

ALESSANDRO APARECIDO PEREIRA

REPRESENTAÇÃO SOCIAL DE
ADOLESCENTES SOBRE SAÚDE
BUCAL.

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia de Araçatuba, da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, para obtenção do título de Doutor em Odontologia (Área de Concentração: Odontologia Preventiva e Social).

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Lúcia Marçal Mazza Sundefeld

ARAÇATUBA

2006

À minha família, base da minha formação,
a Dani pela compreensão e aos meus
amigos pelo incentivo.

AGRADECIMENTOS

A **DEUS** por ter dado-me força e ânimo em todos os momentos - "*Nada façais por competição ou vanglória*" (Fl 2, 3).

À coordenadora do curso de Pós-graduação em Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, **Prof.ª Dr.ª Cléa Adas Saliba Garbin** pela confiança depositada em mim.

À vice-coordenadora do curso de Pós-graduação em Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, **Prof.ª Dr.ª Suzely Adas Saliba Moimaz** pelo incentivo e apoio.

Ao **Prof. Dr. Fernando Lefèvre** pelo auxílio na construção do roteiro das entrevistas e pelas sugestões.

À Psicóloga **Drª. Adriana Cortelletti Uchôa** pela orientação da condução das entrevistas e pelas sugestões.

Ao **2º BPM/I** - Batalhão de Polícia Militar do Interior, por disponibilizar as estatísticas de criminalidade., em especial a Sargento Firmam.

Aos professores do Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Prof. Dr. Orlando Saliba, Prof. Dr. Eliel Soares Orenha, Prof. Dr. Renato Moreira Arcieri .

Aos funcionários do Departamento de Odontologia Preventiva e Social **Ilídio Teodoro Filho, Neusa Martins Rovina Antunes, Nilton César Souza, Valderez Freitas Rosas** pela eficiência no desempenho de suas funções e pela boa vontade em sempre ajudar.

À **Sonia Maria Batista Souza Costa (in memorian)** pelo carinho com que recebia a todos e pelos momentos de alegria proporcionado em sua casa.

Aos amigos do Curso de Pós-graduação **Andréia Antoniuk Presta, César Casotti, Eduardo Pizzatto, Natanael Barbosa dos Santos, Ronald Jefferson Martins,** pela convivência e amizade.

Aos amigos da república **Alex, Bruno, Luís Adolfo, Jeidson e Pedro** pela acolhida.

À Dirigente Regional de Ensino de Araçatuba **Maria Ignês S. Ribeiro** por autorizar a realização desse trabalho nas Escolas de Araçatuba.

Às funcionárias da seção de Pós-graduação **Marina e Valéria** pela eficiência e simpatia.

Às funcionárias da Biblioteca pela atenção e boa vontade em ajudar, em especial a **Izamar** pela normalização.

Às **Diretoras** das Escolas Ary Bocuy e Ezequiel Barbosa de Araçatuba pela cordialidade com que me receberam e pela colaboração.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior** (CAPES), pela concessão da bolsa de estudo.

À **Universidade Federal de Alfenas** - UNIFAL-MG.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À minha Orientadora **Prof.^a Dr.^a Maria Lúcia Marçal Mazza Sundefeld** pela orientação segura, atenciosa, precisa, pelo estímulo e por ter paciência com minha mineirice.

"Ao longo de minha caminhada tu guiaste meu caminho. Mostraste a cada momento compreensão, paciência, inteligência e dedicação. Diante disso, carrego junto na bagagem da vida, o ensinamento eterno."

À **Prof.^a Dr.^a Nemre Adas Saliba**, do Programa de Pós-graduação em Odontologia Preventiva e Social, pela expressão de sabedoria em tudo aquilo que faz e pelo estímulo.

Ao amigo **Natanael Barbosa dos Santos**, pela convivência harmoniosa na república, pelo companheirismo, amizade.

Aos **adolescentes** que gentilmente colaboraram e consentiram em participar desse estudo.

OBRIGADO!

"Não há razão para que não lutemos juntos para a finalidade comum de todas as vidas: servir ao próximo e à humanidade. Não há ideal maior que esse".

Albert Einsten

PEREIRA, A. P. **Representação social de adolescentes sobre saúde bucal**. 2006. 115f. Tese (Doutorado em Odontologia Preventiva e Social) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2006.

RESUMO

A adolescência possui peculiaridades que tornam esta fase da vida especial e merecedora de atenção diferenciada na família, na escola e nos serviços de saúde. O objetivo deste estudo foi compreender a percepção dos adolescentes da periferia sobre saúde bucal e identificar quais as atitudes, espaços e comportamentos desse grupo etário. Desenvolveu-se uma pesquisa qualitativa com 44 adolescentes de 12 a 17 anos de idade de duas escolas da periferia de Araçatuba/SP. A coleta de dados foi feita por meio de entrevistas semi-estruturada, utilizando um roteiro de perguntas abrangendo enfoque social, afetivo e cognitivo. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas fielmente para análise dos dados. Esta foi realizada utilizando a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo. Observou-se nos discursos que as atividades de lazer mais referidas foram a prática de esporte ou ficar em casa; os adolescentes consideram a escola um local para promoção de saúde, a estética tem grande importância nessa faixa etária; aliam ter dentes bons ao convívio social – namorar, trabalhar; ter saúde bucal resume-se a ter higiene e dentes limpos. O relato dos entrevistados mostra necessidade de desenvolver atividades onde possam participar ativamente, respeitando suas peculiaridades.

Palavras-chave: Representação social; saúde bucal; adolescência; educação em saúde bucal.

ABSTRACT

PEREIRA, A. P. **Social representation of teenagers about oral health.** 2006. 115f. Dissertation (Doctor's Degree in Social and Preventive Dentistry) - Araçatuba Dental School, UNESP - São Paulo State University, 2006.

ABSTRACT

Teenage deserves special attention from the family, the school and from the health services because of the peculiarities that turn this phase of life special. The aim of this study was to understand how teenagers from low-income families view oral health and to identify the environment, attitudes and behaviors of this age group. A qualitative survey was carried out with 44 teenagers between 12 and 17 years of age from two public schools in the outskirts of Araçatuba, SP, Brazil. Data were collected through semi-structured interviews, using a list of questions involving the social, affective and cognitive points-of-view. The interviews were taped and later faithfully transcribed for the analysis of the data, which was carried out using the Collective Subject Discourse method. The discourses showed that the leisure activities most mentioned were practicing sports or staying at home; the teenagers consider the school as a place to promote health; esthetics is greatly valued by this age group; they associate good teeth with social life - dating, working; in their view oral health only means hygiene and clean teeth. The report of the interviewees shows a need for the development of activities in which they can participate actively, taking the peculiarities of the age group into consideration.

Key words: Social representation; oral health; teenage; oral health education.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Média do índice CPO-D, segundo a idade e macrorregião aos 12 anos e de 15 aos 19 anos. Brasil, 2003.....	31
Quadro 2 -	Ocorrências policiais registradas nos bairros São José e Água Branca em 2005 e 2006, Araçatuba, 2006.....	51

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Mapa do Estado de São Paulo	50
------------	-----------------------------	----

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1 - Distribuição das idéias centrais da Escola Ary Bocuy (E AB) e Escola Ezequiel Barbosa (E EB), para a pergunta “quais suas atividades de lazer”, Araçatuba, 2005..... 61
- Gráfico 2 - Distribuição das idéias centrais da Escola Ary Bocuy (E AB) e Escola Ezequiel Barbosa (E EB), para a pergunta “quais assuntos interessam mais a você”, Araçatuba, 2005..... 67
- Gráfico 3 - Distribuição das idéias centrais da Escola Ary Bocuy (E AB) e Escola Ezequiel Barbosa (E EB), para a pergunta “onde você conversa sobre assuntos de seu interesse”, Araçatuba, 2005..... 71
- Gráfico 4 - Distribuição das idéias centrais da Escola Ary Bocuy (E AB) e Escola Ezequiel Barbosa (E EB), para a pergunta “o que sua escola poderia fazer em relação à saúde bucal”, Araçatuba, 2005..... 74
- Gráfico 5 - Distribuição das idéias centrais da Escola Ary Bocuy (E AB) e Escola Ezequiel Barbosa (E EB), para a pergunta “ter bons dentes influencia na vida das pessoas”, Araçatuba, 2005..... 77

Gráfico 6 -	Distribuição das idéias centrais da Escola Ary Bocuy (E AB) e Escola Ezequiel Barbosa (E EB), para a pergunta "você dá menos valor para uma pessoa que tem dentes feios", Araçatuba, 2005.....	80
Gráfico 7 -	Distribuição das idéias centrais da Escola Ary Bocuy (E AB) e Escola Ezequiel Barbosa (E EB), para a pergunta "você namoraria uma pessoa com dentes estragados", Araçatuba, 2005.....	83
Gráfico 8 -	Distribuição das idéias centrais da Escola Ary Bocuy (E AB) e Escola Ezequiel Barbosa (E EB), para a pergunta "você já participou de palestras sobre saúde bucal", Araçatuba, 2005.....	88
Gráfico 9 -	Distribuição das idéias centrais da Escola Ary Bocuy (E AB) e Escola Ezequiel Barbosa (E EB), para a pergunta " <i>você tem paciência para ficar numa palestra sobre saúde bucal</i> ", Araçatuba, 2005.....	90

Gráfico 10 - Distribuição das idéias centrais da Escola Ary Bocuy (E AB) e Escola Ezequiel Barbosa (E EB), para a pergunta “que atividade mais o incentivaria a aprender sobre saúde bucal”, Araçatuba, 2005.....	94
Gráfico 11 - Distribuição das idéias centrais da Escola Ary Bocuy (E AB) e Escola Ezequiel Barbosa (E EB), para a pergunta “o que é ter saúde bucal para você”, Araçatuba, 2005.....	97

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição da frequência e porcentagem dos adolescentes entrevistados por escola, segundo o gênero e faixa etária, Araçatuba, 2005.....	59
Tabela 2 -	Distribuição da frequência e porcentagem das idéias centrais por escola, para a pergunta "quais suas atividades de lazer", Araçatuba, 2005.....	61
Tabela 3 -	Distribuição da frequência e porcentagem das idéias centrais por escola, para a pergunta "quais assuntos interessam mais a você", Araçatuba, 2005.....	67
Tabela 4 -	Distribuição da frequência e porcentagem das idéias centrais por escola, para a pergunta "onde você conversa sobre assuntos de seu interesse", Araçatuba, 2005.....	71
Tabela 5 -	Distribuição da frequência e porcentagem das idéias centrais por escola, para a pergunta "o que sua escola poderia fazer em relação à saúde bucal", Araçatuba, 2005.....	73
Tabela 6 -	Distribuição da frequência e porcentagem das idéias centrais por escola, para a pergunta "ter bons dentes influencia na vida das pessoas", Araçatuba, 2005.....	76

Tabela 7 -	Distribuição da frequência e porcentagem das idéias centrais por escola, para a pergunta “você dá menos valor para uma pessoa que tem dentes feios”, Araçatuba, 2005.....	80
Tabela 8 -	Distribuição da frequência e porcentagem das idéias centrais por escola, para a pergunta “você namoraria uma pessoa com dentes estragados”, Araçatuba, 2005.....	82
Tabela 9 -	Distribuição da frequência das idéias centrais para as questões “você dá menos valor para uma pessoa que tem dentes feios” e “você namoraria uma pessoa com dentes estragados”, segundo o comportamento aceitação e rejeição, Araçatuba, 2005.....	85
Tabela 10 -	Distribuição da frequência e porcentagem das idéias centrais por escola, para a pergunta “você já participou de palestras sobre saúde bucal”, Araçatuba, 2005.....	87
Tabela 11	Distribuição da frequência e porcentagem das idéias centrais por escola, para a pergunta “você tem paciência para ficar numa palestra sobre saúde bucal”, Araçatuba, 2005.....	90
Tabela 12	Distribuição da frequência e porcentagem das idéias centrais por escola, para a pergunta “que atividade mais o incentivaria a aprender sobre saúde bucal”, Araçatuba, 2005.....	93

Tabela 13	Distribuição da frequência e porcentagem das idéias centrais por escola, para a pergunta “o que é ter saúde bucal para você”, Araçatuba, 2005.....	97
-----------	--	----

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS = Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

CPO-D = caríados perdidos obturados.

DST = doenças sexualmente transmissíveis

ECOS = Centro de Estudos e Comunicação em Sexualidade e Reprodução Humana.

HIV = Vírus da Imunodeficiência Humana.

IBGE = Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

OMS = Organização Mundial de Saúde.

SP = São Paulo.

UNESCO = Organização das Nações Unidas para a educação, a ciência e a cultura..

UNESP = Universidade Estadual Paulista.

UNICEF = Fundo das Nações Unidas para a Infância.

UNIFAL-MG = Universidade Federal de Alfenas.

SUMÁRIO

1	Introdução	20
2	Revisão da Literatura	23
3	Proposição	48
4	Material e Método	49
5	Resultado e Discussão	58
6	Conclusão	101
	Referências	103
	Anexos	114

1 Introdução

Nos últimos anos, vários tem sido os programas de atenção odontológica que desenvolvem atividades de Educação em Saúde, sendo que muitos deles, priorizam os escolares na faixa etária até 12 anos. Entretanto, devemos repensar a atenção dispensada aos adolescentes. Será que os programas voltados para adolescentes (quando existem) têm levado em consideração as varias peculiaridades dessa fase cheia de descobertas, modificações? Os profissionais à frente desses programas têm se preparado para enfrentar essas peculiaridades?

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069/1990), é considerado adolescente o indivíduo entre 12 e 18 anos. Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2006), o Brasil possui cerca de 36,8 milhões de indivíduos nessa faixa etária.

A palavra adolescência vem do latim *ad* (a, para) e *olescer* (crescer), significando a condição ou processo de crescimento, ou seja, o indivíduo apto crescer (GRAÇA, 2000).

Para o Ministério da Saúde (2004) a adolescência é uma fase *“marcada por um rápido crescimento e desenvolvimento do corpo, da mente e das relações sociais”*.

Segundo Marcelo (2001) a adolescência tem sido tratada de maneira muito superficial ou mesma esquecida pelos serviços de saúde, inclusive os odontológicos e enfatiza a necessidade de descobrir os fatores que poderiam ser apontados no sentido de ampliar ou melhorar a atuação dos serviços odontológicos em relação a estes indivíduos.

Hoje, a partir do conhecimento científico, é possível fazer crianças e adolescentes chegarem à fase adulta sem experiência de cárie, por meio de programas que privilegie a prevenção e promoção de saúde.

Neste sentido Horowitz (1995), destaca que o processo de educação envolve principalmente mudança de comportamento, sendo importante detectar os pontos favoráveis a as dificuldades neste processo, sem perder de vista as responsabilidades da equipe de saúde, comunidade e entidades governamentais.

Para Costa et al. (2001) a adoção de medidas visando à promoção de saúde deve basear-se em instrumentos educativos capazes de despertar a consciência e a melhorar o comportamento de indivíduos em relação aos problemas bucais.

Silva et al. (1997), relatam a falta de atenção aos adolescentes no modelo de atenção odontológica, que não respeitam as características dessa fase, além de incluí-los em programas de adultos, e reafirmam a necessidade de

maiores conhecimentos sobre os adolescentes para elaboração de programas educativos destinados a essa faixa etária.

Muza e Costa (2002), relatam que os jovens mostram uma elevada resistência em se aproximar dos serviços de saúde e estes têm dificuldades em acolher os adolescentes que os procuram.

Para Vasconcelos (1998), a adolescência possui peculiaridades que tornam esta fase da vida especial e merecedora de atenção diferenciada na família, na escola e nos serviços de saúde.

Assim qualquer programa de Educação em Saúde planejado para adolescente deve preocupar em dar maior atenção às necessidades dessa fase e não somente preocupar com o aspecto cognitivo, tão presente em muitos programas.

Para tanto há necessidade de se fazer estudos relacionados aos adolescentes, que abordem suas necessidades, não só epidemiológicas e, deste modo, subsidiar o planejamento adequado de programas educativos voltados para aquela faixa etária (MARCELO 2001; SILVA et al. 1997).

2 Revisão da Literatura

“Eu não esqueço a riqueza que nós temos, ninguém consegue perceber”.

2.1 A adolescência

Em qualquer programa educativo, a motivação dos profissionais e dos adolescentes envolvidos é fundamental para que haja sucesso na prevenção dos problemas bucais. No entanto, para que ocorra essa motivação, o profissional de saúde deve ter conhecimento das características e peculiaridades dessa fase da vida.

A adolescência segundo Zagury (2004) compreende uma fase de transição entre a infância e a juventude. As mudanças que ocorrem no corpo são universais, por outro lado, as mudanças psicológicas e de relações variam de cultura para cultura, de grupo para grupo e entre indivíduos.

Para Martins et al. (2003), a adolescência se apresenta como uma categoria vinculada à idade, portanto refere-se à biologia, ao estado e à capacidade do corpo. No entanto, o desenvolvimento do adolescente não se esgota nas diversas e importantes mudanças que acontecem no âmbito biológico, além destas, também ocorrem mudanças de papéis, de idéias e de atitudes. Neste sentido, segundo a autora, a adolescência é um período que o indivíduo é convidado a participar, dinamicamente, da construção de um projeto, o seu

projeto de vida. Neste projeto, a identidade, a sexualidade, o grupo de amigos, os valores, a experiência e a experimentação de novos papéis tornam-se importantes nas relações do adolescente com seu mundo. Nessa fase, o adolescente procura se definir por meio de suas atividades, de suas inclinações, de suas aspirações e de suas relações afetivas.

Durante a adolescência algumas áreas do cérebro passam por grandes mudanças estruturais. A mais significativa acontece nos lobos frontais, área responsável pelo autocontrole e pelo senso de organização e de planejamento. Ocorre uma espécie de faxina nas sinapses feitas entre os neurônios durante toda infância. No decorrer do processo a região encolhe, um fenômeno conhecido com poda. É como se o cérebro sentisse, por volta da puberdade, que as velhas conexões são inúteis e que há necessidade de abrir espaço para outras, muito mais importantes a serem feitas na idade adulta. Outras partes do cérebro, como o sistema límbico, onde se processa as emoções, como raiva, estão a todo vapor (SILVA, 2003).

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (2004) a adolescência é uma fase do desenvolvimento humano caracterizada por múltiplas transformações físicas e psicológicas. Considerada uma fase de formação de identidade e autonomia, criatividade, do pensamento rápido, da necessidade de fazer rir e de viver. No entanto a falta de oportunidades pode se configurar

como um obstáculo à vivência digna desse período de vida e um desafio às políticas públicas que lhes atendem.

Esta fase é caracterizada por um acentuado desenvolvimento físico, acompanhado do amadurecimento sexual. Ocorrem modificações no campo social, aumentando o grupo de amigos e estes passam a ter grande influência na vida do adolescente. A busca de identidade leva a períodos de angústia, dificuldades de relacionamento, insegurança e medo. Deste modo alternam períodos de socialização com os amigos com outros em que ficam dias em seu quarto. Se por um lado sentem-se imortais, fortes, capazes de tudo, por outro há momentos que se acham feios, desengonçados (ZAGURY, 2004).

Para Lyra et al. (2002), a adolescência é um período essencial para o crescimento do indivíduo e para o desenvolvimento da sociedade, na medida em que os jovens constituem focos de mudança.

Magro (2002) afirma que *"os adultos desejam que o adolescente confesse seus sentimentos, seus pensamentos e suas idéias, o adulto quer que ele se manifeste. O adolescente por sua vez, olha com desdém, ele mostra que simplesmente está aí, transcendendo conceitos acadêmicos, médicos e pedagógicos, junto aos seus amigos. O adolescente revela-se não como adolescente, mas como pessoa. Essa revelação é a tacada ameaçadora à identidade de adulto e à autoridade desta categoria etária sobre os seres em formação, e, portanto, para protegê-las, há uma necessidade de categorização e diz-se: são coisas de adolescente"*.

Campos e Sousa (1999) comentam algumas situações que demonstram o preconceito e a visão estereotipada que muitos adultos têm em relação aos adolescentes:

- *“Olha lá aonde isto vai te levar”*, teme-se que o contato com a diversidade social, com as contradições e conflitos possa afastá-los dos valores dominantes em sua família, religião ou grupo social e levá-lo a tornar-se desajustado, rebelde ou revolucionário;
- *“Quando eu tinha a sua idade também achava que podia mudar o mundo”*, desqualifica-se o idealismo e o interesse do jovem por considerá-lo passageiro, inconseqüente, uma espécie de doença da idade que, logo, logo vai passar;
- *“Os adolescentes são aborrecentes, não sabem o que querem, vivem com a cabeça no ar, não cumprem horários, não conseguem assumir compromissos”*, descrê-se no potencial do jovem;
- *“Se deixarmos os jovens decidir e atuar por conta própria, as conseqüências serão desastrosas”*, teme-se que a liberdade de ação e a autonomia dos jovens levem a perder o controle sobre eles.

Costa (1999), relata a necessidade de mudar a maneira de entender o adolescente, este deve ser visto como solução, e não como problema.

E salienta a necessidade de evitar posturas que inibam a participação, como:

- Anunciar aos jovens decisões já tomadas, reservando-lhes apenas o dever de acatar;

- Decidir previamente e depois tentar convencer o grupo a assumir a decisão tomada pelo educador, como se fora sua própria decisão;
- O educador apresenta o problema, colhe sugestões dos jovens e depois decide sozinho;
- O educador estabelece os limites de determinada situação e solicita aos adolescentes que tomem decisões dentro desses limites.

A adolescência é um período que merece atenção e cuidado, principalmente dos pais, educadores e profissionais de saúde, entretanto reconhecer essa fase da vida sob um prisma sombrio e obscuro pode limitar práticas potencializadoras. Reconhecer o aspecto alegre e de bom humor do adolescente minimiza a distância do adulto com essa fase da vida, o que possibilita uma convivência mais sadia e, para o adolescente, uma base segura para a estruturação de sua identidade (ASSIS et al., 2003).

Gunther (1999) afirma que os adolescentes necessitam de vínculo familiar, apoio da escola, sociedade, para não acreditarem que suas dificuldades são seu destino. Sua imagem é construída tendo como referência o grupo de amigos, seus modos, valores. O grupo é uma maneira de afirmação e integração, buscam a segurança no grupo de amigos.

A Sociedade Brasileira de Pediatria (2004) aponta que a adolescência no Brasil apresenta indicadores preocupantes em relação à saúde como os altos índices de gravidez precoce, as doenças sexualmente

transmissíveis, o uso de álcool, tabaco e drogas psicoativas, violência dentro e fora de casa, abandono da escola e trabalho precoce.

Para uma melhor compreensão da realidade do adolescente, a seguir estão relatados dados estatísticos desse grupo populacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005):

Gravidez na adolescência: no Brasil, a gravidez entre os 15 e 19 anos cresceu 26% entre 1970 e 1991, contrariando a tendência geral de diminuição das taxas de fecundidade. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde realizada em 1996 demonstrou que 14% das mulheres nessa faixa etária tinham pelo menos um filho e que as jovens mais pobres apresentavam fecundidade dez vezes maior do que as de melhor nível sócio-econômico. Entre 1993 e 1998, observou-se um aumento de 31% no percentual de parto de meninas de 10 a 14 anos atendidas pelo Sistema Único de Saúde. Em 1998, mais de 50 mil adolescentes foram atendidas em hospitais públicos para curetagem pós-aborto, sendo que quase três mil delas tinham apenas 10 a 14 anos.

AIDS na adolescência: o adolescente está na linha de frente da pandemia de AIDS. Em todo mundo, um entre vinte adolescentes contrai algum tipo de doença sexualmente transmissível a cada ano. Diariamente, mais de sete mil jovens, cinco por minuto, são infectados pelo HIV, num total de 2,6 milhões por ano. No Brasil, também se observa uma juvenilização da pandemia de AIDS, 13,4% dos casos diagnosticados entre 1980 e 1998 foram adolescentes.

Homicídios: o potencial de tensão social no Brasil está localizado basicamente na população com idade entre 15 e 20 anos. Em 1996, mais de cinco mil adolescentes foram assassinados, uma mortandade só comparável com as que se registram em conflitos armados. No Brasil, as taxas de mortalidade entre homens de 15 a 24 anos são quase 50% maiores que as dos Estados Unidos e 100% maiores que as registradas no Canadá, na França e Itália. As taxas de mortalidade por homicídio, nessa faixa etária, cresceram em 130% no período entre 1980 e 1995. Nas regiões Sudeste e Centro Oeste, os índices saltam para 150% e 180% respectivamente.

Suicídio: em todo o mundo, o suicídio está entre as três maiores causas de morte na juventude. A cada cinco minutos, um jovem (homem ou mulher) acaba com a própria vida. Anualmente, pelo menos 100 mil adolescentes cometem suicídio. Para cada morte efetiva, há pelos menos 40 tentativas malsucedidas. No Brasil, o suicídio é subnotificado. Mesmo assim, em 1996, foram registrados 1.462 óbitos de jovens entre 10 e 19 anos por esta causa.

O Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (1997) relatam que 65% dos alunos do ensino médio e fundamental já haviam ingerido álcool e fumado maconha. O Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF, 2006), aponta que 5,2% dos adolescentes brasileiros são analfabetos. E segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria, apenas 44% dos adolescentes entre 16 e 17 anos têm o título de eleitor, apesar de já poderem votar.

Segundo relatório final do Projeto SB Brasil - Condições de Saúde Bucal da População Brasileira (2004), Quadro 1, aos 12 anos de idade 70% dos indivíduos apresentam pelo menos um dente permanente com experiência de cárie dentária e na faixa etária dos 15 aos 19 esse número chega a 90% dos adolescentes, valores considerados altos. O relatório relata ainda que em crianças e adolescentes o principal problema são as cáries não tratadas e embora os indivíduos de 12 anos de idade apresentem valores de ataque de cárie semelhantes aos recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para o ano 2000, há uma proporção significativa de indivíduos nessa idade com valores muito elevados de ataque (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Quanto à doença periodontal, a percentagem de pessoas sem nenhum problema periodontal foi 46,2%, que apresentavam sangramento 18,77% e com bolsa periodontal maior que 4mm foi de 1,3%.

Quadro 1 - Média do índice CPO-D, segundo a idade e macrorregião aos 12 anos e de 15 aos 19 anos. Brasil, 2003

Idade	Região	Média CPO-D
12 anos	Norte	3,13
	Nordeste	3,19
	Sudeste	2,30
	Sul	2,31
	Centro-oeste	3,16
	BRASIL	2,78
15-19 anos	Norte	6,14
	Nordeste	6,34
	Sudeste	5,94
	Sul	5,77
	Centro-oeste	6,97
	BRASIL	6,17

Fonte: Ministério da Saúde, 2004

Esta realidade revela deficiências na implementação de políticas públicas, exigindo um movimento do governo e da sociedade para promover a saúde e o desenvolvimento da juventude (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Segundo Silva et al. (1997) poucos são os trabalhos na literatura científica brasileira sobre a saúde bucal dos adolescentes, apesar das doenças bucais representarem um dos mais prevalentes problemas de saúde nessa faixa etária.

A adolescência é a terceira oportunidade de fazer bons investimentos, sendo um período de desenvolvimento nos aspectos físico, emocional, psicológico e espiritual. Para conseguir seu pleno desenvolvimento, o adolescente precisa de espaços onde possa conviver com seus amigos, reforçar sua aprendizagem, gastar sua energia, se divertir e exercitar a criatividade (UNICEF, 2005).

As diretrizes das políticas de saúde voltadas para adolescentes preconizam ações de promoção de saúde e prevenção, por meio de ações de promoção educativas, com equipe multiprofissional e participação efetiva dos adolescentes na elaboração, implementação e avaliação dessas políticas (SERRA; CANNON, 1999).

Luz e Silva (1997) enfatizam o papel da escola em servir de alicerce na formação dos adolescentes, dando-lhes oportunidade de crescimento e atuarem ativamente na sociedade e não serem meros espectadores. E considera os adultos os responsáveis por colocá-los em situações de risco, ao excluí-los de sua função na sociedade.

2.2 Educação em saúde

Para Platão, a educação "*consiste em dar ao corpo e à alma toda a perfeição de que são capazes*". Para Kant, significa "*o desenvolvimento, no indivíduo, de toda a perfeição de que é capaz*". Para Johann Friederich Herbart, é "*a ciência que tem por fim a formação do indivíduo por si mesmo, despertando nele a multiplicidade de interesses*". James Mill dizia que ela tem por finalidade "*fazer do indivíduo um instrumento de felicidade para si mesmo e seus semelhantes*". Já o psicólogo Henri Joly, a consiste "*no conjunto dos esforços que tem por fim dar a um ser a posse completa e o bom uso de suas diversas faculdades*". Todas estas definições deixam entrever que o ideal da educação é a perfeita realização da natureza humana, tratando-se de um fenômeno que tem o seu princípio e o seu fim voltados para a pessoa humana, a educação só pode ser verdadeiramente compreendida e analisada sob enfoques que definem o próprio ser humano (Levy et al. 2002).

Para Sofia (2001), a finalidade da educação é a perfeita realização da natureza humana, um processo que tem por fim conservar e transmitir a cultura, atuando como importante instrumento e técnica social.

Alencar (2001), afirma que "*educar é acumular saber para humanizá-lo, distribuí-lo e dar-lhe sentido ético, isto é, solidário, cuidadoso com a dignidade do ser humano e do mundo*".

De acordo com Marcelo (2001), educar não é persuadir as pessoas a fazer o que uma outra pensa que ela deva fazer. E afirma que o ato educativo não deve ter como único objetivo a transmissão de informações ou adestrar o indivíduo para realizar ações mecânicas, deve sim, fazer o educando pensar racionalmente e dar condições para tomar suas próprias decisões. No entender de Moraes & Bijela (1982), a educação vai além da transmissão de conhecimentos e deve vir acompanhada de uma mudança de atitude e de comportamento. E a mudança de comportamento ocorre quando o indivíduo passa a utilizar uma prática de saúde mais eficiente.

Para Levy et al. (2002), em relação às necessidades individuais a educação visa:

- ✓ Desenvolvimento harmônico do corpo e do espírito;
- ✓ Desenvolvimento emocional;
- ✓ Formação do espírito crítico;
- ✓ Desenvolvimento da capacidade criativa;
- ✓ Desenvolvimento de espírito de iniciativa;
- ✓ Formação ética;
- ✓ Formação moral;
- ✓ Desenvolvimento das peculiaridades de cada educando e
- ✓ Assimilação de valores e técnicas fundamentais da cultura a que pertence o educando.

O papel de educar não deve ser atribuição exclusiva do professor, mas de qualquer cidadão, pois a todo momento está se educando e sendo educado, através dos contatos com outros seres humanos e com o meio ambiente.

L'Abbate (1994), define Educação em Saúde como um campo de práticas que se dão ao nível das relações sociais normalmente estabelecidas pelos profissionais de saúde, entre si, com a instituição e, sobretudo com o usuário, no desenvolvimento cotidiano de suas atividades.

Para Bellini (1991), a Educação em Saúde é de extrema importância quando se deseja mudar atitudes em relação a doença, priorizando a promoção de saúde.

Segundo Green e Kreuter (1991 apud CANDEIAS 1997), que define Educação em Saúde como sendo "*quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde. A palavra combinação enfatiza a importância de combinar múltiplos determinantes do comportamento humano com múltiplas experiências de aprendizagem e de intervenções educativas. A palavra delineada distingue o processo de educação em saúde de quaisquer outros processos que contenham experiências acidentais de aprendizagem, apresentando-o como uma atividade sistematicamente planejada. Facilitar significa predispor, possibilitar e reforçar. Voluntariedade significa sem coerção e com plena compreensão e aceitação dos objetivos educativos implícitos e explícitos nas ações desenvolvidas e recomendadas. Ação diz respeito a medidas comportamentais adotadas por uma pessoa, grupo ou comunidade para alcançar um efeito intencional sobre a própria saúde.*"

Para Vasconcelos (1997), educar em saúde é procurar compreender os problemas que acometem determinada comunidade e fazer que a população tenha consciência desses problemas e busquem soluções. Deste modo a

educação deve estar baseada no diálogo, na troca de experiências e dever haver uma ligação entre o saber científico e o saber popular.

A mesma opinião tem Petry e Pretto (1997), ao afirmar que a Educação em Saúde deve ser capaz de desenvolver a consciência crítica do indivíduo para perceber as causas reais de seus problemas e principalmente atuar no sentido de mudança.

Segundo Costa e Albuquerque (1997), a Educação em Saúde é qualquer atividade relacionada com aprendizagem, desenhada para alcançar a saúde. Antes, era usada como instrumento de mudanças de características individuais indesejáveis, tais como: ignorância e falta de higiene. Hoje, é um instrumento utilizado não apenas para mudar hábitos, mas também para permitir uma reflexão sobre as condições reais de vida das pessoas.

Os mesmos autores relatam que os objetivos educacionais que devem ser alcançados em qualquer programação educativa são: o cognitivo, afetivo e psicomotor e sempre deve haver uma integração entre eles.

Segundo Petry & Pretto (1997), o nível cognitivo é o nível do conhecimento, da informação e lida com os comportamentos intelectuais. O conteúdo deve ser apresentado de forma clara, lógica, para que o indivíduo tenha condições de esclarecer suas dúvidas em relação a sua situação e suas necessidades. A linguagem empregada deve ser simples e de acordo com o nível sócio-cultural da pessoa. O nível afetivo é aquele em que se estabelece uma

relação de confiança e colaboração entre os indivíduos envolvidos no processo educativo e desperta mudanças de interesses, atitudes e valores. Já o nível psicomotor é o das habilidades motoras, da atuação mecânica e solicita do indivíduo algum comportamento físico ou cinestésico.

Moimaz et al. (1992), afirmam que a Educação em Saúde Bucal tem papel relevante na prevenção dos problemas bucais, pois leva o indivíduo a ter consciência das doenças que podem acometer a boca e das medidas preventivas para sua prevenção.

Hilgert et al. (1999), afirmam que programas de Educação em Saúde são importantes, pois levam os indivíduos a terem informação e uma atitude participativa nas ações educativas, obtendo assim, melhorias nas suas condições de saúde, na qualidade de vida e conseqüentemente no resgate de sua cidadania

Vasconcellos e Silva (2000), enfatizam que a Educação em Saúde deve-se preocupar com a mudança de comportamento dos indivíduos, ou seja, mudar atitudes e crenças que dificultam a incorporação de hábitos favoráveis à saúde. Entretanto, somente fornecer razões para a mudança de atitude não é suficiente, o indivíduo deve ter meios e recursos para executá-la.

Desta forma Costa e Fuscilla (1999), afirmam que a Educação e a Saúde devem estar intergradadas, tornando viável o exercício da cidadania. Assim,

a luta por melhores condições de vida passa, sem dúvida, pela socialização do saber.

Arroyo (2001), destaca cinco pontos fundamentais para a Educação em Saúde:

- a) *Diálogo*: síntese da educação; é necessário que haja sempre o diálogo entre sujeitos. Estes devem ser vistos como agentes que têm sua história, cultura e valores;
- b) *Humanização*: tornar os seres humanos mais humanos, fazer com que as práticas educativas sejam parte das reivindicações das classes populares;
- c) *Resgate*: resgatar a humanidade roubada pelas desigualdades sociais como a fome, e o desemprego;
- d) *Sujeito total*: a educação deve trabalhar as dimensões do indivíduo em sua totalidade e não abordar apenas aspectos específicos;

Para Tamietti et al. (1998), a Educação em Saúde deve ser fundamentada numa pedagogia participativa, cujos princípios seriam:

- Desenvolvimento da capacidade, competência, criatividade, solidariedade e habilidade para analisar e resolver problemas nos educandos;
- Aproveitamento das experiências dos indivíduos, seus saberes, atitudes, condutas, percepções;
- Educador ter uma relação horizontal com o educando;
- Preferência por técnicas dinâmicas e em grupo;

- Valorização da aprendizagem, não em termos de memorização, mas em mudança de comportamento e estilo de vida.

Neste sentido, Weyne (1997), afirma que a cavidade bucal sadia está diretamente ligada com a saúde geral e qualidade de vida, pois contribui na proteção do organismo contra a instalação de doenças que podem levar direta ou indiretamente ao aparecimento de doenças sistêmicas, além de influenciar na auto-estima do indivíduo. Paes e Rose (1997), são da mesma opinião ao enfatizarem a necessidade de uma Educação em Saúde mais consciente e abrangente, e fazer com que o indivíduo tome consciência da importância de seu corpo. Assim, espera-se um maior cuidado pessoal e em consequência, uma melhoria da saúde bucal.

Segundo Gonçalves e Silva (1992), a filosofia preventiva fundamenta-se na manutenção da integridade dos tecidos bucais, de maneira que o indivíduo possa tornar-se motivado e responsável por sua higiene bucal. Deste modo Gonçalves et al. (1998), afirmam que prevenir é a única forma de conservar a saúde e a aplicação correta de métodos de prevenção é indispensável para o conforto de bem estar das pessoas. Assim, para que as medidas e atitudes sejam colocadas em prática, para impedir o aparecimento das doenças, o indivíduo deve estar motivado para tal. Nesse sentido, somente após desenvolver uma vontade própria de manutenção de hábitos saudáveis é que o indivíduo conseguirá resultados satisfatórios, pois a motivação vem do íntimo de cada paciente.

Para Costa (2000), o planejamento de um programa de educação em saúde deve levar em conta os valores culturais, crenças e mitos da população alvo, o que garantirá participação ativa dos envolvidos.

Os programas de saúde voltados para adolescentes devem envolver os diferentes aspectos que interagem no seu cotidiano e no contexto que estão inseridos, adaptando os conteúdos desse programas às demandas individuais e coletivas (FORMIGLI et al., 2000).

Oselka e Troster (2000) enfatizaram necessidade de atenção integral à saúde do adolescente, levando em consideração as peculiaridades dessa faixa etária.

A função do cirurgião-dentista é educar em saúde e motivar o adolescente a tornar-se responsável pela sua própria saúde, capacitando-o para desenvolver as atividades que lhe cabe na promoção de saúde bucal e na sua qualidade de vida. Para motivar o adolescente deve-se relacionar a importância do sorriso, estética e hábitos de higiene para suas relações pessoais e profissionais. Deve-se acreditar na potencialidade desses jovens. A troca de informação é a melhor forma de definir suas potencialidades, anseios, crenças e as estratégias de educação e motivação indicados (BREW et al., 2000).

É fundamental o programa educativo ser adequado ao público alvo que se pretende atingir. No entanto os adolescentes não tem sido contemplados

com medidas específicas e que respeitem suas particularidades, ficando ora em programas voltados para criança, ora em programas voltados para adultos.

Segundo Abramo (1997, apud LYRA et al. 2002) ao se pensar em programas direcionados a adolescentes, deve antes de tudo, observar como esta população vivencia as situações problemáticas.

Os profissionais de saúde para atenderem o adolescente, além de lidar com questões biológicas, têm que ter competência também na esfera comportamental (SELLS; BLUM, 1996 apud RUZANY et al., 2002), pois segundo Rise et al. (1991 apud FERREIRA; LONG, 1998), as normas sociais e culturais influenciam o comportamento de higiene bucal dos adolescentes.

Desta forma, políticas voltadas para o benefício da juventude devem estar conectados com eles, permitir ouvi-los e redobrar esforços no sentido de compreender o modo como pensam e fazer com que contribuam para o sucesso das iniciativas (LUZ; SILVA, 1999; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Neste sentido Saba-Chujfi (1992) afirma que os profissionais de saúde devem fazer sua abordagem motivacional com técnica apropriada para a faixa etária de cada indivíduo.

Para Campos e Sousa (1999), o adolescente tem o direito de ser ouvido, respeitado, ter suas necessidades atendidas e encontrar espaço para expressão de seus potenciais.

Ferreira e Long (1998) relatam que, quando participam ativamente das atividades, os adolescentes tornam-se bastante cooperativos.

Mendonça (2002), enfatiza que o acesso dos jovens aos serviços sociais que promovem e acompanham seu desenvolvimento ainda não é universal e acontece de maneira focalizada.

Muza e Costa (2002), afirmam que os adolescentes apresentam uma elevada resistência a uma aproximação com os serviços de saúde e estes por sua vez, têm dificuldade em receber os adolescentes que os procuram. Esse entrave contribui pela escassez de políticas públicas de saúde para aquela faixa etária.

O Centro de Estudos e Comunicação em Sexualidade e Reprodução Humana - ECOS (2005) afirma que na elaboração de práticas educativas com jovens, o conceito de protagonismo juvenil somado ao conceito de vulnerabilidade (que identifica os tipos de fragilidades da adolescência) são fundamentais na definição de programas adequados à adolescência.

O adolescente quando estimulado a participar ativamente das decisões, sentir-se-á mais valorizado, responsável e comprometido (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA 2004). E as políticas públicas devem possibilitar uma aproximação mais concreta dos sujeitos em relação aos quais são delineadas as ações de saúde (SANTOS; BASTOS, 2002).

Flanders (1987), considera a escola um ambiente importante para o desenvolvimento de ações educativas, com a possibilidade de trabalhar vários anos seguidos com os alunos. Nesse sentido, no planejamento de programas de Educação em Saúde torna-se imprescindível o conhecimento do ambiente escolar antes de qualquer intervenção.

Krauskopf (1995 apud RUZANY, 2000), enfatiza a importância do sistema escolar para o desenvolvimento adequado do adolescente, pois é neste espaço que acontecem os processos de socialização e de evolução pessoal.

Depois da família, a escola é um local privilegiado para o desenvolvimento de ações de informação e Educação em Saúde, permitindo que se desenvolvam estilos de vida saudáveis e condutas de baixo risco (Levy et al. 2002).

Marcondes (1972), relata que dentre as responsabilidades da escola está a contribuição para o desenvolvimento da criança durante o período escolar; proporcionar-lhe situações favoráveis à aprendizagem; transmitir aos alunos conhecimentos atualizados e úteis, estimulando atitudes positivas e dinâmicas em relação a saúde e desenvolver neles as habilidades necessárias para que promovam a educação sanitária nas próprias famílias. A Educação em Saúde na escola não deve ficar atrelada somente a transmissão de informações, mas deve permitir à criança avaliar e analisar os conhecimentos adquiridos e partir disso, mudar seu comportamento. Assim, Educação em Saúde na escola "*significa*

a formação de atitudes e valores que levam o escolar a práticas conducentes à saúde. Deve estar presente em todos os aspectos da vida escolar e integrada à saúde global"

O mesmo autor afirma ainda que a Educação em Saúde na escola deve:

- Estar integrada à educação global;
- Acompanhar a evolução nos campos da educação e da saúde;
- Permitir o desenvolvimento integral da criança a partir de suas necessidades, interesses e problemas;
- Ser compatível com a política de desenvolvimento educacional, sanitário, social e econômico do país;
- Ser planejada, executada e avaliada por todos os atores sociais envolvidos no processo (profissional de saúde, docentes, técnicos, pais e representantes da comunidade);
- Incentivar o engajamento da família e da comunidade para um melhor desempenho das atividades.

Costa e Fuscilla (1999), descrevendo sobre os agentes multiplicadores de saúde, relatam que o escolar tem condições de aplicar em sua vida prática a experiência vivenciada na escola e pode agir como agente multiplicador de informação dentro de sua família.

Segundo Pinto (2000), as ações preventivas regulares e com intensidade necessária, desenvolvidas em escolares, podem ser identificadas com clareza desde o início do período de efetiva redução de cárie na Inglaterra, Holanda, Nova Zelândia, Austrália e na Escandinávia.

2.3 A Representação social

O presente estudo é caracterizado como uma pesquisa qualitativa. Segundo Minayo (2001), “a pesquisa qualitativa responde às questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Trabalha com o universo de significados, motivos, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.

Para Simioni et al. (1996), a abordagem qualitativa nos permite reconstruir as Representações Sociais, através da análise dos discursos de indivíduos, enquanto depoentes e sujeitos sociais.

A Teoria das Representações Sociais teve início na década de 1960 na Europa com a publicação feita por Serge Moscovici de seu estudo “*La Psychanalyse: Son image et son public*” (FARR, 1995). Segundo Oliveira et al. (2005), tem sido cada vez mais explorada no âmbito da saúde e da educação, especialmente em estudos que objetiva o acesso ao conhecimento social que orienta as práticas de uma dada população.

Para Chartier (1997, apud CARDOSO; GOMES, 2000), os processos pelos quais os discursos soerguem interesses ou fatos são socialmente

enraizados, determinados e limitados, de modos diversos, pela linguagem e pelos conceitos. Tais processos referem-se a propriedades sociais externas ao discurso e são características de cada grupo, comunidade e classes que compõem o mundo social.

Bakirtzief (1996), relata que a Representação Social, por ser uma forma de conhecimento prático, fornece subsídios para a compreensão de como um determinado sujeito orienta sua ação.

Espíndula e Santos (2004), afirmam que as Representações Sociais têm a capacidade de englobarem uma ampla variedade de temas, visto que se relaciona a qualquer objeto social que é transmitido através da comunicação e que tenha uma importância para o grupo, fazendo parte de suas práticas cotidianas.

Moscovici (1961 apud OLIVEIRA et al. 2001), caracteriza a Representação Social como o conjunto organizado de informações, atitudes, crenças que um indivíduo ou um grupo elabora a propósito de um objeto, de uma situação, de um conceito, apresentando-se como uma visão subjetiva e social da realidade.

Weber (1974 apud MINAYO, 1995), afirma que as Representações Sociais são juízos de valor que os indivíduos dotados de vontade possuem. Deste modo, as concepções sobre o real têm dinâmica própria e podem apresentar tanta importância quanto à base material.

Para Minayo (1995), Representações Sociais é um termo que significa a reprodução de uma percepção retida na lembrança ou do conteúdo do pensamento. Nas Ciências Sociais são definidas como categorias de pensamento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a. Fruto da vivência das contradições que permeiam o dia-a-dia dos grupos sociais e sua expressão marca o entendimento deles com seus pares, seus contrários e com as instituições.

As Representações Sociais devem ser estudadas "*articulando elementos afetivos, mentais, sociais, integrando a cognição, a linguagem e a comunicação às relações sociais que afetam as Representações Sociais e à realidade material, social e ideativa sobre a qual elas intervêm*" (JODELET, 1989 apud SPINK, 1995).

3 Proposição

Este estudo tem como objetivos:

- Compreender qual a percepção dos adolescentes sobre saúde bucal;
- Identificar quais as atitudes, espaços e comportamentos desse grupo etário;
- Dar subsídio a planejamento de ações educativas para essa faixa etária.

4 Material e Método

4.1 Protocolo ético

Encaminhou-se o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba obtendo parecer favorável para o desenvolvimento do estudo (Anexo A).

Enviou-se um ofício a Dirigente Regional de Ensino de Araçatuba/SP para esclarecer os objetivos do estudo e solicitar a autorização para desenvolvimento da pesquisa nas escolas públicas do município de Araçatuba, tendo obtido resposta positiva por meio de ofício (Anexo B).

4.2 População de estudo

A população de estudo desta pesquisa é formada por adolescentes na faixa etária de 12 a 17 anos da Escola Estadual Ary Bocuy e Escola Estadual Ezequiel Barbosa do município de Araçatuba/SP.

O município de Araçatuba/SP localiza-se na região noroeste do Estado de São Paulo (Figura 1). Teve sua emancipação política em 1921. Possui área de 1.167 Km², com altitude de 398 metros acima do nível do mar e possui clima quente e seco. Possui economia baseada na pecuária de corte, com mais de 100 mil cabeças de gado (IBGE, 2006) e no cultivo de cana de açúcar.

Segundo o censo realizado em 2000 (IBGE, 2006), Araçatuba possui 169.254 habitantes, sendo 164.449 na zona urbana e 4.805 na zona rural.

Abaixo estão citados alguns indicadores do município de Araçatuba/SP (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; IBGE, 2006): possui 558 leitos hospitalares disponíveis no Sistema Único de Saúde; 25 estabelecimentos de saúde públicos; 223 equipes odontológicas; produto interno bruto de R\$1.102.505; índice de desenvolvimento humano - IDH = 0,848; taxa de alfabetização de 94,2%; 17 equipes de saúde bucal da família na modalidade I; 34 equipes de saúde da família.



Figura 1 - Mapa do Estado de São Paulo

Fonte: Prefeitura Municipal de Araçatuba/SP

Foram escolhidas estas duas escolas por estarem localizadas em bairros da periferia de Araçatuba/SP. No quadro 2 estão os dados de criminalidade dos dois bairros, São José e Água Branca.

Quadro 2 - Ocorrências policiais registradas no ano de 2005 nos bairros São José e Água Branca em 2005, Araçatuba, 2006

Ocorrências	São José	Água Branca
Homicídio	03	0
Furto	43	60
Furto de veículo	01	0
Roubo	08	09
Roubo de veículos	01	01

Fonte: 2º Batalhão de Polícia Militar de Araçatuba/SP

4.3 Delineamento da amostra

A pesquisa foi realizada por amostragem. Utilizou-se o processo de seleção intencional, isto é, as unidades amostrais foram escolares de 12 a 17 anos de idade de cada uma das escolas de dois bairros de periferia de baixo nível sócio-econômico de Araçatuba/SP. As amostras foram compostas por voluntários que aceitaram ser entrevistados e que deveriam expressar o seu pensamento

sobre o assunto. Não foi possível realizar uma amostra probabilística com sorteio aleatório. Por esta razão, a amostra foi composta 44 adolescentes voluntários, sendo 21 da Escola Estadual Ary Bocuy e 23 da Escola Estadual Ezequiel Barbosa.

4.4 Instrumento da pesquisa

A coleta de dados foi feita por meio de entrevistas semi-estruturada, utilizando um roteiro de perguntas abrangendo enfoque social, afetivo e cognitivo.

Esse procedimento permite obter dados de caráter subjetivo como crenças, valores, significações, expectativas de futuro, maneiras de pensar e agir (DUARTE, 2002; NETO, 2001; ZANELLI, 2002).

4.4.1 Estudo piloto

Realizou um pré-teste com dez adolescentes da mesma faixa etária utilizada neste estudo, na Fundação Mirim de Araçatuba/SP (entidade beneficente que tem como o objetivo a formação de adolescentes para o mercado de trabalho), com a finalidade de obter o roteiro definitivo para as entrevistas do estudo principal.

O instrumento utilizado no estudo piloto foi composto de uma questão relacionada a cada enfoque: *“ter bons dentes pode ajudar num relacionamento amoroso, ou não tem nada a ver. Fale um pouco sobre isso”* (afetivo); *“quando você pode dizer que uma pessoa tem dentes bons? Fale um pouco sobre isso”* (social); *“tem gente que acha que não adianta muito a pessoa cuidar dos dentes; que a pessoa já nasce ou não com dentes bons. O que você acha?”* (cognitivo).

Pela dificuldade observada nos adolescentes em expressar sua opinião, verificada no pré-teste, formou-se, com auxílio de uma Psicóloga, o roteiro definitivo desmembrando cada questão citada anteriormente em três.

No roteiro definitivo para entrevista mantiveram-se os três enfoques: social, afetivo e cognitivo, conforme relatado abaixo:

Enfoque social:

- 1- Quais suas atividades de lazer;
- 2- Quais assuntos mais interessam a você;
- 3- Onde você conversa sobre assuntos de seu interesse;
- 4- O que sua escola poderia fazer por você em relação à saúde bucal?

Enfoque Afetivo:

- 1- Ter bons dentes influencia na vida das pessoas? De que forma?

2- Você dá menos valor para uma pessoa que tem dentes "feios"?

3- Você namoraria uma pessoa com dentes estragados? Por quê?

Enfoque cognitivo:

1- Você já participou de palestras sobre saúde bucal? O que achou?

2- Você tem paciência para ficar numa palestra sobre saúde bucal?

3- Que atividades mais o incentivaria a aprender sobre saúde bucal?

4- O que é ter saúde bucal para você?

4.5 Metodologia de coleta e análise dos dados

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas fielmente para análise dos dados. Esta foi realizada utilizando a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que é *"uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos. Essa estratégia metodológica permite reconstruir, com pedaços de discursos individuais, como em um quebra-cabeças, tantos discursos síntese se julgue necessário para expressar dada figura, ou seja, um dado pensar ou representação social sobre um fenômeno"* (LEFÈVRE et al. 2000).

O DSC é próprio de pesquisas sociais empíricas de corte qualitativo, que consiste numa forma qualitativa de representar o pensamento de

uma coletividade, o que se faz agregando, num só discurso-síntese, conteúdo discursivos de sentido semelhantes emitidos por pessoas distintas, como respostas a perguntas abertas de questionário (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003).

Para organizar e tabular os depoimentos utiliza-se quatro figuras metodológicas: ancoragem, idéia central, expressões-chave e o discurso do sujeito coletivo (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2002), onde:

- Expressões chave: são pedaços, trechos ou transcrições literais do discurso, que devem ser sublinhados pelo pesquisador, e que revelam a essência do discurso.
- Idéias centrais: nome ou expressão lingüística que revela e descreve da maneira mais sintética e precisa possível o sentido de cada um dos discursos analisados.
- Ancoragem: manifestação lingüística de uma dada teoria, ideologia ou crença que o autor do discurso professa e que está sendo usada pelo enunciador para enquadrar uma situação específica.
- Discurso do Sujeito Coletivo: discurso síntese redigido na primeira pessoa do singular e composto por Expressões-chaves que tem a mesma Idéia Central ou Ancoragem.

A seguir estão os passos a serem seguidos para a tabulação dos dados (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2002):

- a) Copiar conteúdo de todas as respostas referentes a questão no Instrumento de Análise do Discurso na coluna Expressões-chave;
- b) Identificar e sublinhar com uma cor determinada ou utilizando outro recurso gráfico, as Expressões-chave das Idéias Centrais e, quando houver, com outra cor, as Expressões-chave das Ancoragens;
- c) Identificar as Idéias Centrais e (quando for caso) as Ancoragens, a partir das Expressões-chave, colocando estas Idéias Centrais e Ancoragens nas caselas correspondentes;
- d) Identificar e agrupar as Idéias Centrais e as Ancoragens de mesmo sentido, deve-se etiquetar cada agrupamento com letras: A, B, C, D, etc;
- e) Denominar cada um dos grupamentos A, B, C, D, etc, criando uma idéia central ou ancoragem síntese, que expresse, da melhor maneira possível, todas as idéias centrais e ancoragens do mesmo sentido;
- f) Construção do Discurso do Sujeito Coletivo.

4.6 Análise estatística

Inicialmente foi desenvolvida estatística descritiva expressando tabelas e gráficos e para comparação das duas escolas de acordo com as frequências das idéias centrais de cada uma foi aplicado o Teste Qui-quadrado ou Teste Exato de Fisher definindo o nível de significância de 5%.

5 Resultado e Discussão

Os adolescentes que participaram do estudo residem no Bairro Água Branca - Escola Estadual Ary Bocuy e no Bairro São José - Escola Estadual Ezequiel Barbosa do município de Araçatuba/SP. Entrevistou-se 21 adolescentes na Escola Ary Bocuy, sendo que na faixa etária de 12 a 14 anos 70% eram do sexo masculino e 30% do sexo feminino. Na faixa etária de 15 a 17 anos 63,6% eram do sexo masculino e 36,4% do sexo feminino.

Na Escola Ezequiel Barbosa, na faixa etária de 12 a 14 anos 61,5% eram do sexo masculino e 38,5% do sexo feminino e na faixa etária de 15 a 17 anos 40% eram do sexo masculino e 60% do feminino, num universo de 23 adolescentes, conforme tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição da frequência e porcentagem dos adolescentes entrevistados por escola, segundo o gênero e faixa etária, Araçatuba, 2005

Escolas	Faixa etária	Sexo				Total	
		masc.		fem.		n	%
		n	%	n	%		
Ary Bocuy	12 a 14 anos	07	70,0	03	30,0	10	100,0
	15 a 17 anos	07	63,6	04	36,4	11	100,0
	Total 1	14	66,7	07	33,3	21	100,0
Ezequiel Barbosa	12 a 14 anos	08	61,5	05	38,5	13	100,0
	15 a 17 anos	04	40,0	06	60,0	10	100,0
	Total 2	12	52,2	11	47,8	23	100,0
Total	12 a 17 anos	26	59,1	18	40,9	44	100,0

Como os discursos dos entrevistados foram agrupados em três Enfoques: Social, Afetivo e Cognitivo, a análise e a apresentação dos discursos seguirão esta mesma seqüência.

5.1 Enfoque social

“Os municípios, com apoio dos Estados e da União, estimularão e facilitarão a destinação de recursos e espaços para programações culturais, esportivas e de lazer voltadas para infância e a juventude” (Art.59 - Estatuto da Criança e do Adolescente).

O enfoque social englobou quatro questões do roteiro utilizado nas entrevistas, sendo a primeira: *“quais suas atividades de lazer”*. Através do método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), percebeu-se nos discursos analisados, em cada uma das escolas, não haver diferença estatisticamente significativa entre as idéias centrais encontradas separadamente por escola. Utilizou-se o teste Qui-quadrado para esta comparação ($\chi^2=0,9311$ e $p\text{-valor}=0,8179$) e deste modo, optou-se por apresentar um único discurso abrangendo todas as entrevistas dos 44 adolescentes.

A tabela 2 e gráfico 1 mostram as idéias centrais sobre as atividades de lazer dos entrevistados. As idéias centrais (I.C.) encontradas foram praticar atividade esportiva (I.C.= esporte); ficar em casa (I.C.= casa), convívio com colegas (I.C.= amizade) e outras atividades (I.C.= outros).

Tabela 2 - Distribuição da frequência e porcentagem das idéias centrais por escola, para a pergunta "quais suas atividades de lazer", Araçatuba, 2005

Idéia Central	Grupos	Ary Bocuy		Ezequiel Barbosa	
		n	%	n	%
ESPORTE	A	12	57,15	08	34,8
CASA	B	09	42,8	10	43,5
AMI ZADE	C	06	28,5	05	21,7
OUTROS	D	03	14,3	04	17,4

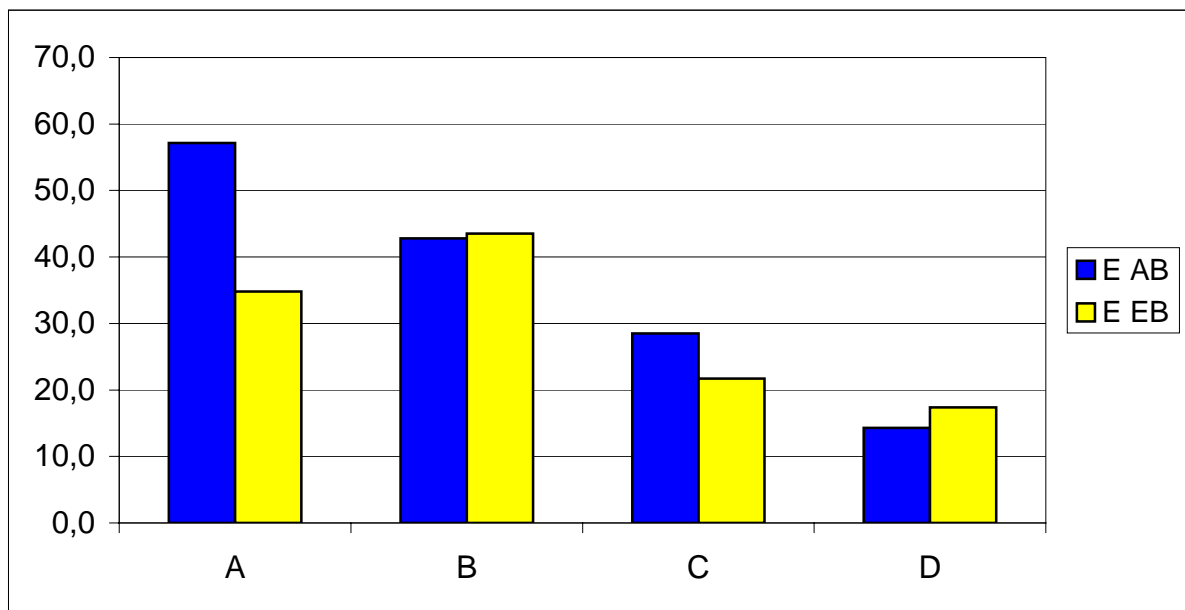


GRÁFICO 1 - Distribuição das idéias centrais da Escola Ary Bocuy (E AB) e Escola Ezequiel Barbosa (E EB), para a pergunta "quais suas atividades de lazer", Araçatuba, 2005

Ao observar a tabela 2 e gráfico 1, percebe-se que realmente as Idéias Centrais A, B, C e D emergiram nas duas escolas com percentuais

próximos. Deste modo, está apresentado a seguir o discurso referente à atividade de lazer dos entrevistados:

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC 1):

(IC=A) *“Tem um campinho aqui perto e eu gosto de jogar futebol. Tem um vizinho que mora perto de casa que tem um time de futebol, eu pratico esporte com ele. Ainda nado no Termas, jogo vôlei, handebol. Também gosto de brincar na rua, andar de bicicleta, tocar na fanfarra, ouvir música.*

(IC=B) *Na semana eu vou a Fundação Mirim, aí eu chego em casa, fico em casa não saio, porque é muito corrido pra mim. Ah, eu fico em casa, jogando vídeo game, assistindo televisão, vou para casa de amigas e eu também tenho que cuidar da minha casa.”*

(IC=C) *No final de semana às vezes eu saio com os colegas, vou na casa da minha vó.*

(IC=D) *Aqui no bairro não tem muita coisa, só tem escola, não tem uma coisa pra galera se reunir, conversar, quer dizer, quase não tem nada de lazer né. Não tem um espaço, uma pracinha, não tem nada.”*

Observa-se nos discursos que as duas atividades mais referidas foram a prática de esporte ou ficar em casa. O esporte contribui para a socialização, o respeito pelo grupo, o aprendizado de normas e regras, tão importante nessa fase. Além de manter o jovem ocupado e não o deixando vulnerável à violência, uso de drogas, etc. O trecho *“não tem muita coisa, só tem escola”*, demonstra a ausência de políticas públicas nessa área essencial para formação do cidadão e justifica a opção ficar em casa. A mesma situação foi

relatada por Muza e Costa (2002), ao estudarem as opiniões, sentimentos e saberes de adolescentes escolares de duas cidades satélites de Brasília (DF). Observaram que a ociosidade é norma e os espaços de lazer são escassos. Para a ocupação do tempo livre dos jovens de ambas as localidades, os adolescentes sugeriram, como forma de melhorar a qualidade de vida na comunidade, criar espaços comunitários para o desenvolvimento de atividades esportivas, produção e acesso à arte e à cultura, além da realização de cursos profissionalizantes.

Esta opinião foi confirmada por Vieira et al. (2002), ao relatar que as atividades esportivas, além de propiciar o desenvolvimento físico e mental e assegurar o equilíbrio orgânico, podem estimular o espírito comunitário, a criatividade e contribuir para formação da personalidade do jovem. Deste modo deve-se estimular as iniciativas comunitárias voltadas para o esporte. Barros et al. (2002), afirma que é possível se aproximar dos adolescentes por meio de atividades desportivas realizadas dentro da comunidade, sob orientação dos órgãos de apoio à saúde do adolescente, aproveitando o tempo em que o jovem está na rua.

Sobre os amigos, "*vou para casa de amigas*", "*saio com minhas colegas*", demonstra a influência dos amigos. Ir à casa dos amigos é também um dos principais entretenimentos dos adolescentes em pesquisa do UNICEF (2006), realizada no Brasil. Para Gunther (1999) a amizade entre adolescentes é uma

maneira de afirmação e integração. Os adolescentes buscam a segurança no grupo de amigos.

O grupo é referência para o jovem que está constituindo sua identidade, a partir de uma série de mudanças corporais e emocionais que vem sofrendo. O jovem está vivendo um processo de luto, referente a perdas inerentes a este momento de vida, relativas ao corpo infantil e à seus pais de infância. Mudanças corporais que modificam suas relações com os pais que também necessitam elaborar uma série de perdas para poder estabelecer novas bases de relacionamento com o filho, o que nem sempre é fácil. Daí a importância do grupo que dá sustentação a essa série de transformações. A partir disso, muitas vezes o educador é visto como representante da figura paterna, gerando confronto frente à autoridade que este representa (OSÓRIO, 1992).

A música e a televisão exercem grande influência na vida dos jovens. A primeira por atingir os sentimentos e o lado afetivo dos adolescentes. Nesta fase é muito comum ficarem horas trancados no quarto ouvindo música. Muitas vezes interessam mais pelo ritmo, quando é envolvente, do que pelas letras. Em pesquisa realizada pelo UNICEF (2006), entre os adolescentes brasileiros, a música também foi citada como atividade de lazer e diversão.

A televisão é a principal forma de entretenimento da maioria dos brasileiros e não seria diferente nessa faixa etária. Como não há opções de lazer, o acesso ao teatro, cinema, etc, é dificultado pela falta de condições financeiras,

resta “divertir” assistindo televisão. Os programas voltados para essa faixa etária são poucos e mostram uma realidade distante da maioria dos jovens. Além de não explorem o lado educativo, impõem o que os jovens vão vestir, ouvir ou consumir.

Martins et al. (2003), em estudo com adolescentes do ensino médio de Vitória/ES, observaram que assistir à televisão e ouvir música são hábitos entre os adolescentes entrevistados. Os autores ressaltam que o adolescente ao ver televisão se expõe a diversas informações consideradas perniciosas como sexualidade excessiva, distorção de valores morais, incentivo ao uso de álcool e drogas. Entretanto enfatizam que esse meio de comunicação poderia ser utilizado na divulgação de atividades preventivas, pois atualmente a informação se destaca como ferramenta fundamental nas atividades de planejamento, execução, acompanhamento e avaliação de qualquer prática ou projeto dos setores público ou privado.

Nos discursos nota-se a ausência de uma “forma de lazer” muito comum nas classes sociais A e B, o uso do computador e infelizmente a leitura também parece não ser um hábito nessa faixa etária. Estes resultados também foram identificados entre os adolescentes brasileiros onde a leitura não é um hábito freqüente entre os adolescentes, nacionalmente 37% tem hábito de leitura ocasional, 23% não lêem, 17% só fazem quando o professor manda. Entre

os adolescentes entrevistados, 27% tem acesso a Internet, sendo que os de classe C e D, o acesso é menor (UNICEF, 2006).

Sobre a questão "*quais assuntos mais interessam a você*", emergiram sete idéias centrais entre as entrevistas realizadas em cada uma das escolas: gosto de falar de esporte (I.C.= esporte); conversa sobre o sexo oposto (I.C.= sexo oposto), conversa sobre filmes (I.C.= filmes); falar de carros (I.C.= carro); falar sobre a escola (I.C.= escola); falar sobre música (I.C.= música) e futuro, religião e brigas foram agrupados em uma única idéia central, pois um entrevistado falou sobre futuro, um mencionou brigas e duas se posicionaram sobre religião (I.C.= outros).

As idéias centrais estão apresentados na tabela 3 e gráfico 2. Utilizou-se o Teste Exato de Fisher para comparação das frequências das idéias centrais das duas escolas (*p-valor*= 0,5497), podendo apresentar um único discurso abrangendo todas as entrevistas dos 44 escolares, sobre os assuntos que lhes interessam.

Tabela 3 - Distribuição da frequência e porcentagem das idéias centrais por escola, para a pergunta "quais assuntos interessam mais a você", Araçatuba, 2005

Idéia Central		Ary Bocuy		Ezequiel Barbosa	
		n	%	n	%
Esporte	A	07	33,3	05	21,7
Sexo oposto	B	11	52,3	06	26,1
Filme	C	02	9,5	02	8,7
Carro	D	03	14,2	01	4,3
Escola	E	01	4,7	03	13,1
Música	F	02	9,5	0	0,0
Outros	G	01	4,7	03	13,1

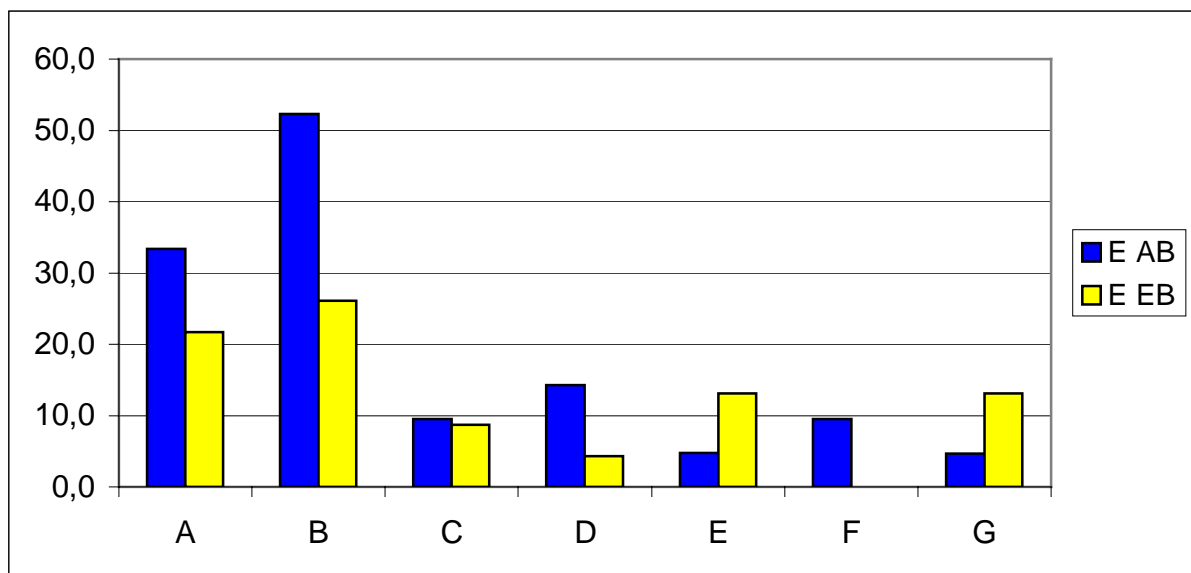


GRÁFICO 2 - Distribuição das idéias centrais da Escola Ary Bocuy (E AB) e Escola Ezequiel Barbosa (E EB), para a pergunta "quais assuntos interessam mais a você", Araçatuba, 2005

Segue abaixo o discurso dos entrevistados:

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC 2)

(IC=A) *“Ah tem vários né. Na hora inventa assunto. Eu gosto de falar futebol. Quando passa um jogo nós fala do jogo, do lance, o que aconteceu e aí fica discutindo.*

(IC=B) *Tem coisas que é particular não dá pra falar. Mulher, por exemplo. A gente conversa muito sobre meninas, é o forte né, Sobre balada, sexo, família também, amigos, vídeo game, essas coisas.*

(IC=C) *A gente conversa sobre filme.*

(IC=D) *também gosto de falar de carro,*

(IC=E) *da escola,*

(IC=E) *sobre música, das brigas que acontecem.*

(IC=F) *Ah gente fala muito de namorado, sobre meninos entendeu. Essas coisas que menina conversa, de lugares que a gente quer sair, sobre roupa, essas coisas.*

(IC=G) *Sobre nós mesmo, sabe, nossa vida, né, futuro, pra frente, o que vai ser na vida. Ah ,sobre religião, sobre igreja. O meu assunto é sobre Jesus.”*

Conversar sobre o sexo oposto é comum nesta fase. A descoberta da sexualidade é uma característica marcante dessa fase. É momento de valorização do corpo como expressão dos sentimentos e afetos.

Deste modo é importante que programas educativos voltados para esse grupo abordem essa questão, pois segundo pesquisa da Organização das Nações Unidas para a educação, a ciência e a cultura (UNESCO), a primeira relação sexual dos meninos ocorre aos 14 anos e a das meninas, aos 15 anos e

mães solteiras com idade entre 15 e 19 anos dão à luz a 1 milhão de bebês por ano (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Cabe salientar o papel da educação sexual nessa para essa faixa etária, pois entre 1993 e 1998 observou-se um aumento de 31% no percentual de parto de meninas de 10 a 14 anos atendidas no Sistema Único de Saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). O mesmo pode ser dito em relação às doenças sexualmente transmissíveis (DST). Segundo Martins et al. (2006), aproximadamente 25% de todas as DST são diagnosticadas em jovens com menos de 25 anos. Neste sentido, mais ações de prevenção devem ser desenvolvidas, com a participação de setores governamentais, não-governamentais, escolas, serviços de saúde e comunidade.

Para o psiquiatra Bouer (2003), ao trabalhar assuntos como sexo, drogas ou outras situações de risco com adolescentes é preciso levar em consideração alguns aspectos como: a emoção tem peso fundamental nessa equação, a informação deve ultrapassar o campo da razão, pois o jovem de hoje, precoce e antenado, não aceita um discurso pronto e acabado; a simples proibição ou a radicalização de limites e regras é inoperante no mundo atual. Um pouco de tudo isso pode orientar a qualidade das informações para um novo rumo.

O relato "*sobre nós mesmo, sabe, nossa vida, né, futuro, pra frente, o que vai ser na vida*", demonstra que, embora vivam intensamente o presente, os jovens apresentam uma certa preocupação com o futuro. Neste

aspecto, apresentam um valor importante: sonhar com o amanhã. Este relato confirma os resultados observados entre os adolescentes brasileiros que demonstram forte esperança quanto ao seu futuro: 59% acreditam que sua vida será melhor em relação à de seus pais (UNICEF, 2006). Ao contrário do que Martins et al. (2003), observaram ao estudar as representações sociais de adolescentes do ensino médio de Vitória/ES. Segundo os discursos dos adolescentes, estes estão preocupados apenas com o presente e não com o seu futuro em relação ao trabalho e ao estudo, sendo que o presente segundo as autoras, significa estar com os amigos e divertir-se.

Falar de carro ou ter um também é o principal objeto de desejo dos jovens entre 15 a 20 anos, segundo pesquisa publicado pela revista Veja em agosto de 2003. Ter carro, andar na moda pode ser um problema para alguns adolescentes que fazem parte de um grupo e não podem acompanhar as exigências para serem aceitos por seus pares e pela sociedade.

A presença da religião no discurso, segundo Martins (2003), reforça a necessidade de alguns adolescentes em sustentar sua vida em torno da fé na religião, visto que é por meio dela que conseguem as forças necessárias para poder seguir no caminho certo e conseguem ser amados.

O discurso também mostra a preocupação com a violência, "*sobre as brigas que acontecem*". Muza e Costa (2002), afirmam que além de ditar normas de comportamento entre os jovens, a violência determina o

enclausuramento de um grupo significativo de adolescentes e mesmos de adultos, restringindo seus espaços entre a escola e suas próprias casas.

Após investigar sobre os assuntos que mais interessavam aos adolescentes, estes foram questionados sobre: "*onde você conversa sobre assuntos de seu interesse*". Somente três idéias centrais representam os locais de conversas desse grupo analisado: na sua própria casa (I.C.= casa); na sua escola (I.C.= escola) e na rua (I.C.= rua).

Na tabela 4 e gráfico 3 observa-se às idéias centrais.

Tabela 4 - Distribuição da frequência e porcentagem das idéias centrais por escola, para a pergunta "onde você conversa sobre assuntos de seu interesse", Araçatuba, 2005

Idéia Central		Ary Bocuy		Ezequiel Barbosa	
		n	%	n	%
Casa	A	17	80,1	08	34,7
Escola	B	06	28,5	12	52,1
Rua	C	05	23,8	07	30,5

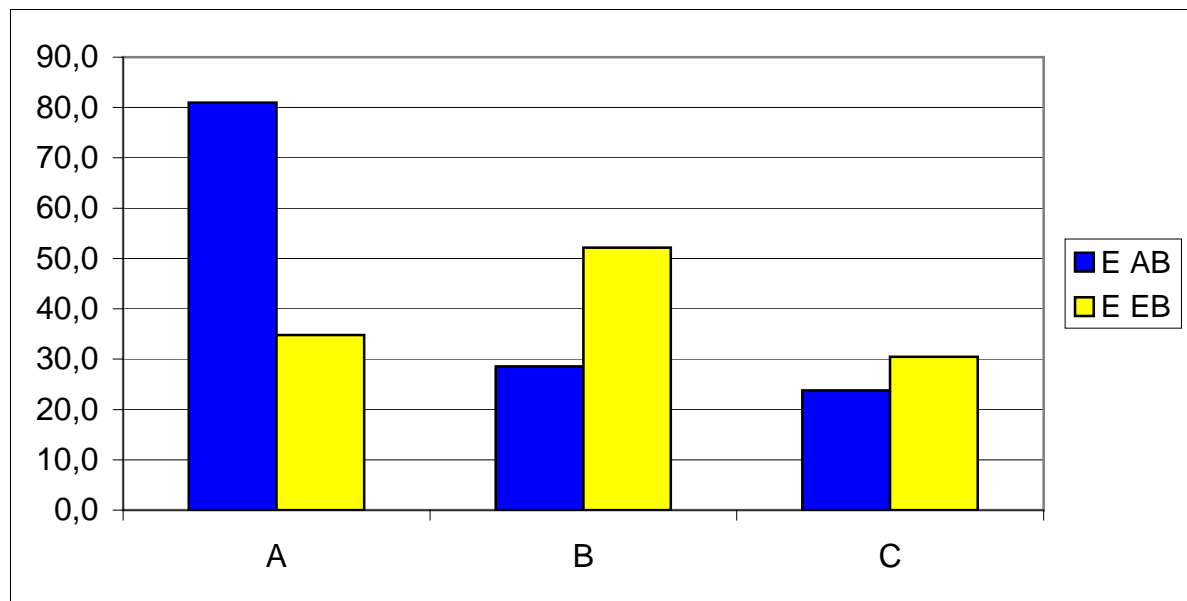


GRÁFICO 3 - Distribuição das idéias centrais da Escola Ary Bocuy (E AB) e Escola Ezequiel Barbosa (E EB), para a pergunta "onde você conversa sobre assuntos de seu interesse", Araçatuba, 2005

Abaixo segue o discurso das escolas pesquisadas e como não houve diferença estatística significativa entre as escolas, ao aplicar o Teste quidrado, (p valor= 0,0621), os dois discursos iniciais foram unificados.

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC 3)

(IC=A) *"Em casa mesmo, na casa dos colegas. Às vezes uma vai na casa da outra conversa. Tem vez que eles vão na minha casa me chamar, aí a gente senta lá frente, na calçada fica conversando. Daí dá umas 7 horas e começa a chegar amigo meu. Fica tocando violão, conversando. Ah a gente se encontra também na escola, no período de aula, no intervalo.*

(IC=B) *Aí na escola mesmo a gente conversa, na sala de aula..*

(IC=C) *Quando eu estou na rua assim, com a turma, a gente começa a puxar assunto e conversa lá na rua mesmo. E tem vez que ali na quadra do bairro."*

Os discursos mostram que conversam na escola, em casa ou na rua, confirmando a falta de opções de lazer nos dois bairros onde moram os entrevistados. Os adolescentes que conversam na rua são em menor número, e talvez tenha relação com a situação de criminalidade dos bairros. O adolescente tem necessidade de companhia e amizade, de jovens da mesma idade, que tenham os mesmos interesses e aspirações, por isso sempre estão em grupo. Para Zonta (2000), os jovens em turma se mostram habitualmente alegres e gostam de agitação, quando estão juntos na escola, no ônibus, ninguém consegue ignorar suas brincadeiras e fortes gargalhadas.

A última questão com o Enfoque Social nesta pesquisa foi: "*o que sua escola poderia fazer em relação à saúde bucal*". Nesta questão surgiram cinco idéias centrais, gostaria de ter palestras sobre o assunto (I.C.= palestras); ter dentista atuando na escola (I.C.= ter dentista); professor abordar o assunto na sala de aula (I.C.= professor falar); ter vídeo, filme ou apresentação de teatro relacionado ao assunto (I.C.= vídeo/filme/teatro); não ter doce para vender na escola (I.C.= não vender doce).

Pela primeira vez, dois entrevistados (um de cada escola), simplesmente responderam "*não sei*", mostrando total desinteresse pelo assunto.

Na tabela 5 e gráfico 4 tem-se as idéias centrais sobre o que a escola poderia fazer em relação à saúde bucal.

Tabela 5 - Distribuição da frequência e porcentagem das idéias centrais por escola, para a pergunta "o que sua escola poderia fazer em relação à saúde bucal", Araçatuba, 2005

Idéia Central		Ary Bocuy		Ezequiel Barbosa	
		n	%	n	%
Palestras	A	07	33,3	13	56,5
Ter dentistas	B	08	38,1	05	21,7
Professor falar	C	02	9,5	02	8,7
Vídeo/filme/teatro	D	02	9,5	02	8,7
Não vender doce	E	01	4,7	0	0,0
Não sei	G	01	4,7	01	4,3

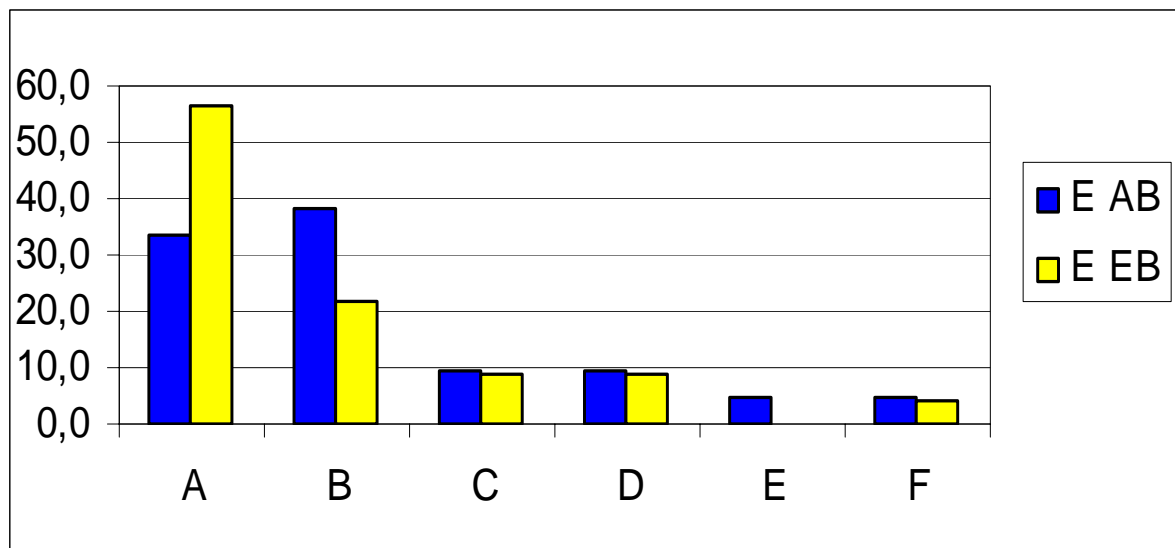


GRÁFICO 4 - Distribuição das idéias centrais da Escola Ary Bocuy (E AB) e Escola Ezequiel Barbosa (E EB), para a pergunta "o que sua escola poderia fazer em relação à saúde bucal", Araçatuba, 2005

Também em relação a esta questão o Teste Exato de Fisher mostrou não haver diferença estatisticamente significativa (p valor = 0,6571),

entre as frequências das IC e tem-se um discurso englobando os entrevistados das duas escolas, conforme relatado abaixo:

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC 4)

(IC=A) *“Deveria ter atividades ligadas a escovar os dentes, dar mais palestras aqui na escola, mas pra todo mundo, não só para algumas salas. Porque muita gente nem sabe escovar os dentes direito e se vem alguém falar sobre isso, já tá resolvendo um pouco do problema.*

(IC=B) *Acho também que deveria ter dentista, porque aqui não tem, aqui eles só passam flúor na boca da gente. Porque ultimamente não tá tendo tanto, tão falando mais sobre AIDS.*

(IC=C) *O Professor de ciência falar na matéria, trazer também aquelas bocas...*

(IC=D) *Passar vídeo sobre os dentes*

(IC=E) *não ter muito doce para vender. Eu acho com certeza que seria melhor.*

(IC=F) *Ah, eu não sei não.”*

Os discursos acima relatados mostram uma realidade bem comum em quase todos os municípios brasileiros, a prioridade que o serviço público de saúde dá aos escolares na faixa etária até 12 anos. Depois desta idade o adolescente é tratado como adulto, ou seja, atendido nos postos de saúde por livre demanda, sem um programa que organize a demanda para essa faixa etária. Isso não quer dizer que se deve retroceder e montar consultórios odontológicos dentro das escolas, mas que os adolescentes tenha suas necessidades curativas supridas, sem deixar de lado o aspecto educativo/preventivo. Essa situação reflete nos indicadores de saúde bucal. Os resultados do último levantamento

epidemiológico nacional mostram que na faixa etária de 15 aos 19 anos cerca de 90% dos indivíduos apresentam pelo menos um dente permanente com experiência de cárie. Por outro lado aos 12 anos cai para 70%.

Para os adolescentes a escola ainda é um local adequado para promoção de saúde, confirmando Levy et al. (2002) que dizem que a escola é um local privilegiado para o desenvolvimento de ações de educação em saúde, permitindo que se desenvolva estilos de vida saudáveis e condutas de baixo risco. Costa e Fuscella (1999) relatam a importância do escolar com agente multiplicador de informação dentro de sua família. Neste sentido Asmus et al. (2005), enfatizam a necessidade de sensibilização e capacitação de professores para abordarem a questão saúde/trabalho dentro da escola, com desenvolvimento de metodologias educativas apropriadas a cada realidade social.

5.2 Enfoque afetivo

“A criança e o adolescente têm direito à liberdade, ao respeito e à dignidade como pessoas humanas em processo de desenvolvimento e como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais garantidos na Constituição e nas leis” (Art. 15 - Estatuto da Criança e do Adolescente).

O enfoque afetivo envolveu três questões. A primeira, *“ter bons dentes influencia na vida das pessoas? De que forma?”* Foram detectadas como idéias centrais: influencia sem especificar como (I.C= influencia); influencia na

aparência (I.C.=estética); ajudar arrumar emprego (I.C.= emprego); não influencia na vida das pessoas (I.C.= não influencia) e não sei (I.C.= não sei) Na tabela 6 e gráfico 5 encontram-se as idéias centrais para essa questão.

Tabela 6 - Distribuição da freqüência e porcentagem das idéias centrais por escola, para a pergunta "ter bons dentes influencia na vida das pessoas", Araçatuba, 2005

Idéia Central		Ary Bocuy		Ezequiel Barbosa	
		n	%	n	%
Influencia	A	05	23,8	09	39,1
Estética	B	10	47,6	06	26,1
Emprego	C	04	19,1	02	8,7
Não influencia	D	03	14,3	03	13,1
Não sei	E	0	0,0	03	13,1

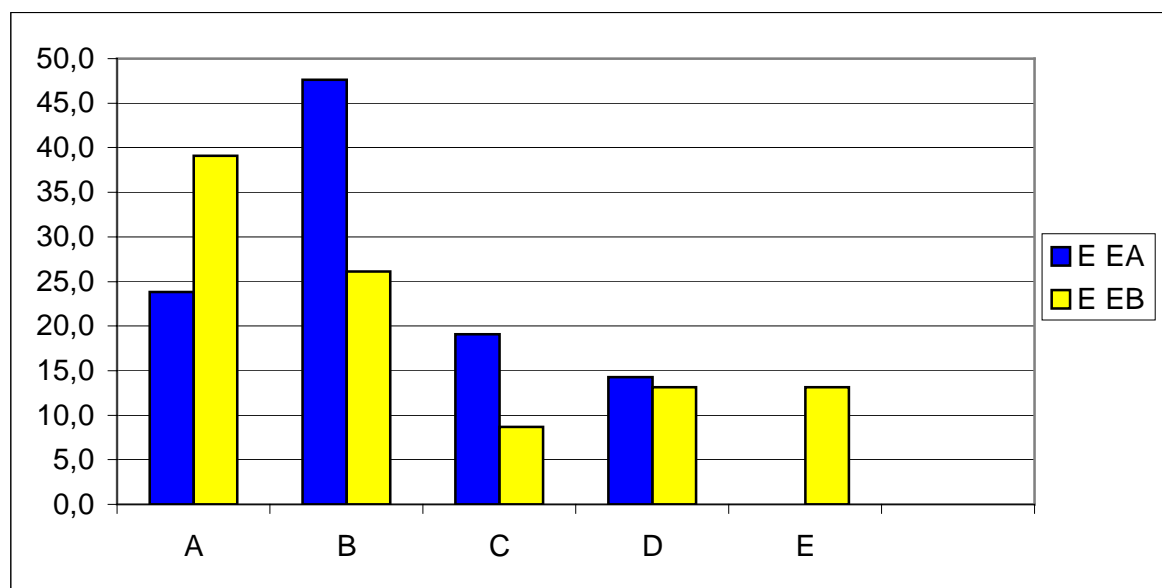


GRÁFICO 5 - Distribuição das idéias centrais da Escola Ary Bocuy (E AB) e Escola Ezequiel Barbosa (E EB), para a pergunta "ter bons dentes influencia na vida das pessoas", Araçatuba, 2005

A seguir relatados o discurso das duas escolas, também agrupado em somente um, pois não houve diferença estatística significativa ao aplicar o Teste Exato de Fisher (p valor 0,3266).

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC 5)

(IC=A) *"Influencia e ajuda bastante. Porque você vai ta sempre olhando pra pessoa e o cara ter higiene bucal boa conta muito, fica mais bonito, atrai mais as pessoas, ajuda a namorar, é o cartão de visita dela.*

(IC=B) *Na presença da pessoa a estética é tudo, é como a pessoa se veste, como a pessoa. E também o aspecto da pessoa muda né. Quando você olha você vai ver o conjunto inteiro e o dente influencia também. Se a pessoa tem o dente bom, toda hora que ela vai conversar, dá risada, influencia um pouco. Agora se ele não tem o dente bom, tem o dente estragado, ele fica meio preocupado em às vezes abrir a boca e a pessoa ver. E quando você quiser arrumar uma namorada, ela vai querer tirar você ou se alguém fica com uma menina e não tem o hálito bom e aí se ferra.*

(IC=C) *Não tendo o dente podre, pode ter uma vida melhor, ajuda a arrumar emprego Tipo você vai pro serviço de cabelo bagunçado, sem fazer barba e o outro vai alinhado, o cara vai dar o serviço pra ele. E o cara ter higiene bucal boa conta muito nessa hora. é. Ter os dentes bons dá uma boa impressão pra pessoa, fica mais higiênica, mais cuidadosa, vai ter um sorriso mais bonito. Se você tem os dentes bons, você tem uma namorada, ela vai gostar de seus dentes, da boca limpa. Mas se você tiver os dentes amarelos o sorriso fica mais feio.*

(IC=D) *Tem gente que diz que não, que depende do caráter da pessoa.*

(IC=E) *Não sei."*

Influenciada pela mídia, a geração atual preocupa-se demasiadamente com a aparência estética. O que é belo assume o clímax nessa fase. A ponto de uma pesquisa do Datafolha (A Epidemia da Beleza, 2005) revelar: quando indagados se os adolescentes trocariam 25% de inteligência pela mesma proporção em beleza, 15% admitiram a troca. Debord (1997, apud CARIDADE, 1999) analisando a sociedade atual, afirma que os indivíduos são obrigados a contemplar e consumir passivamente imagens de tudo o que lhes falta na vida real. A vida se torna uma imensa acumulação de espetáculos e na medida em que assiste passivamente aos espetáculos, o indivíduo aliena-se, não vive, consome imagens e ilusão.

Por outro lado os profissionais de saúde que trabalham ou irão trabalhar com essa faixa etária deveriam utilizar essa preocupação com estética como um aliado na educação em saúde bucal, pois nada mais natural do que um jovem querer sentir-se bem e bonito. Nos discursos os jovens aliam ter dentes bons ao relacionamento com as pessoas, à conquista de um(a) namorado(a), inserção no mercado de trabalho. Formigli et al. (2000) enfatiza a necessidade de envolver em programas de saúde voltados para adolescentes, os diferentes aspectos que interagem no cotidiano e no contexto que estão inseridos. A mesma opinião tem Brew et al. (2000) ao afirmar que para motivar o adolescente deve-se relacionar a importância do sorriso, estética e hábitos de higiene para suas relações pessoais e profissionais.

A segunda questão do enfoque afetivo " *você dá menos valor para uma pessoa que tem dentes feios*" teve como idéias centrais não dou menos valor a pessoa com dentes feios (I.C.= não); dou menos valor (I.C.= sim) e às vezes dou, depende da pessoa (I.C.= depende); por mim não, mas prejudica para conseguir emprego (I.C.= discriminação social). As idéias centrais encontram-se na tabela 7 e gráfico 6.

Tabela 7 - Distribuição da frequência e porcentagem das idéias centrais por escola, para a pergunta " *você dá menos valor para uma pessoa que tem dentes feios*", Araçatuba, 2005

Idéia Central		Ary Bocuy		Ezequiel Barbosa	
		n	%	n	%
Não	A	14	66,6	14	60,8
Sim	B	05	23,8	07	30,5
Depende	C	02	9,5	0	0,0
Discriminação social	D	01	4,7	01	4,3

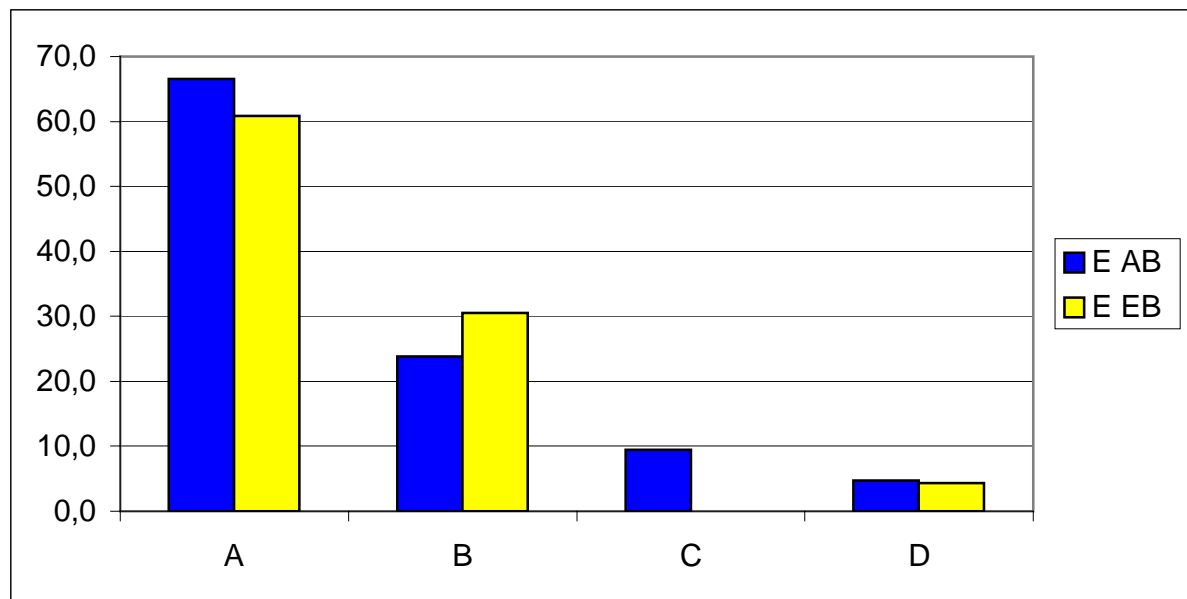


GRÁFICO 6 - Distribuição das idéias centrais da Escola Ary Bocuy (E AB) e Escola Ezequiel Barbosa (E EB), para a pergunta "você dá menos valor para uma pessoa que tem dentes feios", Araçatuba, 2005

Fez-se um discurso para duas escolas, pois não houve diferença estatística significativa ao aplicar o teste Qui-quadrado ($\chi^2= 2,3333$; p valor 0,5062). Abaixo o relato dos entrevistados:

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC 6)

(IC=A) *"Que nada, por causa de dente podre? Eu acho que não. Eu sou legal com todo mundo. Porque que não é pelos dentes que você deve tratar, eu sei que é fundamental, mas também não é assim. Eu trato tudo igual, nem reparo. E meu dente também não é tão bonito assim. Mas as vezes sim. Tipo o dente mal tratado, dente feio mano, estraga tudo. E depende da pessoa se for amigo não. Porque amigo é amigo.*

(IC=B) *Agora vamos supor uma pessoa que não conheço, já vou ficar com um pouco de receio. A pessoa que tem dente feio fica meio discriminada da turma, ninguém vai gostar dela.. As pessoas têm um pouco menos de consideração, deixa meio afastado, não conversa muito.*

(I C=C) *A gente não vai excluir, trata normal, mas só que é feio. Não é que a gente dá menos valor para essas pessoas. Mas as pessoas que tem os dentes mais cuidado elas ficam mais vistas pelas outras pessoas do lado de lá, de alto nível. E com as pessoas mais pobre convive normalmente.*

(I C=D) Não sei."

Os discursos mostram que entre si, ou seja, na convivência com os amigos no dia a dia, os adolescentes convivem normalmente com os pares considerados com "*dentes feios*", como relatado: "*com as pessoas mais pobre convive normalmente*" ou "*trato todo mundo igual*". A imposição, pela sociedade, da importância da estética e beleza fica bem clara no trecho "*as pessoas que tem os dentes mais cuidado elas ficam mais vistas pelas outras pessoas do lado de lá, de alto nível*".

Abreu et al. (2005) estudando sobre representações sociais de saúde bucal, observaram que a estética é um importante fator de saúde bucal e a aparência dos dentes é relevante no convívio social, pois as pessoas são classificadas quanto à aparência, habilitando-as ou não para o mercado de trabalho. Para aqueles autores a aparência é superdimensionada em detrimento de outros valores, o que torna as pessoas com sentimento de inferioridade quando não alcançam o padrão desenhado pela mídia.

Na última questão do enfoque afetivo foi questionado "*you would date a person with bad teeth*". Essa questão teve como ideias centrais: não namoraria (I.C.= não); eu namoraria (I.C.= sim); pediria para ir ao

dentista (I.C.= incentivaria a tratar dos dentes); ficou em dúvida se namoraria (I.C.= dúvida). Na tabela 8 e gráfico 7 tem-se as idéias centrais para a pergunta .

Tabela 8 - Distribuição da freqüência e porcentagem das idéias centrais por escola, para a pergunta "você namoraria uma pessoa com dentes estragados", Araçatuba, 2005

Idéia Central		Ary Bocuy		Ezequiel Barbosa	
		n	%	n	%
Não	A	16	76,1	15	65,2
Sim	B	01	4,7	03	13,1
Incentivando a tratar dos dentes	C	01	4,7	02	8,6
Dúvida	D	03	14,3	03	13,1

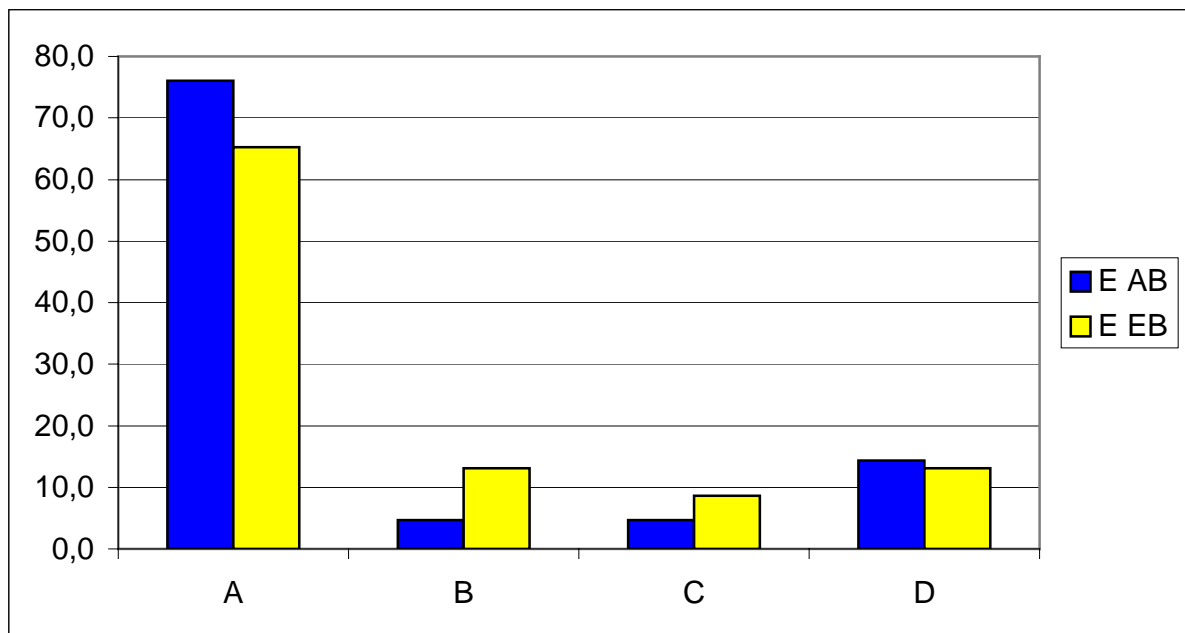


GRÁFICO 7 - Distribuição das idéias centrais da Escola Ary Bocuy (E AB) e Escola Ezequiel Barbosa (E EB), para a pergunta "você namoraria uma pessoa com dentes estragados", Araçatuba, 2005

A análise das duas últimas questões "*você dá menos valor para uma pessoa que tem dentes feios*" e "*você namoraria uma pessoa com dentes estragados*" surpreendeu pela inversão de valores expressos pelos mesmos adolescentes. Quando afirmou que não daria menos valor para uma pessoa que tem dentes feios, correspondendo a 28 adolescentes em ambas as escolas, pode-se considerar um pensamento de aceitação do outro; enquanto que quando afirmou que não namoraria uma pessoa com dentes estragados pode-se considerar uma rejeição do outro, totalizando 32 adolescentes em ambas as escolas.

Esta inversão de valores sobre duas situações do mesmo problema nos levou a verificar se o percentual da aceitação como amigo da pessoa com dentes estragados (63,6%) da questão anterior diferia do percentual da rejeição destas mesmas pessoas para relacionamento amoroso (70,5%), comprovado estatisticamente através do teste de proporções com $p\text{-valor} = 0,6403$.

O adolescente reflete a imagem corporal que tem de si, intimamente dependente da valorização sócio-cultural e histórica existente na sociedade. Evidencia mais o corpo experienciado pelo adolescente do que o corpo objetivo (anatomia/fisiologia). A palavra de maior destaque neste grupo é bonito, indicando o quanto à beleza corporal está presente como valor para a juventude (ASSIS et al., 2003).

Dessa forma, indivíduos que possuem uma precária condição de saúde bucal sentem que essa situação interfere em seu convívio, diminuindo o seu prestígio, mesmo dentro do grupo do qual participa (MARTINS, 1998).

Para Flores (2001), um problema de saúde bucal implica rupturas na vida de uma pessoa, nas suas relações sociais e auto-imagem. A inibição do sorriso tem conseqüências na diminuição da auto-estima e impede a demonstração de alegria e de acolhimento, prejudicando o convívio social.

Desprezando opiniões indecisas e considerando somente total aceitação e total rejeição das tabelas 7 e 8, foi aplicado o teste qui-quadrado sobre os valores da tabela 9.

Tabela 9 – Distribuição da freqüência das idéias centrais para as questões “você dá menos valor para uma pessoa que tem dentes feios” e “você namoraria uma pessoa com dentes estragados”, segundo o comportamento aceitação e rejeição, Araçatuba, 2005

	<i>“você dá menos valor para uma pessoa que tem dentes feios”</i>	<i>“você namoraria uma pessoa com dentes estragados”</i>	Total de idéias centrais
Aceitação	28	04	32
Rejeição	12	32	44
Total	40	36	76

Comprovou-se as duas opiniões inversas de posicionamento dos adolescentes frente a essas situações, aceito como amigo, mas não aceito como namorado, ($\chi^2 = 26,5551$, $p \text{ valor} < 0,0001$).

Segue o discurso dos entrevistados:

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC 7)

(I C=A) *"Não. Porque se ela não cuida dos dentes, estraga tudo, dente é essencial. Eu ia ter nojo de beijar, como que eu vou beijar a boca dessa pessoa, é uma porquice, falta de higiene. Deus me livre. Por causa do hálito também, eu não iria querer e eu ia ficar com nojo. E tem o aspecto da cárie, se tem o dente podre eu acho que pode passar pra mim e eu pegaria bactéria. Se ela conhece as forma de prevenção, você olha assim ela é burra, não tem higiene.*

(I C=B) *Aí eu não sei. Porque eu não vou namorar ela porque o rosto é bonito. Eu vou vê se ela é uma amiga assim, se é confiável.*

(I C=C) *Sim, eu namoraria, mas mandaria ela ir ao dentista para consertar os dentes. Não é por causa do dente que eu vou namorar."*

(I C=D) *Ah depende né."*

A boca segundo Graça (2000), possui várias funções, além de ter uma forte simbologia psicológica. Para Sigmund Freud citado por Almeida e Souza (2006), a boca é o ponto de partida da vida sexual dos seres humanos. Desta forma, como relatado nos discursos, o autocuidado com os dentes é um fator primordial no relacionamento com o sexo oposto.

No trecho *"tem o aspecto da cárie, se tem o dente podre eu acho que pode passar pra mim e eu pegaria bactéria"* fica bem claro o conhecimento sobre a transmissibilidade da cárie.

A fala *"se ela conhece as forma de prevenção, você olha assim ela é burra, não tem higiene"* mostra a concepção que muitos serviços e profissionais

de saúde tem diante do fracasso ou falta de motivação dos indivíduos frente às ações educativas. Martins (1998) afirma que por falta de resultados, atribui-se aos usuários dos serviços de saúde a incapacidade de compreender e de agir segundo normas estabelecidas e finaliza que não basta ter conhecimento para modificar a forma de viver, é preciso ter condições para realizar a mudança.

O discurso também mostra a preocupação com higiene. Esta preocupação com a higiene bucal, com o bom hálito é observado ao longo da história. Os motivos que levam os homens a fazerem limpeza dos dentes segundo Martins (1998), são busca de aliviar o incômodo causado pelos alimentos, a tentativa de se tornar mais sensual através do bom hálito, a vaidade, o cuidado com a saúde corporal e a tentativa de evitar doenças bucais.

5.3 Enfoque cognitivo

"A criança e o adolescente têm direito à educação, visando ao pleno desenvolvimento de sua pessoa, preparo para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho" (Art. 53 - Estatuto da Criança e do Adolescente).

O enfoque cognitivo englobou quatro questões, sendo a primeira *"você já participou de palestras sobre saúde bucal? O que achou?"*. Durante a análise dos depoimentos foram extraídas duas idéias centrais, bem definidas: para quem já participou de palestras (I.C.= sim) e para quem não participou (I.C.=

não), enquanto que um adolescente respondeu não me lembro, " acho que não" (I.C.= não lembro).

A idéias centrais para perguntas sobre a participação em palestras sobre saúde bucal encontra-se na tabela 10 e gráfico 9.

Tabela 10 - Distribuição da freqüência e porcentagem das idéias centrais por escola, para a pergunta "você já participou de palestras sobre saúde bucal", Araçatuba, 2005

Idéia Central		Ary Bocuy		Ezequiel Barbosa	
		n	%	n	%
Sim	A	17	80,1	18	78,2
Não	B	03	14,3	05	21,7
Não lembro	C	01	4,7	0	0,0

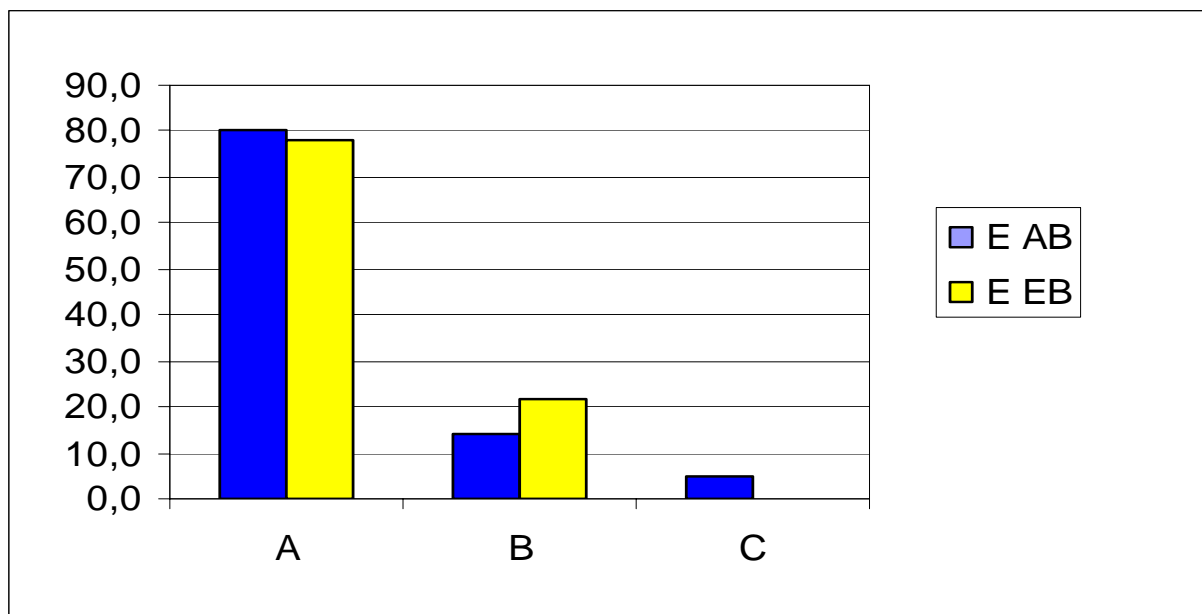


GRÁFICO 8 - Distribuição das idéias centrais da Escola Ary Bocuy (E AB) e Escola Ezequiel Barbosa (E EB), para a pergunta "você já participou de palestras sobre saúde bucal", Araçatuba, 2005

A seguir os discurso das escolas. Aplicou-se o teste Exato de Fisher e não houve diferença significativa entre os discursos (*p valor* 0,7010), deste modo, tem-se um discurso englobando as falas dos adolescentes das duas escolas.

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC 8)

(IC=A) *“Eu já e achei legal, interessante. É bom porque a gente aprende como escova melhor e você pode aprender um pouquinho sobre o que a pode fazer, que a gente tem que escovar, que tem vários tipos de bactérias. Incentiva bastante a cuidar da saúde bucal e aprender mais sobre a boca, os dentes. Eles falavam como que escova os dentes, eles tinham um negócio tipo uma dentadura e eles mostravam, achei bacana.*

(IC=B) *Muita gente não valoriza, mas esclarece bastante muitas perguntas que você faz. Não nunca participei.*

(IC=D) *Olha, eu não me lembro, acho que não. Em casa a minha mãe mesmo fala, olha vai escovar os dentes. Agora meu irmão não liga muito pra dente né. Eu não, eu escovo”.*

Nos discursos observa-se que os adolescentes consideram a educação em saúde bucal por meio de palestras um importante instrumento para mudança de comportamento e atitudes em relação à saúde bucal. No entanto, para atingir esse objetivo é fundamental que o profissional de saúde tenha métodos eficientes, pois além de lidar com as questões biológicas, têm que ter competência na esfera comportamental (SELLS; BLUM, 1996 apud Ruzany et al.,

2002). Para Rise et al. (1996 apud FERREIRA; LONG, 1998), as normas sociais e culturais influenciam o comportamento de higiene bucal dos adolescentes.

Para a pergunta "*you have patience to stay in a lecture about oral health*", obteve-se como idéias centrais nos discursos analisados: tem paciência para assistir à palestra (I.C.= sim); não tem paciência para assistir à palestra (I.C.= não); as vezes tenho, as vezes não, depende do dia e mais ou menos (I.C.= as vezes), tabela 11 e gráfico 9, Observou-se que seis adolescentes que na questão anterior responderam não ter assistido a nenhuma palestra, neste momento afirmaram que teriam paciência para assistir, essa opção está na I.C.= sim.

Tabela 11 - Distribuição da frequência e porcentagem das idéias centrais por escola, para a pergunta "*you have patience to stay in a lecture about oral health*", Araçatuba, 2005

Idéia Central	Ary Bocuy		Ezequiel Barbosa		
	n	%	n	%	
Sim	A	12	57,1	21	91,3
Não	B	02	9,5	0	0,0
As vezes	C	07	33,3	02	8,7

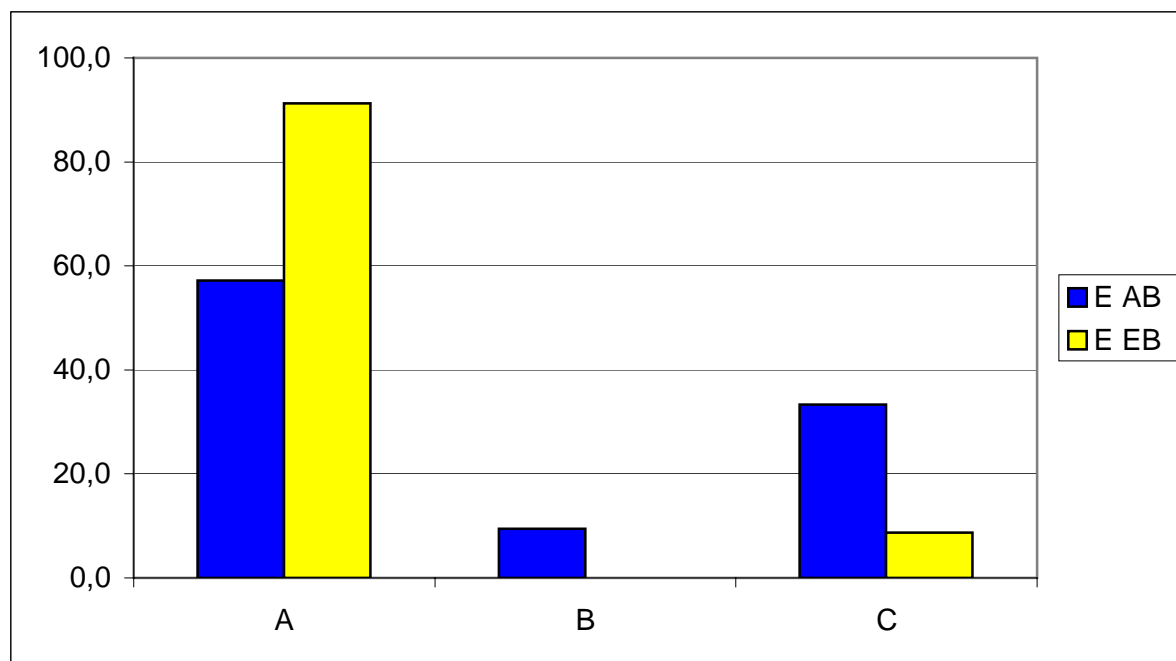


GRÁFICO 9 - Distribuição das idéias centrais da Escola Ary Bocuy (E AB) e Escola Ezequiel Barbosa (E EB), para a pergunta "você tem paciência para ficar numa palestra sobre saúde bucal", Araçatuba, 2005

Nesta questão os discursos foram separados, um para cada escola, pois houve diferença estatística significativa ao aplicar o Teste Exato de Fisher (p valor 0,0217). A seguir estão relatados os discursos:

Discurso *do* Sujeito Coletivo (DSC 9) - Escola Estadual Ary Bocuy

(IC=A) *"Eu tenho porque eu gosto de ver, de aprender as coisas entendeu. Ver a pessoa explicando como é.*

(IC=B) *Pra falar a verdade não, demora muito e não tenho paciência de ficar assistindo. Eles batem sempre na mesma tecla, às vezes irrita um pouco. Porque é sempre aquela coisinha decorada sabe? Vem sempre a mesma coisa. Eu sei de cor já.*

(IC=C) *Tem vez que tenho. Quando eu não tenho, aí eu nem escuto. Porque fala muito e eu não sou muito de ficar ouvindo".*

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC 10) - Escola Estadual Ezequiel Barbosa

"Tenho. As vezes eu tenho. Aqui também passa o filme pra gente ver, porque palestra eu não gosto muito, é muito chato".

Verificou-se diferença nos discursos entre as duas escolas. Na Escola Ary Bocuy, mostraram mais entusiasmo ao responder essa questão, por outro lado na Escola Ezequiel Barbosa, uma única frase representou todos os entrevistados, pois a maioria dos discursos foi monossilábicos: "*tenho*" ou "*sim*" ou "*teria*".

Para muitos profissionais de saúde segundo Marcelo (2001), as atividades educativas são muitas vezes associadas à realização de palestras. Nos discursos apesar do trecho "*eu tenho porque eu gosto de ver*", sobressai a visão de que a palestra é algo cansativo. Muitas vezes o profissional à frente de programas educativos culpam os adolescente pelo desinteresse por atividades educativas. Mas muitas vezes é o profissional que não está preparado para trabalhar com essa faixa etária. Deve-se preocupar em dar maior ênfase às necessidades dessa fase e não somente no aspecto cognitivo, tão presente em muitos programas. Neste sentido Saba-Chujfi (1992) afirma que os profissionais de saúde devem fazer sua abordagem motivacional com técnica apropriada para a faixa etária de cada indivíduo.

Não é de se estranhar, que entre os adolescentes da pesquisa, alguns tenham demonstrado pouco interesse por programas de prevenção, pois

embora eles tenham uma preocupação com o futuro, há uma demanda mais imediata com aquilo que buscam no presente, que segundo os dados seriam questões mais ligadas à aparência e capacidade de atrair o sexo oposto, pois o jovem está preocupado com sua imagem corporal. As ansiedades peculiares à adolescência refletem a preocupação com seu desenvolvimento físico, especialmente no que diz respeito aos caracteres sexuais secundários. Nesse contexto, a boca surge como a primeira zona erógena, a chamada fase oral, no desenvolvimento psicosexual, que remete a relação inicial mãe-bebê, a partir da amamentação. Surgem questões referentes ao processo de separação/individuação, em busca de uma autonomia plena (LEVI SKY, 1995).

Na terceira questão do enfoque cognitivo *“que atividade mais o incentivaria a aprender sobre saúde bucal?”*, obteve-se como idéias centrais: palestras (I.C.= palestras); atividades com participação do adolescentes (I.C.= dinâmica); assistir vídeos ou programas de televisão e música sobre o assunto (I.C.= TV/vídeo/música); apresentação de peças teatrais (I.C.= teatro); demonstração de desinteresse com a afirmação de que não é necessário, não liga para isso ou qualquer coisa foram considerados como não haver interesse (I.C.= indiferença). Na tabela 12 e gráfico 10 tem-se as idéias centrais para essa questão.

Tabela 12 - Distribuição da frequência e porcentagem das idéias centrais por escola, para a pergunta "que atividade mais o incentivaria a aprender sobre saúde bucal", Araçatuba, 2005

Idéia Central		Ary Bocuy		Ezequiel Barbosa	
		n	%	n	%
Palestra	A	04	19,1	05	21,7
Dinâmica	B	05	23,8	05	21,7
Tv/vídeo/música	C	04	19,1	01	4,3
Teatro	D	02	9,5	01	4,3
Indiferença	E	01	4,7	02	8,7
Não sei	F	05	23,8	10	43,4

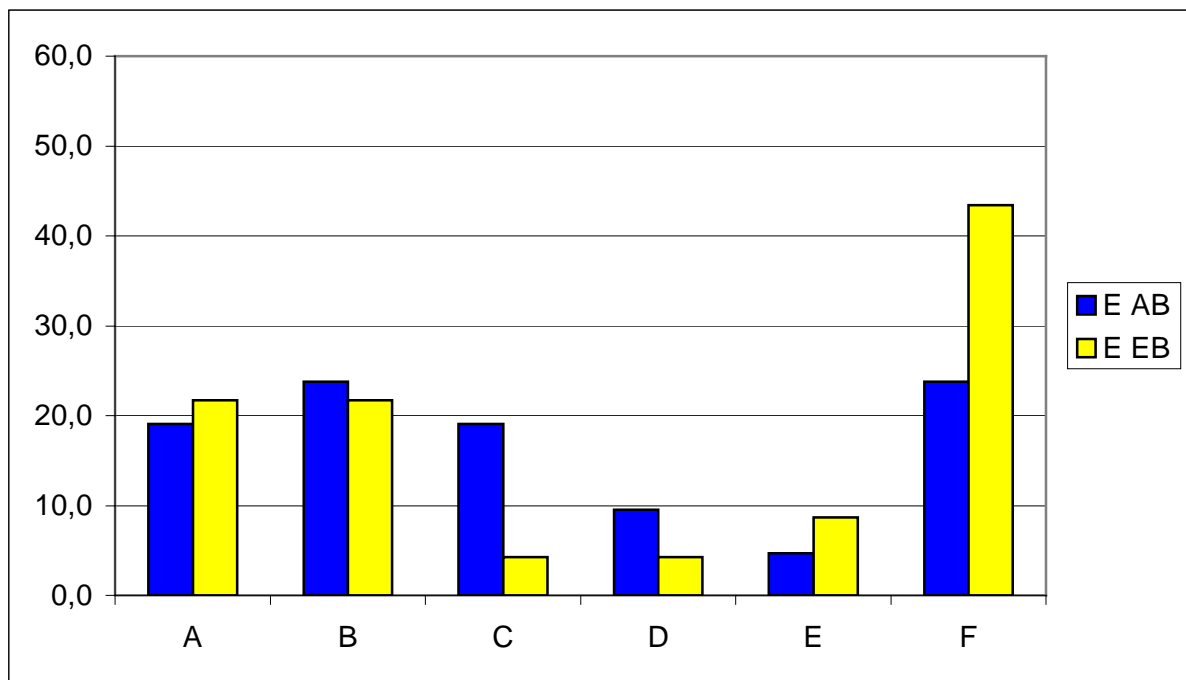


GRÁFICO 10 - Distribuição das idéias centrais da Escola Ary Bocuy (E AB) e Escola Ezequiel Barbosa (E EB), para a pergunta "que atividade mais o incentivaria a aprender sobre saúde bucal", Araçatuba, 2005

Os discursos para essa questão foram agrupados em somente um, pois não houve diferença estatística significativa ao aplicar o Teste Exato de Fisher (p valor 0,4674). Abaixo o relato:

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC 11)

(IC=A) *"Poderia ter mais palestra do que tem, pode ser aqui na escola, mas não falar muito só o que deve falar mesmo.*

(IC=B) *" Ah sei lá, só explicando não dá. Eu acho que deveria trazer coisa uma mais dinâmica, entendeu? Que a gente possa participar também, não ficar sentado olhando para cara do palestrante lá que ta falando. Porque só ficar falando a gente não entende nada, tem que mostrar, eu quero ver tudo o que está fazendo, ficar de frente e ta vendo...*

(IC=C) *E a professora falar mais na sala de aula., usar vídeo, jornalzinho, a televisão, ter musica. Vou citar alguns exemplos.. Se não tiver paciência não aprende nada. Eu acho que eu preciso ver primeiro, eu preciso ver para eu entender melhor as coisas. Tem que ter algo que não prende a pessoa num trem só, que diversifica.*

(IC=D) *Eu vendo e aprendendo eu posso passar para outras pessoas, eu tenho paciência Devia ser desse jeito, teatro, peças infantis ter um papo que despertasse, isso eu quero prestar atenção porque eu achei bacana.*

(IC=E) *Agora vem sempre com uma má vontade, aí até desanima.. Vir um dentista na escola para falar sobre essas coisas, olhar, explicar com imagem.*

(IC=F) *Ah, eu não sei."*

O relato dos entrevistados mostra a necessidade de envolvê-los diretamente nas atividades educativas de maneira a que o próprio jovem se torne

agente difusor das idéias dentro do seu próprio meio, uma vez que foi constatada a importância do grupo de iguais nesta faixa etária. Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (2004), o adolescente quando estimulado a participar ativamente das decisões, sentir-se-á mais valorizado, responsável e comprometido. Para Serra e Cannon (1999), deve haver participação efetiva dos adolescentes na elaboração, implementação e avaliação dessas políticas. Costa et al. (2001) testou a efetividade de várias estratégias motivacionais em duas escolas de São Luis/MA e concluiu que os adolescentes demonstraram maior interesse durante a apresentação do filme em vídeo, seguido da apresentação de peça teatral e música, demonstrando que a utilização de estratégias onde o jovem participa ativamente e que despertam seu interesse, o engajamento nas atividades é satisfatório. No entanto as autoras afirmam que o uso de diapositivos despertou menos interesse nos adolescentes.

A necessidade de envolvimento dos adolescentes nas atividades educativas também foi relatado por Tomita et al. (2001), ao afirmar que programas educativos em saúde bucal que aplicam metodologia participativa têm fundamental importância na mudança de hábitos em adolescentes, independente de sua inserção social.

A última questão do enfoque cognitivo, *“o que é ter saúde bucal para você?”* teve como idéias centrais: cuidar bem dos dentes, escovando-os e ter cuidado com a alimentação, (I.C.= higiene/alimentação); ter os dentes bons e

bonitos (I.C.= dentes bonitos); não ter mau hálito (I.C.= bom hálito); não ter dentes cariados, ter dentes perfeitos (I.C.= sem cáries); necessidade de ir ao dentista sempre (I.C.= ir ao dentista).

As idéias centrais para a questão encontram-se na tabela 13 e gráfico 11.

Tabela 13 - Distribuição da frequência e porcentagem das idéias centrais por escola, para a pergunta "o que é ter saúde bucal para você", Araçatuba, 2005

Idéia Central		Ary Bocuy		Ezequiel Barbosa	
		n	%	n	%
Higiene/alimentação	A	12	57,1	18	78,2
Dentes bonitos	B	04	19,1	01	4,3
Bom hálito	C	02	9,5	01	4,3
Sem cárie	D	03	14,2	01	4,3
Ir ao dentista	E	0	0,0	02	8,6

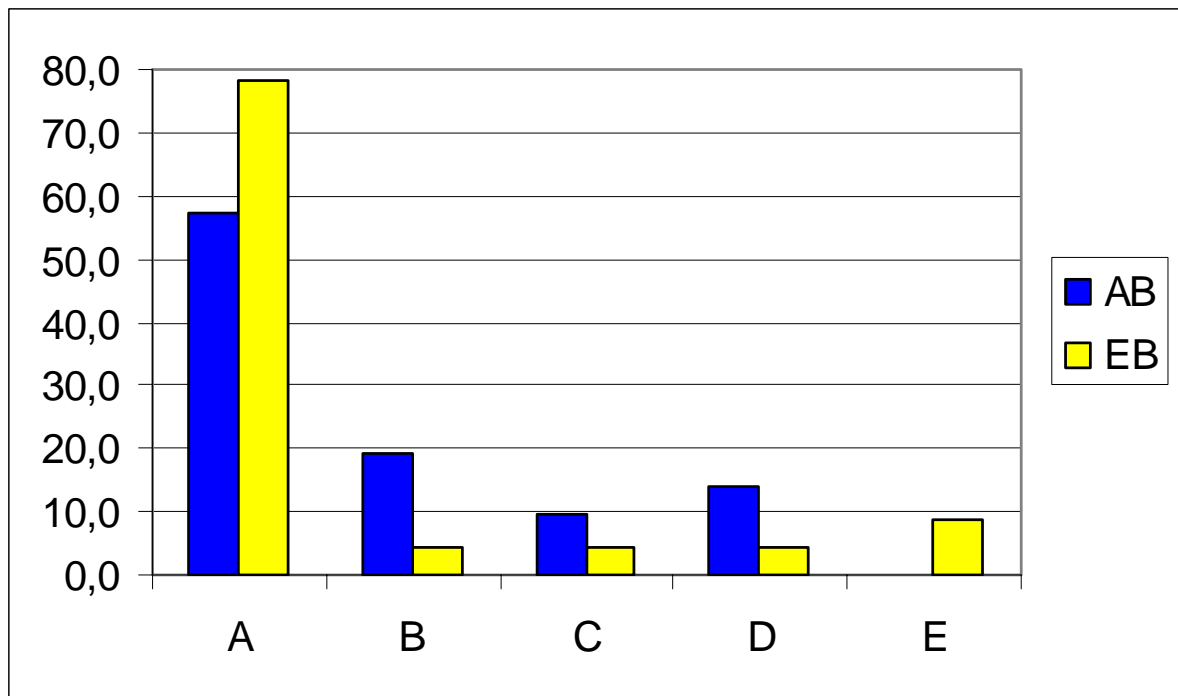


GRÁFICO 11 – Distribuição das idéias centrais da Escola Ary Bocuy (E AB) e Escola Ezequiel Barbosa (E EB), para a pergunta “o que é ter saúde bucal para você”, Araçatuba, 2005

Aplicou-se o Teste Exato de Fisher e não houve diferença

estatística significativa (p valor 0,2067), portanto tem-se um discurso abrangendo as duas escolas.

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC 12)

(IC=A) *“Para mim é cuidar da boca, dos dentes, escovar os dentes direitinho, não só os dentes, mas a língua. É ter higiene.*

(IC=B) *“Ter os dentes bonitos, limpos, branquinho, ser alegre,*

(IC=C) *“ E também ter higiene, um bom hálito, os dentes bonitos, não ter os dentes estragados, podres...*

(IC=D) " *Não ter cárie Acho que tem pessoa que não liga, acham que é só para comer e pronto, não limpa e não faz nada.É ter cuidado com a saúde, cuidar do corpo, da alimentação e cuidar bem dos dentes, escovar os dentes direito.*

(IC=E) " *Sempre ir ao dentista.*"

Nos discursos dos adolescentes observa-se que saúde bucal resume-se somente a ter higiene, dentes limpos. Aspecto negativo muito enfatizado em programas educativos, não relacionam a saúde geral com saúde bucal enquanto que, esses adolescentes fizeram essa associação quando disseram: "*É ter cuidado com a saúde, cuidar do corpo, da alimentação...*" , *incluído na IC "Higiene/Alimentação".*

Deste modo, a saúde bucal não é considerada um estado, mas a atividade de cuidar do corpo (PAI XÃO et al. 1995; apud ABREU, 2005). Unfer e Saliba (2000) ao avaliar o conhecimento popular em saúde bucal de usuários do serviço público de Santa Maria/RS observaram um percentual significativo de pessoas que consideram que a cárie dentária pode ser evitada por meio do autocuidado e da visita ao dentista, o que foi constatado também neste estudo. Este fato, segundo os autores, evidencia que o aparecimento da doença e a busca pela saúde parece ser atribuição e responsabilidade apenas do indivíduo.

Para Flores (1999), por volta da década de 1930, a Educação em Saúde do Brasil sofreu grande influência americana. O modelo americano pregava algo pernicioso, ou seja, os "educadores" passavam as informações para os

indivíduos não adoecerem, caso isso viesse a acontecer era por culpa exclusiva da vítima, por não ter colocado em prática o conhecimento adquirido. Ainda hoje, conforme discurso dos entrevistados, esta influência é observada. Este modelo é muito simples por desobrigar o Estado de investir em políticas públicas em saúde.

Neste sentido Abreu et al. (2005), relatam um pensamento comum na Odontologia que na medida que as normas de higiene são prescritas para todos os indivíduos e todos têm conhecimento, os que adoecem são por descuido próprio e conforme afirma culpar a vítima por adoecer. A culpa pela doença recai sobre a pessoa, o problema de saúde é uma evidência da negligência do indivíduo, e a vítima deve sentir-se culpada por tê-la provocado (VALLA, 1998; FLORES, 2001).

Os determinismos sociais não informam jamais o corpo de maneira imediata, através de uma ação que se exerceria diretamente sobre a ordem biológica sem a mediação do cultural que os retraduz e os transforma em regras, em obrigações, em proibições, em repulsas ou desejos, em gostos e aversões (BOLTANSKI, 1979 apud MINAYO, 1996)

Realizar atividades educativas utilizando um modelo problematizador e que consigam fazer um elo entre o trabalho de cuidar e os aspectos sociais, pode ser uma solução para esse aspecto (ROUX 1994 apud ABREU et al. 2005).

6 Conclusão

“E nossa estória não estará pelo avesso assim, sem final feliz... E até lá, vamos viver, temos muito ainda por fazer. Não olhe pra trás, apenas começamos.”

A partir dos discursos analisados neste estudo pode-se concluir:

- Mencionaram o papel da escola como um meio para melhoria nas condições de saúde bucal, utilizando palestras e atendimento odontológico; para os adolescentes a escola ainda é um local adequado para promoção de saúde.
- Consideram palestras cansativas e enfatizam a necessidade de atividades onde possam participar ativamente, ressaltando a importância de uma abordagem específica para o grupo em questão e envolver atividades que os adolescentes apreciam, com música, teatro.
- Aliam ter dentes bons ao relacionamento com as pessoas, inserção no mercado de trabalho; além de mostrarem preocupação com a estética.
- O esporte é uma forma de lazer dos adolescentes. Muitos adolescentes relataram ficar em casa, seja assistindo televisão ou ouvindo música, demonstrando a ausência de espaços de lazer na região.
- Conversar sobre o sexo oposto é rotina nos diálogos entre adolescentes.

- A maioria se reúne para conversar na rua, na escola ou em casa e sempre em grupos, enfatizando a necessidade de companhia e amizades.
- Para os adolescentes o autocuidado com os dentes é primordial no relacionamento como o sexo oposto.

Referências

ABREU, M.H.N.G. et al. Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaúna (MG), 2002. *Ciê. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.10, n.1, jan./mar. 2005

A EPIDEMIA DA BELEZA. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 08 maio 2005. Cotidiano.

ALENCAR, C. Educar é humanizar. In: GENTILI, P., ALENCAR, C. *Educar na esperança em tempos de desencanto*. Petrópolis: Editora, 2001. cap. 4, p.97-117.

ALMEIDA, M.E.L.; SOUZA, E.H.A. Envelhecimento e saúde bucal: alguns aspectos da bucalidade nas transformações do corpo do idoso. In: DIAS, A.A. *Saúde bucal Coletiva: metodologia de trabalho e práticas*. São Paulo: Editora Santos, 2006. cap. 16, p.315-331.

ASMUS, C.I.R.F. et al. Atenção integral à saúde de adolescentes em situação de trabalho: lições aprendidas. *Cien. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.10, n.4, out./dez. 2005.

ASSIS, S.G. et al. A representação social do ser adolescente: um passo decisivo na promoção de saúde. *Ciê. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.8, n.3, 2003.

ARROYO, M. As bases da educação popular em saúde. Reunião, análise e difusão de informação sobre saúde. *FIOCRUZ*, Rio de Janeiro, n. 21, p. 7, nov./dez. 2001.

BAKIRTZIEF, Z. Identificando barreiras para aderência não tratamento de hanseníase. *Cad. Saúde Publ.*, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p.497-505, out./dez. 1996.

BARROS, R. et al. O uso do tempo livre por adolescentes em uma comunidade metropolitana no Brasil. *Adolesc. Latinoam.*, Porto Alegre, v.3, n.2, nov. 2002.

BELLINI, H.T. Ensaio sobre programas de saúde bucal. Biblioteca Científica. *ABOPREV*, n. 3, mai. 1991. 7p.

BOUER, J. Informação não basta. *Revista Veja*, São Paulo: Editora Abril, ago. 2003.

BRASIL. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da criança e do adolescente, Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 68 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Participação dos jovens: um direito**. Disponível em <<http://www.saude.gov.br>> Acesso em: mar. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**. Disponível em http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/saude_familia.php Acesso em 10 fev. 2006.

BREW, M.C.; PRETTO, S.M.; RITZEL, I.F. **Odontologia na adolescência**. Porto Alegre: Mercado Aberto, 2000. 96p.

CAMPOS, M.; SOUSA, V. O voluntariado como forma de protagonismo juvenil. In: SCHOR, N.; MOTA, M.S.F.T.; BRANCO, V.C. **Cadernos juventude saúde e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 1999. p. 80-85.

CANDEIAS, N.M.R. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Rev. Saúde Pública*, v. 31, n. 2, p. 209-13, abr. 1997.

CARIDADE, A. O adolescente e a sexualidade.. In: SCHOR, N.; MOTA, M.S.F.T.; BRANCO, V.C. *Cadernos juventude saúde e desenvolvimento*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 1999. p. 206-212.

CARDOSO, M.H.C.A.; GOMES, R. Representações sociais e história: referenciais teórico-metodológicos para o campo da saúde coletiva. *Cad. Saúde Publ.*, Rio de Janeiro, v.16, n.2, abr./jun. 2000

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS. Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1.e 2. Graus em 10 capitais brasileiras , 1997.

CENTROS DE ESTUDOS E COMUNICAÇÃO EM SEXUALIDADE E REPRODUÇÃO HUMANA. *Protagonismo Juvenil*. Disponível em <<http://www.adolesc.br>>. Acesso em 20 mar. 2005.

COSTA, A.C.G. O adolescente como protagonista. In: SCHOR, N.; MOTA, M.S.F.T.; BRANCO, V.C. *Cadernos juventude saúde e desenvolvimento*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 1999. p. 75-79.

COSTA, I. C. C., ALBUQUERQUE, A. J. Educação para a saúde. In: *Odontologia preventiva e social: textos selecionados*. Natal: EDUFRN, 1997. cap. 17, p. 223-50.

COSTA, E.L. *Como motivar adolescentes em saúde bucal*: avaliação de estratégias didático-pedagógicas aplicadas em escolas públicas de São Luís - MA. Natal, 2000. 136p. Dissertação (Mestrado Odontologia Social e Preventiva). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

COSTA, E.L. et al. Como motivar adolescentes em saúde bucal: avaliação de estratégias didático-pedagógicas aplicadas em escolas públicas de São Luís - MA. *Revista da Faculdade de Odontologia de Lins*, v. 13, n. 2, jul./dez. 2001.

COSTA, I.C.C, FUSCELLA, M.A.P. Educação e Saúde: importância da integração dessas práticas na simplificação do saber. *Ação Coletiva*, v. 2, n. 3, p.45-7, jul./set. 1999.

DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. *Cad. Pesquisa*, n.115, p.139-154, mar. 2002

ESPINDULA, D.H.P.; SANTOS, M.F.S. Representações sobre a adolescência a partir da ótica dos educadores sociais de adolescentes em conflito com a lei. *Psicol. Estud.*, Maringá, v.9, n.3, set./dez. 2004.

FARR, R.M. Representações Sociais: a teoria e sua história. In. GUARESCHI, P.A.; JOVCHELOVITCH, S. *Textos em representações sociais*. 8.ed. Petrópolis: Vozes, 1995. cap. 1, p.31-59.

FERREIRA, A.C.G.; LONG, S.M. Avaliação da influencia da motivação sobre o índice de placa bacteriana em adolescentes (12 a 15 anos) da cidade de São Paulo. *Rev. Inst. Ciênc. Saúde*, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 31-35, jan./jun. 1998.

FLANDERS, R.A. Effectiveness of dental health educational programs in schools. *J. Am. Dent. Assoc.*, v. 114, p. 239-242, Feb. 1987.

FLORES, O. Educação em saúde ou prática de saúde enquanto prática social. *Ação Coletiva*, v.2, n.2, p. 19-24, abr./jun. 1999.

FLORES, E.M.T. *Percepções, conhecimentos, comportamentos e representações sociais de saúde e doença bucal de adolescentes*. Porto Alegre, 2001, 177f. Dissertação (Mestrado em Odontologia), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2001.

FORMIGLI, V.L.A.; COSTA, M.C.O.; PORTO, L.A.. Avaliação de um serviço de atenção integral à saúde do adolescente. *Cad. Saúde Pública*, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 831-841, jul./set. 2000

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA INFÂNCIA. **Qualidade de vida para todos os adolescentes.** Disponível em: <http://www.unicef.org.br/brazil/qualidadedevida.html> > Acesso em: 05 mar. 2005.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA INFÂNCIA. **A voz dos adolescentes.** Disponível em <http://www.unicef.org.br/brazil/voz.htm>> Acesso em 03 mar. 2006.

GONÇALVES, P.C. et al. Considerações sobre programas de controle de placa. *ROBRAC*, v.7, n.23, p. 36-9, jun. 1998.

GONÇALVES, R.M.G., SILVA.R.H.H. Experiência de um programa educativo-preventivo. *RGO*, v.40, n.2, p.97-100, mar./abr. 1992.

GRAÇA, T.C.A. **A importância da saúde bucal na adolescência: um estudo no IEPIC.** Niterói, 2000. 96f. Tese (Doutorado em Odontologia Social) - Universidade Federal Fluminense, 2000.

GUNTHER, I.A. Adolescência e projeto de vida. In: SCHOR, N.; MOTA, M.S.F.T.; BRANCO, V.C. **Cadernos juventude saúde e desenvolvimento.** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 1999. p. 86-96.

HILGERT, E.C., et al. Análise das abordagens de Educação em Saúde em programas de saúde bucal. *Ação Coletiva*, v. 2, n. 2, p. 10-4, abr./jun. 1999.

HOROWITZ, A.M. The Public's Oral Health: the gaps between what we know and what we practice. *Advances in dental research*, v.9, n.2, p. 91-95, July 1995.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **O Brasil município por município**. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em 02 fev. 2006

L'ABBATE,S. Educação em saúde: uma nova abordagem. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 481-90, out./dez. 1994.

LEFÈVRE, F. et al. **O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metológica em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: EDUCS, 2000. 138p.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C. **O discurso do sujeito coletivo: teoria prática**. Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Programa de verão, 2002.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C. **O pensamento coletivo como soma qualitativa**. Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2003. Disponível em < http://www.fsp.usp.br/~flefevre/Discurso_Publicacoes.htm> Acesso em 13 set. 2004.

LEVISKY,D.L. **Adolescência, reflexões psicanalíticas**. São Paulo: Artes Médicas,1995.

LEVY, S.N. et al. Educação em Saúde-histórico, conceitos e propostas. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE ON LINE, 10.,1996, Brasília. **Anais**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/educaçoesaude.htm>> Acesso em: 04 jul. 2002.

LUZ, M.T.M.; SILVA, R.C. Vulnerabilidade e adolescências. In: SCHOR, N.; MOTA, M.S.F.T.; BRANCO, V.C. **Cadernos juventude saúde e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 1999. p. 93-96.

LYRA, J. et al. "A gente não pode fazer nada, só podemos decidir sabor de sorvete". Adolescentes: sujeito de necessidades a sujeito de direitos. **Cad. CEDES**, Campinas, v. 22, n. 57, p. 9-21, ago. 2002.

MAGRO, V.M.M. Adolescentes como autores de si próprios: cotidiano, educação e hip hop. *Cad. Cedes, Campinas*, v. 22, n. 57, p.63-75, ago. 2002.

MARCELO, V.C. **Adolescentes e profissionais de saúde: olhares sobre a saúde bucal**. São Paulo, 2001. 188f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2001.

MARCONDES, R.S. Educação em saúde na escola. *Rev. Saúde Pública*, n. 6, p.89-96, 1972.

MARTINS, E.M. Educação em saúde bucal: desafios de uma prática. *Cadernos de Odontologia*, v.1, n.2, p.30-40, 1998.

MARTINS, P.O. et al. O ter e o ser: representações sociais da adolescência entre adolescentes de inserção urbana e rural. *Psicol. Reflex. Crit.*, Porto Alegre, v.16, n.3, 2003.

MARTINS, L.B.M. et al. Fatores associados ao uso de preservativo masculino e ao conhecimento sobre DST/AIDS em adolescentes de escolas públicas e privadas do Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.22, n.2, fev. 2006

MENDONÇA, M.H.M. O desafio da política de atendimento à infância e à adolescência na construção de políticas equitativas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, supl., p. 113-120, 2002.

MINAYO, M.C.S. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In. GUARESCHI, P.A.; JOVCHELOVITCH, S. **Textos em representações sociais**. 8.ed. Petrópolis: Vozes, 1995. cap. 3, p.89-111.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4.ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1996. 269p.

MINAYO, M.C.S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M.C.S.(org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2001. cap. 1, p.9-29.

MOIMAZ, S.A.S. et al. Saúde Bucal e a professora de 1º.grau. **RGO**, v.40, n.4, p.295-7, jul./ago. 1992.

MORAES, N., BIJELA, V.T. Educação odontológica do paciente. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, v.36, n.3, p.300-7, maio/jun. 1982.

MUZA, G.M.; COSTA, M.P. Elementos para elaboração de um projeto de promoção à saúde e desenvolvimento dos adolescentes: o olhar dos adolescentes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 321-328, jan./fev. 2002.

NETO, O.C. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M.C.S.(org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2001. cap. 3, p.51-66.

OLIVEIRA, D.C. et al. Futuro e liberdade: o trabalho e a instituição escolar nas representações sociais de adolescentes. **Estud. Psicol.**, Natal, v.6, n.2, jul./dez. 2001.

OLIVEIRA, D.C. et al. A positividade e negatividade do trabalho nas representações sociais de adolescentes. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v.18, n.1. jan./abr. 2005.

OSELKA, G.; TROSTER, E.J. Aspectos éticos do atendimento médico do adolescente. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 306-307, out./dez. 2000.

OSÓRIO, L.C. **Adolescente hoje**. São Paulo: Artes Médicas,1992.

PAES,A.M.C., ROSE,M.C.P. Avaliação dos normalistas da escola normal de Ceilândia em educação em saúde bucal. **Rev. Saúde Distrito Federal**, v. 8, n. 3, p. 32-43, jul./set. 1997.

PETRY,P.C.; PRETTO, S.M. Educação e motivação em saúde bucal. In: KRIGER, L. **ABOPREV: promoção de saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 1997. cap. 15, p. 363-70.

PI NTO, V.G. Programação em saúde bucal. In: PI NTO, V.G. **Saúde bucal Coletiva**. 4.ed. São Paulo: Ed. Santos, 2000. cap. 4, p. 99-138.

RUZANY, MH. **Mapa da situação de saúde do adolescente no município do Rio de Janeiro**. [Doutorado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2000. 113p.

RUZANY, M.H. et al. Avaliação das condições de atendimento do programa de saúde do adolescente no município do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 639-649 , maio/jun. 2002.

SABA-CHUJFI, E. et al. Avaliação dos métodos de motivação/educação em higiene bucal. **RGO**, Porto Alegre, v. 40, n. 2, p. 87-90, mar./abr. 1992.

SANTOS, M.F.; BASTOS, A.C.S. Padrões de interação entre adolescentes e educadores num espaço institucional: resignificando trajetórias de risco. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 45-52, 2002.

SERRA, A.S.L.; CANNON, L.R.C. Pelo andar se faz um caminho! Uma proposta metológica de educação em saúde para adolescentes. In: SCHOR, N.; MOTA, M.S.F.T.; BRANCO, V.C. **Cadernos juventude saúde e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 1999. p. 276-288.

SILVA, J.A.C. A ciência explica o aborrecente. **Revista Veja**, São Paulo: Editora Abril, ago. 2003.

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.

SIMIONI, A.M.C. et al. **Metodologia qualitativa nas pesquisas em saúde coletiva: considerações teóricas e instrumentais**. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de prática de Saúde Pública. 1996.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Políticas públicas municipais para adolescentes: município do adolescente participativo**. Manual de orientação, 2004. 20p.

SOFHIA, D. Os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo. **Reunião, análise e difusão de informação sobre saúde**. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, n.21, p. 4-6, nov./dez. 2001.

SPI NK, M.J. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das Representações Sociais. In. GUARESCHI, P.A.; JOVCHELOVITCH, S. **Textos em representações sociais**. 8.ed. Petrópolis: Vozes, 1995. cap. 4, p.117-145.

TAM IETTI, M.B., CASTILHO, L.S., PAI XÃO, 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.

TOMITA, N.E. et al. Educação em saúde bucal para adolescentes: uso de métodos participativos. **Rev. Fac. Odontol. Bauru**, Bauru, v. 9, n. 1/2, p.63-9, jan./jun. 2001.

UNFER, B.; SALIBA, O. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.2, p. 190-195, abr. 2000.
VASCONCELLOS, I.C., SILVA, A.M.M. Programa de saúde bucal. **Revista Científica**, v. 2, p. 63-74, 2000.

VASCONCELOS, E.M. **Educação popular nos serviços de saúde**. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 1997. 167p.

VASCONCELOS, E.M. Educação popular como instrumento de reorientações das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 2, p. 39-57, 1998.

VALLA, V.V. Sobre a participação popular: uma questão de perspectiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, s. 2, Rio de Janeiro, 1998.

VIEIRA, V.C.R. et al. A atividade física na adolescência. **Adoles. Latinoam.**, Porto Alegre, v.3, n.1, ago. 2002.

WEYNE, S.C. A construção do paradigma de promoção de saúde - um desafio para as novas gerações. In: KRIGER, L. **Promoção de saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 1997. cap. 1, p. 1-26.

ZAGURY, T. **O adolescente por ele mesmo**. 14.ed. Rio de Janeiro: Record, 2004. 277 p.

ZANELLI, J.C. Pesquisa qualitativa em estudos de gestão de pessoas. **Estudo de Psicologia**, v. 7, n.esp., p.79-88, 2002.

ZONTA, M. Os espaços de interesse dos jovens. Disponível em: <<http://www.geocities.com/SiliconValley/Way/4835/Formacao/Juventudeesp.html>>. Acesso em: 06 jul. 2000.

ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

unesp

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Araçatuba



OF. 041/2005
CEP
ACBD/bri

Araçatuba, aos 10 de março de 2005

Em reunião do Comitê de Ética em Pesquisa desta Unidade, realizada em 23/02/2005, foi **APROVADO** a solicitação de prorrogação do projeto "Percepção de saúde bucal: representação social de adolescentes de duas escolas da periferia de Araçatuba/SP", cujo relatório deverá ser apresentado até 23/08/2005.

Grato pela atenção.


Prof. Dr. Alberto Carlos Botazzo Delbem
Coordenador do CEP

Ilma. Senhora
Prof. Dr.ª Maria Lúcia Marçal Mazza Sundfeld
Campus de Araçatuba

Ciente.De acordo.



Prof. Dr.ª Maria Lúcia M.M. Sundfeld

ANEXO B - Autorização da Delegada de Ensino



SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
COORDENADORIA DE ENSINO DO INTERIOR
DIRETORIA DE ENSINO - REGIÃO DE ARAÇATUBA
RUA ANTÔNIO JOÃO, 130 - ARAÇATUBA - SP
FONE 822 2200

AUTORIZAÇÃO

Declaro que após esclarecimento prévio sobre os objetivos do trabalho **"PERCEPÇÃO DE SAÚDE BUCAL: representação social de adolescentes de duas escolas da periferia de Aracatuba/SP"**, desenvolvido pelo Cirurgião-Dentista Alessandro Aparecido Pereira, aluno regularmente matriculado no programa de pós-graduação em Odontologia Preventiva e Social, nível doutorado, da Faculdade de Odontologia de Aracatuba, autorizo livremente o referido aluno a desenvolver a pesquisa nas escolas: **E.E. C.H. EZEQUIEL BARBOSA** e **E.E. ARY BOCUHY** da cidade de Aracatuba.

A pesquisa será realizada através de entrevista, nenhum desconforto ou risco é esperado neste tipo de pesquisa e os alunos não serão identificados.


Maria Inês Sunifeld Ribeiro
RG 192 803
Diretora Regional de Ensino