern Mexico. **ASDC J. Dent. Child.**, Chicago, v.65, n.4, p.276-285, July/Aug. 1998.
- MEYER, D.E. **Educação em saúde na escola: transversalidade ou silenciamento?** Porto Alegre: UFRGS, 2000. (Cadernos Educação Básica, 4).
- MILGROM, P.; WEINSTEIN, P. Dental fears in general practice: new guidelines for assessment and treatment. **Int. Dent. J.**, Guildford, v.43, n.4, p.288-293, Aug.1993.
- MINAYO, M.C. de S. Fase de análise ou tratamento do material. In: _____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7.ed. São Paulo: Hucitec, 2000. 269p. (Saúde em Debate, 46). cap.4, p.197-247.
- MORGAN, D.L. **Focus groups as qualitative research**. Newbury Park, CA. SAGE, 1988
- MOYSÉS, S. T. e WATT, R. Promoção de saúde bucal - definições In: BUISCHI, Y.P. **Promoção de saúde bucal na clínica odontológica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. cap.4, p.73-98.
- NETLETON, S. Understanding Dental Health Beliefs: na introduction to ethnography **Br.Dent. J.** v. 161, n. 4, p. 145-147, Aug 1986
- NUTBEAM, D. Evaluating Health Promotion-Progress, Problems And Solutions. **Health Promot. Int.**, Oxford, v.13, n.1 p.27-44 ,1998
- OUTEIRAL, J. **Adolescer, estudos sobre adolescência**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1994. 95p.
- RANGEL, M.A. **A representação social como opção teórico-metodológica para a produção do conhecimento em didática**. In: REUNIÃO ANUAL DA ANPED, 15. 1992. **Anais...** Rio de Janeiro: UFF/UERJ, 1992.
- RASSIAL, J.J. Entrevista com J.J. Rassial. **Rev. Assoc. Psican. Porto Alegre**, ano 5, n.11, nov. 1995, p. 86-100.
- REGIS, D.; MACGREGOR, I.D.M.; BALDING, J.W. Differential prediction of

dental health behaviour by self-esteem and health locus of control in young adolescents. **J. Clin. Periodontol.**, Chicago, v.21, n.1, p.7-12, Jan. 1994.

REISINI, S.; LITT, M. Social psychological theories and their use for dental practice. **Int. Dent. J.**, Guildford, v.43, n.4, p.279-287, Aug. 1993.

RODER, D.M. A study of dental knowledge and behaviour in 1000 Australian schoolchildren. **Austr. Dent. J.**, Sidney, v.12, n.5, p.327-330, Oct. 1969.

ROSO, A. Grupos focais em psicologia social: da teoria à prática. **Psico**, Porto Alegre, v.2, p.155-169, jul./dez. 1997.

SADIGURSKY, C.A.; SADIGURSKY, D.; CUNHA, M.S.; JESUS, R.P. **Necessidades estéticas na adolescência: avaliação nutricional dos adolescentes atendidos no CAIS A.** In: CONGRESSO BRASILEIRO DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA, 5, 1998. **Anais...** Bahia: UFBA, Escola Bahiana de Saúde Pública, Escola de Nutrição da UFBA, 1998.

SALLES, L.M.F. **A representação social do adolescente e da adolescência** 1995. 222 f. Tese de Doutorado em Psicologia da Educação- Pontifícia Universidade Católica, Faculdade de Educação, São Paulo.

SCHUURS, A.H.B.; HOOGSTRATEN, J. Appraisal of dental anxiety and fear questionnaires: a review. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.21, n.6, p.329-339, Dec. 1993.

SHEIHAM, A. Oral health policy and prevention In: Murray J. J. **The prevention of Oral Disease**, third edition, Oxford University Press, 1996. Cap 17, p. 278.

SHEIHAM, A.; WATT, R.G. The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.28, n.6, p.399-406, Dec. 2000.

SHEIHAM, A ; MOYSÉS, S.J. O papel dos profissionais de saúde bucal na promoção de saúde. In: BUISCH, Y.P. **Promoção de saúde bucal na clínica odontológica.** Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. cap.2, p.23-37.

SILVA, Carmem Duarte da Silva. Escola e sexualidade do adolescente In: BÉRIA, Jorge. **Ficar e Transar.** Porto Alegre: Tomo, 1998. p. 63-78.

SILVA, T. A.; PAIXÃO, H.H.; PORDEUS, I.A. Fatores do comportamento relacionado à higiene bucal em adolescentes. **Arq. Odontol.**, Belo Horizonte, v.33, n.1, p.5-14, jan./jun. 1997.

SPINK, M.J.P. (Org.). **O conhecimento no cotidiano:** as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1995. 311p.

STEWART, D.W.; SHAMDASANI, P.N. **Focus groups:** theory and practice applied social research methods series. Newbury: SAGE, 1990, 152 p.

STOUTHARD M.; HOOGSTRATEN, J. Prevalence of Dental anxiety in the Netherlands **Community Dent Oral Epidemiol**, Copenhagen, v.18, n. 3, p. 139-142, June 1990.

TAMIETTI, M.B.; CASTILHO, L.S.; PAIXÃO, H.H., Educação em Saúde Bucal Para Adolescentes: Inadequação de uma metodologia Tradicional. **Arq. Odontol.**, Belo Horizonte, v.34, n.1, p.33-45, Jan/Jun. 1998.

THOMSON, W.M.; LOCKER,D.; POULTON, R. Incidence of dental anxiety in young adults in relation to dental treatment experience. **Community dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.28, n.4, p.289-294, Aug.2000.

UNESCO/IBE. (International Bureau of Education). Disponível em <<http://www.unicc.org.ibe>>. Acesso em: 20.07.2000.

VELDHUIS, R. Projetos interativos de cidadania para jovens em idade escolar na Europa Setentrional. In: ALBALA-BERTRAND, L. (Org.). **Cidadania e educação: rumo a uma prática educativa**. São Paulo: Papirus, 1996. Cap.10, p. 203-215.

VERRIPS, G.H.;FRENKEN,J.E.;HALSBEEK,H.e FILEDT KOK-WEIMAR,T.L. Oral health and dental behaviour in 11-year-old children of different ethnic groups. **Community Dent. Health**, London, v.10, p.41-48, 1992.

WATT, R.G. Stages of change for sugar and fat reduction in na adolescent sample. **Community Dent. Health**, London, v.14, n.2, p.102-107, June 1997 a.

WATT, R.G.; FULLER, S.S. Oral health promotion – opportunity knocks. **Br. Dent. J.**, London, v.186, n.1, p.3-6, Jan. 1999.

WATT, R.G.; SHEIHAM, A Dietary patterns and changes in inner city adolescents. **J. Oral Hum. Nutr. Diet.**, London, v.9, p.451-461, 1996.

WATT, R.G.; SHEIHAM, A Towards an understanding of young people´s conceptualisation on food and eating. **Health Education Journal**, London, v.56, p.340-349, 1997.

WESTPHAL, M.F.; BÓGUS, C.M.; FARIA, M.M. **Grupos focais: experiências precursoras do uso da técnica em programas educativos em saúde no Brasil**. Águas do Lindóia, São Paulo,25-29 ago.1997. comunicação proferida no 5. Congresso Paulista de Saúde Pública.

**CONHECIMENTOS, PERCEPÇÕES E HÁBITOS DE SAÚDE BUCAL
DOS ADOLESCENTES DE ESCOLAS PÚBLICAS DE DOIS
BAIRROS DE PORTO ALEGRE.**

**KNOWLEDGE, PERCEPTIONS AND HABITS OF ORAL HEALTH
OF TEENAGERS OF PUBLIC SCHOOLS OF TWO
NEIGHBORHOODS OF PORTO ALEGRE**

ELIANE MARIA TEIXEIRA LEITE FLORES

TANIA MARIA DREHMER

DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UFRGS

RUA RAMIRO BARCELOS, 2492, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

CEP: 90035-003

e-mail: elianetl@terra.com.br

CONHECIMENTOS, PERCEPÇÕES, HÁBITOS, SAÚDE BUCAL ADOLESCENTES

6.1 Resumo

Este trabalho teve como objetivo identificar e descrever os conhecimentos e as percepções de escolares adolescentes sobre os seus autocuidados de higiene bucal, os hábitos alimentares e a disponibilidade de participarem, mais ativamente, do programa desenvolvido pelos estudantes de Odontologia UFRGS. Este programa docente-assistencial é realizado em escolas públicas, nos bairros Agronomia e Lomba do Pinheiro, na busca de melhores condições de saúde bucal para a sua comunidade. Os 53 adolescentes que fazem parte dessa amostra cursavam a 7ª série em 2000 e foram autorizados por seus pais ou responsáveis a participarem da pesquisa. Usou-se um questionário com 57 questões sobre a situação socioeconômica das suas famílias e questões sobre saúde-doença bucal. Os adolescentes mostraram conhecer os métodos apropriados para desenvolver e manter uma boa higiene bucal; identificam a *escovação inadequada* assim como *as bactérias*, *os restos alimentares* e a *ingestão de doces/lanches* como causa da cárie e da gengivite; foram orientados pela família e pela escola sobre a importância da qualidade dos alimentos, mas consomem tanto os considerados prejudiciais como os saudáveis; reconhecem a importância do uso do fio dental, mas não o utilizam com frequência. O dentista foi o maior responsável pelo ensinamento do uso do fio dental. A cárie é admitida como doença, mas não a gengivite. Uma minoria reconheceu que tem medo de ir ao dentista, e a maioria gosta do seu dentista. As razões mais importantes para a limpeza dos dentes são *ter saúde* e *prevenir doenças* e afirmam que visitam o dentista, principalmente, para revisões. Trinta e dois por cento dos adolescentes, que participaram dos grupos focais, mostrou interesse em transmitir às crianças das suas escolas os conhecimentos que possuem.

6.2 Summary

The objective of this paper was to identify how much school teenagers knew about self oral health care, and to describe the teenager's eating habits as well as the availability of their participation as multipliers of the programme developed by the odontology academics. They participated in a social welfare programme developed by the Dentistry School of Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). This programme is carried on public schools in the following neighbourhoods of Porto Alegre: Agronomia e Lomba do Pinheiro. The 53 teenagers which took part in this sample were in the 7th grade in 2000 and were allowed by their parents or guardians to take part in this research. A questionnaire with 57 about the social-economic conditions of these teenager's families and questions about oral health was used. The teenagers proved to know the appropriate methods to develop and to maintain a good oral hygiene, recognizing as the cause of decay and gingivitis the incorrect brushing, bacteria and food remains and the intake of sweets and fast food. They recognize the importance of food but intake both the harmful and the healthy food. They are aware of the importance of dental floss but do not use it regularly. The teenagers recognize decay as a disease, but not gingivitis as such. They had orientation about oral health and the quality of food at home and at school, and the dentist was the most responsible in teaching them how to use dental floss. According to them, the most important reasons for cleaning their teeth are to be healthy and to prevent disease and they visit the dentist mainly check-ups. The majority like their dentist, yet, some admitted being afraid of going to the dentist. 32% of the target population showed interest in transmitting to the children of their schools the knowledge that they have about oral care.

6.3 Introdução e Objetivo

O comportamento do adolescente tem sido muito pesquisado ao longo do tempo, assim como o seu conhecimento a respeito de saúde. Nas décadas de 60 e 70 buscava-se orientá-los quanto aos riscos relacionados com o uso de drogas, do fumo e da ingestão de bebidas alcoólicas, para minimizar o seu uso. A introdução de hábitos dietéticos saudáveis aliados aos exercícios físicos regulares e o aconselhamento na precoce atividade sexual, bem como o aperfeiçoamento dos hábitos de higiene bucal era preconizado para melhorar o estilo de vida individual. Hoje em dia, busca-se, antes disso, identificar as variáveis psicossociais que influenciam as percepções e as atitudes dos grupos e que possam permitir uma motivação para mudança de comportamento positiva, através de programas que integrem estilo de vida e ambientes saudáveis com serviços de saúde efetivos (Nutbeam, Aaro e Wold, 1991, Nutbean, 1998).

A Faculdade de Odontologia da UFRGS, através do Centro de Pesquisas em Odontologia Social, CPOS, e do Departamento de Odontologia Preventiva e Social desenvolve, já há 18 anos, um programa de atenção à saúde bucal em escolas dos bairros Lomba do Pinheiro e Agronomia, em Porto Alegre, RS. Este programa, que tem como objetivo promover saúde e integrar os acadêmicos de Odontologia com a comunidade local, tem se ressentido da participação tênue dos adolescentes, depois destes terem participado ativamente, enquanto crianças.

Conhecer o adolescente e suas percepções é fundamental para o desenvolvimento de um programa de educação em saúde que os inclua como alvo e também como meio de divulgação. As pesquisas realizadas que visam a conhecer o comportamento, hábitos e percepção das pessoas de todas as idades têm auxiliado a

projetar e determinar as necessidades particulares da população que se quer atingir, adequando as medidas educacionais a serem desenvolvidas.

Trabalhar com pessoas que pertençam à própria comunidade é uma ação que tem sido experimentada com bons resultados na educação em saúde. Os adolescentes, pelas características próprias da sua idade, podem atuar em grupos dentro de suas escolas, ampliando as possibilidades de atingir um maior número de pessoas, como professores, atendentes, os escolares de outras faixas etárias e seus próprios familiares.

Este trabalho tem como objetivo identificar e descrever os conhecimentos e as percepções de escolares adolescentes sobre os seus cuidados de higiene bucal, os seus hábitos alimentares, o relacionamento com o dentista e a disponibilidade para participarem de forma mais criativa e integrada no programa desenvolvido pelos estudantes de Odontologia, na busca de melhores condições de saúde bucal para si próprios, bem como, para a comunidade que os envolve.

6.4 Metodologia e População Estudada

A população alvo deste estudo tinha entre doze e dezoito anos de idade e fazia parte da comunidade que habita a região da Lomba do Pinheiro e Agronomia, em Porto Alegre, RS, em 2000. Esses adolescentes eram estudantes da 7ª série de três escolas estaduais atendidas pelo convênio do CPOS-UFRGS com o SUS, cuja programação proporciona atendimento odontológico à população escolar da região através do Estágio de Saúde Pública II (ESP II).

As escolas participantes deste estudo foram: Escola Estadual Desidério Torquato Finamor, Escola Estadual Onofre Pires e Escola Estadual Rafaela Remião.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Odontologia da UFRGS (Anexo1). O número de matriculados nas sétimas séries, nessas escolas, era de 170 alunos, em 2000.

A escolha das escolas foi intencional bem como os adolescentes das 7^a séries, porque estudam o Corpo Humano na disciplina de Ciências, o que possibilita o pensar e o repensar sobre saúde geral e, particularmente, sobre saúde bucal.

Para abordar a comunidade escolar dessa região, ficou estabelecido, como estratégia inicial, a distribuição de fichas de Autorização dos Pais dos adolescentes (Anexo 2) para participarem da pesquisa sobre saúde bucal. Foram distribuídos, a princípio, o número de autorizações relativo ao número total de alunos das 7^a séries presentes às salas de aula nos meses de agosto e setembro de 2000, das três escolas escolhidas intencionalmente. O retorno das autorizações foi lento e gradual, sendo que a demora foi devido à perda das mesmas pelos jovens e ao esquecimento de entregá-las aos pais. No total, foram distribuídas cerca de 500 fichas de autorizações.

Ao final de dois meses, foram aplicados os questionários para os alunos presentes na sala de aula em dia aprazado. O questionário está anexado ao trabalho (Anexo 3).

Usou-se um questionário elaborado por Brew (1999) e adequado aos objetivos desse estudo com 57 questões fechadas e abertas sobre a situação socioeconômica das famílias desses adolescentes, sobre o conhecimento adquirido na escola a respeito de saúde bucal, alimentação, percepções sobre tratamento dentário e também acerca da possibilidade de se tornarem multiplicadores de conhecimentos

em saúde. As respostas às questões abertas foram categorizadas e incluídas num banco de dados.

A coleta desses dados levantados através do questionário terminou no mês de Novembro de 2000. O total de 113 questionários foi respondido pelos alunos, devidamente autorizados pelos pais.

Como a finalidade deste estudo é chegar mais próximo da percepção que os participantes possuem do tópico saúde bucal, vinculado de forma indissociável à saúde geral, escolheu-se também a técnica dos grupos focais como instrumento de investigação. Participaram desses grupos apenas os 53 adolescentes que se dispuseram, dentre os 113 que responderam ao questionário.

Com o objetivo de buscar a validação dos dados obtidos através da duas técnicas, neste trabalho serão analisadas apenas os dados tabulados desses 53 questionários. Os demais questionários serão analisados em outros estudos.

O banco de dados dos 53 questionários respondidos por esses adolescentes foi analisado através do Programa Excel 97, da Microsoft, utilizando-se a Tabela Dinâmica e os demais recursos disponíveis deste programa. Os dados estão apresentados em tabelas e gráficos e discutidos no capítulo a seguir.

6.5 Resultados e Discussão

Os primeiros dados coletados através dos questionários preenchidos pelos adolescentes visaram à sua identificação, com o registro das suas datas de nascimento, o nome da escola e a série que estavam cursando. As condições econômicas e sociais foram obtidas através de questões sobre renda e escolaridade dos pais, moradia e posse de automóvel, que estão descritas nas Tabelas 1 a 7.

A população pesquisada reside e estuda nas escolas dos bairros da Lomba do Pinheiro e Agronomia. Os dados da Tabela 1 informam que dos grupos focais participaram adolescentes com idades entre 12 e 18 anos de ambos os sexos, em número de 29 do sexo masculino e 24 do sexo feminino. Do número total de 113 questionários distribuídos, 55 foram respondidos pelos meninos e 58, pelas meninas, nas três escolas.

TABELA 1 – Distribuição dos adolescentes do grupo focal segundo a escola, idade e sexo. Porto Alegre, RS. 2000.

IDADE	12		13		14		15		16		17		18	TOTAL
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		
-DESIDÉRIO FINAMOR	-	2	3	2	3	2	1	-	2	1	2	-	-	18
-ONOFRE PIRES	1	2	3	1	4	-	2	2	1	-	-	1	-	17
-RAFAELA REMIÃO	-	3	1	4	2	4	-	2	-	2	-	-	-	18
TOTAL	1	7	7	7	9	6	3	4	3	3	2	1	-	53

Observa-se que os meninos estavam mais disponíveis do que as meninas em participar dos grupos focais. Pode-se levantar as hipóteses de que, talvez, as meninas considerem mais importante as atividades da rotina escolar, evitando sair da sala de aula e perder parte da matéria que seria ensinada no período em que estariam afastadas para conversar, ou que os adolescentes do sexo masculino podem preferir buscar novidades do que permanecer na mesmice do dia-a-dia da sala de aula, já que o convite foi aberto e indiscriminado para todos os que haviam respondido o questionário inicial sobre o assunto saúde. O maior interesse pelo tema que foi proposto, por parte dos adolescentes do gênero masculino, também não pode ser

excluído como hipótese para justificar este comportamento observado. A maior frequência de jovens com 13 e 14 anos aponta para a idade média dos alunos das sétimas séries.

Os dados da Tabela 2 informam sobre a escolaridade, a situação de trabalho paterna e a renda média familiar. Trinta e dois (60,38 %) adolescentes têm pais com até primeiro grau escolar e em atividade de trabalho. A renda média de R\$656,44 foi encontrada para os pais em atividade de trabalho de 41 jovens. Apenas 5 alunos estavam com seus pais desempregados, e 6, com seus pais aposentados.

TABELA 2 – Distribuição da renda média familiar e número (n) de pais ou responsáveis dos adolescentes do grupo focal, segundo escolaridade e trabalho. Porto Alegre, RS. 2000.

TRABALHO/ ESCOLARIDADE DO PAI	EM ATIVIDADE (n)	DESEMP. (n)	APOSENTADO (n)	S/DADO (n)	RENDA MÉDIA (n)
ANALFABETO	318,50 (2)	-	-	-	318,50 (2)
1º GRAU INC.	434,00 (16)	253,00 (4)	730,00 (3)	180,00 (1)	414,70(24)
1º GRAU COMP	645,00 (14)	-	-	-	645,00 (14)
2º GRAU INC.	800,00 (1)	-	-	-	800,00 (1)
2º GRAU COMP.	900,00 (4)	700,00 (1)	-	-	850,00 (5)
3º GRAU INC.	1600,00(3)	-	-	-	160,00 (3)
3ºGRAU COMP	-	-	480,00 (2)	-	480,00 (2)
NÃO SABE	(1)	-	-	-	(1)
S/INFORMAÇÃO	-	-	500,00 (1)	-	500,00 (1)
RENDA MÉDIA	656,44(41)	342,40 (5)	610,00 (6)	180,00 (1)	605,70 (53)

A renda média das famílias desses 53 adolescentes foi de R\$605,70 (equivalente a quatro salários mínimos) com variação entre R\$60,00 e R\$ 1.850,00. Quanto à escolaridade dos responsáveis, 2 pais e 1 mãe eram analfabetos e 5 pais e 1 mãe chegaram ao 3º grau (TAB 2 e 3).

TABELA 3 – Distribuição da renda média familiar e número (n) das mães ou responsáveis dos adolescentes do grupo focal, segundo escolaridade e trabalho. Porto Alegre, RS. 2000.

TRABALHO/ ESCOLARIDADE DA MÃE	EM ATIVIDADE (n)	DESEMP. (n)	APOSENTADA (n)	DO LAR (n)	MÉDIA RENDA (n)
ANALFABETO	-	-	-	180,00 (1)	180,00 (1)
1º GRAU INC	460,78 (17)	300,00 (3)	1400,00 (1)	514,00(12)	503,37 (33)
1º GRAU COMP	700,00 (2)	-	-	457,50 (4)	506,00 (6)
2º GRAU INC.	1300,00 (5)	-	-	800,00 (1)	1200,00 (6)
2º GRAU COMP.	1105,00 (2)	-	60,00 (1)	1200,0 (1)	867,50 (4)
3º GRAU COMP.	700,00 (1)	-	-	-	700,00 (1)
NÃO SABE	180,00 (1)	-	-	-	180,00 (1)
S/INFORMAÇÃO	(1)	-	-	-	(1)
RENDA MÉDIA	671,30 (29)	300,00(3)	730,00 (2)	538,20 (19)	605,70 (53)

A Tabela 3 mostra, ainda, que 29 mães estavam trabalhando e três estavam desempregadas, destas 22 tinham escolaridade até o primeiro grau, 7 até o segundo grau, e apenas uma cursou o terceiro grau. Havia 19 mães que tinham atividade exclusivamente *do lar*.

TABELA 4 – Distribuição dos adolescentes segundo a condição e a presença dos genitores no domicílio. Porto Alegre, RS. 2000.

PRESENÇA DOS PAIS NO DOMICÍLIO	MÃE				
	BIOLÓGICA	ADOTIVA	NÃO RESIDE	S/DADOS	TOTAL
PAI					
BIOLÓGICO	36	1	1	1	39
ADOTIVO	7	1	-	-	8
NÃO RESIDE	2	-	3	-	5
FALECIDO	1	-	-	-	1
TOTAL	46	2	4	1	53

Dos 53 alunos, 36 tinham pai e mãe biológicos residindo juntos na mesma casa, e há um número idêntico de moradias construídas de alvenaria e com água encanada, conforme os dados das Tabelas 4 e 5. Dos 41 adolescentes com pai em

atividade no trabalho, 16 tinham 1(um) ou mais carros, e 25 não tinham carro próprio (Tab.6). A maioria, portanto, dependia de transporte coletivo para deslocamentos mais distantes.

TABELA 5 – Distribuição das famílias dos adolescentes segundo a condição de moradia (tipo de casa e água encanada no domicílio). Porto Alegre, RS. 2000.

ÁGUA ENCANADA/ TIPO DE CASA	DENTRO DE CASA	NO QUINTAL	NÃO TEM	TOTAL
ALVENARIA	36	1	1	38
MISTA	5	1	-	6
MADEIRA	6	1	-	7
EDIFÍCIO	1	-	-	1
OUTROS	1	-	-	1
TOTAL	49	3	1	53

Do grupo pesquisado, um total de 14 alunos (26,42%) haviam trabalhado ou estavam trabalhando, incluindo todas as idades (Tab.7) Já a partir de 13 anos, observam-se adolescentes trabalhando, apesar de o Estatuto da Criança e do Adolescente só permitir o trabalho a partir dos dezesseis anos.

TABELA 6 – Distribuição das famílias dos adolescentes segundo a condição de número de carros e inserção do pai ou responsáveis no mercado de trabalho. Porto Alegre, RS. 2000.

TRABALHO DO PAI/ N ° CARROS	EM ATIVIDADE	DESEMPREG	APOSENTADO	SEM INFORM	TOTAL
0	25	5	4	1	35
1	12	-	-	-	12
2	4	-	-	-	4
3	-	-	2	-	2
TOTAL	41	5	6	1	53

O fato de 73,53% dos adolescentes não trabalharem é um dado de alguma forma surpreendente, visto que o auxílio do trabalho adolescente para a renda de algumas dessas famílias poderia ser essencial. Entretanto, entre as sete famílias mais pobres (1S.M.ou menos), apenas três alunos trabalham, sendo que uma é menina. Isso é, sob alguns aspectos, bastante favorável no sentido de preservar os filhos do trabalho precoce, o que pode permitir maior dedicação para os estudos. A procura de ascensão social através do estudo parece ser um valor dessas pessoas, como transpareceu nos encontros com os alunos e registrado pelas gravações.

TABELA 7 – Distribuição dos adolescentes segundo a idade e a inserção no mercado de trabalho. Porto Alegre, RS. 2000.

TRABALHO / IDADE (EM ANOS)	SIM	%	NÃO	%	TOTAL	%
12	-	-	1	100,00	1	100,00
13	1	7,14	13	92,82	14	100,00
14	7	43,75	9	56,25	16	100,00
15	3	33,33	6	66,67	9	100,00
16	-	-	7	100,00	7	100,00
17	2	40,00	3	60,00	5	100,00
18	1	100,00	-	-	1	100,00
TOTAL	14	26,42	39	73,53	53	100,00

As questões propostas no bloco de saúde bucal do questionário incluíram perguntas abertas como *a boca para que serve*, com espaço para três respostas que foram devidamente codificadas para serem incluídas no banco de dados.

As funções mais importantes da boca para a maioria dos alunos são mastigar, falar e beijar em primeira, segunda e terceira opção, respectivamente, conforme Tabela 8. A importância do mastigar como a principal função da boca, assim como a da comunicação para envolvimento social, que estão intimamente relacionados com a

saúde dos dentes, é reconhecida pela maioria dos escolares. Locker e Miller (1994) documentaram, através de indicadores subjetivos de saúde bucal, que os jovens percebem, tanto quanto os mais velhos, que problemas bucais comprometem a capacidade de falar, como, por exemplo, a dor facial e bucal e causam problemas de comunicação nas relações sociais assim como comprometem as atividades do cotidiano. Conforme os autores, a mastigação foi menos percebida pelos jovens do que pelos mais velhos, provavelmente por possuírem melhores condições dentárias.

TABELA 8 – Distribuição dos adolescentes por sexo, quanto às respostas sobre as funções da boca segundo a ordem das opções. Porto Alegre, RS. 2000.

ORDEM SEXO/ FUNÇÕES DA BOCA	1º OPÇÃO			2º OPÇÃO			3º OPÇÃO		
	MASC	FEM	TOTAL	MASC.	FEM.	TOTAL	MASC.	FEM.	TOTAL
MASTIGAR	20	17	37	7	5	12	2	2	4
FALAR	4	5	9	12	6	18	3	8	11
BEIJAR	3	2	5	3	6	9	9	7	16
ESCOVAR	1	-	1	-	3	3	2	3	5
RESPIRAR	-	-	-	1	-	1	1	1	2
BEBER	-	-	-	4	4	8	2	2	4
ARROTAR	-	-	-	-	-	-	2	-	2
SORRIR	-	-	-	-	-	-	4	1	5
ESMAGAR	1	-	1	1	-	1	1	-	1
CANTAR	-	-	-	-	-	-	1	-	1
FUMAR	-	-	-	-	-	-	1	-	1
PALADAR	-	-	-	-	-	-	1	-	1
MORDER	-	-	-	1	-	1	-	-	-
TOTAL	29	24	53	29	24	53	29	24	53

Apenas 5 pensaram em sorrir, um (1) respondeu fumar e beber foi lembrado como segunda e terceira opção por 12 adolescentes, o que, de certa forma, é inesperado. O reconhecimento do caráter fundamental representado pela boca na nutrição, na comunicação e na troca prazerosa e amorosa do beijo foi bastante conversado nos grupos focais, quando relacionaram o valor da comida caseira com o

prazer de comer e a importância da boca para os contatos com os amigos e namorados, valorizando a aparência na conquista afetiva. As respostas que colocaram escovação como função da boca podem ser entendidas como um erro de interpretação ou causadas pela influência da nossa apresentação como dentistas.

TABELA 9 – Distribuição dos adolescentes quanto à frequência das respostas sobre as causas do mau hálito. Porto Alegre, RS. 2000.

CAUSAS DO MAU HÁLITO	Nº	%
LÍNGUA	35	66,04
DENTE	35	66,04
ESTÔMAGO	32	60,38
GENGIVA	25	47,17
GARGANTA	17	32,08
FÍGADO	6	11,32
INTESTINO	6	11,32
PULMÃO	5	9,43

Na Tabela 9, o mau hálito foi mais associado aos dentes e à língua, depois ao estômago, e, em quarta posição, vem a gengiva como responsável e só depois escolheram a garganta como determinante de mau hálito. A doença periodontal parece que também aqui não é identificada como um problema que mereça tratamento, tal qual mostra o estudo de Brunswick e Nikias (1975). As outras respostas podem ser consideradas como um desconhecimento sobre o assunto e por terem sido assinaladas como uma outra possibilidade, já que se tratava de uma questão de escolha múltipla. O fígado foi identificado como responsável, porque lhes foi ensinado em aula, pela professora de ciências, que poderia trazer mau hálito, como explicaram alguns mostrando os cadernos, para confirmar o acerto da resposta.

A cárie e a placa bacteriana estão entre as palavras mais reconhecidas o que pode sugerir uma associação importante entre elas.

Esses dados diferem dos encontrados por Linn (1976), que demonstrou o desconhecimento da placa bacteriana e da relação desta com a cárie por parte de adolescente de Minneapolis, EUA.

TABELA 10 – Distribuição dos adolescentes quanto à frequência das respostas sobre o reconhecimento das palavras de cunho científico. Porto Alegre, RS. 2000.

PALAVRAS	Nº	%
CÁRIE	53	100,00
PLACA BACTERIANA	52	98,11
PREVENÇÃO	51	96,23
HIV	50	94,34
CONTAMINAÇÃO	50	94,34
GENGIVITE	49	92,45
TÁRTARO	46	86,79
DENTINA	46	86,79
ECOLOGIA	44	83,02
PUBERDADE	35	66,04
ESTÉTICA	26	49,06
IMUNIDADE	25	47,17
ESMALTE	23	43,40
DIETA CARIOGÊNICA	4	7,55

Prevenção, HIV, e contaminação vêm logo a seguir, e seria interessante e até tranqüilizador pensar que também estão associadas. Imediatamente, como mais conhecida, está a *gingivite* e logo *tártaro* e *dentina*, que são mais identificadas do que *ecologia*. *Puberdade* é reconhecida por 66,04% dos adolescentes, vindo a seguir *estética* e *imunidade*; o *esmalte* só é mais reconhecido do que *dieta cariogênica*, que pode até ser considerada como uma expressão desconhecida por ter merecido a lembrança de somente 7,55% dos alunos. De qualquer forma, a informação transmitida pelos estudantes de Odontologia permite o reconhecimento quase que unânime das principais palavras que estão associadas com as doenças bucais e foram as mais assinaladas até mesmo do que a palavra HIV, certamente uma das mais

citadas pela imprensa televisiva e pelos jornais e revistas. Isso pode, também, ser devido ao não uso da sigla AIDS, que talvez fosse mais plenamente reconhecível por todos.

TABELA 11 – Distribuição dos adolescentes quanto à frequência da experiência de cárie e o reconhecimento da cárie como doença. Porto Alegre, RS. 2000.

EXPER. CÁRIE/ CÁRIE É DOENÇA?	SIM		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SIM	26	72,22	8	47,06	34	64,15
NÃO	4	11,11	3	17,65	7	13,21
NÃO SEI	6	16,67	6	35,29	12	22,64
TOTAL	36	100,00	17	100,00	53	100,00
%	67,92		32,08		100,00	

Teste Qui-quadrado: P= 0,1937

Do número total de alunos participantes que somam cinquenta e três, 67,92% expressaram que experienciaram cárie, e destes 26 reconhecem cárie como doença; 4(quatro) dos que registraram a experiência da cárie positivamente não a reconheceram como tal (Tab.11). Dezesete adolescentes não assinalaram a cárie como experiência, o que representa um terço do total de participantes, entre os quais estão oito que reconheceram a cárie como doença. A probabilidade associada (P) ao teste qui-quadrado não mostrou associação entre as duas variáveis, indicando que o fato de ter cárie não indica necessariamente que seja considerada doença. É possível, no entanto, que o tamanho da amostra não tenha permitido mostrar essa associação.

Seria relevante o fato de que aqueles que tiveram cárie a reconhecessem em maior número, o que se mostraria coerente com o sofrimento determinado pelas conseqüências que essa doença provocou, como foi relatado nos grupos focais, mesmo que lesões incipientes como as manchas brancas não tenham sido percebidas ou mesmo sequer mencionadas.

TABELA 12 - Distribuição de adolescentes quanto às razões para limpar os dentes. Porto Alegre, RS. 2000.

RAZÕES MAIS IMPORTANTES PARA LIMPAR OS DENTES	Nº	%
TER SAÚDE	34	64,15
PREVENIR DOENÇAS	27	50,94
MANTER OS DENTES NA BOCA O MÁXIMO POSSÍVEL	26	49,06
TER BOA APARÊNCIA	26	49,06
PARA EVITAR DOR E FUTUROS PROBLEMAS	26	49,06
NÃO RESPONDERAM	13	24,53
EVITAR TRATAMENTOS GRANDES	7	13,21

Os dados da Tabela 12 evidenciam *ter saúde* como a razão mais importante para limpar os dentes e que ficou reforçada pela segunda resposta mais assinalada *prevenir doenças*, evidenciando que a prevenção é a razão mais importante para esses adolescentes. Os achados de Silva, Paixão e Pordeus (1997) mostram que os motivos para os adolescentes de escolas particulares de Belo Horizonte limparem os dentes estão mais associados com a intenção cosmética de apresentarem dentes bonitos e de não ter mau hálito e que a maior preocupação demonstrada pelos alunos das escolas públicas era com a saúde. Isso se deve, sugerem os autores, ao fato de esses adolescentes preocuparem-se mais com a preservação da saúde por apresentarem maior prevalência de cárie, como consequência das suas condições socioeconômicas de desvantagem em relação aos estudantes das escolas particulares.

Já *manter os dentes na boca o maior tempo possível* que também pode estar associado a aparência compete com a escolha de *evitar dor e futuros problemas* que estão mais associados com evitar sofrimento. Como a preocupação ao formular as questões foi com cuidados direcionados para a saúde, pode-se ter aqui um *viés*, já que, nos grupos focais, as discussões giraram mais em torno da aparência quando

lhes foi perguntado sobre as motivações para o cuidado dispensado aos dentes, preocupação manifestada tanto por meninos como pelas meninas, enquanto que, nessa questão, *ter boa aparência* teve a mesma importância que os dois motivos anteriores.

A cárie dentária continua sendo o problema bucal mais freqüente segundo a avaliação dos adolescentes.

TABELA 13 - Distribuição de adolescentes quanto aos problemas bucais de maior preocupação. Porto Alegre, RS. 2000.

PROBLEMAS BUCAIS DE MAIOR PREOCUPAÇÃO	Nº	%
CÁRIE DENTÁRIA	42	79,25
FRATURA OU PERDA DOS DENTES	39	73,58
GENGIVAS INCHADAS E COM SANGRAMENTO	30	56,6
DENTES DESALINHADOS	13	24,53
AFTAS	11	20,75
NÃO RESPONDERAM	6	11,3

Eles identificam como segundo problema mais importante as fraturas e perdas dentárias, porque, apesar destas não apresentarem a mesma freqüência da gengivite como se supõe pelos relatos, lhes trazem mais sofrimento e maior preocupação. O sangramento gengival aqui constatado por 56,60 % como um dos três principais problemas não foi reconhecido como doença ou pelo menos não lhes causava maiores dificuldades, como relataram nos grupos focais. Isso também foi constatado por Brunswick e Nikias (1975), Gilbert (1994) e Leão e Sheiham (1995) em estudo com adultos. Estes últimos autores informam que seus entrevistados relataram um raro desconforto ou embaraço social e perda de função por inflamação nas gengivas.

A prevalência de trauma dentário entre crianças e jovens é um dos problemas mais significantes na Inglaterra e está associada aos acidentes ocorridos em casa e na

escola como afirmam Sheiham e Watt (2000). Estes mencionam, como política de ação, um programa da OMS para as escolas, com várias medidas possíveis para prevenir esse agravo à saúde observado em muitos países, e que é percebido como de maior impacto na qualidade de vida dos estudantes e de maior custo para tratamento.

As queixas com a posição e desalinhamento dos dentes está menos cotado entre os seus principais problemas bucais. A menor preocupação pode estar relacionada com a pequena perspectiva de usar aparelho ortodôntico. Conforme os questionários, nenhum dos alunos teve seus dentes reposicionados por intervenção ortodôntica.

A responsabilidade pessoal pela causa da cárie parece ser a razão com mais significado para que esta se estabeleça, como pode ser observado na Tabela 14. O não escovar adequadamente foi avaliado pelos adolescentes como mais importante que os próprios germes ou bactérias.

TABELA 14 - Distribuição de adolescentes quanto às causas da cárie dental. Porto Alegre, RS. 2000.

CAUSA	Nº	%
NÃO ESCOVAR OU ESCOVAÇÃO INADEQUADA	45	84,9
GERMES, BACTÉRIAS	42	79,2
ALIMENTOS ENTRE OS DENTES	36	67,9
COMIDAS, DOCES E LANCHES	31	58,5
ANTIBIÓTICOS	7	13,2
COMER ALIMENTOS MUITO DUROS	3	5,66

Os alimentos ficaram em terceira opção. Essas avaliações, provavelmente, são consequência da influência dos acadêmicos de Odontologia sobre os alunos nas escolas que reproduzem o que as sociedades ocidentais costumam valorizar, que é a negligência com o autocuidado como a principal razão para o aparecimento da

doença. Watt (1997, b), ao analisar os modelos empregados para promover a saúde bucal, identifica que, ao culpar o doente pelas suas enfermidades devido ao seu comportamento, encobrem o fracasso das políticas de saúde em lidar com os fatores sociais, econômicos e ambientais inerentes ao processo saúde-doença.

Nas Tabelas 15 e 16, o beijo na boca não é reconhecido pela maioria dos adolescentes como possível transmissor da doença cárie, assim como do vírus do HIV. Alguns responderam desconhecer o assunto. Não foi observada associação entre as variáveis sexo e a resposta sobre transmissão das duas doenças através do beijo, pelo teste qui-quadrado.

TABELA 15 - Distribuição dos adolescentes segundo o sexo e a resposta sobre a transmissão de cárie pelo beijo. Porto Alegre, RS. 2000.

SEXO/ BEIJO TRANSMITE CARIE	MASC	FEM	TOTAL
SIM	5	7	12
NÃO	17	8	25
NÃO SEI	7	9	16
TOTAL	29	24	53

Teste Qui-quadrado: P =0,1844

Não há evidências científicas sobre essas questões, mas, reconhecendo a cárie como uma doença infecto-contagiosa, com ambiente propício, esta poderá acontecer (Tamiatti, Castilho e Paixão(1998). O manual de condutas do Ministério da Saúde (Brasil 2000) sobre o controle de infecções recomenda, como orientações gerais, o não compartilhar de escovas dentais que possam ter entrado em contato com sangue, apesar de não haver evidências de transmissão do HIV por essa via. As manifestações orais parecem estar relacionadas à soropositividade, entre as quais aquelas que podem acometer os tecidos periodontais (Susin e Oppermann, 1999).

Entretanto, os estudos não permitem conclusões definitivas sobre transmissibilidade do HIV através da boca.

TABELA 16 - Distribuição dos adolescentes segundo o sexo e a resposta sobre a transmissão da AIDS pelo beijo. Porto Alegre, RS. 2000.

SEXO/ BEIJO TRANSMITE AIDS	MASC	FEM	TOTAL
SIM	7	6	13
NÃO	16	13	29
NÃO SEI	6	4	10
NÃO RESPONDEU	-	1	1
TOTAL	29	24	53

Teste Qui-quadrado: P = 0,9530

Essas questões foram usadas com a intenção de avaliar os conhecimentos sobre contágio e contaminação, não deixando de observar a vulnerabilidade e a inevitável culpabilização da vítima em relação à presença da doença, pela não adoção dos devidos cuidados preconizados para preveni-la.

Os conhecimentos adquiridos, a respeito dos cuidados com a boca, estão bem registrados na avaliação dos escolares adolescentes (Tab.17).

Escovar os dentes é a forma indicada por 100% dos entrevistados para cuidar dos dentes e aqui novamente se pode observar a importância da saúde através da preocupação em *evitar que os dentes estraguem* de 73,58% dos jovens, conforme a Tab.18. As pesquisas de Linn (1976), Hodge, Holloway e Bell (1982), Macgregor e Balding (1991), Regis, Macgregor e Balding (1994), Silva, Paixão e Pordeus (1997) e Macgregor, Balding e Regis (1998) mostram que para os adolescentes a importância dos cuidados com a boca está mais relacionada com a aparência.

TABELA 17 – Distribuição dos adolescentes quanto às respostas de como cuidar dos dentes. Porto Alegre, RS. 2000.

COMO CUIDAR DOS DENTES ?	Nº	%
ESCOVANDO OS DENTES	53	100,00
INDO AO DENTISTA	51	96,23
USANDO PASTA DE DENTE COM FLÚOR	51	96,23
USANDO FIO DENTAL	49	92,45
EVITANDO COMER DOCES	35	66,04
EVITANDO COMER GORDURAS	5	9,43
COMENDO VÁRIAS VEZES AO DIA	2	3,77

Os adolescentes da Agronomia e Lomba do Pinheiro consideraram a beleza dos dentes em quinto lugar como o motivo para escová-los. A *durabilidade dos dentes* foi mais considerada do que o *sangramento gengival*, ficando a *limpeza dos dentes* em segundo lugar. Macgregor, Balding e Regis(1997) encontraram que os adolescentes que escovavam com menos frequência tinham, como motivação, mais razões cosméticas do que os que escovavam mais frequentemente com razões relacionadas à saúde, como evitar dor de dente e dentes falsos como os motivos para os cuidados com a higiene bucal, dados que se opõem às percepções e hábitos dos escolares estudados nesta pesquisa. A gengivite foi menos considerada, apesar de depender mais da escovação do que a cárie para o seu controle, conforme estudos de Ainamo e Parviainen (1979) que comentam a maior importância da escovação para o controle dos fatores locais da saúde periodontal do que para a integridade dos dentes. A escovação dental só é considerada como medida preventiva específica em relação à doença periodontal, não obstante a placa bacteriana dental desempenhe um papel decisivo na etiologia da cárie dental ao abrigar os microorganismos que lhe dão origem, como esclarecem Burt e Eklund (1999).

TABELA 18 – Distribuição de adolescentes quanto às respostas sobre os motivos mais importantes para escovar os dentes. Porto Alegre, RS. 2000.

MOTIVOS PARA ESCOVAR OS DENTES	Nº	%
PARA EVITAR QUE MEUS DENTES ESTRAGUEM	39	73,58
PARA LIMPAR OS DENTES	33	62,26
PARA QUE OS DENTES DUREM MAIS	24	45,28
PARA EVITAR QUE MINHA GENGIVA SANGRE	21	39,62
PARA QUE MEUS DENTES FIQUEM BONITOS	19	35,85
PARA EVITAR IR AO DENTISTA	10	18,87
PARA DEIXAR MINHA BOCA REFRESCANTE	10	18,87

Para os estudantes das sétimas séries dessas escolas os cuidados com a alimentação têm uma importância de menor significado, ficando em quinto lugar na escolha das respostas de como se deve cuidar dos dentes (Tab.17). Esse menor valor, provavelmente, está associado à dificuldade em mudar hábitos alimentares, mais do que propriamente ao desconhecimento da importância dos alimentos para a qualidade de vida e por conseqüência para as condições bucais, como pode ser visualizado na Figura 1, que compara os alimentos consumidos com os considerados importantes para a saúde. Reisine e Litt (1993), Blinkhorn (1993), Blinkhorn (1998) admitem que o conhecimento isoladamente não é suficiente para melhorar as condições de saúde bucal. Watt (1997, a) avaliou a disposição de mudança de hábitos alimentares entre adolescentes ingleses que não se mostraram muito preocupados com a saúde, mas manifestaram o desejo de melhorar a aparência como a principal razão para mudarem as suas dietas, principalmente as mulheres.

O conhecimento do valor dos alimentos também era reconhecido pelos jovens ingleses, apesar de não ser assumido e incorporado como cuidado com a saúde. De forma semelhante, os jovens escolares da Lomba do Pinheiro e Agronomia, também,

apesar de conhecerem e ingerirem alimentos mais saudáveis e fazerem as suas refeições diárias em casa, não resistem ao apelo dos lanches, que se interpõem às refeições mais importantes. Estudos conduzidos nas décadas de 60 e 70 indicaram que as informações sobre o risco individual de saúde foram pouco efetivas na mudança de comportamento e na sustentação de novos hábitos mais saudáveis. Para a incorporação dos mesmos, Nutbeam, Aaro e Wold (1991) demonstraram que é necessário um melhor entendimento das motivações dos adolescentes, e, através de um trabalho mais abrangente e integrado, deve-se propiciar-lhes *habilidades para a vida*. Nessa pesquisa promovida pela OMS, observaram um mesmo padrão de comportamento entre os adolescentes de 11 países europeus.

A OPS - Organização Panamericana da Saúde publicou, em 1990, o marco conceitual de um programa de saúde materno-infantil, em que estabeleceram parâmetros para a promoção da Saúde Integral do Adolescente na América Latina. Desafios foram especificados para serem atingidos através de mecanismos de promoção de saúde, bem-estar e desenvolvimento e que poderiam se consolidar se assumidas as estratégias de reforço com a participação social das organizações, especialmente aquelas que funcionam com participação efetiva dos adolescentes.

Os alimentos que os adolescentes costumam comer, os que consideram importantes e os que consideram ruins para a saúde foram comparados na Tabela 19 e, para melhor visualização, estão também expostos em forma de gráfico na Figura 1. O arroz e a carne estão situados como os alimentos mais consumidos por todos (98,11%) e são considerados importantes, respectivamente, por 77,36% e 71,76% dos adolescentes, configurando o 6º e o 7º lugar em ordem de importância, deduzidos pelo número de participantes que os assinalaram.

As frutas receberam o 2º lugar em importância e são consumidas por 90,57% dos adolescentes, ficando o feijão como o terceiro alimento mais consumido (94,34%) pelos escolares mas recebeu o 4º lugar em importância; as verduras receberam o 1º lugar em importância, sendo consumidas por 86,79% dos jovens.

TABELA 19 - Distribuição de adolescentes quanto às respostas sobre os alimentos que costumam comer, os considerados importantes e os ruins para a saúde. Porto Alegre, RS. 2000.

ALIMENTOS	COSTUMA COMER		IMPORTANTES SAÚDE		RUINS	
	FREQ.	%	FREQ.	%	FREQ.	%
ARROZ	52	98,11	41	77,36	0	0
CARNES	52	98,11	38	71,70	1	1,89
FEIJÃO	50	94,34	44	83,02	0	0
FRUTAS	48	90,57	51	96,23	1	1,89
VERDURAS	46	86,79	52	98,11	0	0
REFRIGERANTES	45	84,91	4	7,55	34	64,15
BATATA	43	81,13	30	56,60	0	0
DOCES	40	75,47	2	3,77	49	92,45
SUCO	40	75,47	43	81,13	1	1,89
LEITE	39	73,58	45	84,91	0	0
CHICLE	36	67,92	1	1,89	51	96,23
SALGADINHO	35	66,04	3	5,66	29	54,72
BISCOITO	32	60,38	2	3,77	47	88,68
QUEIJO	28	52,83	22	41,51	1	1,89
CHA	16	30,19	9	16,98	2	3,77

O terceiro alimento mais importante foi considerado o leite que é consumido por 73,58% dos participantes. A batata e o queijo seguem a ordem como 8º e 9º lugares em importância e são consumidos por 81,13% e 52,83 %.

Os refrigerantes, que são consumidos por 84,91 % são concebidos como ruins para a saúde por 64,15% dos alunos que consideram também os doces tão ruins (92,45%) que só perdem para o chicle que é considerado por 96,23% como o pior para a saúde. Ambos, no entanto, são consumidos por 75,47%(doces) e 67,92% (chicle) dos adolescentes pesquisados.

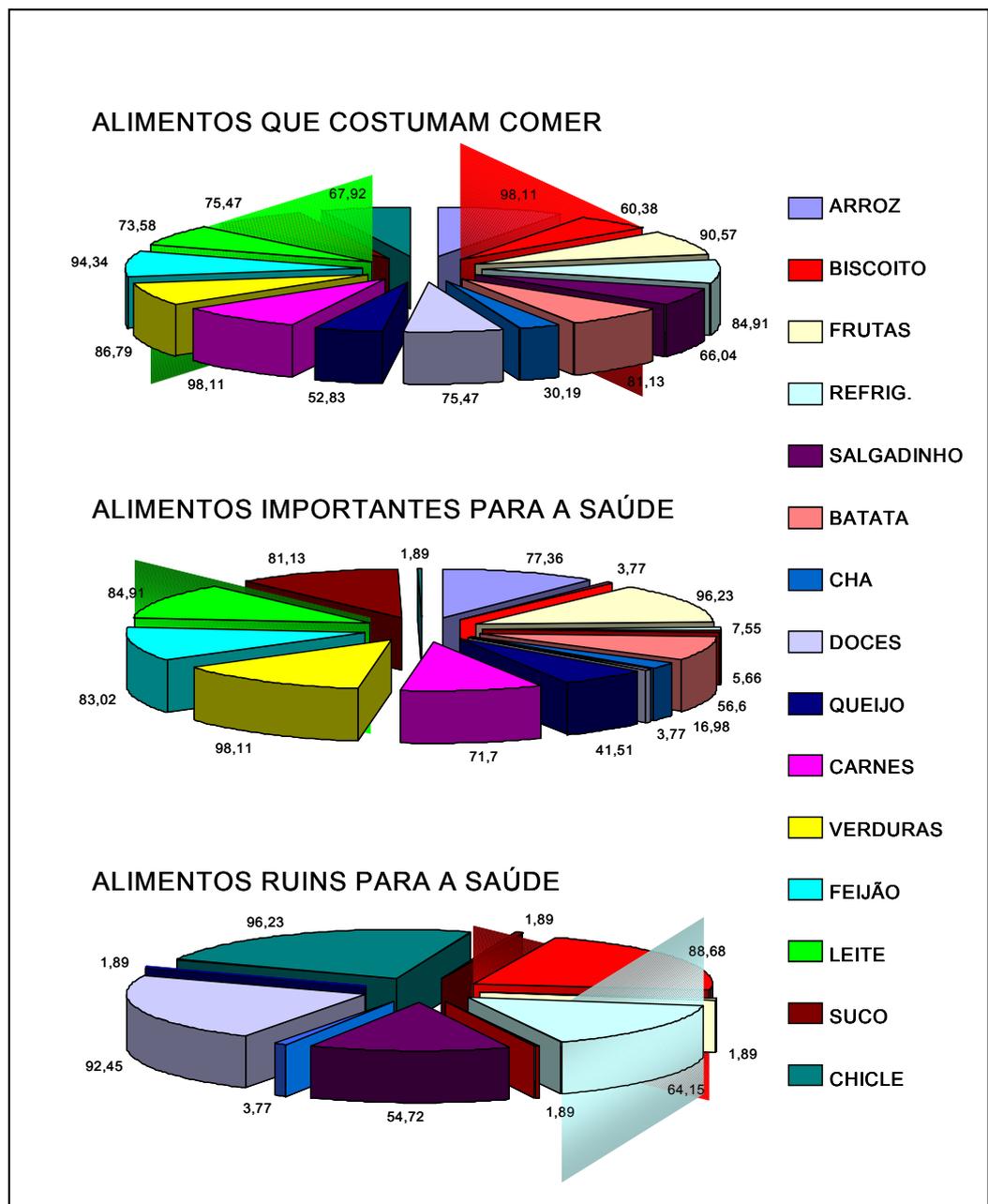


FIGURA 1 - Distribuição de adolescentes quanto às respostas sobre os alimentos que costumam comer, os considerados importantes e os ruins para a saúde. Porto Alegre, RS. 2000.

Os biscoitos receberam a terceira graduação entre os piores alimentos para a saúde e são consumidos por 66,04%.

É possível, através desses dados, compreender o padrão alimentar desses jovens que consomem nutrientes básicos e essenciais para o seu desenvolvimento e a manutenção da sua saúde, conforme as respostas analisadas do questionário. O arroz, a carne e o feijão são fundamentais na dieta desses adolescentes, assim como é costume na maioria das famílias brasileiras. A batata, que é também bastante consumida, não recebe a mesma importância. Já as frutas e verduras, indicadas como muito consumidas e valorizadas, são preconizadas em todas as orientações sobre alimentação saudável. Da mesma forma, é preconizado o leite, que recebeu o terceiro lugar em importância, mas é menos consumido que os refrigerantes, que foram considerados pouco importantes e um dos piores para saúde. Também entre os piores estão os doces, o chicle e os biscoitos, que são consumidos por mais de 60% dos jovens.

A composição geral da dieta do adolescente é constituída de alimentos com alto conteúdo energético. O pão, os biscoitos e outras massas são muito procurados. As carnes são bem aceitas e os refrigerantes são muito apreciados, causam prazer e estão presentes em ocasiões sociais e na hora do recreio da escola. A batata frita ocupa um lugar de destaque na lista das preferências alimentares. A participação de lanches no cardápio diário do adolescente é definitiva e capaz de cobrir até cerca de 1/3 das suas necessidades energéticas diárias. Lanches e alimentos rápidos e transportáveis são encontrados em todo o mundo, como parte do mercado e da vida urbana, mesmo nas pequenas cidades e em países em desenvolvimento. São usualmente caracterizados como sendo compostos de mais *calorias vazias* do que

uma refeição familiar à mesa. Podem contribuir com uma pequena proporção de vitaminas e minerais, uma grande concentração de carboidratos e alto percentual de gordura, principalmente saturada. Se forem selecionados com cuidado, podem ser valiosos para o preenchimento das necessidades diárias, sem prejuízo do balanço nutricional (Guimarães, 1998).

Essas questões tiveram como maior objetivo descrever os hábitos relacionados com a alimentação e servem de base para dimensionar o modo de vida desses adolescentes e possibilitar a identificação dos seus problemas, pois parece que vivem um conflito entre o que consideram saudável e o que é reconhecido como ruim para a sua saúde, mas que lhes traz a satisfação de seus impulsos e desejos. O conhecimento expressado é decorrente das informações disponibilizadas através do aprendizado formal, em sala de aula, com os professores ou através dos pais, como mostra a Tabela 24.

Os estudantes de Odontologia reforçam a importância do que é saudável, tal como os hábitos de higiene e os alimentos que devem ser ingeridos e controlados para a melhoria das condições de sua saúde bucal. O que fica visível é que o comportamento habitual contradiz o que é considerado correto e adequado fazer, usar ou consumir para alcançar a tão valorizada vida saudável, evidenciando a contradição entre comportamento e atitude (disposição mental face uma ação potencial).

Nos grupos focais, os adolescentes relataram que preferem os lanches às refeições porque são fáceis de fazer por eles próprios, e comer fora de casa é caro e por isso não saem para lanche com frequência.

Watt e Sheiham (1996) investigaram adolescentes e os resultados revelaram que, embora tivessem um bom nível de conhecimentos básicos nutricionais, suas atitudes sobre alimentos e saúde eram confusas e seu envolvimento com o preparo dos alimentos domésticos era muito limitado. Os mesmos autores (Watt e Sheiham, 1997) através de análise quantitativa e qualitativa indicaram que os alimentos denominados de *fast food* são preferidos pelos jovens ingleses, por serem mais baratos e consumidos quando estão com seus amigos. Consideram alimentos mais saudáveis aqueles consumidos em casa, pois associam às pessoas mais velhas (às mães) e mais preocupadas com o que é melhor para se nutrir (Watt, 1997, a).

TABELA 20 – Distribuição de adolescentes pelo tipo de lanche que consumiram no dia anterior. Porto Alegre, RS. 2000.

LANCHE	FREQÜÊNCIA	%
SANDUICHE	25	47,17
PÃO / MUMU	24	45,28
BOLO	18	33,96
OUTRA	15	28,30
CHOCOLATE	14	26,42
FRUTAS	14	26,42
IOGURTE	12	22,64
SALGADINHO	9	16,98
CHICLETE	7	13,21
BALAS	7	13,21
DOCE	5	9,43
NÃO LANCHOU	1	1,89

Há uma grande diversificação dos tipos de lanches ou os preferidos não foram apresentados como opções, pois nenhum alcançou mais de 50% das escolhas. Dos lanches apresentados no questionário apenas o sanduíche, os salgadinhos e as frutas não configuram alimentos doces. Dos 53 que responderam ao questionário apenas 15 indicaram que ingeriram outros alimentos que não aqueles mencionados,

dos quais não se sabe a composição. Pode-se observar que os alimentos que contém açúcar foram mais consumidos no lanche do dia anterior. Dos lanches fizeram parte, por ordem de escolha dos adolescentes, o sanduíche, que foi o mais assinalado por 47,17 % deles, em segundo lugar na preferência dos jovens ficou o pão com doce de leite, em terceiro vem o bolo, que foi ingerido por 33,96% (Tab. 20). Os adolescentes desse estudo, durante os grupos focais, descreveram seus lanches e referiram o baurus, o sanduíche, o cachorro quente e a pizza como os pratos preferidos, que não fazem parte desse questionário. O cachorro-quente faz parte da merenda escolar preparada nas próprias escolas, diariamente e que, conforme indicação das merendeiras e professoras, é o preferido entre os alimentos oferecidos pelas escolas. As frutas foram pouco consumidas no dia anterior e aparecem junto com o chocolate como escolha de 26,42% dos jovens.

O iogurte foi mais ingerido que os salgadinhos e é consumido por 22,64% dos jovens. As balas e o chicle são mais consumidos que os doces, mas estão entre os lanches menos consumidos, conforme a tabela que informa a frequência de jovens que costumam lanchar diariamente.

Na Tabela 21, observa-se que 24 jovens apontaram a família e 11 referiram a escola como o único local de orientação sobre qualidade dos alimentos; 3 responderam não ter tido nenhuma orientação e 2 foram orientados por nutricionistas. Dentre os 52 que responderam a essa pergunta, 36 (70 %) assinalaram a família como fonte de informação sobre alimentação.

TABELA 21 - Distribuição de adolescentes quanto à orientação sobre a qualidade de alimentos e a escolaridade da mãe. Porto Alegre, RS. 2000.

CURSO MÃE	Analf.	1°GI	1°GC	2°GI	2°GC	3°GI	3°GC	N.R	Total
ORIENTAÇÃO QUALIDADE DOS ALIMENTOS									
NA FAMÍLIA	-	14	4	2	3	-	-	1	24
NA ESCOLA	1	8	1	-	1	-	-	-	11
NÃO RECEBEU ORIENTAÇÃO	-	2	1	-	-	-	-	-	3
NUTRICIONISTA	-	1	-	1	-	-	-	-	2
FAMÍLIA+ESCOLA+ NUTRICIONISTA	-	1	-	-	-	-	-	-	1
FAMÍLIA+ESCOLA	-	5	-	2	-	-	1	-	8
FAMÍLIA+OUTRA PESSOA	-	1	-	1	-	-	-	-	2
FAMÍLIA+ESCOLA+OU TRA PESSOA	-	-	-	-	-	1	-	-	1
NÃO RESPONDEU	-	1	-	-	-	-	-	-	1
TOTAL	1	33	6	6	4	1	1	1	53

Esses dados são confirmados por trabalhos que referem a mãe como a maior promotora de saúde na família, como o trabalho de Watt (1997, a).

A escova e a pasta foram assinaladas por todos como utilizadas para higiene da boca, mas o fio dental apenas por cerca de 60%, Fig2. A resistência ao uso do fio dental é observada entre os jovens. Apontam a dificuldade em desenvolver o seu uso, pela habilidade requerida, além da falta de treino e da preguiça de adotá-lo como recurso de rotina. O uso do fio fica para situações especiais, como festas de fim de semana, segundo seus próprios relatos nos grupos focais. Macgregor, Balding e Regis (1998) demonstraram que o uso do fio está positivamente relacionado com outros comportamentos de saúde e disponibilidade social e também registraram que

um grande número de adolescentes usa o fio algumas vezes ou pelo menos uma vez por semana, mas não todos os dias.

FIGURA 2 - Distribuição de adolescentes quanto ao que usam para limpar a boca. Porto Alegre, RS. 2000.

Honkala, Rimpelã e Pasanen (1984) observaram que com o crescimento as crianças tinham mais cuidados com a boca e utilizavam mais o fio dental do que quando pequenos, porém esta prática não aumentou em consequência do ensino que lhes foi oferecido ao longo de cinco anos.

Cinquenta e três por cento dos jovens assinalaram como três a frequência de escovações diárias, e 37,80 % como quatro vezes durante um dia (Tab 22). Essas frequências são orientadas sempre pelos profissionais de saúde e são repetidas em quase todas as investigações, apesar de não haver comprovação científica sobre o assunto. Sutcliffe (1996) esclarece que a relação entre cárie e limpeza dos dentes tem-se mostrado espúria, porque provavelmente aqueles que mais frequentemente escovam são também aqueles que restringem seu consumo de açúcar e que vão ao dentista com mais frequência.

Já o fio dental foi registrado como usado uma vez ao dia por 39,62%, e 32,08 % (17 adolescentes) indicaram que não usam o fio dental. Vinte e seis por cento (14) das respostas a essa pergunta indicam o uso do fio de 2 a 4 vezes ao dia, o que é bastante incongruente com o que foi expressado nas discussões nos grupos focais, pois consideraram o seu uso difícil.

TABELA 22 - Distribuição de adolescentes quanto à frequência de escovação e do uso do fio dental. Porto Alegre, RS. 2000.

FREQ. AO DIA	ESCOVA	%	FIO DENTAL	%
1	2	3,78	21	39,62
2	3	5,67	8	15,09
3	28	52,75	2	3,77
4	20	37,80	4	7,55
NÃO USA	-	-	17	32,08
NÃO RESPONDEU	-	-	1	1,89
TOTAL	53	100,00	53	100,00

Esses dados não se equivalem aos de Macgregor, Balding e Regis (1998) que, informam que a frequência do uso do fio está associada à frequência das visitas ao dentista, pois motiva e reforça os ensinamentos de como e por que usar o fio dental. Apesar de 25 dos adolescentes terem registrado visita ao dentista em 1999/2000 (Tab 24), eles confirmaram usar pouco o fio dental.

Na pergunta sobre *o que usa para limpar a boca*, (Fig 2) 21 não assinalaram o fio, e, em *quem ensinou a usar o fio* (Tab. 23), havia como opção *não uso*, e esta foi assinalada por 10 jovens. A incoerência das respostas observada pode estar evidenciando falta de precisão da técnica de pesquisa empregada, ou, então, incoerência dos adolescentes em responder o questionário.

A resposta de 64,15% dos adolescentes sobre quem os ensinou a escovar (Tab.23) confirmam os achados relatados por Garcia-Godoy (1986), Silva, Paixão e

Pordeus (1997) e Watt (1997, a). de que as mães se responsabilizam pelo ensinamento aos filhos dos hábitos de higiene, incluindo como escovar os dentes.

TABELA 23 - Distribuição dos adolescentes quanto às respostas sobre quais as pessoas que lhes ensinaram a escovar os dentes e a usar o fio dental. Porto Alegre, RS. 2000.

QUEM ENSINOU	ESCOVAR	%	USAR FIO	%
MÃE	34	64,15	18	33,96
PAI	18	33,96	12	22,64
DENTISTA	14	26,42	30	56,60
SOZINHO	6	11,32	6	11,32
OUTROS	1	1,89	-	-
NÃO USA	-	-	10	18,87

Os dentistas, também, têm responsabilidade pelo ensinamento como afirmaram 26,42% dos jovens.

A influência da mãe nos hábitos relacionados com comportamento de saúde, como a escovação dentária, foi estudada por Drehmer (1989) que observou a associação entre a saúde bucal dos filhos com a escolaridade da mãe e Freire (1999) que relacionou a saúde bucal dos adolescentes pesquisados com os cuidados maternos na infância, mais que propriamente durante a adolescência.

Esta autora, também, relata que a classe social foi a variável mais importante para explicar o padrão de atendimento dentário; adolescentes de classe social mais alta, visitavam com mais frequência o dentista que os adolescentes de classes desfavorecidas economicamente. A Tabela 24 mostra as visitas ao dentista, em maior número no ano 1999, sendo que os adolescentes que visitaram o dentista nos dois anos foram em número de 25, enquanto apenas 8 não visitaram o dentista em 1999 e 2000.

Nos grupos focais, os adolescentes relataram que a importância dos dentistas estava no reforço e no aperfeiçoamento da técnica da escovação que haviam aprendido com as mães. Os pais também participaram nessa tarefa no caso de 33,96%, e 11,32% dos adolescentes responsabilizaram-se pelo seu próprio aprendizado.

TABELA 24 - Distribuição de adolescentes quanto às visitas ao dentista em 1999 e 2000. Porto Alegre, RS. 2000.

	2000	NÃO VISITOU	VISITOU	Total
1999				
NÃO VISITOU		8	8	16
VISITOU		12	25	37
Total		20	33	53

Quanto ao ensinamento do uso do fio dental, o dentista aparece como o responsável mais escolhido (56,60%), ficando as mães em segundo lugar e os pais em terceiro (Tab. 23). Esses dados demonstram que esse hábito não fazia parte do comportamento da maioria das famílias. Os alunos reconhecem as melhores condições propiciadas pelos recursos existentes hoje, como pasta com flúor e maior acesso ao conhecimento sobre prevenção da cárie, pois relataram, nos grupos focais, quando se discutiu a saúde dos familiares, que seus pais e avós possuem menos saúde bucal do que eles. Narraram o sofrimento de muitos de seus parentes e a situação de perdas dentárias como consequência de outra época, quando esses recursos não estavam disponíveis.

A Figura 3 mostra que 87% não reconhecem ter medo de ir ao dentista. Thomson, Locker e Poulton (2000) relatam que o medo é mais encontrado entre aqueles que procuram atendimento para resolver um problema dentário do que por aqueles que visitam o dentista para fazer revisões, e a maior ansiedade encontra-se entre os que evitam o consultório odontológico.

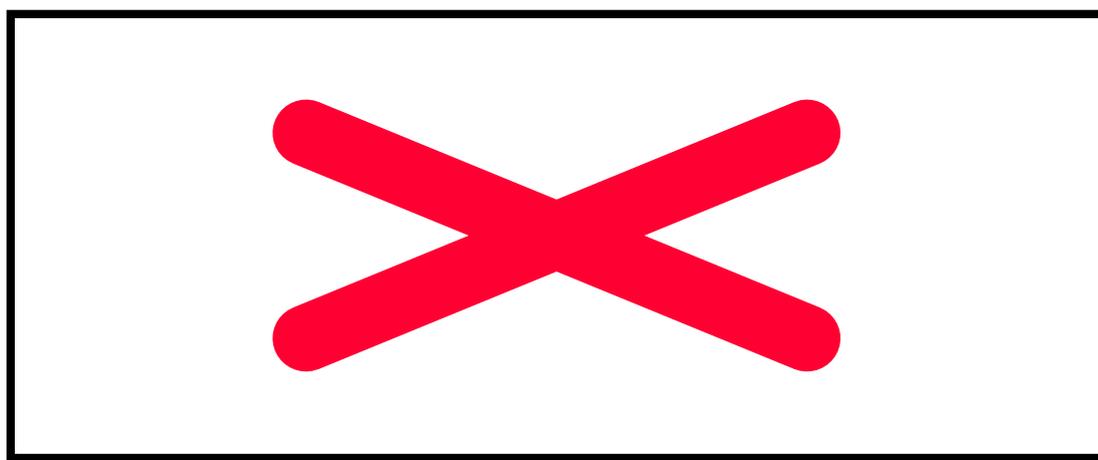


FIGURA 3 - Distribuição de adolescentes quanto ao medo às visitas ao dentista Porto Alegre, RS. 2000

As revisões são os motivos mais freqüentes para visitar o módulo (MSC) ou outro serviços odontológicos, e o total de 23 alunos (43,40%) procuraram o atendimento gratuito do MSC pelos diversos motivos apresentados no questionário, conforme Tabela 25.

Dos 53 adolescentes participantes, 29 registraram que costumam ir sozinhos ao dentista; outros 13 vão acompanhados pela mãe, 4 pelos pais e 2 por ambos, restando 2 que não vão ao dentista e 3 que são acompanhados por outras pessoas. Adekoya-Sofora e colaboradores (1996), em trabalho com adolescentes, encontraram que muitos deles sentem mais responsabilidade por marcar suas consultas e ir ao dentista sozinhos. Significantes associações foram relatadas entre a freqüência das

visitas ao dentista e a auto-estima como encontraram Macgregor e Balding (1991) e Regis, Macgregor e Balding (1994).

**TABELA 25 - Distribuição dos adolescentes quanto ao local de atendimento e o motivo para consultar.
Porto Alegre, RS. 2000.**

LOCAL MOTIVO	CONS. PART.	CONV.	POSTO	SINDIC.	MÓDULO	OUTRO	SEM RESP	TOTAL
DOR DE DENTE	2	2	1	1	5	-	-	11
ACIDENTE	-	1	-	-	1	-	-	2
DENTE CARIADO	2	3	3	-	3	-	-	11
SANGRAMENTO GENGIVAS	-	-	-	-	3	-	-	3
REVISÃO	2	4	2	-	10	3	-	21
REFAZER TRATAMENTOS	-	-	1	-	1	-	1	3
OUTRO	-	-	-	-	-	1	-	1
NÃO RESPONDEU	-	-	-	-	-	-	-	1
TOTAL	6	10	7	1	23	4	1	53

O MSC favorece aos adolescentes e crianças residentes nos bairros Agronomia e Lomba do Pinheiro, as visitas ao dentista pela sua gratuidade e proximidade, mas, apesar disso, não é tão usado como poderia, pois o estudo de Jandrey (1999) apresentou registros de absenteísmo maior que 40% nos anos de 1998/99. As razões relacionadas pela pesquisadora mostram que essas pessoas, que foram identificadas como ausentes, se encontravam excluídas socialmente. Além disso, manifestavam uma aversão concreta a toda forma de assistência aliada ao sentimento de medo ao tratamento das doenças da boca e demonstravam ter como representação social que os cuidados com saúde bucal não tinham significado.

No entanto, nesse estudo, as respostas de 38 alunos (Tab.26) quanto ao gostar do seu dentista e do local de atendimento é demonstrada pela resposta de afeto

positivo a todos os dentistas, em seus diversos locais de atendimento, inclusive aos do MSC, que é o mais visitado; 18 adolescentes que o visitam gostam tanto do MSC como do dentista que os atende.

TABELA 26 - Distribuição de adolescentes quanto ao local de atendimento e a relação com o seu dentista. Porto Alegre, RS. 2000.

GOSTA DENTISTA	NÃO GOSTO	GOSTO	INDIFERENTE	NÃO RESPONDEU	TOTAL
LOCAL DE ATENDIMENTO					
CONS. PARTICULAR	-	5	-	1	6
CONS. PAR.CONVÊNIO	-	6	3	1	10
POSTO SAÚDE	1	4	1	1	7
SINDICATO	-	1	-	-	1
MÓDULO	-	18	1	4	23
NENHUMA RESPOSTA	1	-	-	-	1
OUTRO	-	3	-	1	4
NÃO RESPONDEU	-	1	-	-	1
TOTAL	2	38	5	8	53

Essas preferências são consistentes com o trabalho de Gerbert, Bleeker e Saub (1994) que evidenciaram que, sob o ponto de vista dos pacientes, estes estão satisfeitos com os cuidados que recebem dos seus dentistas, e que valorizam a sua competência e acreditam que o seu próprio dentista é superior aos demais. A explicação para o contraste entre as percepções sobre os dentistas e a popularidade negativa estereotipada da mídia é que as pessoas distinguem o seu próprio dentista dos dentistas em geral.

Em trabalho com grupos focais para investigar como os pacientes avaliaram seus dentistas, Newsome e Wright (2000) concluíram que, para melhor compreender a satisfação do paciente, deve ser levado em consideração as percepções das pessoas

e os fatores que antecedem à consulta, tais como expectativas, desejos e necessidades.

As respostas afirmativas são ainda mais reveladoras quando se observa a Tabela 27, que mostra 50 jovens interessados no que os estudantes de Odontologia lhe ensinam. Observa-se aqui uma contradição com a percepção relatada pelos acadêmicos de Odontologia, que consideram a postura dos adolescentes como de indiferença, ironia e até mesmo de animosidade em relação ao seu trabalho, principalmente o preventivo-educativo realizado nas escolas.

TABELA 27 - Distribuição de adolescentes quanto ao gostar de aprender com os estudantes de Odontologia e o local que costumam ser atendidos. Porto Alegre, RS. 2000.

APRENDER	SIM	NÃO	Total
LOCAL ATENDIMENTO			
CONS. PARTICULAR	5	1	6
CONS. PAR.CONVÊNIO	10	-	10
POSTO SAÚDE	7	-	7
SINDICATO	1	-	1
MÓDULO	21	2	23
NENHUMA RESPOSTA	2	-	2
OUTRO	4	-	4
Total	50	3	53

O que pode ser deduzido é que o descontentamento dos adolescentes se refere à repetição e à mesmice das atividades desenvolvidas pelos acadêmicos, que são monótonos como costuma ser a rotina escolar, como foi relatado pelos adolescentes nos grupos focais. Também falta aos acadêmicos maior compreensão das características peculiares a essa fase da vida, quando é preferida a ação à passividade das palestras. Segundo Silva, Paixão e Pordeus (1997), há necessidade dos programas de educação em saúde adequarem-se ao grupo alvo, e, a inabilidade dos profissionais em organizar programas para adolescentes é reflexo do ensino

odontológico vigente, que não incorpora o tratamento diferenciado para essa faixa etária.

TABELA 28 - Distribuição dos adolescentes quanto à resposta se poderiam ensinar a outros sobre hábitos saudáveis e se gostariam de ser agentes de saúde. Porto Alegre, RS. 2000.

AGENTES	SIM	NÃO	NÃO SEI	TOTAL
ENSINAR				
SIM	14	4	12	30
NÃO	3	9	11	23
TOTAL	17	13	23	53

A disponibilidade de ensinar os conhecimentos sobre saúde bucal foi respondida afirmativamente nesse questionário por apenas 17 adolescentes; 13 não se dispuseram a executar tal tarefa, e 23 não definiram um posicionamento. No entanto, durante os encontros dos grupos focais, muitos dos participantes simpatizaram com a idéia de transmitir seus conhecimentos às crianças da sua própria escola. Isto se comprovou pela criação de um grupo de teatro organizado pelos participantes que escreveram e apresentaram uma encenação baseada no texto de uma estória infantil, introduzindo informações sobre saúde bucal. Como foi observado, ao responderem sobre o desejo de participar dos grupos focais, a indecisão ou a não compreensão do que teriam que fazer pode ter interferido ao assinalar a resposta. Do total de 53 alunos que participaram dos grupos focais, só 49 (88,68%) responderam no questionário que gostariam de participar dos mesmos. Portanto, um número maior de jovens se disponibilizou a participar, de fato, nos dias marcados para os encontros e realização dos grupos focais. Essa pesquisa buscou validar seus resultados conforme apontou Nutbeam (1998), pela confrontação dos dados obtidos através de duas diferentes técnicas de coleta e de análise. Pode-se admitir tal proposta, já que ambas

foram aplicadas ao mesmo grupo de pessoas. Em algumas situações, observaram-se convergências assim como divergências nas conclusões, mostrando as fragilidades de ambas, mas, quando analisadas conjuntamente, complementaram-se, tornando o entendimento sobre o comportamento dos adolescentes mais abrangente.

As contradições, observadas, por exemplo, entre o que consideram alimentos importantes para a saúde e os que costumam comer, são peculiares à idade em que se encontram e estão ligadas as condições sociais e culturais inerentes ao tempo e ambiente em que vivem. É necessário consolidar os conhecimentos que absorveram para que estes venham a fazer parte do seu comportamento diário de forma a lhes trazer benefícios mais efetivos. Para incorporar o aprendizado, é necessário conhecer, pensar, discutir, argumentar para finalmente agir (Ceccon e Eisestein, 2000).

O método de educação que leva em conta a participação da população alvo no criar e recriar o conhecimento torna-a apta para promover a sua multiplicação.

6.6 Conclusões

Dos dados coletados nesse estudo, pode-se concluir que:

- A amostra estudada pertence a famílias que, tem baixo poder aquisitivo, com renda média de R\$ 605,70, mora em casas de alvenaria com água encanada, e os pais, na maioria, têm escolaridade até o 1º grau;
- Os adolescentes mostraram ter conhecimentos apropriados para desenvolver e manter uma boa higiene bucal (limpam os dentes com escova e pasta, e, em sua maioria, de 3 a 4 vezes ao dia) reconhecem a *escovação inadequada* assim como *as bactérias*, *os restos alimentares* e a *ingestão de doces/lanches* como causa da cárie e da gengivite, apesar de apresentarem comportamentos conflitantes com este conhecimento, pois,

mesmo reconhecendo alguns alimentos como prejudiciais à saúde (chicle, doce, biscoitos, refrigerantes e salgadinhos), os apreciam e consomem com frequência;

- A importância do uso do fio dental é reconhecida apesar de não o utilizarem frequentemente e muitos registraram que não o usam;
- As razões mais importantes para a limpeza dos dentes são *ter saúde e prevenir doenças*.
- A maioria reconhece a cárie como doença e já passaram pela experiência.
- Os motivos para consultar o dentista são as *revisões, a existência de cárie e a dor de dente*. As cáries e as fraturas trazem-lhes mais preocupação do que a gengivite.
- Foram orientados tanto na família como na escola sobre a qualidade dos alimentos e cuidados com a boca, sendo que o dentista foi o maior responsável pelo ensinamento do uso do fio dental.
- Uma minoria reconheceu que tem medo de ir ao dentista e 72% gosta do seu dentista.
- Trinta e dois por cento dos adolescentes que participaram dos grupos focais mostrou-se disposto a transmitir às crianças das suas escolas os conhecimentos que possuem.

6.7 Referências Bibliográficas

- ADEKOYA-SOFORA, C.A; HUMPRIS, G.M. Needs for dental information of adolescents from na inner city area of Liverpool. **Br. Dent. J.**, London, v.180, n.9, p.339-343, May 1996.
- AINAMO, J.; PARVIAINEN, K. Ocurrence of plaque, gingivitis and caries as related to self reported frequency of toothbrushing in fluoride areas in Finland. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.7, n.3, p.142-146, June 1979.
- BLINKHORN, A S. Factors affecting the compliance of patients with preventive dental regimens. **Int. Dent. J.**, Guildford, v.43, n.3, p.294-298, June 1993.
- BLINKHORN, A S. Dental health education: what lessons have we ignored? **Br. Dent. J.**, London,v.184, n.2, p. 58-59, Jan 1998
- BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Política de Saúde, Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Controle de infecções e a prática odontológica em tempos de aids: manual de condutas-** Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- BREW, M. **Conhecimentos, hábitos e atitudes de adolescentes da cidade de Torres em relação à saúde bucal.** 1999, Dissertação (Mestrado em Odontologia).Universidade Luterana do Brasil, Faculdade de Odontologia, Canoas. Projeto de Dissertação. 62 f.
- BRUNSWICK, A F.; NIKIAS, M. Dentist's ratings and adolescents perceptions of oral health. **J. Dent. Res.** Chicago, vol.54, n.4, p. 836-843 July-Aug 1975.
- BURT, B.A; EKLUND, S.A Dental caries. In: _____. **Dentistry, dental practice and the community.** 5th ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1999. cap.19, p.212-236.
- CECCON, C.; EISESTEIN, E. **Saúde, Vida e Alegria - sugestões metodológicas,** Porto Alegre; Artes Médicas, 2000, 80p.
- DREHMER, T.M. **Estudo epidemiológico do potencial hidrogeniônico da placa dentária em escolares de 14 anos do sexo masculino.** 1988. 221f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo.
- FREIRE, M.C.M. **Oral health and sense of coherence: a study of Brazilian adolescents and their mothers.** 1999. 289 f. Thesis (Doctor of Philosophy) – University of London, London.
- GARCIA-GODOY, F. La salud como parte del proceso de socialización. **Acta Odontol. Pediatr.**, Santo Domingo, v.7, n.1, p.11-13, jan. 1986.
- GERBERT, B.; BLEECKER, T.; SAUB, E. Dentists and the patients who love them. Professional and patient views of dentistry. **J. Am. Dent. Assoc.**, Chicago, v.125, n.3, p.264-272, Mar. 1994.
- GILBERT, L. Social factors and self-assessed oral health in South Africa. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.22, n.1, p.47-51, Feb. 1994
- GUIMARÃES, M.H.P. Necessidades nutricionais e alimentação na adolescência. In:

COSTA, M.C.O; SOUZA, R.P. **Avaliação e cuidados primários da criança e do adolescente**. Porto Alegre: ARTMED, 1998. Cap 12, p.161-174.

HODGE, H.C.; HOLLOWAY, R.J.; BELL, C.R. Factors associated with toothbrushing behaviour in adolescents. **Br. Dent. J.**, London, v.152, n.2, p.49-51, Jan. 1982.

HONKALA, E.; RIMPELÄ, M.; PASANEN, M. Trends in the development of oral hygiene habits in Finnish adolescents from 1977 to 1981. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.12, n.2, p.72-77, Apr. 1984.

JANDREY, C.M. **Absenteísmo no atendimento clínico-odontológico: o caso do Módulo de Saúde Comunitária do CPOS**. 1999. 135f. Dissertação (mestrado em Saúde Bucal Coletiva) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia. Porto Alegre.

LEÃO, A.; SHEIHAM, A. Relation between clinical dental status and subjective impacts in daily living. **J. Dent. Res.**, Washington, v.74, n.7, p.1408-1413, July 1995.

LINN, E.L. Teenagers attitudes, knowledges and behavior related to oral health. **J. Am. Dent. Assoc.**, Chicago, v.92, n.5, p.946-951, May 1976.

LOCKER, D.; MILLER, Y. Subjectively reported oral health status in na adult population. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.22, n.6, p. 425-430, Dec. 1994.

MACGREGOR, I.D.M.; BALDING, J.W. Self-esteem as a predictor ofm toothbrushing behaviour in young adolescents. **J. Clin. Periodontol.**, Chicago, v.18, n.5, p.312-316, May 1991.

MACGREGOR, I.D.M.; BALDING, J.W.; REGIS, D. Motivation for dental hygiene in adolescents. **Int. J.Paed. Dent**, London, v.7, n. 4, p.235-241, Dec. 1997.

MACGREGOR, I.D.M.; BALDING, J.W.; REGIS, D. Flossing behaviour in English adolescents. **J. Clin. Periodontol.**, Chicago, v.25, n.4, p.291-296, Apr.1998.

NEWSOME, P. R. H.; WRIGHT, G. H. Qualitative techniques to investigate how patients evaluate dentists: a pilot study. **Community Dent Oral Epidemiol**, Munksgaard, v. 22, p. 257-266, 2000.

NUTBEAM, D.; AARO, L.; WOLD, B. The lifestyle concept and health education with young people. Results from a WHO international survey. **World Health Stat Q.**, Geneve, v.44, 1991.

NUTBEAM, D. Evaluating health promotion-progress, problems and solutions. **Health Promot. Int.**, Oxford,v.13, n.1 p.27-44 ,1998

OPS - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Programa de salud materno infantil. **El marco conceptual de la salud integral del adolescente y de su cuidado**. [S.l.]: 1990.

REISINI, S.; LITT, M. Social na psychological theories and their use for dental practice. **Int. Dent. J.**, Guildford, v.43, n.4, p.279-287, Aug. 1993.

- REGIS, D.; MACGREGOR, I.D.M.; BALDING, J.W. Differential prediction of dental health behaviour by self-esteem and health locus of control in young adolescents. **J. Clin. Periodontol.**, Chicago, v.21, n.1, p.7-12, Jan. 1994.
- SHEIHAM, A ; WATT, R.G. The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.28, n.6, p.399-406, Dec. 2000.
- SILVA, T. A.; PAIXÃO, H.H.; PORDEUS, I.A Fatores do comportamento relacionado à higiene bucal em adolescentes. **Arq. Odontol.**, Belo Horizonte, v.33, n.1, p.5-14, jan./jun. 1997.
- SUSIN, C.; OPPERMANN, R.V. Epidemiologia das manifestações periodontais em indivíduos soropositivos para o HIV. **Aboprev**, Porto Alegre, v.2, n.1, p.46-58, maio 1999.
- SUTCLIFFE, P. Oral cleanliness and dental caries. In: MURRAY, J.J. **The prevention of oral disease**. 3th ed. New York: Oxford University, 1996. cap.4, p.68-77.
- TAMIETTI, M.B.; CASTILHO, L.S.da; PAIXÃO, H.H. Educação em saúde bucal para adolescentes: inadequação de uma metodologia tradicional. **Arq. Odontol.**, Belo Horizonte, v.34, n.1, p.33-45, jan./jun. 1998.
- THOMSON, W.M.; LOCKER, D.; POULTON, R. Incidence of dental anxiety in young adults in relation to dental treatment experience. **Community dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.28, n.4, p.289-294, Aug.2000.
- WATT, R.G. Stages of change for sugar and fat reduction in adolescent sample. **Community Dent. Health**, London, v.14, n.2, p.102-107, June 1997, a.
- WATT, R.G.; Theoretical models – what do they tell us? In: DALY, B.; WATT, R.G. (Ed.). **Designing and evaluating effective oral health promotion**. London: Oral Health Promotion Research Group, 1997 b. Papers from the Oral Health Promotion Research Group annual conference held at University of London on 29 October 1997.
- WATT, R.G.; SHEIHAM, A Dietary patterns and changes in inner city adolescents. **J. Oral Hum. Nutr. Diet.**, London, v.9, p.451-461, 1996.
- WATT, R.G.; SHEIHAM, A Towards an understanding of young people's conceptualisation on food and eating. **Health Education Journal, London**, v.56, p.340-349, 1997.

6.8 Anexo 1: Aprovação do Comitê de Ética

6.8 Anexo 2: Autorização dos Pais

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL

AUTORIZAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO

A ESCOLA EM QUE SEU FILHO(A) ESTUDA, PARTICIPA DO PROGRAMA DE SAÚDE BUCAL DO MÓDULO DE SERVIÇO COMUNITÁRIO DA UFRGS.

PARA SABER O QUE SEU FILHO(A) PENSA SOBRE SAÚDE DA BOCA, ASSIM COMO, **QUAL É O COMPORTAMENTO DELE(A) EM RELAÇÃO AO TRATAMENTO DENTÁRIO** REALIZADO PELOS ESTUDANTES DE ODONTOLOGIA, PRECISAMOS CONVERSAR COM ELE (A). ISTO É MUITO IMPORTANTE, PARA QUE SE POSSA MELHORAR O PROGRAMA DE SAÚDE.

SERÁ FEITO UM QUESTIONÁRIO QUE TODOS OS ALUNOS DA SÉTIMA SÉRIE PODERÃO RESPONDER, E UMA REUNIÃO COM ALGUNS DELES PARA DISCUTIR O TEMA **SAÚDE**.

OS RESULTADOS SERÃO USADOS COM O FIM DE BENEFICIAR OS PRÓPRIOS ALUNOS E SERÃO MANTIDOS EM SIGILO.

PARA AUTORIZAR A PARTICIPAÇÃO DE SEU FILHO É PRECISO QUE O(A) SENHOR (A) PREENCHA AS LACUNAS ABAIXO.

EU, _____, RESPONSÁVEL PELO MENOR _____, AUTORIZO A SUA PARTICIPAÇÃO NESTA PESQUISA, PARA RESPONDER O QUESTIONÁRIO E PARA INTEGRAR, DE FORMA VOLUNTÁRIA, UM GRUPO DE DISCUSSÃO DO MESMO ASSUNTO.(A DECISÃO DE DISCUTIR O ASSUNTO EM GRUPO SERÁ REGISTRADA NO QUESTIONÁRIO).

_____ DATA: __/__/__

ASSINATURA (PAI OU RESPONSÁVEL)

ENDEREÇO: _____

PROFISSÃO: _____

SABE LER E ESCREVER

() SIM ÚLTIMA SÉRIE CONCLUÍDA: _____

() NÃO

NOME DA MÃE: _____

PROFISSÃO: _____

SABE LER E ESCREVER

() SIM ÚLTIMA SÉRIE CONCLUÍDA: _____

() NÃO

RENDA FAMILIAR: _____

NÚMERO DE PESSOAS QUE VIVEM DESTA RENDA: _____

6.8 Anexo 3: Questionário

QUESTIONÁRIO SOBRE SAÚDE BUCAL NA ADOLESCÊNCIA

1 – BLOCO DE IDENTIFICAÇÃO

1. Questionário nº: ____
2. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino
3. Data de nascimento: ___/___/____
4. Qual a sua idade em anos? ___ anos
5. Você estuda em escola: 1. () estadual 2. () particular
Qual o nome de sua escola? _____
6. Qual a série que está cursando? ___ série
7. Quais as pessoas que moram na sua casa?
Pai: 1. () biológico 2. () adotivo 3. () não mora 4. () falecido
Mãe: 1. () biológica 2. () adotiva 3. () não mora 4. () falecida
Irmãos: __ (número) Outros: __ (número)
8. Qual a escolaridade de seus pais?
Pai: sabe ler e escrever 1. () Sim 2. () Não
Qual a última série que cursou? _____
Mãe: sabe ler e escrever 1. () Sim 2. () Não
Qual a última série que cursou? _____
9. Quanto à inserção de seus pais no mercado de trabalho:
Pai: 1. () trabalhando 2. () desempregado 3. () aposentado
Mãe: 1. () trabalhando 2. () desempregado 3. () aposentado 4. () do lar
10. Você já trabalhou? 1. () sim 2. () não
11. Sua casa é de:
1. () tijolo 2. () mista (madeira e tijolo) 3. () madeira
4. () edifício 5. () outros
12. Quantos peças (compartimentos) tem na casa? ()
13. Sua casa tem água encanada?
1. () sim, dentro da casa 2. () sim, no quintal 3. () não tem água encanada
14. Sua casa tem os seguintes equipamentos?
Rádio 1. () sim 2. () não 9. () ignorado
Televisão 1. () sim 2. () não 9. () ignorado
Geladeira 1. () sim 2. () não 9. () ignorado
Fogão a gás 1. () sim 2. () não 9. () ignorado
Fogão a lenha 1. () sim 2. () não 9. () ignorado

15. Sua família tem carro próprio? 1. () sim, quantos? ____ 2. () não

2 – BLOCO SAÚDE BUCAL

16. A boca serve para quê? Cite três funções: _____

17. O mau hálito pode estar relacionado com (pode assinalar mais de uma):

1. () garganta 2. () língua 3. () estômago 4. () dentes
5. () gengivas 6. () pulmões 7. () fígado 8. () intestinos

18. Você já ouviu falar em:

- | | | |
|----------------------|------------|------------|
| 1. gengivite | 1. () sim | 2. () não |
| 2. tártaro | 1. () sim | 2. () não |
| 3. placa bacteriana | 1. () sim | 2. () não |
| 4. cárie | 1. () sim | 2. () não |
| 5. dieta cariogênica | 1. () sim | 2. () não |
| 6. prevenção | 1. () sim | 2. () não |
| 7. ecologia | 1. () sim | 2. () não |
| 8. estética | 1. () sim | 2. () não |
| 9. dentina | 1. () sim | 2. () não |
| 10. esmalte | 1. () sim | 2. () não |
| 11. H.I.V. | 1. () sim | 2. () não |
| 12. puberdade | 1. () sim | 2. () não |
| 13. imunidade | 1. () sim | 2. () não |
| 14. contaminação | 1. () sim | 2. () não |

19. Cárie é uma doença?

1. () sim 2. () não 3. () não sei

20. Você já teve cárie?

1. () sim 2. () não

21. As **três** razões mais importantes para limpar os dentes são:

1. () manter os dentes na boca o máximo possível
2. () evitar tratamentos grandes 3. () ter boa aparência
4. () prevenir doenças 5. () para evitar dor e futuros problemas
6. () ter saúde

22. Os **três** problemas dentais que mais o preocupam são:

1. () Dentes manchados 2. () Cárie dentária
3. () Fratura ou perda dos dentes 4. () Dentes desalinhados
5. () Gengivas inchadas e com sangramento 6. () Aftas

23. O que causa cárie nos dentes (pode assinalar mais de uma)?

1. () Comer alimentos muito duros 2. () Germes, bactérias
3. () Comidas doces, lanches 4. () Antibióticos
5. () Alimentos entre os dentes 6. () Não escovar ou escovação inadequada

24. Beijo na boca pode transmitir cárie?

1. () sim 2. () não 3. () não sei

25. A Aids pode ser transmitida pelo beijo?

1. () sim 2. () não 3. () não sei

26. Como uma pessoa deve cuidar dos dentes (pode assinalar mais de uma)?

1. () indo ao dentista 2. () evitando comer doces
3. () escovando os dentes 4. () evitando comer gorduras
5. () comendo várias vezes ao dia 6. () usando pasta de dente com flúor
7. () usando fio dental

27. Algumas pessoas dão muitos motivos para escovar os dentes. Escolha os **três** motivos mais importantes para você?

1. () para evitar ir ao dentista 2. () para evitar que meus dentes estraguem
3. () para evitar que minha gengiva sangre 4. () para que meus dentes fiquem bonitos
5. () para limpar os dentes 6. () para deixar minha boca refrescante
7. () para que os dentes durem mais 8. () nenhum motivo desses

3 – BLOCO ALIMENTAÇÃO

28. Marque os alimentos que você costuma comer (pode assinalar mais de um):

1. () arroz 2. () biscoito doce 3. () frutas
4. () refrigerante 5. () salgadinho 6. () batata
7. () chá 8. () doces 9. () queijo
10. () carnes 11. () verduras 12. () feijão
13. () leite 14. () suco de frutas 15. () chicle

29. Quais os alimentos que você acha que são importantes para a sua saúde, para o seu melhor crescimento e desenvolvimento?

1. () arroz 2. () biscoito doce 3. () frutas
4. () refrigerante 5. () salgadinho 6. () batata
7. () chá 8. () doces 9. () queijo
10. () carnes 11. () verduras 12. () feijão
13. () leite 14. () suco de frutas 15. () chicle

30. Quais os alimentos que são ruins para os dentes na sua opinião (pode assinalar mais de um):

1. () arroz 2. () biscoito doce 3. () frutas
4. () refrigerante 5. () salgadinho 6. () batata

7. () chá 8. () doces 9. () queijo
10. () carnes 11. () verduras 12. () feijão
13. () leite 14. () suco de frutas 15. () chicle

31. Você bebe refrigerante (assinale apenas uma resposta)?

1. () sim, normal 2. () sim, diet 3. () sim, ambos 4. () não bebo refrigerante

32. Você coloca açúcar nas suas bebidas (chá, suco, leite, achocolatados)?

1. () sim, uso açúcar
2. () sim, mas uso adoçante
3. () não uso qualquer tipo de açúcar

33. Quantas refeições você faz por dia?(escolha **uma** resposta)

1. () três (pela manhã, ao meio dia, de noite)
2. () quatro (pela manhã, ao meio dia, de noite e um lanche)
3. () cinco (pela manhã, ao meio dia, de noite e dois lanches)
4. () menos de três
5. () seis ou mais
6. () você costuma beliscar alimentos entre as refeições () sim () não

34. Se você costuma lanche, assinale os alimentos abaixo que você comeu no lanche **ontem**:

1. () salgadinhos 2. () iogurte 3. () doce
4. () bolo, biscoito 5. () chicletes 6. () sanduíche
7. () balas 8. () pão com mumu ou geléia 9. () chocolate
10. () frutas 11. () outra coisa 12. () não lanchei ontem

35. Você já recebeu alguma orientação quanto à qualidade dos alimentos?

1. () sim, na família 2. () sim, na escola 3. () não recebo nenhuma orientação
4. () de uma nutricionista 5. () outros. De quem? _____

4 – BLOCO HIGIENE ORAL

36. Você limpa seus dentes? 1. () sim 2. () não

37. Com que você limpa seus dentes?

1. escova de dentes 1. () sim 2. () não
2. fio dental 1. () sim 2. () não
3. pasta dental 1. () sim 2. () não
4. bochechos com flúor 1. () sim 2. () não
5. bochechos com outras substâncias 1. () sim 2. () não
6. outros () Quais? _____

38. Quando você limpa seus dentes? Pode responder mais de uma resposta.

1. () antes do café da manhã 2. () depois do café da manhã 3. () depois do almoço
4. () de noite ou antes de dormir 5. () após cada lanche

39. Quantas vezes por dia você escova seus dentes?
1. () uma vez ao dia 2. () duas vezes ao dia 3. () três vezes ao dia
 4. () 4 vezes ao dia 5. () não escovo os dentes
40. Quem o ensinou a escovar seus dentes ?
1. () pai 2. () aprendi sozinho 3. () mãe 4. () dentistas
 5. () outros Quem? _____
41. Quantas vezes por dia você usa fio dental?
1. () uma vez ao dia 2. () duas vezes ao dia 3. () três vezes ao dia
 4. () 4 vezes ao dia 5. () não uso fio dental
42. Quem o ensinou a usar fio dental? (pode marcar mais de uma resposta)
1. () pai 2. () aprendi sozinho 3. () mãe 4. () dentista
 5. () outros. Quem? _____ 6. () não usa fio dental
43. O flúor gel é uma substância geralmente aplicada no consultório do dentista com cotonetes, moldeiras. Seu dentista já aplicou em você?
1. () sim 2. () não

5 – BLOCO SOBRE O DENTISTA

MARCAR UMA RESPOSTA

44. Você usa aparelho para arrumar os dentes? 1. () sim 2. () não
45. Você foi ao dentista no ano de 1999 (**não conte as consultas do aparelho**, caso você use)?
1. () não fui 2. () fui
46. Você já foi ao dentista no ano de 2000 (**não conte as consultas do aparelho**, caso você use)?
1. () não fui 2. () fui
47. Com quem você vai ao dentista na maioria das vezes?
1. () pai 2. () mãe 3. () ambos os pais 4. () sozinho
 5. () não vou ao dentista 6. () outros. Quem? _____
48. Quantas vezes por ano você vai ao dentista (**não conte as consultas do aparelho**, caso você use)?
1. () uma vez ao ano 2. () duas vezes ao ano 3. () 3 ou mais vezes
 4. () não vou ao dentista
49. Da última vez que você foi ao dentista, qual foi o principal motivo? (escolha **uma** resposta. **Desconsidere a visita que foi para revisão do aparelho, se você usa**)
1. () dor de dente 2. () acidente 3. () dente cariado
 4. () sangramento das gengivas 5. () revisão (controle) 6. () refazer tratamentos
 7. () outro Qual? _____ 8. () não vou ao dentista
50. Em qual serviço abaixo, você é atendido com mais frequência (**escolha 1 resposta**)?
1. () Consultório particular 2. () Consultório particular com convênio
 3. () Consultório do posto de saúde 4. () Consultório do sindicato

5. () Consultório do módulo 6. () nenhuma resposta 7. () outro. Qual? _____

51. Você tem medo de tratar os seus dentes no dentista? 1. () sim 2. () não

52. Você gosta do seu dentista?

1. () não gosto 2. () gosto 3. () sou indiferente 4. () nenhuma resposta

53. Você gosta do consultório dentário em que é atendido?

1. () não gosto 2. () gosto 3. () sou indiferente 4. () nenhuma resposta

54. Você acha que poderia ensinar outras pessoas (crianças, jovens, adultos) sobre hábitos alimentares ou de higiene mais saudáveis?

1. () sim 2. () não

55. Você gostaria de ser um agente de saúde?

1. () sim 2. () não 3. () não sei

56. Você gosta de aprender com os estudantes de odontologia na sua escola?

1. () sim 2. () não

57. Você gostaria de participar de um grupo para conversar sobre estes assuntos e outros relacionados à saúde?

1. () sim 2. () não

**PERCEPÇÕES, REPRESENTAÇÕES E COMPORTAMENTO DE SAÚDE E
DOENÇA BUCAL DOS ADOLESCENTES DE ESCOLAS PÚBLICAS DE
DOIS BAIROS DE PORTO ALEGRE.**

**PERCEPTIONS, REPRESENTATIONS AND BEHAVIOURS OF ORAL
HEALTH OF TEENAGERS OF PUBLIC SCHOOLS OF TWO
NEIGHBORHOODS OF PORTO ALEGRE**

ELIANE MARIA TEIXEIRA LEITE FLORES

TANIA MARIA DREHMER

DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UFRGS

RUA RAMIRO BARCELOS, 2492, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

CEP: 90035-003

e-mail: elianetl@terra.com.br

PERCEPÇÕES, REPRESENTAÇÕES, COMPORTAMENTO, SAÚDE BUCAL ADOLESCENTES

7.1 Resumo

O objetivo deste estudo foi compreender o comportamento de escolares adolescentes e focalizar o que sentem e pensam sobre a sua saúde bucal, através da técnica dos grupos focais. As Escolas Públicas em que estudam fazem parte de um convênio com a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul nos bairros Agronomia e Lomba do Pinheiro. Participaram desses grupos 53 adolescentes do total de 113 alunos, que responderam ao questionário que os precedeu. A análise dos diálogos permite concluir que eles conhecem o suficiente para desenvolver bons hábitos de saúde e apresentam comportamentos que, muitas vezes, entram em conflito com os saberes adquiridos na família e na escola e reforçados pelos estudantes de Odontologia. Reconhecem que apresentam melhores condições de saúde bucal do que seus pais e avós e as atribuem aos recursos atuais disponíveis e que eles, particularmente, usufruem. Esperam não ficar desdentados, mas ainda acreditam que a perda dos dentes é um problema inerente ao envelhecimento. A doença cárie é representada pela dor de dente, e eles se mostram confusos em considerá-la como doença, porque é muito comum, assim como a gengivite, que é percebida mais como um desequilíbrio. Consideram doença as enfermidades que modificam a sua rotina. Os dentes anteriores são mais importantes que os posteriores pelo valor estético que está associado. Acreditam que a má aparência causada pela fratura ou perda de um dente anterior e o mau hálito dificultam-lhes a comunicação e a sociabilização. O tratamento odontológico representa o alívio do sofrimento e a recuperação da auto-estima, mas é atemorizador. O tratamento de canal é compreendido como resolutivo para conservar o dente, apesar de doloroso, mas preferem a extração dentária, pela rapidez. A

ausência dos dentes representa a desvalia e a vergonha. A negligência pessoal é considerada como a principal causa da cárie, pelo descuido e pela atração irresistível aos alimentos prejudiciais à saúde. Sentem-se responsáveis pelas experiências de cárie que sofreram. Os dentistas são bem considerados e foram apontados como atenciosos e compreensivos, reconhecendo que gostam de apreender com eles. Eles aceitam de forma positiva a possibilidade de ensinarem as crianças da escola de forma divertida e acreditam que podem ser melhor entendidos por elas do que os acadêmicos de Odontologia.

7.2 Summary

The objective of this study was to understand the behaviour of school teenagers and focus what they think and feel about their oral health, using the focal groups technique. They participated in a social welfare programme developed by the Dentistry School of Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). This programme is carried on public schools in the following neighbourhoods of Porto Alegre: Agronomia e Lomba do Pinheiro. The 53 teenagers which took part in this sample were in the 7th grade in 2000/2001 and were allowed by their parents or guardians to take part in this research. After answering a questionnaire with 57 opened and closed questions about the social-economic conditions of their families and questions about oral health, they participated in focal groups. These teenagers proved to have enough knowledge about oral care to develop good habits concerning their oral health. They reported their behaviour regarding oral health, which sometimes is different from what they learnt with their family and at school and reinforced by the odontology students. They admit to have better oral health than their parents and grandparents, attributing it to the present health resources which are available to them. They hope not to lose their teeth but believe that the tooth loss is a problem inherent to aging. The decay disease is represented by toothache, but they are not sure about decay being a real disease, whereas gingivitis is perceived as an imbalance. They consider as disease the illnesses which modify their routine. They give more importance to their front teeth than to their back teeth because of the aesthetics values associated to former. The bad look caused by the breaking or loss of a front tooth and halitosis makes their communication and social life difficult. The odontological treatment represents the easiness of suffering and the regain self

esteem, but it is regarded as frightening. The absence of teeth represents depreciation and shame. The endodontic treatment, besides being painful, was considered as a resolution to teeth preservation, but tooth extraction is still preferred, as it relieves the pain more quickly. Personal negligence is considered as the main decay cause, by the careless and by the irresistible desire for food harmful to oral health. The population feels responsible for the decay experiences they had. The dentists are well considered and are regarded as attentive and understanding and the teenagers like to learn with them, although they consider their advices repetitive. They willingly accept the possibility of teaching the school children of their own school, through ludicrous and funny games, which would be better understood by the children.

7.3 Introdução e Objetivo

Estudar a adolescência permite mais que compreender esta época da vida que transita entre a infância e a maturidade, ajuda a pensar sobre o tempo em que vivemos e como vivemos. O presente está impregnado pelo passado e pelos anseios do futuro. Entender esse momento de nossa sociedade é tão difícil quanto tentar entender um jovem que busca a sua identidade e um espaço para projetar a sua e a esperança de todos. O comportamento adolescente revela o meio que o cerca e para qual aponta com o seu juízo crítico. A beleza e a alegria espontânea, ao lado da ansiedade e do medo, mostram uma imagem real da instabilidade que é deles e também do mundo adulto.

Ceccon e Eisestein (2000) resumem a adolescência como uma etapa de conflitos, transformações, conquistas e decisiva na construção de uma identidade pessoal e social. A aceitação do novo ser passa por incorporar as mudanças físicas e por desenvolver a capacidade de analisar a sociedade e o seu papel nela, desmistificando os adultos, em geral e os pais, em especial. Uma saída para esse estado de confusão é a busca em grupo do estabelecimento dos seus valores e o vivenciar novos papéis e estilos. Enquanto se desenvolve o processo de construção da sua identidade, o jovem manifesta-se com uma força criativa, impulsionadora e que, quase sempre, não permite sua conformação com os valores vigentes.

Segundo Luz (1993), alguns teóricos ligados às áreas médicas defendem a tese de que a adolescência é um fenômeno estruturalmente psicobiológico, ancorado na espécie humana. Outros teóricos, antropólogos e cientistas sociais em geral sustentam a proposição de que se trata de fenômeno, histórico e socialmente situado, típico de certas camadas sociais, em diferentes sociedades. A autora sustenta que:

...uma ordem social estruturalmente rígida, como a existente em nossas sociedades, tende a considerar a juventude com desconfiança e hostilidade e o adolescente, inicialmente, como um problema a ser tratado ou afastado, mas que os jovens representam, de fato, a esperança, tantas vezes desfeita, de superação das contradições mais persistentes do meio social em que se vive.

Incluir o adolescente como membro ativo em uma escola, permitindo o seu sentido de responsabilidade, pode reduzir as dificuldades da transição para a idade adulta. De acordo com Ceccon e Eisestein (2000), os jovens são inovadores e aderem com mais facilidade às medidas de prevenção do que os adultos que são teimosos e resistentes às mudanças de hábitos. Muitos estudiosos do comportamento do adolescente apregoam a integração do jovem com a sua comunidade, permitindo-lhe a ação e o desempenho de papéis menos passivos do que habitualmente acontece, porque lhes facilita o aprendizado ao se tornar mais interessante, lúdico e interativo.

Para consolidar tudo aquilo que já aprenderam transmitindo a outros, podem aplicar e desenvolver o sentimento de solidariedade. A sensibilização dessa capacidade, sob o ponto de vista didático, pressupõe uma mudança de comportamento, que ultrapasse os limites dos cuidados com a higiene pessoal e canalize essas atitudes para metas progressivamente mais amplas, como o envolvimento com o outro, conforme propõe Sequeiros (2000), na educação para a solidariedade.

A educação em saúde propõe-se a ampliar o entendimento sobre saúde e a doença, contribuindo para o processo em que a comunidade aumente a sua habilidade de resolver seus próprios problemas com competência e intensifique sua própria participação. Esta pode ser desenvolvida em espaços diversos como escolas, por

exemplo, que passam a ser ambientes de suporte para a saúde, através de um trabalho coletivo e participativo com toda a comunidade escolar: alunos, pais, professores, funcionários e profissionais de saúde, (Sheiham e Moysés, 2000).

A Faculdade de Odontologia da UFRGS, através do Centro de Pesquisas em Odontologia Social, CPOS, e do Departamento de Odontologia Preventiva e Social, desenvolve, já há 18 anos, um programa de atenção à saúde bucal em escolas dos bairros Lomba do Pinheiro e Agronomia. Esse programa é desenvolvido no último semestre, quando os estudantes estão finalizando a graduação e com conhecimento adequado de Odontologia para cuidar destas e de outras pessoas. Os objetivos do programa são promover saúde e integrar os acadêmicos de Odontologia com a comunidade local, mas estes têm se ressentido da participação tênue dos adolescentes, depois de terem participado ativamente enquanto crianças.

Westphal, Bogus e Faria (1997) recomendam que é necessária uma ampla aproximação com a comunidade, incorporando os princípios de integração com educação geral e educação em saúde e que utilize a participação da comunidade no planejamento. A investigação sobre o conhecimento das percepções, conceitos, opiniões, expectativas e representações sociais do universo cultural das pessoas que se quer conhecer deve ser colocada em primeiro plano, para atingir esse objetivo.

Investigar as percepções, o conhecimento, o comportamento e as representações da saúde/doença bucal desses adolescentes escolares, bem como o papel dos universitários de Odontologia no trabalho que realizam nas escolas dessa comunidade em que desenvolvem atividades educacionais, preventivas e terapêuticas é essencial para a adesão e a participação desses adolescentes.

A compreensão dessas questões é básica para o relacionamento com os adolescentes e como também é fundamental para, em momento futuro, planejar, de forma adequada e estratégica, a atuação desse escolar, como multiplicador de conhecimentos em saúde na comunidade, visando à integração da família e da escola em um contexto ecológico e participativo. No entanto, essa compreensão está sempre condicionada a uma série de fatores que vão desde os contextos que envolvem o analista e os analisados como também os métodos de pesquisa e análise dos dados. Para superação dos vieses associados às metodologias específicas, é indicada a utilização de multimétodos (triangulação), como estratégia de validação (Spink, 1995 e Minayo, 2000). Nesse estudo, foram utilizados dois instrumentos de avaliação: no primeiro, descrito como quantitativo, aplicou-se um questionário estruturado de múltiplas escolhas e, no segundo, qualitativo, usou-se como instrumento de investigação a técnica de grupos focais. O objetivo desse estudo é conhecer e compreender esta população, focalizando o que sentem e pensam esses adolescentes escolares sobre a saúde e a sua saúde bucal e da sua família.

7.4 Metodologia e População Estudada

A população alvo desse estudo tinha entre doze e dezoito anos de idade em 2000 e faz parte da comunidade que habita a região da Lomba do Pinheiro e Agronomia, em Porto Alegre, RS. Esses adolescentes eram estudantes da 7ª série de três escolas estaduais que fazem parte do convênio do CPOS-UFRGS com o SUS, cuja programação proporciona atendimento odontológico à população escolar da região, através do Estágio de Saúde Pública II (ESP II).

As escolas participantes deste estudo foram: Escola Estadual Desidério Torquato Finamor, Escola Estadual Onofre Pires e Escola Estadual Rafaela Remião. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Odontologia da UFRGS (Anexo 1).

A escolha das escolas foi intencional, bem como os alunos de 7^a série porque são adolescentes que estudam o Corpo Humano na disciplina de Ciências, o que possibilita o pensar e o repensar sobre saúde geral e, particularmente, sobre saúde bucal.

Para abordar a comunidade escolar dessa região, ficou estabelecido, como estratégia inicial, a distribuição de fichas de Autorização dos Pais dos adolescentes (Anexo 2) para participarem da pesquisa sobre saúde bucal. Foram distribuídos, a princípio, o número de autorizações relativo ao número total de alunos das 7^aséries presentes às salas de aula, das três escolas escolhidas intencionalmente. O retorno das autorizações foi lento e gradual, sendo que os motivos da demora foram devido à perda das mesmas pelos jovens e ao esquecimento de entregá-las aos pais. No total, foram distribuídas durante os meses de agosto e setembro/2000 500 fichas de autorização para os responsáveis. Ao final de dois meses, foram aplicados os questionários para os alunos presentes na sala de aula, em dia apurado e com as autorizações.

Usou-se um questionário com 57 questões fechadas sobre a situação socioeconômica das famílias desses adolescentes a respeito do conhecimento adquirido na escola no que tange a saúde bucal, alimentação, percepções sobre tratamento dentário e também sobre a possibilidade de se tornarem multiplicadores de conhecimentos sobre saúde.

A coleta desses dados levantados através de questionário terminou no mês de Novembro de 2000. O total de 113 questionários, foi respondido pelos alunos, devidamente autorizado pelos pais. Havia 170 alunos matriculados na 7ª série, em 2000.

Como a finalidade desse estudo é chegar mais próximo da percepção que os participantes possuem do tópico saúde bucal, vinculado de forma indissociável à saúde geral, escolheu-se também a técnica dos grupos focais como instrumento de investigação. Essa técnica é adequada e útil para programas de prevenção e educação com crianças e adolescentes, porque explora as razões motivadoras das atitudes e comportamentos e estilos de vida grupais, explica como as pessoas consideram uma experiência, chegando mais próximo das compreensões que os participantes possuem, e permite o debate e a expressão dos diferentes pontos de vista, enriquecendo a interação entre todos (Ceccon e Eisestein 2000).

Do total de 113 alunos que responderam ao questionário, 53 se dispuseram a participar dos grupos focais. A condição para participar dos grupos era ter autorização dos pais ou responsáveis, ter respondido ao questionário e estar disponível nos dias aprazados.

Foram realizados sete grupos focais para discussão do tema saúde-doença bucal nas três escolas, em seis turmas de sétima série.

Dos grupos focais, também participaram um moderador e um observador. O papel do moderador foi evitar os desvios de assunto, lembrando qual o tópico em discussão ou incentivando um maior número de pessoas a participarem e diversificarem as opiniões sobre o tema.

Foi função do moderador manter a discussão acesa quando esta esmorecesse e não deixar esquecido algum ponto importante, assim como evitar quando alguns, que não concordassem com o pensamento dominante da maioria, tivessem o receio de apresentarem suas discordâncias, conforme orientação de Guareschi (1996). Segundo o mesmo autor, o observador fica encarregado de captar as informações não verbais expressas pelos participantes e, ao final, ambos analisam as possíveis tendências ou falhas na coordenação do encontro em grupo.

Nos quatro primeiros encontros, a função de moderador foi desempenhada por uma psicóloga especializada em dinâmica de grupo e adolescência. A pesquisadora fez o papel de observador, interagindo quando um conhecimento específico sobre o assunto se fazia necessário e, também, quando era importante redimensionar a abertura da discussão. Essa composição foi escolhida como estratégia para treinar a pesquisadora em trabalhar com grupos de adolescentes e evitar um direcionamento tendencioso para as percepções expostas pelos jovens. Nos três últimos grupos, a função de moderadora foi exercida pela pesquisadora, e outra cirurgiã-dentista recebeu treinamento para o papel de observadora.

O primeiro grupo focal foi realizado como estudo piloto para possibilitar o aperfeiçoamento dessa técnica. O tempo e a seqüência das perguntas pré-estabelecidas foram reavaliados e ajustados depois desse momento. O estudo piloto foi de grande importância para a definição dos equipamentos de gravação a serem utilizados. Com outros alunos dessa mesma turma foi realizado o segundo grupo focal. Os demais grupos focais foram organizados com as cinco outras turmas. Participaram dos grupos de 6 a 12 adolescentes, e duraram de 60 minutos a 90 minutos. Os encontros foram gravados e /ou filmados com filmadora da marca Sony,

modelo TRV 37, e mais dois gravadores digitais marca SANSUNG modelo SVR-240. Inicialmente foram utilizados papel e caneta para registros dos nomes e horários dos encontros e do tema e suas abordagens, o que foi substituído por registro na própria filmadora, nos demais encontros. Essa pesquisa teve auxílio da FAPERGS {Processo nº00/2188.7(Auxílio para Pesquisa)}. O local escolhido para as reuniões foi a própria escola em salas disponíveis e realizados durante os turnos regulares de aula. As salas foram designadas pelas diretoras das escolas, que acolheram a idéia do trabalho com os seus alunos. Os tópicos foram abordados e direcionados para conhecer suas crenças e valores em relação à saúde/doença geral e bucal. Conforme Stewart e Shamdasani (1990) sugerem, foi elaborado um guia de perguntas, ordenadas da mais geral para a mais específica, conforme Anexo 2.

Conforme Nobre (1999), a análise de dados em pesquisa qualitativa requer uma grande aproximação entre a fundamentação teórica e a prática da pesquisa. Ela não se constitui em uma fase da pesquisa, e sim em um processo que se inicia junto com a coleta de dados. A análise desse estudo tem como objetivo compreender e interpretar o pensamento dos adolescentes participantes do programa à luz da literatura pesquisada nas áreas da Antropologia, da Psicologia Social, da Psiquiatria, Medicina Social e da Odontologia. Buscou-se, nessa análise, uma aproximação com a técnica descrita por Minayo (2000) como Hermenêutica–Dialética para avaliar o significado do comportamento descrito como usual, através da interpretação dos relatos coloquiais dos jovens.

A autora acrescenta que a interpretação dialética faz ver que as concepções de saúde /doença de determinada população são, pois, resultado de condições anteriores

e exteriores ao grupo, mas, ao mesmo tempo, específicas. Elas são fruto de condições dadas, mas são também produtos de sua ação transformadora sobre o meio social.

Segundo os princípios descritos por Minayo (2000), para a devida análise dos dados, os seguintes passos foram respeitados:

- a) ordenação dos dados: transcrição de fitas gravadas em vídeo e em cassete, releitura do material, organização dos relatos e a devida complementação dos textos, através da reescuta dos gravadores, quando se fazia necessário, pela pouca clareza sonora de alguns diálogos;
- b) classificação dos dados: repetidas leituras dos textos e das revisões das imagens (impregnação) a fim de identificar a relevância dos temas e as idéias centrais relacionadas ao binômio saúde/doença, particularizando as percepções e histórias de experiências de vida, pelos depoimentos pessoais e pela avaliação dos conhecimentos absorvidos através dos hábitos familiares ou adquiridos nas escolas sobre as doenças da boca e os cuidados pertinentes para a manutenção da saúde bucal;
- c) análise final: buscando o encontro entre essas categorias empíricas e as categorias reconhecidas e identificadas na literatura, relacionando o concreto com o abstrato, e o geral com o particular. As representações foram identificadas por comparação e semelhança através de pesquisa de textos em que estão descritas e devidamente referenciadas.

O Quadro 1 descreve a seqüência dos encontros, o tempo de duração e o número de participantes.

**Quadro 1 - Quadro descritivo dos encontros dos grupos focais.
Porto Alegre, RS. 2000.**

ENCONTRO	DATA	TEMPO	ESCOLA	Nº ALUNOS	OBS.
1º grupo focal	07/DEZ/2000	60 min	DESIDÉRIO TORQUATO FINAMOR T.71A	6 alunos	Estudo piloto Houve apenas gravação em gravadores
2º grupo focal	14/DEZ/ 2000	60 min	ONOFRE PIRES T.72	10 alunos	gravado com filmadora e gravadores
3º grupo focal	21/DEZ/2000	90 min	RAFAELA REMIÃO T.72	12 alunos	Gravado com filmadora e gravadores
4º grupo focal	23/DEZ/2000	90 min	DESIDÉRIO TORQUATO FINAMOR T.71 B	7 alunos*	Gravado com filmadora e gravadores
5º grupo focal	14/MAR/2001	90 min	RAFAELA REMIÃO T.81	6 alunos	Gravado com filmadora e gravadores
6º grupo focal	20/MAR/2001	90 min	ONOFRE PIRES T.81	7 alunos	Gravado com filmadora e gravadores
7º grupo focal	22/MAR/2001	90 min	DESIDÉRIO TORQUATO FINAMOR T.82	6 alunos*	Gravado com filmadora e gravadores

* Uma mesma aluna participou de dois encontros.

7.5 Análise dos Temas Abordados nos Grupo Focais

A ordem dos assuntos abordados não segue necessariamente a ordem do roteiro ou dos diálogos uma vez que estes, também, não foram sempre iguais. Procurou-se um encadeamento dos assuntos conforme o entendimento dos pesquisadores, buscando as regularidades essenciais.

Os diálogos escolhidos são apresentados conforme aconteceram e sobre eles são feitos comentários, e estes são relacionados e comparados com a literatura consultada.

Os relatos dos adolescentes sobre as condições dentárias de seus pais, avós e familiares foram muito elucidativas quanto ao processo histórico da doença cárie que, atualmente, vem se mostrando menos prevalente nos adolescentes e nas crianças do mundo todo pela adição do flúor nos dentifrícios e pelos cuidados preventivos ensinados e desenvolvidos nas famílias, instituições de saúde e de educação.

Muitos alunos descreveram as dores e os tratamentos pelo qual passaram seus familiares da seguinte forma, após a pergunta: — *E os pais de vocês, sofrem de dor de dente?* — **Meu pai teve que fazer tratamento de canal. — Meu pai também! — A minha mãe teve que fazer tratamento de canal, também! — A mãe dela só tem um atacante! Só tem o dente! Só escova o dente! (Risadas) — A minha mãe também, teve muita dor de dente, ficou inchada e teve que tirar dois dentes. — A minha mãe cuidava dos dentes, mas caiu tudo, é desdentada...Acho que é a idade. — Antigamente né, sora! — A minha mãe usa chapa. — O meu pai tava com um problema no dente de trás, que nem podia comer, mas mesmo assim ele ia trabalhar. Ele vivia reclamando, daí, de tanto a minha mãe brigar com ele, xingar ele, daí ele foi no dentista. Só que o dente piorou, inchava a boca dele e ele ficou acho que uns seis dias em casa sem querer ir ao dentista, ele tem muito medo. Daí a mãe mandou ele ir ao dentista, ele foi e o dente tava... a raiz tava podre já, por causa da cárie. Ficou muito tempo cariado. Ficou muito fundo!** — *Vocês acham que é inevitável usar dentadura?* — **Acho! — Não acho! Eu não acho inevitável! — Se sabe cuidar, não!! Vocês vão usar dentadura? — Não! — Mas e porque os velhos usam? — De tanto cariar! — Antigamente eu acho que não tinham muito recurso prá comprar pasta de dente, prá escovar os dentes, na roça, eles tinham que usar cinza, o meu avô conta isso. — Os dentes**

não aguentam tanto! – Não, porque uma hora a gente vai perder os dentes, não aguenta prá vida toda.

Apesar do reconhecimento de que as suas condições bucais são melhores que as de seus pais ou avós por usarem flúor na pasta de dente e receberem atenção preventiva na escola assim como tratamento curativo, quando necessário, alguns ficam em dúvida se não perderão os dentes com a idade e que talvez perder os dentes seja uma característica inevitável da velhice. Essa percepção também foi relatada pelos jovens nos trabalhos de Hodge, Holloway e Bell (1982) e Tametti, Castilho e Paixão (1998).

Ao colocar o tema *doença o que é?* para um dos grupos focais as expressões dos alunos foram: — **É horrível! — Muito ruim! — Doença eu acho que é uma coisa muito ruim de ter, porque afeta o organismo, têm pessoas que ficam depois abaladas por causa da doença. Ainda mais sendo parente, na família é pior! — É horrível! Teve um tempo, o meu pai teve aneurisma, foi no hospital, muito ruim. A gente não sabia, ele tinha que se operar, se não operasse podia piorar, ele podia ficar com alguns problemas.**

Assim, ouviram-se inúmeras narrativas de doenças de familiares em todos os grupos, envolvendo sofrimento e dificuldades. As doenças lembradas foram: surtos neuróticos, tendinite, meningite, pneumonia, enfartes, insuficiência renal, trombose, asma e câncer, relatos que indicam a percepção de que doença é um quadro em que a impossibilidade de trabalhar está associada à possibilidade, quase que inevitável, de procurar tratamento médico, principalmente por serem casos de maior gravidade. Alguns poucos, inclusive, relataram enfermidade em estágio final e sobrevida muito restrita entre parentes muito próximos. Abordaram ainda a severidade da doença e a

preocupação familiar com a recusa do doente em seguir o tratamento médico indicado, pela descrença nos seus resultados. As lembranças de enfermidades incapacitantes como as registradas caracterizam o que Helman (1994) refere como definição funcional de saúde, que é comum em populações pobres que, provavelmente, estão baseadas na necessidade (econômica) de continuar trabalhando, sejam quais forem os seus sentimentos, e nas poucas expectativas com relação a assistência à saúde.

Relataram, também, suas próprias hospitalizações deste modo: "**era muito chato estar sozinho de noite**" ou que mesmo estando sempre acompanhados pelos pais, "**voltar para casa era muito bom, para poder sair para rua e brincar**" ou "**poder dormir na própria cama**". As enfermidades que determinaram as hospitalizações relatadas foram, por exemplo, mononucleose, pontada (pneumonia), insuficiência renal e intoxicação alimentar.

Em outro grupo, ao serem argüidos sobre as experiências pessoais com doenças consideradas graves, mencionaram as que se seguem: — **Catapora.** — **Sarampo.** — **Caxumba.** — **Coqueluche.** — **Aroeira.** — **Eu já tive uma gripe bem forte quase morri, sora.** — **Bronquite, dor de dente e pontada.** — **Bronquite crônica.** — **Eu tenho asma, sora! Não posso correr muito, subir lomba...**

Observa-se, mais uma vez, que consideram doenças as enfermidades que modificaram sua rotina e que os impediam de ir à escola ou de realizar atividades corriqueiras como correr, subir lomba e as que os colocavam na cama. A *dor de dente* foi identificada como doença, quando, na verdade, se trata de um sintoma, e o termo foi utilizado como se fosse a própria doença.

Em resposta à pergunta sobre o que acontece e como se sentem quando estão doentes, alguns alunos lembraram que ficam prostrados e usaram estas expressões: — **Fica fraca.** —**Fica deitado.** — **Dor de cabeça, febre, fica fraca.** — **Fica fraca, com dor.**

A dor é indicada como sensação desprazerosa, e sua condição de sintoma torna implícita a possibilidade de uma patologia. O fato de as palavras dor e doença possuírem uma raiz etimológica comum (no latim, dolor e dolentia) é, por si só, bastante expressivo da íntima relação que existe entre a experiência de dor e o reconhecimento de um estado mórbido (Ferreira, 1998).

Muitos estudos destacam que as representações que os indivíduos possuem a respeito da doença estão diretamente relacionadas com os usos sociais do corpo em seu estado normal.

Assim qualquer alteração na qualidade de vida, como, por exemplo, quando o indivíduo não consegue trabalhar, comer, dormir ou realizar qualquer outra atividade que habitualmente está acostumado, implica *estar doente*. Isso foi observado no trabalho etnográfico realizado por Ferreira, (1998), na Lomba do Pinheiro, em Porto Alegre, quando investigou o que era se sentir doente. Os relatos confirmam a noção de que qualquer prejuízo às atividades normais é considerado um estado doentio, que é percebido por sensações desagradáveis: cansaço, fraqueza, dor, mal estar, ou seja, percebidos como sintomas. A percepção do estado de doença quase sempre se traduz em sintomas. Em todos os relatos desse trabalho, um sintoma está sempre presente: a dor.

Os ganhos secundários, como receber atenção especial e carinho, decorrentes do estar doente emergiram das conversas, como se pode observar no seguinte

diálogo: *Então, ficar doente é uma coisa muito ruim?* — **Ah, de um modo também é bom, né! — Não vai prá escola! — É, a gente não vai prá escola, fica deitado, a mãe dá tudo nas mãos. — A única parte boa de doente é que a gente é paparicado! — Só, porque o resto...! — Não pra não ir no colégio, porque depois a gente tem que ficar recopiando matéria, fazendo prova. Não tem muita graça. Eu acho que só receber tudo na mão e receber bastante carinho, porque a gente não tá de doente, sabe? Eu pelo menos, não! Tem que tá de verdade. Ah! Se não, não! — Mas é diferente uma doença de tu ficar na cama, de uma febrezinha... — Por exemplo um resfriado fica dois dias tomando remédio e passa, agora uma pneumonia, aquela sensação pesada que tu fica quase uma semana de cama tem uma grande diferença. — *Então se tu estás só um pouquinho doente, já não é bem doença?* — **Eu acho. Eu tava doente há poucos dias e fui trabalhar. É uma doença, mas não tão grave como aquela doença que tu fica ali na cama, né!****

Segundo Helman (1994), vários estudos demonstraram que a maior parte das pessoas experimenta algumas dessas mudanças anormais no dia-a-dia, embora geralmente, de forma branda. O fato de um indivíduo apresentar um ou mais sintomas anormais pode, portanto, não ser suficiente para que ele seja considerado doente. Na maioria das vezes, as pessoas são definidas como doentes se houver concordância entre suas próprias percepções de mal-estar e as percepções das pessoas ao seu redor. Neste sentido, adoecer é um processo social que envolve outras pessoas, além do paciente. A cooperação dos outros é necessária para que a pessoa adote os direitos e os benefícios do papel de doente, ou seja, o papel socialmente aceito de *pessoa doente*.

Algumas diferenciações entre fraturas e estar doente, como engessar a perna e gripe foram mencionadas: — **No momento, a doença é pior que engessar. Bah! Dez vezes!** — *Traumatismo é uma doença?* — **Não.** — **A doença é causada por vírus.** — **É, é um vírus que transmite a doença. E quebrar uma perna não, pode ser atropelado, pode cair, dá um mau jeito.** — **O teto pode cair na nossa cabeça e a gente morrer.** — **É lógico. E estava bem saudável.**

Como foi descrito anteriormente, a doença é caracterizada por eles pela presença de febre, fraqueza e dor. As febres são causadas por germes, insetos ou vírus que penetram no organismo pelos orifícios (boca, nariz, ouvidos, ânus, uretra), causando, conseqüentemente, elevação da temperatura corporal e outros sintomas (Laplantine 1991, Helman, 1994). O traumatismo não contempla esse quadro. O trauma pode até, em alguns casos, torná-los alvo de admiração pelos seus braços e pernas engessados, cobertos de assinaturas de colegas e amigos. Isso ressalta o fato de os jovens não reconhecerem um trauma, uma fratura como doença, até porque os jovens se acidentam com bastante freqüência pela sua própria vitalidade e necessidade de movimento.

Quando questionados sobre terem tido dor de dente, em quase todos os grupos, os jovens responderam inicialmente que *não*, inclusive que não tinham tido sequer cárie, o que está em contradição com o resultado do estudo quantitativo com o mesmo grupo, quando 68% confirmou experiência anterior de cárie. Alguns lembraram, depois, casos de cárie pequena ou nos dentes de leite, que incomodaram: — **É eu era pequena, era dente de leite, mas fica doendo igual, era uma cárie pequena, mas incomodava.** — *E a tua (para outro jovem) dor de dente foi por causa dos dentes permanentes ou por causa dos dentes de leite?* — **Por**

causa dos dentes de leite. Extraí quatro dentes, os permanentes já tavam querendo entrar e os de leite não amoleciam, daí eu tive que extrair.

A maioria contou as suas experiências com os dentes de leite. A narrativa do jovem a seguir é interessante pelo apego à infância e por expressar a dificuldade de substituição dos dentes de leite: — **Eu nunca arranquei dente sozinho sempre no módulo, a mãe guardou meus dentes que nem tem mãe que guarda o umbigo.**

O dente de leite, de duração transitória, dá lugar a um substituto, assim como a individuação representa o afastamento da criança das figuras parentais para encaminhar-se para o mundo adulto, (Moraes e Ongaro,1998). A dificuldade de perdê-los (esfoliação das raízes dos decíduos) pode ser atribuída à dificuldade de afastamento da imagem do corpo infantil e dos pais infantis necessárias para o crescimento e a entrada na adolescência. O sentimento de perda do corpo infantil é de luto, como descrevem Aberastury e Knobel (1992). A mudança do corpo gera ansiedade em adolescentes, que enfrentam, no início dessa faixa etária, a troca dos molares decíduos pelos pré-molares permanentes.

A referência maior para a experiência de cárie nos dentes de leite pode ser atribuída às condições que essa população apresenta por receber atendimento preventivo e curativo nas escolas e no MSC. O programa, com dezoito anos de atividade, tem reduzido as necessidades de tratamento, à medida que as crianças foram crescendo sob a atenção dos estudantes de Odontologia. A contradição constatada após a confrontação dos resultados das diferentes análises, quanto à pergunta *se já tinham tido cárie*, talvez, seja explicada parcialmente pela precipitação das respostas negativas por parte daqueles que usufruíram os benefícios trazidos pela presença dos estudantes nas escolas, comparadas com outras

experiências recentes, relatadas pelos jovens que ingressaram depois da puberdade nas escolas que foram pesquisadas. A transitoriedade dos dentes decíduos, também, traz a dimensão do que já passou e que não existe mais e está quase esquecido, como pode ser observado pela declaração de uma jovem quando lhe foi perguntado sobre se tinha tratado o dente de leite que cariou: — **Não, ele caiu!** — *Outro jovem relatou a sua experiência com os dentes de leite desta maneira:* — **Quando eu tinha três anos, sabe essas motinho que tem? Eu tava andando, né?! O meu pátio era muito inclinado, tinha um tanque, daí eu bati com a boca naquele tanque e o meu dente de leite caiu. Daí só sei que a minha mãe ficou apavorada e olhou, começou a gritar, não sabia o que fazer, foi lavar a minha boca, pegou aquele dente e botou de volta ali. Onde tava o buraquinho, ela botou, o dente. Aí, até eu falei isso pro dentista e ele disse: Oh!, por um lado a tua mãe fez certo, porque se ela deixasse tu poderia perder o teu dente e teria que fazer uma prótese né, como se diz! Aí, até antes de cair aquele dente ficou normal.**

Laplantine (1991), em estudo sobre a antropologia da doença, aborda a interpretação etiológica da doença como oscilante entre dois pólos; a doença é sentida como a penetração de um elemento estranho no corpo ou no espírito do doente; ele sofre de alguma coisa mais, e a ação terapêutica consistirá em tirá-la dele. Ou então, a doença é vivenciada como uma fraqueza, um déficit, uma perda, uma diminuição (anemia, emagrecimento fadiga); ele sofre de uma coisa a menos que se lhe escapou ou que lhe foi subtraída, e a ação terapêutica consistirá em restituí-la. Existe, em nossa cultura, toda uma sensibilidade médica que tem por preferência ou decisão, optado pelas representações de cura por subtração. Historicamente a cura estava associada, até a metade do século XIX, à intervenção subtrativa fundamentada

na trilogia da lavagem, do purgativo e da sangria. Mais próximo de nós estão as ventosas ou cataplasmas nos cuidados primários de saúde. A cirurgia de ablação ocupa um lugar importante na medicina contemporânea: supressão de um órgão (apêndice) ou de uma parte do órgão. A prova tangível da veracidade das representações é que o cirurgião pode apresentar ao seu paciente o apêndice infeccionado ou os cálculos que acabou de extrair de sua vesícula biliar. Se a cirurgia é, por assim dizer, o arquétipo da terapia da extração, o médico contemporâneo dispõe de diversos métodos para exteriorizar o mal-doença, ou ainda intervir de maneira instrumental (incisar, cortar, perfurar, extirpar, cortar e depois fechar). Laplantine (1991) conclui que a finalidade terapêutica permanece a mesma, que é preciso, sobretudo, lançar o inimigo interior para a periferia, abrir-lhe o caminho.

A odontologia, apesar de não ter servido de exemplo explícito nesse texto, tem uma representação subtrativa, tanto pelo paciente como pelo cirurgião-dentista. A intervenção dentro do canal do dente para extirpar o nervo não é tão mutiladora como a extração do próprio dente, mas é o recurso usado mais freqüentemente para evitá-la. As palavras usadas, como incisão ou perfuração e extirpação, abertura e fechamento, são muito corriqueiras na rotina odontológica, assim como o inverso, no caso da substituição do elemento perdido por uma prótese ou um implante, que foi denominada por Laplantine (1991) como uma representação aditiva. Qualquer que seja o modelo adotado, seguindo o pensamento do autor, estamos em presença de uma compreensão ontológica da doença e da saúde, isto é, que é concebida como tendo uma natureza comum que é inerente a todos e a cada um dos seres e que é real.

Diz o autor (Laplantine 1991, p180) que:

Na ablação como no enxerto, é alguma coisa que se extrai ou que se acrescenta, e, nos dois casos, sugando, aspirando, fazendo punção,

recorre-se a uma gesticulação como símbolo de que o mal-doença é uma coisa que entrou ou partiu, uma presença de alguma coisa que deve sair. Trata-se de preservar, de proteger ou de atacar, mas sempre de demonstrar, com a ajuda de imagens carregadas de todo o peso da cultura, que a cura e a doença não são uma metáfora.

Dando continuidade ao assunto dor de dente, a seguinte narrativa é bem representativa do que uma dor de dente provoca. — *Que tipo de experiência passaste?* — **Senti dor, uma dor provocante, eu chorava de dor.** — *Quanto tempo ficaste assim?* — **Quase um mês.** — *Porque esperaste tanto tempo?* — **Porque demora, eu tava tratando o dente,** — Ao que a moderadora respondeu e questionou: — *Ah!, procuraste logo o dentista... A dor de dente passa?* — **Pode passar.** — *A cárie tem que tratar ela, se não, não adianta...* — **O dente vai embora.** (referência ao processo destrutivo que a cárie provoca) — Uma outra jovem lembrou: — **Eu já tive que morder uma fralda de tanto que doía, fiquei uma noite toda acordada com dor de dente. No outro dia fui ao dentista e aí enquanto tava lá, tudo bem, chegou em casa, começou a doer de novo.** — *Era uma cárie?* — **Era. Fiquei uns três dias, depois eu peguei e comecei o tratamento.** — *Daí passou?* — **Passou. Doía com tudo, com água, com gelado, com doce, com quente....**

Uma outra narrativa de um jovem de outra escola, a respeito do tamanho da cárie, dá a dimensão do evitar a doença cárie e procurar tratamento. As falas foram as seguintes: — **Era grande. Eu nunca tive o costume, digamos assim, o normal é a pessoa escovar os dentes depois de todos os alimentos, eu nunca tive este costume, eu escovava de manhã e de noite e deu. Daí eu fui lá (módulo) e tive que extrair o dente, porque a cárie tava tomando conta quase de todo o dente já.**

Aqui atrás, um dente que eu tinha. Acho que era permanente já, não sei! Daí falaram prá mim cuidá, escová mais os dentes.

Quando lhe foi pedido que esclarecesse sobre se ele percebera, se tinha-se dado conta da cárie quando ela era menor, ele respondeu: — **Até me dava, mas eu não ia, porque eu tinha muito medo.** E acrescentou, esclarecendo: — **Uma vez eu fui no dentista tratar um dente, aí eu acho que a anestesia não funcionou, eu senti muita dor, mas tanta dor no dente, depois daquele dia, eu acho que fiquei com trauma. Não sentia vontade de falar com dentista, com ninguém...agora tá bem melhor do que antes.** (O jovem está se referindo ao contato com os dentistas na escola através do programa em um ambiente diferente do consultório, que é a própria escola).

Os relatos sobre os dentes permanentes foram bastante mais significativos quanto ao sofrimento, apesar de ocorrerem com menos frequência. Outra descrição de dor em dente permanente, como a seguinte, informa diferentemente sobre como os adolescentes sentem a dor e percebem a necessidade de tratamento e que ele é disponível: — **No ano passado eu acho. Tinha um dente que faz tempos que tinha uma cárie, aí fui no módulo. Eles, parece, que mataram o nervo, parece, e colocaram massinha branca. Falaram que era prá mim dar um tempo** (provavelmente um curativo de demora para evitar endodontia). **Daí os dentistas no colégio me examinaram e me mandaram lá de volta. Daí a massa caiu, não sei o quê, aí eu fui lá, porque tava doendo, doendo! Tinha matado o nervo mas doía igual. Daí eu pedi prá ele: Ah! Arranca o dente, né!? Mas eles não, vamos tentar salvar, não sei o quê... Sempre com a mesma ladainha! Daí... eu comia alguma coisa, tudo que é sujeira entrava ali prá dentro. Bah!.. Depois prá limpar é**

horrível!.. Daí uma vez eu fui, aí ...falei com o dentista, daí eu arranquei o dente no ano passado... Daí eu tive que ir lá de novo, daí ele cuidava dos meus dentes, daí tava muito bom... Daí eu tirei o último dente, doía no começo, inchava.

Para muitos pacientes, a motivação para buscar o tratamento é o desejo de alívio da dor. Tratar os dentes é fuga da dor, mas, também, aproximação de uma situação naturalmente desagradável. Então, quando a dor aparece, procura-se o dentista. A dor impulsiona o indivíduo para o tratamento que, por sua vez, tem grande probabilidade de produzir dor ou desconforto. A adversidade da condição pré-tratamento, associada aos temores do próprio atendimento, colocam o indivíduo em uma situação de conflito. Parece não haver escolha: foge-se da dor e acaba-se sendo atingido por outra. Os inúmeros casos de faltas, cancelamentos e atrasos que ocorrem na clínica odontológica representam exemplos típicos de fuga de tratamento, nos dizeres de Moraes e Ongaro (1998).

Esses autores referem que, embora o tratamento odontológico possa trazer alívio para a dor, mobiliza mais as instâncias do superego, na direção da autodefesa e do controle. Esses mesmos mecanismos, que são úteis na prevenção de doenças, podem ser mobilizados de modo a afastar o paciente da situação terapêutica.

Jandrey (1999) identificou os motivos pelos quais ocorre absenteísmo de escolares ao atendimento clínico-odontológico realizado no Módulo (MSC). Entre outros, destacaram-se o medo e a ansiedade ao atendimento odontológico, a representação de que não havia significado em cuidar dos dentes e o sentimento de exclusão social.

Ferreira (1995) também refere que a dor, paradoxalmente, pode se fazer presente em procedimentos de cura e diagnóstico, como as operações cirúrgicas,

injeções e biópsias. É importante observar que tanto a percepção da dor como a procura de recurso médico para seu alívio estão diretamente relacionadas com as representações do corpo. Uma dor torácica pode ser logo relacionada com a hipótese de uma patologia cardíaca, fazendo com que, muitas vezes, o indivíduo recorra a vários serviços de saúde sem maior demora. Assim, por exemplo, uma dor na perna ou uma dor de dente, ou mesmo a perda de um dente pode não ser considerada grave, tendo um significado secundário, de menor importância.

A experiência de um jovem exemplifica essa situação, como quando perdeu um *dente de trás*: — *E tu já tivestes cárie?* — **Já.** *E como é que foi, quando tu eras pequeno?* — **Não, uns dois anos atrás.** — *E doeu muito?* — **Bastante** —. *Era pequena?* — **Não, era grande já, tive que fazer tratamento de canal.** — *E aonde tu fizeste o tratamento?* — **Lá na Policlínica.** — *E aí fizeste o tratamento?* — **Fiz mas não adiantou, eu tive que extrair o dente.** — *Tiveste que extrair. Não era um dente da frente, era de trás?* — **Era de trás, mas não era de leite, já era dente permanente.** — *E tu sentes falta?* — **Não, já estou acostumado.**

Essas falas parecem não encontrar ressonância nas palavras de Moraes e Ongaro (1998, p. 98), que afirmam:

Os dentes permanentes, ao contrário dos dentes de leite, representam aquilo que não se substitui e que estará sempre presente durante todo o ciclo vital da pessoa, até a sua morte. Quando o paciente se atemoriza diante dos riscos do tratamento odontológico, a sua ansiedade não se refere apenas à dor, mas também ao sentimento de perda do insubstituível, mobilizado pelos simbolismos que os processos inconscientes promovem a partir da mais prosaica realidade.

Essa diferença de percepção pode estar ligada à condição social desses adolescentes na qual o valor da perda de um dente posterior tem menor importância .

No entanto, no relato de uma jovem de dezoito anos, que perdeu um primeiro pré-molar, pode ser observado o que caracteriza a situação descrita por Leão e Sheiham (1995), em estudos com adultos, e Marcenes e colaboradores,(1993) da presença de condições de doença bucal associada com problemas familiares e psicossociais. Em resposta ao que se perguntara sobre sonhos e o futuro profissional, as suas respostas foram esclarecedoras sobre a sua situação emocional, exposta já, ao início do encontro, quando a conversa era sobre o trabalho e a saúde dos pais. Agrupando os diálogos, a reprodução das falas da jovem é a seguinte: — **Só a minha mãe trabalha, meu pai é encostado. Só trabalha de vez em quando. Ele é meio "tantã" e teve que ser internado no São Pedro (hospital psiquiátrico) para fazer tratamento.(...) Ele não quer mais trabalhar. Ele começou a beber ficou meio "óh!"(gesticulando para identificar doença mental). Agora tá melhor(...). Em outro momento, acrescentou: — Meu sonho é ser muito feliz... É ir embora, ir prum lugar bem isolado onde fique só eu. Só eu! Eu tô cheia... Tô com nojo... (...) Eu perdi meu dente. Caiu comendo bala, sora. (...) Meu sonho é por um pivô e não ficar mais desdentada. Eu tô toda desgraçada, o meu namorado me largou, a mãe me xinga e o meu pai bebe.**

O relato da jovem sobre o seu sofrimento físico e emocional apontou para a sua baixa auto-estima e para o contexto familiar em que vive. Ao trazer para o grupo as suas frustrações e aspirações, a jovem possibilitou o reconhecimento da importância da atuação profissional, focalizada aqui no papel do dentista, no ambiente escolar. A identificação do problema e a resolução do mesmo, ainda que de forma limitada pela substituição protética do dente perdido, poderia repercutir de forma favorável no desenrolar dessa fase de desenvolvimento, quando o patológico e o normal estão muito próximos, como descreveu Anna Freud (Outeiral,1994). A

imagem corpórea de *desdentada* tal qual sua mãe se encontra, conforme sua própria narrativa a respeito das condições bucais dos seus familiares, é sinalizadora dos cuidados que essa jovem está solicitando..

Este outro relato de um menino que, jogando bola, fraturou o incisivo central evidencia os sentimentos de desvalia, vivenciados pela imagem que um dente quebrado pode trazer para um adolescente: — **Eu quebrei o dente quando caí no chão, na hora não senti nada, só quando passei a língua...Aí fui consultar, não tinha como arrumar o dente. Daí eu fiquei uns dois, três anos sem a metade do dente. Daí no ano passado, bem no começo do ano eu arrumei o dente no módulo, porque eu morava em S. Catarina (...)** — *Tu já estavas te acostumando com aquele dente quebrado?* — **Não é bem acostumado, eu tinha vergonha de rir, né? De falar.**

Um problema de saúde bucal implica rupturas na vida de uma pessoa, nas suas relações sociais e auto imagem. O próprio adoecer pode ser uma resposta da pessoa às situações de ruptura. Danos afetivos e feridas narcísicas colocam o paciente em situação de vulnerabilidade e de espera de reparação, de um conserto, que se expressarão na relação dentista-paciente, conforme Moraes e Ongaro (1998). Também Wolf (1998) registrou, em trabalho sobre o significado da perda de dentes, que esta leva a sentimentos de insegurança, impotência e vazio. A perda dos dentes pode ser sentida como um ataque à própria integridade. A inibição do sorriso tem conseqüências na diminuição da auto-estima e impede a demonstração de alegria e de acolhimento, prejudicando o convívio social.

Helman (1994) afirma que uma linguagem de sofrimento própria e que faz a ligação entre as experiências subjetivas de mal-estar e o seu reconhecimento social é

inerente a cada cultura. Os fatores culturais determinam quais os sinais ou sintomas que são percebidos como anormais; eles também ajudam a dar forma às mudanças físicas e emocionais difusas, colocando-as dentro de um padrão identificável, tanto para a vítima, quanto para as pessoas que a cercam.

Segundo Ferreira (1995), o fato de a dor ser uma resposta biológica universal e individual a estímulos nocivos advindos de dentro do corpo ou fora dele não exclui que suas percepções variem significativamente conforme o grupo social. A sensação de dor, os comportamentos que a envolvem, quer verbais ou não, até as atitudes que visam a remover ou não a sua fonte dizem respeito às expectativas do sujeito, a suas experiências passadas e principalmente a toda a sua bagagem cultural.

Boltanski (1984) cita que a percepção da dor varia de acordo com o grupo social, com o que concordam os autores mencionados anteriormente. A percepção da dor como doença grave aumenta nas classes superiores em relação às baixas. Ferreira (1998) acrescenta que a observação mostra, no entanto, que não é a dor que varia conforme a classe, mas sim a continuidade das atividades e a busca de alívio do sintoma, mesmo que seja, por exemplo, através da extração de um dente, conforme pode ser observado nos relatos de alguns jovens.

A mesma adolescente de dezoito anos de idade, cuja narrativa foi transcrita, depois de admitir que tinha medo de dentista, quando questionada, sobre a dor que teria sentido e a razão da mesma, assim respondeu:— **Já arranquei um dente...Não gosto dos ganchinhos. — Aquele barulhinho zzzz eu tenho pavor. Não é ganchinho é broca.(retrucou outra colega) — É ganchinho. Não gosto de nada disso. — A sonda? — É. Eu odeio.** Assim, também, outra jovem se expressou

referindo-se ao equipamento: — **Eu tenho medo do barulho. Ai! O barulho me dá pânico.**

A lembrança de um jovem sobre a estória do seu primo que não procurava resolver o problema dentário, e, já causava reações familiares, está descrita a seguir: — **Tem o meu primo. Ele começou a ter dor no dente aí, abriu um baita buraco no meio dos dois da frente. Então todo mundo dizia prá ele procurar o dentista, que tava ficando muito feio. Ele é novo, ele tem vinte anos, e tava ficando horrível mesmo. Aí ele tá..., disse que tinha ido no dentista, só que ele não tinha ido. Ele morria de medo!**

Moraes e Ongaro (1998, p. 99) discorrem sobre o instrumental odontológico como “objetos cortantes e penetrantes, que além da figura de autoridade do próprio dentista, pode constituir-se em elementos ameaçadores da integridade do paciente”. Conforme os autores, isso é consequência da imagem do dentista e de todo o seu aparato de trabalho, que deriva de projeções das fantasias inconscientes sobre ele.

Alguns casos de tratamento de canal, considerados muito doloridos, apesar da anestesia, foram relatados desta maneira: — **Foi ruim né, não vai ser bom! — O primeiro dente que eu arranquei, não doeu, não senti nada. Daí, no outro, quando eu fui fazê tratamento de canal eu quase morri de dor. Bah! Foi horrível, sabe? Daí eu tirei, prá ver como é a minha raiz. Como é que é o nome daquele exame que dá prá ver a forma da nossa raiz do dente?**

Depois da resposta sobre o aparelho de Raio X, pela moderadora, ela acrescentou: — **É mais fácil deixar apodrecer do que tirá. Isto me afastou do dentista, porque agora eu tenho medo, porque eu sei que vai doer. O meu dente pode tá o mais impossível, preto, preto, preto, todo quebrado, não dói, não incha**

e não sai sangue. É impressionante! Agora quando vai no dentista começa a doer um monte, né? É instantâneo!

Essa questão suscitou o surgimento de relatos de percepções antagônicas sobre o sentir a dor e procurar alívio através de tratamento odontológico. As seguintes respostas seguiram à pergunta: — *A dor de dente, sem o dentista e a dor de dente lá dentro do consultório, qual foi a pior?* — **A sozinha! Tu não sabe porque tá tendo aquela dor. — Eu posso ter cárie, mas não suporto dentista! — Ah! Eu prefiro ir no dentista prá tirar a cárie do que ficá com ela.**

Na interpretação de Moraes e Ongaro (1998), a ansiedade manifesta-se em um paciente odontológico como a percepção de uma ameaça de dano físico ou psicológico, que surge do conflito de procurar a solução para a dor. O tratamento odontológico reflete uma relação de dependência e de impotência que precisa ser controlada pela postura do profissional ao valorizar o bem-estar do paciente. A condição de incerteza do conhecimento do paciente odontológico, que tanto pode desconhecer suas condições de saúde bucal, como também a natureza das intervenções necessárias, se exterioriza através do estado ansioso, que pode receber outros nomes como dúvida, ignorância, ambigüidade ou indefinição, etc...

Em relação ao que eles percebiam como pior- tomar anestesia ou sentir a dor de dente- as respostas foram: — **Os dois. — Eu tenho medo, só gosto de xilocaína, não gosto da agulha. — Todo mundo acha que anestesia é um bicho de sete cabeças, mas não dói nada. — Eu não tenho medo de picada!** As falas refletem a (in) capacidade individual para lidar com o conflito e a ansiedade provocada pelo tratamento odontológico, o que é confirmado pelos estudos de Milgrom e Weinstein (1993) e Eli,Uziel e Keinhauz (1997), que afirmam que, apesar do tratamento ser

acompanhado por dor, não necessariamente será acompanhado por ansiedade ou fobia, sendo esta uma característica psicológica do indivíduo e que pode estar, ou não, relacionada com experiência anterior de sofrimento por tratamento odontológico.

Ao serem argüidos sobre se *cárie é doença* as respostas foram, a princípio, unânimes e enfáticas em quase todos os grupos focais: — **Não!** — **Doença não!** — **É um problema.** — **Não é doença, mas é ruim!** — **É igual, parecido.** — **É ruim!** — *Mas é doença?* — **Não!** — *Por que vocês acham que não é doença?* — **Ah, não que não seja importante, mas é comum!** — **É comum, porque na maioria das vezes nós temos cárie.** — **Cárie é um buraco no dente!**

Depois de pensarem um pouco, alguns jovens responderam reticentes, em todos os grupos: — **Não deixa de ser...** — **Não deixa de ser, não!** — **Se não tratar!** — **Uma porquice, né.** — **Mas se não tratar sim.** — **É uma doença bucal.** — **Mas ela é transmitida, né?** — **A cárie é transmitida? Não. É?** — **Eu acho que a cárie é transmitida. Pelo que eu sei, é transmitida. Se tem uma escova e tu escova e sabe que tá com cárie?** — **Ah, mas tu não escova os dentes com a escova dos outros, né?**

A informação de que cárie é contagiosa, apesar de não ser de domínio de todos, conforme foi observado pelas respostas do questionário, pode ser responsável pelas respostas ambivalentes e de indecisão sobre o caráter mórbido da cárie. A pouca experiência de cárie, mas que merece tratamento quando ocorre, os relatos de sofrimento de familiares com dor de dente, como as suas próprias experiências e o desejo de responderem ao que a moderadora e a observadora poderiam estar esperando ouvir devem ser levados em consideração.

No trabalho etnográfico realizado por Ferreira (1995), ao analisar a semiologia médica sob a perspectiva antropológica, a autora discorre sobre a familiarização com termos técnico-científicos de uso clínico e a aquisição de novas categorias de percepção do corpo pelos pacientes, que são o resultado do contato com o médico. Deste modo, tanto as representações dos pacientes como as representações médicas são constituídas de saberes apropriados de ambos os lados. As representações sobre o corpo, saúde e doença populares influenciam diretamente na maneira como essa medicina vai lidar com os seus pacientes, tanto na busca do diagnóstico, como da terapêutica.

Ao serem questionados sobre outros problemas bucais, com a pergunta — *Além da cárie, o que vocês notaram na boca que também incomoda?*, as respostas foram: — **A minha gengiva sangra!** — **Gengiva? A minha sangra... quase sempre!** — **A minha não!** — **Eu acho que eu tenho inflamação, parece que lateja assim, de vez em quando, daí lateja, faz assim (enfatizando com a mão) e para; daí começa de novo. É irritante, a gente coça, coça!**

As respostas para a questão sobre se o sangramento gengival era considerado como doença, também, tiveram ênfase negativa. — *Gengivite é doença?* — **Não, é placa! Placa não é doença!** — **Não é doença, mas deve ser alguma coisa que tá acontecendo...sei lá!** — *Pode-se viver com a gengiva sangrando?* — **Pode! Não tem porque!** — **Mas o dentista me disse sora, que quanto mais escovar melhor, tem que escovar bem escovadinho que aí para de sangrar.** — *Mas por que vocês acham que sangra?* — **Alguma sujeirinha que fica no meio.** — **Aí sangra, então tem que escovar o dente até pará de sangrá.** — **Prá mim ele (dentista) disse que é gengivite. Tem problema na gengiva porque sai sangue.** — *Mas vocês acham*

que é normal ou que é doença? — **Eu acho que é normal!** — **É!** — **Acho normal também!** — *Acontece com todo mundo sempre?* — **Não acontece com um nem com outro, acontece com todos.** — **Não, com todos não!** — **Comigo não!** — **Ah?!** — **Contigo não?** — **Não!** — **Ah! É? Vai!!** — **A tua gengiva não sangra porque tu não escovas os dentes.** Risadas se seguiram ao comentário. — **Os dentistas falaram que se passá o fio dental e sangrá, se acontecer isto é prá escovar cada vez mais, porque é uma infecção, é prá não pará... se tá sangrando é porque não tem o costume (de escovar os dentes).** — *E vocês dão importância prá isto? Como é que tu vês , isto é doença?* — **Não, é normal!** — **A gengiva costuma sangra todo o dia.**

Dando seguimento ao problema sangramento gengival, o depoimento de um aluno foi: — **A gengiva tá boa e tá ruim, tá ruim e tá boa, sei lá. Ela não tá nem ruim, nem tá boa, tá regular.** — *Mas vamos ver o que é isso...* — **Oscila um pouco, às vezes a gente tá bem, às vezes a gente não tá bem.** — **É!** — **Ahã!** — **Às vezes a gente tá doente, e a gengiva também tem essa coisa, às vezes ela sangra, às vezes não sangra, mas isso não é uma coisa muito complicada.** — **Acho que não tem muito mistério! Tá e não tá, deu!**

Helman (1994) observou que sintomas e sinais muito comuns provavelmente serão considerados como normais, embora não necessariamente bons e, por conseguinte, aceitos de uma forma fatalista. As falas do jovem dão a idéia de equilíbrio e do desequilíbrio como na representação da doença que não é mais considerada como uma entidade estranha e inimiga, mas como um desarranjo, por excesso ou falta. Na interpretação de Laplantine (1991), essa compreensão do normal

e do patológico está caracterizada pela particularidade única de um equilíbrio e também pela predisposição a um certo desequilíbrio.

Canguilhem (1978) afirma que é preciso admitir que o homem normal só sabe que é normal num mundo em que nem todo homem o é, e sabe, portanto, que é capaz de ficar doente. O homem normal sente-se capaz de adoecer, mas percebe a possibilidade de afastar essa eventualidade. Tratando-se de doença, o homem normal é aquele que experimenta a certeza de poder frear, nele mesmo, um processo que, em outros, iria até o fim da linha. Nenhum homem não fica doente, pois ele só é doente quando sua saúde o abandona, e, nesse momento, ele não é mais saudável, sua saúde é um equilíbrio conquistado. A ameaça da doença é um dos elementos que constituem a saúde.

Sob o ponto de vista de Luz (1990), o binômio saúde-doença exprime a dicotomia de uma medicina centrada na doença como elemento fundamental e irreduzível do viver humano. As palavras *desvio e equilíbrio* aproximam-se mais desses conceitos quando afetam um organismo funcionando em equilíbrio instável.

Moraes e Ongaro (1998) consideram que a falha para seguir tratamentos médicos é mais acentuada quando a doença não é percebida pelo paciente, como em certos casos de hipertensão. Situação semelhante ocorre nas doenças da boca como cárie e as doenças do periodonto, quando se pretende fortalecer o autocuidado do paciente por meio da escovação e o uso do fio dental de forma mais adequada.

Na literatura odontológica, também, está sendo discutida a conceituação de gengivite como doença periodontal. Conforme Oppermann e Rösing (2001), a gengivite é um processo inflamatório que não evolui necessariamente para

periodontite, mas que pode ter influência no bem-estar dos indivíduos uma vez que causa sangramento e halitose.

Nas conversas com os adolescentes sobre os seus hábitos de higiene, aparece como a principal motivação para realizá-los a questão do mau hálito, para evitar o **bafo, prá não derrubar ninguém** ou pela vergonha que estão sempre associados ao contato com os outros colegas, amigos(as) ou namorados(as). A pergunta dúbia e provocativa: — *E quando vocês saem, o que fazem?*, teve como resposta: — **A gente dança.** — *E antes em casa?* — **A gente toma banho, se arruma, escova o dente!** — *Sempre escova o dente?* — **Sempre!** — **Sempre sora, porque imagina se chegá um guri prá falá contigo e aí tu vai lá e fala com aquele bafo na boca dele. Pelo amor de Deus, né, sora? Tem que te perfumá, tem que fazer tudo, né?** — **Ás vezes eu esqueço!** — *E os guri também fazem isso?* — **Devem fazê, né?! — Guria é mais cuidadosa. — É eu acho que as gurias cuidam mais. — Algumas né, nem todas! — Até porque eu conheço um guri que cuida mais dos dentes do que eu. — E o fio dental vocês usam? — Eu uso. — De vez em quando! — Eu não uso! — É lá uma vez que outra! — Preguiça! — Eu esqueço! — Tranca nos dentes! — É chato de usar! Acho xarope, eu acho! — E eu consigo colocar o fio dental somente nos dentes da frente, nos de trás eu não consigo!**

As falas sobre as razões para os cuidados bucais reproduzem os achados de Linn (1976), Macgregor e Balding (1991), Regis, Macgregor e Balding (1994), Silva, Paixão e Pordeus (1997) e Macgregor, Balding e Regis (1998) no que se refere ao *querer evitar o mau hálito e manter uma boa aparência.*

As relações sexuais, a associação da boca com o comer alimentos e a expressão *comer* para designar a relação sexual foi particularmente discutida em três

grupos de duas diferentes escolas, tendo os estudantes manifestado maior interesse em conversar sobre sexo do que saúde bucal. Consideraram de grande importância discutir a sexualidade pelo que ela representa para a vida de todos. A sexualidade foi muito abordada nesses grupos enquanto associavam a importância da boa aparência e dos cuidados do corpo com a conquista de namorados(as). Uma provocação dos colegas de aula sobre uma jovem a respeito da sua condição de virgem foi interessante pela associação com a boca: **Ela é BV! — O que é BV? — Boca virgem!** (porque ainda não havia beijado).

Segundo Cecccon e Eisenstein (2000), os momentos felizes são tão importantes para crescer como a quantidade e a qualidade de alimentos. Crescer, normalmente, é ser bem alimentado, protegido, amado e apoiado durante todo o processo. Os principais *alimentos* de qualquer criança ou adolescente são a comunicação, os jogos e o amor, que se transformam nos vínculos de afeto mais significativos com o mundo a sua volta.

Algumas respostas sobre o cuidado e a preparação para sair ou dançar foram: — **Eu gosto de dançar, mas não toda a semana, só quando é possível(...)**os dentes fazem parte da preparação, a gente quer tá bonito na festa, né? O uso do chiclete foi muito mencionado como solução para esconder o mau hálito e como recurso utilizado para estes momentos em que é muito importante causar uma boa impressão, como, por exemplo: — **Daí eu tenho mania, de quando eu vou sair, não, só quando sair não, mas sempre que eu vou falar com alguém, ou que eu vou em algum lugar, escovo os dentes e boto cliclé de menta na boca. — Eu também, quando saio, sempre levo um chiclezinho de menta.**

Sobre os cuidados com a boca quando começaram a cuidar de si mesmos sozinhos, uma das respostas foi: — **Faz uns três anos já que eu começo a fazer isto sozinho. Desde os onze anos. Agora a minha mãe me manda escovar todo o tempo. Sou muito vagabundo.** Segundo os relatos, os cuidados com os dentes demonstrados pelas mães quando eram crianças e, de alguma forma, ainda agora que são maiores, comprova as informações de Garcia-Godoy (1986) Silva, Paixão e Pordeus (1997), Watt (1997, a), e de Freire (1999) sobre a influência materna, protetora e educativa, sobre os seus filhos durante a infância.

As respostas sobre quais seriam as causas da cárie foram: — **Porque eu não cuidei!** — **Como muito doce, chicle.** — **Eu também!** — **A cárie vem do doce.** — **Daí não escova os dentes direito, não limpa a boca direito, e dá cárie.** — **Comê doce demais e não limpá.** — **Quando a gente vem pro colégio, come muito doce e fica muito tempo sem escovar os dentes.** — **Antibióticos!** — *E vocês realmente acham que doce tem a ver com cárie ou vocês acham que qualquer comida tem a ver?* — **Qualquer comida...** — **Doce eu acho que tem mais!** — **Bolachinhas recheadas.** — **Doce de leite.** — **Eu não consigo evitar!** — **Eu tenho que comer!** — **Cárie é resto de comida que fica no dente.** — **Sujeira de comida que a gente come e não escova.** Ao que a moderadora respondeu induzindo o aprofundamento da questão: *Comida, sozinha faz buraco no dente?* — **Não, vira bichinho no dente, bactérias.** — **Eu acho que é bactéria. Resto de comida e o esmalte já... É esmalte de dente isso aqui né? Eu acho que já vem vulnerável, por isso que pega cárie.**

Na maioria dos casos, as teorias leigas sobre a etiologia das doenças assim como as explicações médicas são multicausais, ou seja, admitem a ação conjunta de diversas causas.

Isso significa que as causas individuais naturais, sociais e sobrenaturais não são únicas e isoladas, mas geralmente relacionadas entre si num determinado caso. Young, citado por Helman (1994), classificou os sistemas de crença sobre os problemas de saúde como externos e internos. O primeiro é centrado, principalmente, na etiologia da doença, cuja origem é situada fora do corpo da pessoa doente, mais precisamente, no mundo social, e o segundo, na falta de cuidado que podem predispor a pessoa a uma doença natural.

Segundo Helman (1994), o fato de as pessoas perceberem ou não as doenças como consequência do próprio comportamento depende de uma série de fatores. Trabalhos realizados com a classe operária do país de Gales constataram que a crença pessoal de saúde é determinada por ações pessoais e estava correlacionada com variáveis socioeconômicas, tais como educação e posse de imóvel. As pessoas de maior controle econômico sobre suas vidas aceitavam melhor as responsabilidades por problemas de saúde do que aquelas que se consideravam impotentes social e economicamente. Nesse grupo, a doença era considerada uma decorrência da ação de forças externas, sobre as quais a vítima não tinha controle algum e pela qual não sentia a menor responsabilidade.

De acordo com o mesmo autor, há outros fatores etiológicos relacionados ao corpo e alheios ao controle consciente da vítima; dentre eles, estão incluídas idéias de vulnerabilidade pessoal, psicológica, física e hereditária. A vulnerabilidade física é baseada em conceitos leigos de resistência e fraqueza. Algumas pessoas são mais resistentes às doenças que as outras.

Helman (1994) considera que as teorias leigas que situam a origem dos

Young, A. The relevance of traditional medical cultures to modern primary health care. *Soc. Sci. Med*, 1205-1211 apud Helman 1994

problemas de saúde no indivíduo, tratam, principalmente, dos problema de mau funcionamento do organismo, algumas vezes relacionados a mudanças de alimentação ou comportamento.

Nesses casos, a culpa pela doença recai, principalmente, sobre a pessoa. Essa crença é muito comum nos países ocidentais, onde é, freqüentemente, estimulada por programas de educação para a saúde do governo, e os problemas de saúde são atribuídos cada vez mais à negligência com relação a alimentação, vestuário, higiene, estilo de vida, relacionamentos, exercício físico e aos vícios, fumo e álcool. O problema de saúde, portanto, é uma evidência dessa negligência, e a vítima deve sentir-se culpada por tê-la provocado. O sentimento de culpa foi identificado em um estudo etnográfico sobre as crenças relacionadas a saúde bucal realizado por Nettleton (1998) que se aplica, sobremaneira, às condições estigmatizadas, tais como obesidade, alcoolismo, doenças sexualmente transmissíveis, e, de certa forma, à AIDS.

A experiência de Moçambique, em que um pequeno grupo de professores de Odontologia desenvolveu uma pesquisa procurando identificar quais eram as principais deficiências na prática odontológica para o treinamento dos agentes de saúde bucal, verificou que os agentes estavam *culpando as vítimas* não levando em consideração as reais possibilidades de mudança de comportamento (Dickson e Abegg, 2000).

Para a pergunta sobre *o que significa saúde para vocês, o que é ser saudável* a resposta de uma jovem foi: — **Eu acho que tudo, porque se a gente não é, não pode fazer as coisas, trabalhar.** — *Vocês se sentem saudáveis?* — **Eu me sinto saudável.** — **Eu também! Se não, não conseguia fazer tudo isso o que eu faço,**

atuar tudo o que eu aturo, tem que ser muito saudável (fazendo alusão às tarefas domésticas de sua responsabilidade, como cozinhar e cuidar dos irmãos mais moços). Um jovem que passou por problemas graves de doença explicou a saúde da seguinte forma: — **Saúde é viver bem. Precisa ter infra estrutura prá ter vida saudável, por exemplo, se cuidar, comendo frutas, alimentos saudáveis, não comer muita gordura, nem muito açúcar.**

Um outro jovem explicou o que ele considera saudável de maneira conflituosa após a seguinte pergunta: — *E na casa de vocês como é que é? Outras coisas que vocês pensam que é saudável e que realmente gostam de comer?* — **Bolacha recheada!** — *Isto é saudável?* — **...do meu ponto de vista é, mas se eu for olhar mesmo...se eu for pensar assim..., eu sei que não.**

Em toda sociedade humana, o alimento é uma forma de criar e manifestar os relacionamentos entre as pessoas. Helman (1994) descreve os diferentes exemplos de alimentos sociais que ilustram as múltiplas funções que o alimento desempenha na sociedade humana, como: *status* social, profissão e papéis de gênero, assinalam mudanças de vida importantes, aniversários e festas, além de reafirmar identidades religiosas, étnicas ou regionais. É importante salientar, porém, que, dentre as múltiplas funções que o alimento desempenha na sociedade humana, pode-se assinalar o papel dos alimentos doces no processo de socialização da criança. Uma alimentação errada pode causar problemas de saúde como, por exemplo, o açúcar, quando passa a ser um alimento social, isto é, um forte componente das trocas afetivas entre mãe e filho e de sociabilização (Moraes e Ongaro, 1998).

Helman (1994) acrescenta que, em cada caso de má nutrição, os fatores culturais, bem como os fatores pessoais, tais como a ignorância e a maneira própria

de reagir aos agentes externos, constituem apenas uma parte do complexo de influências atuantes sobre o indivíduo, o que determina se sua dieta alimentar é adequada em termos nutritivos ou não.

Os adolescentes, em suas conversas, descreveram seus hábitos alimentares e seus conhecimentos a respeito da importância de ingerir alimentos saudáveis e evitar os identificados como prejudiciais à saúde. É interessante notar que não lhes falta informação, e alguns reconhecem que já mudaram seus hábitos alimentares por terem adoecido e necessitarem se adaptar à nova dieta (que lhes trouxe mais saúde) e que o controle do que é bom e ruim comer passa por deslizes e alguns desequilíbrios balanceados conforme os desejos e as possibilidades. Eles costumam fazer seus próprios lanches caseiros, que são constituídos por sanduíches, porque é muito ***pesado sair para lanchar fora de casa***, em termos de custo. Esses dados contradizem o que Watt e Sheiham (1996, 1997) observaram entre os jovens ingleses, que costumam trocar suas refeições por *fast food*, por serem justamente mais baratos. Algumas jovens relataram que são elas próprias que cozinham para toda a família, diariamente, o que, também, não coincide com as informações desses pesquisadores, que informam sobre a pequena participação dos adolescentes no preparo dos alimentos em casa.

Para a mudança das atitudes e dos hábitos nocivos à saúde não é suficiente o conhecimento sobre a qualidade dos alimentos, pois um conflito pode se estabelecer entre a vontade e a procura de satisfação através do prazer de saborear um lanche e o que é adequado e ensinado como alimento importante para a saúde. Esses dados são confirmados por Watt e Sheiham (1996, 1997), que relatam a aparência como um

fator de preferência e o prazer de comer os *fast food*, em lugar das refeições ditas *saudáveis*.

Segundo Moraes e Ongaro (1998), cada indivíduo, para se inserir em um sistema social (sistema de saúde), deve ajustar sua individualidade aos padrões estabelecidos por outros indivíduos, instituições e governos. Um elemento importante que faz com que o paciente perceba o sistema de saúde como coercitivo é a negação da sua individualidade. Isso acontece no momento em que deve adotar um novo modelo explicativo da sua doença e promover mudanças no seu estilo de vida. É essa experiência de estar sendo submetido a um controle externo que leva o paciente a uma vivência de coerção. Se o objetivo de qualquer processo de socialização é o desenvolvimento do controle social dos indivíduos, então a medida do êxito é o grau com que o comportamento do indivíduo reflete o autocontrole. No caso do paciente odontológico, esse autocontrole se traduziria em autocuidados. Se ele considerar que a sua inserção no sistema de saúde se faz à custa de um sentimento de perda de controle pessoal, um conflito se estabelecerá entre seguir a ordem e ser complacente, prevenindo a doença ou não abrir mão de crenças e desejos.

As respostas para as perguntas sobre como foram os contatos com os dentistas estão reproduzidas a seguir: — **Aqui no colégio eles fizeram brincadeiras quando a gente era menor. Eu pelo menos! Vinham os dentistas, faziam brincadeiras, davam brindes prá quem acertava...umas coisas.., eu gostava!** — *Que outras lembranças vocês têm dos dentistas?* — **Ah! Eu me lembro que tava na quarta série, eles deram um monte de folhinha... vários trabalhos. Eu ganhei o prêmio do trabalho mais bonito.** — *Como era o teu trabalho?* — **Era**

sobre cárie, sobre os dentes de leite, desenhar o dente. Eu procurei numas revistas. *Outro relato sobre o aprendizado com os dentistas:* — A minha dentista falou, ela conversou bastante comigo. Ela marcou aqui na escola, né? Aí ela pediu prá mim ir lá no módulo. Aí na primeira consulta que eu fui ela conversou bastante sobre isso.(...) Ela ensinou bastante coisas, até como escovar os dentes, que a gente acha até que tá escovando bem, só que tem uma certa maneira de escovar os dentes. — *E tu achas que tu melhoraste a tua forma de escovar depois disso ou não?* — Eu acho que sim, porque antes eu achava que sabia, só que eu não sabia direito como era. — Os dentistas falaram sobre tumor na boca, câncer bucal. — Doenças da boca, de quando começa até mais sério. – Bolinhas na língua, verrugas na boca, depois rebenta. — Mostraram várias fotos prá gente! Falaram sobre cárie e outras doenças transmitidas pela via oral e ensinaram como escovar os dentes também. — Outra adolescente declarou as suas experiências com os dentistas da escola da seguinte maneira: — Quando eu era menor me saiu uma cárie, daí começou a doer, daí chorei a noite toda... aí me atenderam no módulo. Fizeram uma obturação, botaram a massinha. Daí depois me encaminharam mais uma vez aqui pelo colégio, daí eu arrumei todos os meus dentes, porque eu tinha dois aqui de trás acavalados, aí arrumaram, arrumaram todos os meus dentes, me ensinaram a escovar, passar fio dental, passar flúor. Daí eu fui lá, eu sempre fui lá, nunca fui em outro dentista, sempre direto ali. — O meu dentista era muito querido. Ele me tratou um ano inteirinho, só ele que cuidava dos meus dentes, lá no módulo.

Essas experiências e outras mais foram narradas com uma expressão de satisfação, de gratidão e reconhecimento pelas atitudes de acolhimento e atenção por

parte dos dentistas. O assunto de como eram os dentistas trouxe, também, esta declaração: — **O problema não são os dentistas, o problema é a escola...sei lá, não tem nada prá fazer só estudar, estudar, estudar.** O tédio manifestou-se como um problema na escola onde se faz tudo igual, sempre.

O tédio, de acordo com Angerami-Calmon (1999), determina uma certa caracterização do jovem atual, pois, além de uma certa maneira específica de comportamento, ainda lhe confere um inconformismo pela necessidade de mudanças, características que dizem respeito a sua maneira de discorrer e reivindicar direitos sobre a sua condição de jovem. É também o tédio que confere insatisfação em realizações concretizadas diante do muito que ainda pode ser feito.

Os problemas oriundos da aceitação das orientações sobre prevenção e tratamento dos problemas bucais, dadas pelos acadêmicos de Odontologia, nesse programa, passam ainda por outras dificuldades. Entre elas o fato de serem adolescentes que, naturalmente, apresentam as características de contraposição ao estabelecido e estarem ainda na procura da sua identidade.

Pode-se concluir, portanto, que a resistência observada pelos acadêmicos de odontologia, frente às propostas de adesão aos cuidados preventivos por esses escolares, é compreensível. É possível pensar, ainda, em uma certa animosidade, por parte dos escolares para com os acadêmicos pela condição socioeconômica destes, geralmente diferente e que, de certa forma, aspiram alcançar. Essa percepção pode ser comprovada pelas conversas quando os temas focalizados foram os seus sonhos e suas perspectivas profissionais; registraram, então, desejos de cursar faculdade, ter uma vida mais rica e, portanto, melhor que a de seus pais.

Quanto aos conhecimentos absorvidos pelos adolescentes, pode-se observar que eles não estão muito seguros e se mostraram mesmo confusos em dois momentos, ao serem questionados sobre a atuação do flúor, por exemplo, não lembravam bem **"o que que era mesmo que o flúor fazia nos dentes"**

Quando lhes foi perguntado como eles viam a possibilidade de ensinar os menores, atuando como multiplicadores de saúde, nas próprias escolas, responderam afirmativamente, mas que era muito importante conhecer melhor o assunto para não passarem vergonha, se acaso fossem perguntados sobre alguma coisa que não soubessem responder. Disseram, também, que: — **Uma forma mais interessante de ensinar, uma aula diferente! Tem que sair um pouco da rotina, um trabalho diferente! — Eu acharia legal também o teatro, fazer teatro com as crianças. — Eu já participei de teatro quando menor, com os dentistas, eram estudantes. — Mas eu acho que se a gente pegar um livro, se interessar em ler, descobrir coisas novas e mostrar prá eles já é uma grande coisa. — É uma coisa que vai crescendo! — Vai, a gente ensina eles e aí outras crianças vão sentindo curiosidade. — Faz uma cadeia!**

O sentimento de ligação e interdependência entre as pessoas de uma comunidade, como a escola, transparece nas falas dos jovens, assim como, a consciência da capacidade de transmissão de conhecimento e valores.

Foi dito nos diálogos que mobilizar as crianças era mais fácil do que ensinar os da mesma idade, os adolescentes. As palavras esclarecedoras de uma jovem foram: — **Ensinar os pequenos é muito bom e divertido. Agora, com adolescente é muito mais difícil! Não se sabe nunca como vai ser... Porque a gente não sabe como eles vão reagir. Eu, por exemplo, quando os dentistas chegaram**

a primeira vez, eu nem dei bola! A gente nunca sabe como eles (os adolescentes, seus colegas) vão reagir, se eles vão aceitá a gente, da mesma idade que eles, né? Dando opinião e..., eu acho que é diferente. A compreensão, por outro lado, de que eles são tão ou mais capazes de ensinar e atingir os menores pelo reconhecimento de que são semelhantes e se conhecem mais, foi claramente argumentado por este diálogo em outra turma. — *Qual a importância para vocês de ensinarem os alunos menores, vocês pensam que faria diferença entre vocês e os dentistas, qual seria?* — **Acho que faria diferença... — Acho que a gente ia ensinar prá eles o que a gente aprendeu com eles, com os dentistas. E eles iam vê como a gente fala com os pequenos, porque eles não entendem muito bem (...)** **É uma coisa legal a gente passar prá eles o que a gente aprendeu. — Uma experiência nova, né? — É. Uma experiência prá ensinar, não é sempre que a gente consegue passar prá eles o que a gente aprendeu. É muito raro! — Com a gente eles vão ter mais liberdade do que com os dentistas, porque eles nos conhecem e eles vão ter mais liberdade de chegar e falar.**

Esse último comentário foi bastante explícito em demonstrar a distância que os adolescentes percebem existir entre os acadêmicos e a população a qual pertencem. Outras respostas sobre a disponibilidade para ensinar foram: — **Eu seria voluntário. — É legal! — Eu também acho que teria facilidade em ajudar! — Gostaria muito de ajudar! — Acho que dá prá tentar, se nos treinarem! Se todo mundo fosse um pouco mais amigo, ajudasse um ao outro, o Brasil seria mil vezes melhor do que ele tá!**

Os grupos focais mostraram-se apropriados para lidar com os adolescentes, permitindo-lhes conversar sobre as suas crenças e discuti-las. A abertura, provocada

pelas conversas em um clima descontraído, mostrou a disponibilidade dos participantes e a possibilidade de ser realizado um trabalho que exija mais consistência para um envolvimento mais participativo com a comunidade. A motivação trazida pela conversação em grupo de temas do interesse dos adolescentes ficou registrada em filme, quando decidiram realizar um teatro para os pequenos sobre o assunto saúde bucal. A iniciativa e a criatividade tiveram espaço e foram desenvolvidas na peça em que representaram papéis criados por eles próprios, após três encontros para ensaio. A apresentação contou com a colaboração das professoras e da diretora da escola e realizou-se às vésperas do Natal de 2000. A repercussão do trabalho desenvolvido pelos alunos trouxe-lhes o reconhecimento de que tinham feito uma coisa boa e que lhes tinha dado muita alegria e satisfação.

7.6 Conclusões

A partir da análise dos diálogos captados neste estudo foi possível concluir que estes estudantes, oriundos de famílias que vivem em bairros periféricos de Porto Alegre, que estão em vias de completar o primeiro grau em escolas públicas:

- sonham com a universidade e com um futuro melhor do que o de seus pais;
- conhecem o suficiente para desenvolver bons hábitos de saúde e apresentam comportamentos e atitudes que, muitas vezes, entram em conflito com os saberes adquiridos na família e na escola e que foram ampliados com os ensinamentos dos estudantes de Odontologia. Sentem-se responsáveis pelas experiências de cárie que sofreram;
- reconhecem que apresentam melhores condições de saúde bucal do que seus pais e avós e as atribuem aos recursos disponíveis atualmente e de que eles particularmente usufruem. Esperam não ficar desdentados, mas acreditam que a perda dos dentes é um problema inerente ao envelhecimento;
- mostram-se confusos em considerar a cárie como doença, porque é muito comum, assim como a gengivite que é percebida mais como um desequilíbrio. A doença cárie é representada pela dor de dente. Consideram doença as enfermidades que modificam a sua rotina e os impedem de ir à escola;
- consideram mais importantes os dentes anteriores do que os dentes posteriores, pelo fator estético associado. O tratamento de canal foi considerado como uma boa resolução, mas a extração dentária é preferida, pois é mais simples e rápida; ambos, porém, têm uma representação de

remoção do sofrimento. A dor os motiva a procurar atendimento para o alívio desejado, mas, ao mesmo tempo, os assusta pela ameaça que um tratamento odontológico representa pela sua associação indefectível com a dor;

- atribuem à ausência dos dentes um significado de perda e de deterioração pelos aspectos sociais de desvalia e de ridículo, que estão vinculados à aparência comprometedora do desdentado. Assim como a aparência, o mau hálito traz sentimentos de enojamento, repulsa e vergonha, por lhes dificultar a comunicação e, por consequência, a sociabilização;
- consideram o descuido consigo mesmo como causa dos problemas bucais. O conflito é gerado pelo conhecimento absorvido que lhes faz pensar na necessidade de adotar um comportamento preconizado como saudável e o desejo de satisfação própria;
- consideram bem os profissionais da Odontologia e os apontam como atenciosos e compreensivos, entretanto não gostam e tem medo de alguns tratamentos aos quais precisam se submeter.
- aceitam de forma positiva a sua participação como multiplicadores de conhecimentos em saúde nas próprias escolas que estudam. Acreditam que podem ser melhor entendidos do que os acadêmicos de odontologia pelas crianças, através de treinamento pela utilização de métodos lúdicos e interessantes.

7.7 Referências Bibliográficas

- ABERASTURY, A; KNOBEL, M.A.A **A adolescência normal**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 92p.
- ANGERAMI-CALMON, V. A. **O tédio na adolescência** . Campinas, SP: Papyrus, 1999. 77p
- BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 1984, 191 p.
- CANGUILHEM, G. **Normal e o Patológico**, Forense Universitária, RJ, 1978, 270 p.
- CECCON, C.; EISESTEIN, E. **Saúde, Vida e Alegria - sugestões metodológicas**, Porto Alegre; Artes Médicas, 2000, 80p.
- DICKSON, M.; ABEGG, C Desafios e oportunidades para a promoção de saúde Bucal In: BUISCHI, Y.P. **Promoção de saúde bucal na clínica odontológica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. cap.3, p.41-71.
- ELI, I. et al. Antecedents of dental anxiety: learned responses versus personality traits. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.25, n.3, p.233-237, June 1997.
- FERREIRA, J. Semiologia do corpo. In: LEAL, O. F. **Corpo e significado: ensaios de antropologia social**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 1995. p. 89-104.
- FERREIRA, J. O corpo sígnio. In: **Saúde, doença um olhar antropológico**. MINAYO, M.C. de S; ALVES, P.C. (Org.). Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998. cap. 8, p.101-112.
- FREIRE, M.C.M. **Oral health and sense of coherence: a study of Brazilian adolescents and their mothers**. 1999. 289 p. Thesis (Doctor of Philosophy) – University of London, London.
- GARCIA-GODOY, F. La salud como parte del proceso de socialización. **Acta Odontol. Pediatr.**, Santo Domingo, v.7, n.1, p.11-13, jan. 1986.
- GUARESCHI, P. **A técnica dos grupos focais como pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: PUCRS, 1996. Mimeo. 5 p.
- HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.333p.
- HODGE, H. C.; HOLLOWAY, R. J.; BELL, C. R. Factors associated with toothbrushing behaviour in adolescents. **Br. Dent. J.**, London, v. 152, n. 2, p. 49-51, Jan. 1982.
- JANDREY, C.M. **Absenteísmo no atendimento clínico-odontológico: o caso do Módulo de Saúde Comunitária do CPOS**. 1999. 135f. Dissertação (mestrado em Saúde Bucal Coletiva) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia. Porto Alegre.
- LAPLANTINE, F. **Antropologia e doença**. São Paulo: Martins Fontes, 1991. 274 p.
- LEÃO, A.; SHEIHAM, A Relation between clinical dental status and subjective impacts in daily living. **J. Dent. Res.**, Washington, v.74, n.7, p.1408-1413, July

1995.

LINN, E. L. Teenagers attitudes, knowledges and behavior related to oral health. **J. Am. Dent. Assoc.**, Chicago, v.92, n.5, p.946-951, May 1976.

LUZ, M.T. Além da dicotomia saúde-doença: repensando este binômio. **Div. Saúde Debate**, Londrina, n. 2, p. 53-54, 1990.

LUZ, M.T. **Relações entre o adolescente e a sociedade atual**: Institucionalização, violência e disciplina. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1993. 16p. (Estudos em Saúde Coletiva, 48).

MACGREGOR, I.D.M.; BALDING, J.W. Self-esteem as a predictor of toothbrushing behaviour in young adolescents. **J. Clin. Periodontol.**, Chicago, v.18, n.5, p.312-316, May 1991.

MARCENES, W.S.; CROUCHER, R.; SHEIHAM, A.; MARMOT, M. The relationship between self-reported oral symptoms and life-events. **Psychol. Health**, London, v.8, p.123-134, 1993.

MILGROM, P.; WEINSTEIN, P. Dental fears in general practice: new guidelines for assessment and treatment. **Int. Dent. J.**, Guildford, v. 43, n. 4, p. 288-293, Aug. 1993.

MORAES, A B.A; ONGARO, S. Contribuição da psicologia da saúde à odontologia. In: BOTAZZO, C.; FREITAS, S. F. T. (Org.). **Ciências sociais e saúde bucal**: questões e perspectivas. São Paulo: EDUSC, 1998. cap. 3, p. 87-103.

NOBRE, R. N. L. L. **Saúde da família**: uma utopia realizável. 1999. 84f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente) – Universidade Federal do Maranhão, Centro de Ciências da Saúde, São Luís.

OUTEIRAL, J. **Adolescer, estudos sobre adolescência**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1994. 95p.

REGIS, D.; MACGREGOR, I. D. M.; BALDING, J. W. Differential prediction of dental health behaviour by self-esteem and health locus of control in young adolescents. **J. Clin. Periodontol.**, Chicago, v. 21, n. 1, p. 7-12, Jan. 1994.

SEQUEIROS, L. **Educar para a solidariedade**: projeto didático para uma nova cultura de relação entre os povos. Porto Alegre, Artes Médicas Sul, 2000. 167p

SILVA, T. A; PAIXÃO, H. H.; PORDEUS, I. A Fatores do comportamento relacionado à higiene bucal em adolescentes. **Arq. Odontol.**, Belo Horizonte, v. 33, n.1, p. 5-14, jan./jun. 1997.

STEWART, D. W.; SHAMDASANI, P. N. **Focus groups**: theory and practice applied social research methods series. Newbury: SAGE, 1990. (Publications and Professional Publisher, 20), 152 p.

WATT, R. G. Stages of change for sugar and fat reduction in na adolescent sample. **Community Dent. Health**, London, v.14, n. 2, p. 102-107, June 1997, a.

WATT, R. G.; SHEIHAM, A Dietary patterns and changes in inner city adolescents. **J. Oral Hum. Nutr. Diet.**, London, v. 9, p. 451-461, 1996.

WATT, R.G.; SHEIHAM, A Towards an understanding of young people's conceptualisation on food and eating. *Health Education Journal*, London, v.56, p.340-349, 1997.

WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C. M.; FARIA, M. M. **Grupos focais**: experiências precursoras do uso da técnica em programas educativos em saúde no Brasil. Águas do Lindóia, São Paulo, 25-29 ago.1997. comunicação proferida no 5. Congresso Paulista de Saúde Pública.

WOLF, S. M. R. O significado psicológico da perda dos dentes em sujeitos adultos. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, São Paulo, v. 52, n. 4, p. 307-316, jul./ago. 1998.

7.8 Anexo 1: Aprovação do Comitê de Ética

7.8 Anexo 2: Autorização dos Pais

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL

AUTORIZAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO

A ESCOLA EM QUE SEU FILHO(A) ESTUDA, PARTICIPA DO PROGRAMA DE SAÚDE BUCAL DO MÓDULO DE SERVIÇO COMUNITÁRIO DA UFRGS.

PARA SABER O QUE SEU FILHO(A) PENSA SOBRE SAÚDE DA BOCA, ASSIM COMO, **QUAL É O COMPORTAMENTO DELE(A) EM RELAÇÃO AO TRATAMENTO DENTÁRIO** REALIZADO PELOS ESTUDANTES DE ODONTOLOGIA, PRECISAMOS CONVERSAR COM ELE (A). ISTO É MUITO IMPORTANTE, PARA QUE SE POSSA MELHORAR O PROGRAMA DE SAÚDE.

SERÁ FEITO UM QUESTIONÁRIO QUE TODOS OS ALUNOS DA SÉTIMA SÉRIE PODERÃO RESPONDER, E UMA REUNIÃO COM ALGUNS DELES PARA DISCUTIR O TEMA **SAÚDE**.

OS RESULTADOS SERÃO USADOS COM O FIM DE BENEFICIAR OS PRÓPRIOS ALUNOS E SERÃO MANTIDOS EM SIGILO.

PARA AUTORIZAR A PARTICIPAÇÃO DE SEU FILHO É PRECISO QUE O(A) SENHOR (A) PREENCHA AS LACUNAS ABAIXO.

EU, _____, RESPONSÁVEL PELO MENOR _____, AUTORIZO A SUA PARTICIPAÇÃO NESTA PESQUISA, PARA RESPONDER O QUESTIONÁRIO E PARA INTEGRAR, DE FORMA VOLUNTÁRIA, UM GRUPO DE DISCUSSÃO DO MESMO ASSUNTO.(A DECISÃO DE DISCUTIR O ASSUNTO EM GRUPO SERÁ REGISTRADA NO QUESTIONÁRIO).

_____ DATA: __/__/__

ASSINATURA (PAI OU RESPONSÁVEL)

ENDEREÇO: _____

PROFISSÃO: _____

SABE LER E ESCREVER

() SIM ÚLTIMA SÉRIE CONCLUÍDA: _____

() NÃO

NOME DA MÃE: _____

PROFISSÃO: _____

SABE LER E ESCREVER

() SIM ÚLTIMA SÉRIE CONCLUÍDA: _____

() NÃO

RENDA FAMILIAR: _____

NÚMERO DE PESSOAS QUE VIVEM DESTA RENDA: _____

7.8 Anexo 3: Guia de Perguntas

1. Doença, o que é? Quais doenças já molestaram vocês ou seus familiares?
2. Saúde, o que é? Qual a importância nas suas vidas? O que é ser saudável?
3. Prevenção, o que é? Que significado tem a palavra prevenção para vocês?
4. Quais os alimentos de sua preferência? Quais os que lhe são desagradáveis? Porquê?
5. Vocês costumam cozinhar ou preparar comida para vocês mesmos ou para os familiares?
6. Vocês consideram que comem alimentos prejudiciais à saúde? Quais são eles?
7. Qual a importância dos dentes para vocês? Cárie é doença? Gengivite é doença?
8. Qual a motivação para os auto-cuidados dentários? Cuidados com o corpo e com a boca. Higiene, hábitos?
9. Vocês sentem medo do dentista?
10. Vocês já sentiram dor de dente?
11. O que vocês pensam sobre o dentista? Como é o dentista?
12. Como vocês mais gostam de aprender e com quem?
13. O que vocês pensam em fazer profissionalmente?
14. Vocês gostam de ensinar os irmãos menores? Gostariam de ensinar as crianças da escola, cuidados de higiene?