



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ**

**ANA CELY MACHADO DE SOUSA**

**ADOLESCENTES E SAÚDE BUCAL:**  
entre a estética do belo e a preservação orgânica

**FORTALEZA – CEARÁ**  
**2008**

ANA CELY MACHADO DE SOUSA

ADOLESCENTES E SAÚDE BUCAL:  
entre a estética do belo e a preservação orgânica

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre.

Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Lúcia Duarte Pereira.

Universidade Estadual do Ceará

Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente

Título do trabalho: ADOLESCENTES E SAÚDE BUCAL: entre a estética do belo e a preservação orgânica.

Autora: Ana Cely Machado de Sousa.

Defesa em: 24/03/2008

Conceito obtido: Satisfatório.  
Nota obtida: 9,0 (nove)

BANCA EXAMINADORA

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Lúcia Duarte Pereira  
Universidade Estadual do Ceará – UECE  
Orientadora

---

Prof. Dr. Fabrício Bitu de Sousa  
Universidade Federal do Ceará  
1º Membro

---

Profa. Dra. Patrícia Neyva da Costa Pinheiro  
Universidade Estadual do Ceará  
2º Membro

---

Profa. Dra. Karla Corrêa Lima Miranda  
Universidade Estadual do Ceará  
Membro Suplente

A todos os adolescentes,  
fonte de inspiração para o meu trabalho.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, presença constante.

À minha família, pela compreensão e apoio.

À amiga Graça Viana, pelo incentivo.

À amiga Maria do Socorro Daniel Temotheo, professora da União Metropolitana de Educação e Cultura Bahia (UNIME-BA), pelo acesso à Biblioteca desta instituição.

Aos funcionários da UNIME-BA, pela atenção.

À Professora Maria Lúcia Duarte Pereira, pela prestimosa orientação.

À Professora Dra. Diana Célia, pela primeira orientação.

À Professora Dra. Maria Salete Bessa Jorge, pelo apoio.

A Marise de Sousa Queiroz, João Paulo, Flávia, Lúcio Flávio, pelas inestimáveis colaborações durante a coleta de dados.

Às amigas Mary Anne e Elisângela Maria Marques, pela digitação.

Aos adolescentes, pela decisiva participação.

Enfim, a todas as pessoas que direta ou indiretamente me ajudaram ao longo deste trabalho.

O Senhor é a minha força e o meu escudo;  
nele confiei o meu coração, e fui socorrido;  
Assim o meu coração salta de prazer,  
e com o meu canto o louvarei.

## RESUMO

A cárie e as doenças periodontais ainda são de alta prevalência na população brasileira, apesar dos visíveis avanços tecnológicos que permitem mudanças e reabilitações dentárias. Particularmente entre os adolescentes, a situação é mais grave, pois eles não têm opções de serviços, por não se enquadrarem nas faixas etárias dos programas de saúde. Assim, os objetivos deste estudo foram: apreender a percepção dos adolescentes sobre saúde bucal; descrever a relevância estética e funcional dos dentes para os adolescentes do ponto de vista de suas perspectivas pessoais e sociais e analisar o comportamento/atitudes dos adolescentes dos sexos feminino e masculino em relação à saúde bucal. Quanto ao processo metodológico, trata-se de estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa. Participaram do estudo 41 adolescentes de dois serviços públicos de saúde. Utilizou-se como técnicas de coleta de dados a entrevista semi-estruturada e a observação assistemática. Os dados foram analisados pela técnica de análise de conteúdo temática, preconizada por Bardin. Os resultados foram agrupados em cinco categorias, com suas respectivas subcategorias, no total de 1.250 unidades de análise temáticas, a saber: Concepções sobre Saúde Bucal (Técnico-profissional e Estética/Aparência); Percepção sobre a Função dos Dentes (Digestão e Comunicação); Importância dos Dentes (Namoro, Auto-Estima e Convívio Social); Outras (Dor, Humor, Religiosidade e Cuidados Gerais). Apreendeu-se a importância, para os adolescentes, da saúde bucal em vários contextos de suas vidas, na beleza/estética, no convívio social, na comunicação, no namoro, na auto-estima, bem como as consequências da falta de cuidado com os dentes. Esta investigação permite conhecer as informações dos adolescentes sobre saúde bucal, o que pode ser válido no intuito de se desenvolver estratégias de promoção de saúde por meio da educação em saúde voltadas para esta parcela da população, embasadas em dados precisos. Somente assim será possível planejar intervenções preventivas, monitorar e avaliar as respostas às referidas intervenções.

Palavras-chave: adolescência, educação em saúde, saúde bucal, percepção.

## ABSTRACT

The caries and periodontal diseases still are of high prevalence in Brazilian population, despite the visible technologic advances that allow changes and dental rehabilitations. Privately among the adolescents, the situation is harder, so they don't have options of services, so do not fit into age rates of health programs. Thus, the objectives of this study were: to apprehend the perception of adolescents about dental health; to describe the aesthetic and functional relevance to tooth to adolescents by the point of view of their personal and social perspectives and to analysis the behaviour/attitudes of adolescents of female and male gender in relation to dental health. Regarding the methodological process, this is a descriptive and exploratory study, with qualitative approach. Took part of study 41 adolescents of two public services of health. It used as techniques of collect data the interview semi-structured and assystematic observation. The data were analyzed by technique of anaysis of thematic content, proposed by Bardin. The results were grouped in five categories, with its respectives subcategories, in total of 1250 unities of thematic analysis, to know: Conceptions of Dental Health (Technical-professional and Aesthetics/Looking); Perception about the function of Tooth (Digestion and Communication); Importance of tooth (Date, Self-esteem and Social Living); Others (Pain, humor, Religiosity and General cares). It apprehended the importance, to adolescents, of dental health in several contexts of their lives, beauty/aesthetic, social living, communication, date, self-esteem, as well as the consequences of lack of care with the tooth. This investigation allows to know the informations of adolescents about dental health, which can be valid in order to develop strategies of health promotion through education in health backed to this parcelo f population, based upon precise data. Only this way will be possible to plan preventive interventions, to monitorate and assess the answers to referred interventions.

Key-Words- Adolescence, education in health, dental health, perception.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1:	Bases para a promoção da saúde bucal.....	24
Quadro 2:	Distribuição das categorias e subcategorias empíricas sobre saúde bucal dos adolescentes. Fortaleza-CE, 2007.....	39
Fig. 1:	Plano de análise.....	35
Tabela 1:	Características dos adolescentes segundo variáveis sociodemográficas. Fortaleza-CE, 2007.....	37
Tabela 2:	Distribuição das frequências e percentuais da categoria concepções sobre a saúde bucal. Fortaleza-CE, 2007.....	40
Tabela 3:	Descrição das unidades de análise temáticas da categoria percepção da função dos dentes, de acordo com o sexo. Fortaleza-CE, 2007.....	44
Tabela 4:	Distribuição das unidades de análise temáticas da categoria conseqüências da falta de cuidados com os dentes, de acordo com o sexo. Fortaleza-CE, 2007.....	47
Tabela 5:	Descrição das unidades de análise temáticas da subcategoria importância dos dentes, de acordo com o sexo. Fortaleza-CE, 2007.....	51
Tabela 6:	Descrição das unidades de análise temáticas da categoria outras, de acordo com o sexo. Fortaleza-CE, 2007.....	55

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS	- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ASPS	- Sociedade Americana de Cirurgiões Plásticos
CNSB	- Conferência Nacional de Saúde Bucal
DST	- Doenças sexualmente transmissíveis
ECA	- Estatuto da Criança e do Adolescente
HIAS	- Hospital Infantil Albert Sabin
HSJ	- Hospital São José de Doenças Infecciosas
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	- Organização Mundial de Saúde
PNAD	- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
SESA	- Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
SUS	- Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>RESUMO.....</b>	<b>6</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>7</b>
<b>LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....</b>	<b>8</b>
<b>LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....</b>	<b>9</b>
<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>15</b>
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>16</b>
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>30</b>
4.1 LOCAL DO ESTUDO.....	30
4.2 SUJEITOS DO ESTUDO.....	31
4.3 ASPECTOS ÉTICOS.....	32
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	32
4.5 ANÁLISE DE DADOS.....	33
4.6 PLANO DE ANÁLISE.....	36
<b>5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>37</b>
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS.....	37
5.2 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS APREENDIDOS PELAS ENTREVISTAS.....	38
5.2.1 Categoria 1 – concepções sobre a saúde bucal.....	40
5.2.2 Categoria 2 – percepção sobre a função dos dentes.....	44
5.2.3 Categoria 3 – conseqüências da falta de cuidados com os dentes...	46
5.2.4 Categoria 4 – importância dos dentes.....	50
5.2.5 Categoria 5 – outras.....	54
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>59</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>63</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>69</b>
APÊNDICE A: ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	70
APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	71
APÊNDICE C1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	72
APÊNDICE C2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	73
APÊNDICE D: CARTA DE ENCAMINHAMENTO À INSTITUIÇÃO DE PESQUISA.....	74
<b>ANEXO.....</b>	<b>75</b>
ANEXO A: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	76

# 1 INTRODUÇÃO

Se você encontrar uma porta à sua frente, você pode abri-la ou não.  
Se você abrir a porta, você pode ou não entrar em uma nova sala.  
Para entrar, você vai ter que vencer a dúvida, o titubeio ou medo.  
Se você venceu, você dá um passo: nesta sala vive-se.  
Mas também tem um preço: são inúmeras outras portas que você  
descobre.  
(Içami Tiba, 2005)

Nos últimos tempos, os profissionais de saúde se defrontam com um desafio crescente, qual seja, responder à complexa situação de comprometimento da saúde dos adolescentes brasileiros, incluída a saúde bucal. A odontologia, profissão integrante da equipe de saúde, vem se envolvendo nesse desafio, considerado fundamental para a promoção da saúde bucal e também para a promoção da saúde em sua integralidade.

Ao lidar com adolescentes são exigidas dos profissionais de saúde não somente capacitação técnica, mas, sobretudo, sensibilidade para compreender o universo deste sujeito: seu modo de pensar, sentir e agir no mundo.

Como é notório, nessa fase os adolescentes sofrem alterações biológicas. Tais alterações podem ser mais complicadas por situações adversas em virtude da pobreza e das desigualdades sociais, raciais, geradoras de exclusão social. Assim, a grande maioria é expropriada de condições dignas de vida e de equânimes possibilidades de acesso e usufruto dos direitos de vida e bens sociais.

O conceito de adolescência é amplo. Em termos de idade, não existe consonância quanto à etapa de duração dessa fase. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) adolescente é todo indivíduo na faixa etária situada entre 10 e 19 anos. Dos 10 aos 14 anos seria a pré-adolescência; dos 15 aos 19, seria a adolescência propriamente dita. Em termos jurídicos, conforme a Lei nº 8.069/90, conhecida como Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a adolescência seria o período de vida na qual a pessoa está em desenvolvimento, e compreende a faixa etária entre 12 e 18 anos. Ainda conforme alguns autores, este período poderia também incluir o grupo etário de adultos jovens de 20 a 24 anos, por semelhança no perfil de morbi-mortalidade (MIRANDA; GADELHA; SZWARCOWALD, 2002).

Atualmente, a população mundial de jovens na faixa etária entre 10 e 24 anos é composta por cerca de 1,7 bilhão de pessoas. Em torno de 86% desta população habitam os países em desenvolvimento. Historicamente, isto faz desta geração a mais urbana e com maior acesso à educação. No Brasil, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000), a população de jovens é composta por aproximadamente 76,9 milhões (BRASIL, 2005).

Como afirmam Traebert e Moreira (2001), a adolescência tem início com a puberdade, quando se iniciam também as várias mudanças morfológicas, psicológicas, e algumas alterações no comportamento do indivíduo adolescente passíveis de comprometer seu crescimento e sua saúde.

Embora, conforme Vitiello (1998), até o século XVII a infância não fosse sequer reconhecida como um período individualizado da vida humana, no final do século XVIII o interesse se volta para a criança e o adolescente como distintos do adulto. Contudo, é no século XIX que a puberdade e a adolescência serão reconhecidas como fases críticas. Assim, apesar de, a princípio, a adolescência ter sido relegada como uma fase não compreendida pela sociedade, atualmente as políticas públicas voltadas para o adolescente ressaltam esta fase da vida como exposta a riscos próprios, que podem ser internos (identitário) ou externos (violência). Adolescência e juventude são também associadas à noção de crise (desordem e irresponsabilidade) – problema social, ou têm um enfoque de risco: de engravidar, de contrair HIV, de usar drogas ilícitas (LYRA et al., 2002).

Tais crises são observadas na prática. Diante destas, os adolescentes devem ser incentivados a refletir sobre suas atitudes, pois podem arrastar consigo grandes e às vezes irreversíveis agravos à saúde, como dependência de drogas, gravidez indesejada, doenças sexualmente transmissíveis, e suas conseqüências.

Todos estes agravos, somados à violência, às desigualdades sociais, ao consumo de álcool e drogas, ao descaso com a saúde bucal, ao risco de depressão e suicídio, à vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis (DST) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) requerem atenção e cuidados especiais. Entre estes, incluem-se a proposição de políticas públicas e o

desenvolvimento de pesquisas que possam contribuir no desenvolvimento de ações destinadas a minimizar tais problemas.

Em relação à saúde bucal, de acordo com a odontologia, a exemplo de outras áreas, a melhor forma é a prevenção. Por isto, a educação em saúde bucal deve-se estabelecer nos primeiros anos de vida, mediante abordagem integrada, envolvendo profissionais de saúde. Ademais, a comunicação social deve ser o caminho buscado para que a população tenha uma melhor saúde (FREIRE; MACEDO; SILVA, 2002).

No planejamento das ações de saúde, enfatiza Sheiham (2000), as de saúde bucal merecem destaque em virtude do impacto exercido na vida dos indivíduos, seja do ponto de vista estético, de qualidade de vida, de aspirações pessoais, sociais e comportamentais, vinculando-se diretamente ao grau de possibilidades que uma pessoa desfruta em sua existência.

Como consta na Conferência Nacional de Saúde Bucal-CNSB (2006), saúde bucal

é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e está relacionada diretamente com as condições de saneamento, alimentação, moradia, trabalho, educação, renda, transporte, lazer, liberdade, acesso à posse da terra, ao serviço de saúde e à informação.

A saúde bucal pode ainda ser definida como o estado de completa normalidade e eficiência funcional do elemento dental das estruturas de suporte, como também das partes circunvizinhas da cavidade bucal e das várias estruturas que se relacionam à mastigação e ao complexo maxilo-facial (BASTOS; PERES; RAMIREZ, 2003).

Para Narvai (2005), a saúde bucal se refere a um conjunto de condições objetivas (biológicas) e subjetivas (psicológicas) que dão condições ao ser humano de exercer funções como mastigação, deglutição e fonação, estando intrinsecamente relacionada à dimensão estética, à auto-estima e ao relacionamento social satisfatório, sem inibições ou constrangimentos. A essas condições deve estar aliada a ausência de doença ativa em níveis tais que permitam ao indivíduo exercer as citadas funções da forma como lhe parecer melhor e lhe propiciem sentir-se bem, contribuindo assim para sua saúde geral.

Contudo, com base no atendimento e na convivência com adolescentes no cotidiano profissional e na experiência adquirida com a clientela, conforme percebemos, muitos adolescentes não valorizam a saúde bucal, pelo menos até serem motivados. Isto nos leva a alguns questionamentos:

1. O que é saúde bucal para o adolescente?
2. Será que o adolescente tem noção da importância da saúde bucal do ponto de vista funcional e estético?
3. Qual o comportamento do adolescente em relação à saúde bucal?
4. Será que ele tem motivações em relação aos cuidados com os dentes?
5. Quais?

A nosso ver as respostas a esses questionamentos possibilitarão um diálogo entre os conhecimentos empíricos e as teorias já construídas sobre o tema, no sentido de conhecer melhor essa clientela e termos noção da atenção à saúde a ela dispensada. Todas estas informações são necessárias, pois apenas com dados precisos sobre saúde bucal, repassados pelo próprio adolescente, e seu comportamento diante de tal situação, poderemos planejar intervenções preventivas efetivas, monitorar e avaliar as respostas a estas intervenções e, assim, contribuir com políticas públicas que norteiam as ações da odontologia junto aos adolescentes.

## 2 OBJETIVOS

- Apreender a percepção dos adolescentes sobre saúde bucal;
- Descrever a relevância estética e funcional dos dentes para os adolescentes do ponto de vista de suas perspectivas pessoais e sociais;
- Analisar o comportamento/atitudes dos adolescentes dos sexos feminino e masculino em relação à saúde bucal.



### 3 REVISÃO DA LITERATURA

Originária do latim *adolescere*, a palavra adolescência significa crescer, desenvolver-se. É verbo intransitivo, não requer objeto direto, nem indireto, mas exige complementos que tornarão a superlativa experiência um processo natural. Estes complementos são os seguintes: o amor, o companheirismo, a tolerância, a compreensão, a presença e a cumplicidade. Todos estes, certamente, marcarão anos vindouros (PIGOZZI, 2005).

Conforme alguns autores, a adolescência é considerada sinônimo de mudança e alternância de comportamento. O período de mudanças físicas, hormonais, intelectuais, culturais, emocionais, sociais, morais e familiares favorece também a quebra ou rompimento com modelos preexistentes que desequilibram os relacionamentos familiares, geralmente frágeis, levando muitas vezes a grandes conflitos. Em virtude das transformações ocorridas no corpo da criança – a puberdade, as quais coincidem com o início desta fase, o adolescente vive entre ser criança e ser adulto. Ante tantas transformações, é necessário o adolescente apoiar-se em uma ideologia capaz de adaptá-lo ao mundo ou de agir sobre ele para modificá-lo (ABERASTURY; KNOBEL, 1992).

Ainda de acordo com Knobel (1992), no decorrer do desenvolvimento do adolescente, o conviver com a imaginação e com o sonho em constante alternância com a realidade coincide com a necessidade de intelectualizar e fantasiar como forma típica do pensar do adolescente.

Neste momento, a compreensão, a tolerância da família com o novo ser, com esta nova identidade, é fundamental para o adolescente. Deste modo, tal transição poderá acontecer sem acarretar traumas ao jovem, e à família, que também deve adolecer, ou seja, crescer e se desenvolver junto com o jovem (CARR-GREGG; SHALE, 2004).

Para muitos adolescentes, a identidade não acontece magicamente de uma hora para outra. Até a descoberta de “quem são”, vão experimentando máscaras no intuito de encontrar uma que lhes sirva. Essas tentativas são feitas

mediante várias escolhas. Por exemplo: alguns participam de “grupo de jovens” ou “tribos” que os identificam como participantes de determinadas coisas. Outros pertencem à turma dos góticos, os adeptos dos *Rap*, os *Punks*, os *Rave*, onde todos obedecem a um código de regras e condutas, possuem identificações musicais, compartilham estilos próprios de roupas e acessórios e buscam mitos próprios. Brincar com identidades variadas é uma atividade completamente normal (CARL-GREGG; SHALE, 2004).

Desafios “radicais” e esportes “radicais” são marcas registradas dos adolescentes e suas tribos na busca pela auto-afirmação e que dispensam o “para-quedas”, a proteção dos adultos, sejam pais, profissionais ou responsáveis. O prazer adolescente está em descobrir as coisas, está nos desafios sem a proteção dos adultos, no intuito de buscar sua identidade por meio da conquista da sua independência (TIBA, 1998).

Em virtude do próprio momento de mudança (física, mental e identitária), o adolescente não se permite ser uma pessoa passiva a não ser diante de circunstâncias especiais de vida, como uma patologia passível de colocá-lo em situação de exceção (PIGOZZI, 2005).

Durante o processo de busca identitária, o adolescente se apropria das situações que lhe são mais favoráveis no momento, como o da uniformidade que lhe dá segurança e auto-estima. Ocorre, então, um processo de identificação com outros adolescentes do seu grupo de pertencimento (KNOBEL, 1992).

Como afirma Pigozzi (2005), a convivência dos adolescentes com seu grupo pode ser a oportunidade de crescimento, de aprendizado, se este convívio for aproveitado para promover discussões sobre os mais variados temas de interesse dos jovens. Conforme podemos observar, o adolescente acredita mais na avaliação do grupo do que na dos adultos (pais, parentes, professores), e esta avaliação pode influenciar os jovens, tanto positiva como negativamente.

Na adolescência, o pensamento varia entre o concreto e o abstrato. Este é, pois, um período de grande criatividade, permeado pelo exercício de experiências e habilidades novas. Para alcançar um desenvolvimento saudável é necessário que utilizem suas capacidades de modo saudável, não de modo negativo (OMS, 2000).

De acordo com a mesma fonte, pesquisas realizadas nos Estados Unidos sobre hábitos alimentares saudáveis revelaram que 18% dos jovens não comiam frutas nem verduras todos os dias, no entanto, 7% comiam guloseimas, saladas e doces diariamente e um terço deles os consumia várias vezes ao dia. Frequentemente os jovens se sentem atraídos por alimentos industrializados e refinados e a mídia em muitos casos os apresenta como parte do cotidiano da vida moderna. A maioria destes alimentos contém altas taxas de gordura e açúcar e o consumo excessivo torna deficiente a ingestão de alimentos mais nutritivos e completos.

De modo geral, os adolescentes (meninos e meninas) têm boa saúde e seu desenvolvimento é satisfatório. Eles constituem a força viva da sociedade. Entretanto, em muitas sociedades, jovens expostos a riscos têm sua saúde e seu desenvolvimento prejudicados, tornando-se alvo de discriminação (OMS, 2000).

Conforme mencionamos, várias mudanças ocorrem desde a infância até a adolescência: entre estas, as transformações biológicas da puberdade, a mudança nas relações com a família (pais) e seus pares e a habilidade freqüente dos adolescentes para pensarem de forma abstrata no sentido de considerar diferentes dimensões dos problemas e para refletir sobre si mesmos e os outros. Portanto, esta fase representa um momento crítico no processo de desenvolvimento humano (MADDALENO; INFANTE, 2001).

Mas a identidade do adolescente com seu grupo é algo quase “sagrado” e deve ser considerado saudável, pois é o território dos “desiguais iguais”, ou seja, são pessoas diferentes, que se igualam pelos interesses, sejam religiosos, artísticos, esportivos etc. O adolescente que se isola e não se identifica com seus “iguais” é exceção à regra da necessidade de agrupamento bem característico dessa fase de vida (PIGOZZI, 2005).

Segundo Tiba (2005), assim como um bebê nasce para a família, o adolescente nasce para a sociedade, onde buscará sua identidade social. A ousadia e a adrenalina necessárias à sua preparação lhe serão fornecidas pela biologia e os conhecimentos adquiridos durante sua formação serão exercitados e reformulados

progressivamente. Seu mais importante recurso será o conhecimento acumulado dentro de si.

O adolescente precisa da fantasia, da abstração, do exercício criativo de ficar fora da realidade, de “ficar na sua”, no seu mundo. Nos adolescentes as idéias são os valores que dinamizam a vontade no caminho de transformá-los em seus ideais. Neste caminho é comum haver conflitos. Os conflitos do adolescente podem acontecer se um ideal de poder conflitar com um ideal de justiça, por exemplo. Todas essas etapas fazem parte do desenvolvimento e crescimento físico e mental da adolescência normal nos caminhos em direção à fase adulta (FARIA, 1998).

Ao longo desta fase, o luto pela perda do corpo infantil, a perda simbólica dos pais idealizados e a mudança de atitude em relação a estes conduzem o adolescente à identidade sexual adulta. Na busca por esta identidade adulta ele percorre vários caminhos coerentes com seu desenvolvimento. No entanto, há conflitos resultantes da angústia ocasionada entre o embate do conhecido (infância, pais infantis) com o desconhecido (novo corpo, novas idéias) e os pais que podem ainda permanecer na etapa anterior da infância (ABERASTURY; KNOBEL, 1992).

Ao adquirir uma identidade, o adolescente aceita seu corpo e passa a habitá-lo e a usá-lo de acordo com seu sexo. Essa conduta genital passa a se expressar não somente no ato sexual, mas em todas as atividades. Formar a identidade tem início com a vida, mas a identidade sexual é conquistada por meio da livre experimentação e de flutuações, onde tabus e proibições sexuais e as inibições genitais dos adultos (pais, professores etc.) podem atrasar o desenvolvimento da sexualidade e às vezes provocar patologias (ABERASTURY; KNOBEL, 1992).

A sexualidade na adolescência faz parte do desenvolvimento físico e mental e atravessa várias etapas importantes antes de atingir a maturação. No processo de desenvolvimento da sua sexualidade, os adolescentes apresentam manifestações diferentes quanto aos impulsos sexuais, de acordo com a conformação e morfologia da genitália masculina e feminina (ADAMO, 2001).

Como defende Reato (2001), a atividade sexual não é somente uma manifestação física onde estão envolvidos corpo e psico-afetividade. Ela inclui também

fatores culturais, religiosos, familiares e econômicos que atuam influenciando a construção da sexualidade.

Durante a adolescência inicia-se a busca pela afirmação da sexualidade e nessa fase os jovens começam a experimentar emoções novas ao se voltarem para a descoberta do corpo do outro. É o período no qual se inicia a mais profunda e ambivalente das experiências humanas: o amor e o sexo (AZEVEDO, 2001).

Conforme apontam determinadas pesquisas em nível mundial, há cada vez mais precocidade na atividade sexual entre os adolescentes, relacionada à mudança nos hábitos e costumes, tal como ocorrido nas décadas de 1950/1960. Sobressai a influência do grupo social e dos meios de comunicação de massa que abusam da sexualidade nas mensagens dirigidas aos jovens, associando-a na maioria das vezes à beleza e juventude (REATO, 2001).

Atualmente, ser jovem tornou-se um ideal coletivo e quem não entrar nesse “embalo” não pode esperar mais nada da vida. As emoções e o sexo são vividas compulsivamente. Nesse novo tempo, os adolescentes tendem a ser mais independentes em virtude da interferência dos fatores socioculturais e psicológicos. Muitas vezes, até os adultos se deixam influenciar pelo estilo de vida da juventude. Estar na moda é ser jovem, porque é sinônimo de ser capaz, ter êxito e ser feliz (CARVALHO NETO, 1999).

Segundo asseveram Araújo, Vasconcelos e Lima (2005), as transformações em curso desde o final do século XX ao início do século XXI influenciaram os adolescentes em seu modo de viver, pensar e agir no mundo. Mencionadas transformações provocaram mudanças de atitude e principalmente geraram uma nova maneira de viver a sexualidade que os expõe a um maior risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis. Pensar essa fase de vida como um período caracterizado por intenso crescimento e desenvolvimento, físico, mental, psicológico e social é também admiti-la como um período de maior vulnerabilidade.

Apesar da relevância deste tema, as pesquisas sobre comportamento e saúde entre os jovens no Brasil são bastante escassas e se limitam, muitas vezes, ao uso de anticoncepcional, gravidez precoce e uso de drogas, não havendo

estudos referentes à sobreposição de diferentes comportamentos de risco (CARLINE-COTRIM; GAZAL-CARVALHO; GOUVEIA, 2000).

De modo geral, não se discute prevenção. De acordo com Helman (2003), um programa de prevenção para ser bem-sucedido deve ser monitorado sob a perspectiva da própria população envolvida (no caso, os adolescentes) e não somente dos profissionais de saúde. Na medida do possível, os sujeitos devem colaborar na elaboração de intervenções mais eficientes para o seu benefício. Portanto, as ações de saúde voltadas para os adolescentes no campo da sexualidade não podem estar dissociadas do seu contexto cultural e social.

Tal como ocorre na educação de modo geral, a educação para a saúde bucal é alvo de pesquisas e análises de muitos estudiosos. No entanto, apesar das inúmeras informações a respeito do tema, as que são veiculadas na mídia são escassas e incapazes de gerar conhecimento em relação à saúde bucal (PAULETO; PEREIRA; CYRIN, 2004).

Diversos fatores contribuem para isto. Os programas educativos voltados para os adolescentes devem levar em conta, entre outras exigências, o uso da linguagem e o tipo de abordagem adequados a esta faixa de idade com vistas a serem exitosos em seus objetivos em relação aos adolescentes. Há necessidade de avaliação permanente dos programas educativos, de sua implementação e manutenção. As metas estabelecidas devem ser claras e capazes de atingir níveis de compreensão dos jovens e ainda contar com a cooperação consciente destes (ARAÚJO; VASCONCELOS; LIMA, 2005).

De acordo com Costa e Lopes (1996), a educação em saúde é constituída por um conjunto de saberes e práticas orientadas para a prevenção de doenças e promoção de saúde. É o recurso pelo qual o conhecimento científico relacionado à saúde chega à população. Esta, ao compreender o processo saúde-doença, é capaz de encontrar meios para adotar novos hábitos e condutas para viver com saúde.

A educação destinada à promoção da saúde deve conter ingredientes que fundamentem a criatividade e estimulem a ação-reflexão sobre a realidade, bem como a capacidade de resolver problemas concretos, mediante uma aprendizagem

significativa voltada a objetivos realistas e a um retorno imediato por parte do educando (WILLAUME, 2000).

Como afirmam Petry e Pretto (1999), a educação em saúde pode ser considerada como um processo no qual as pessoas sejam capazes de desenvolver uma consciência crítica das reais causas de seus problemas de saúde como também criar um sistema de prontidão que atue no sentido de mudança.

A educação é instrumento essencial no fortalecimento do contrato social e na luta por políticas capazes de diminuir as desigualdades sociais e econômicas dos pais e mudar o quadro geral de saúde. Estas considerações constam do texto base aprovado na 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) realizada em Brasília em julho de 2004.

No caso específico dos adolescentes, a educação constitui instrumento ainda mais decisivo. Como afirmam Seger, Banaco e Garcia (2002), os adolescentes comportam-se, isto é, agem, pensam e reagem em função da sua própria história de vida e esses comportamentos são influenciados pelo relacionamento profissional-paciente.

Ante a importância desse tipo de relacionamento, cabe mencionar a expressão comportamento de risco. De acordo com Ayres, Calazans e França Junior (1998), o termo risco, quando se trata de adolescentes, adquire significado que se distancia da esfera do controle e da racionalidade. Segundo os mesmos autores propõem, quando se calcula a probabilidade de ocorrer um agravo, o risco deve ser substituído pelo conceito de vulnerabilidade no qual são consideradas um conjunto de variáveis, inclusive as socioculturais.

Durante a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento em 1944, organismos internacionais tiveram a preocupação de considerar os adolescentes como um grupo especialmente vulnerável. Igualmente, em sua revisão em 1999, houve um comprometimento dos participantes em fornecerem subsídios para a formação e implementação de serviços em saúde sexual de boa qualidade específica para adolescentes (MIRANDA; GADELHA; SZWARCOWALD, 2002).

Conforme consta na Declaração de Jacarta (2000), a vulnerabilidade dos adolescentes se faz mais presente onde os sistemas educacional e de saúde são falhos, onde a família se encontra desestruturada e a situação socioeconômica é desfavorável. Neste quadro se estrutura a vulnerabilidade do adolescente que o suscetibiliza diante do comportamento de risco.

Os estudos prosseguem em torno do tema e a educação e a saúde são discutidas como um processo contínuo e inesgotável. Assim, durante a IV Conferência Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente foram aprovadas diversas propostas em relação à saúde e educação, tais como: garantir políticas públicas de acesso universal e equânime nos aspectos da promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde das crianças e adolescentes; reunir forças na universalização do atendimento à educação infantil baseado nos princípios de democratização do acesso, permanência de democratização do acesso, permanência e gestão a qualidade social (BRASIL, 2000).

Contudo, a promoção da saúde não é um processo de responsabilidade exclusiva do setor saúde. Como podemos perceber, vai além da busca de um estilo de vida saudável e bem-estar global. Consiste em uma ação coordenadora que aponta para a equidade em saúde, uma distribuição mais eqüitativa de vida e políticas sociais de apoio ao desenvolvimento pessoal e social mediante divulgação de informação e educação para a saúde.

Para serem eficazes, as políticas públicas para promoção da saúde devem preencher determinados requisitos. No caso da saúde bucal, por exemplo, é preciso desenvolvê-la com embasamento científico, contendo mensagens consistentes de modo a não confundir nem o público nem outros profissionais (MOYSÉS; WATT, 2000).

Um dos modelos mais sólidos de saúde bucal é o do Reino Unido. Neste país, as bases para a promoção da saúde bucal estão contidas em um documento: **A base científica da educação de saúde bucal**, publicado pela Autoridade de Educação e Saúde, e resumidas no quadro a seguir:



Quadro 1: Bases para a promoção da saúde bucal

Dieta	Reduza o consumo de açúcar ou a frequência no consumo de açúcar contido em alimentos e bebidas.
Escovação	Limpe seus dentes 2 vezes ao dia com dentifrício fluoretado.
Fluoretação das águas de abastecimento	Solicite à autoridade local o provimento de água com ótimo nível de flúor.
Frequência de visita ao serviço odontológico	Faça uma consulta odontológica uma vez ao ano.

Fonte: Levine (1995).

Desde 1986, conforme a Carta de Ottawa preconizava, a promoção da saúde é um processo que inclui vários determinantes para o seu desenvolvimento. Entretanto, o processo propriamente dito exige vontade política, comprometimento dos governos com a saúde pública e também a conscientização da sociedade quanto aos seus direitos com relação à saúde.

Ao trabalhar com adolescentes, os serviços de saúde devem levar em consideração as peculiaridades próprias dessa fase. Como recomendado, os ambientes devem ser agradáveis e confortáveis de modo a deixar o adolescente à vontade. Além disso, e, sobretudo, os profissionais que lidam com essa clientela devem ser realmente comprometidos com a saúde dos adolescentes e estimulados na preocupação quanto aos seus anseios com vistas a torná-los parceiros na promoção à saúde (BRASIL, 2005).

Segundo Rocha (2006), é preciso configurar a política para a juventude em nosso país. Esta deve ser organizada intersetorialmente e implementada interdisciplinarmente, em virtude do caráter multidimensional intrínseco à adolescência e às suas necessidades de suporte social para se desenvolver.

Do ponto de vista jurídico, a legislação sobre o assunto é ampla e favorável, como mostra o Art. 277 da Constituição Federal de 1988 – Constituição cidadã:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à Criança e ao Adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, a convivência familiar e comunitária, além de colocá-las a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 2006).

Portanto, teoricamente a lei é exemplar. Falta, porém, seu efetivo cumprimento na prática. A promoção à saúde dos adolescentes pressupõe a existência de serviços de saúde de qualidade para que estes alcancem melhores condições de vida e saúde. Tal desafio inclui também a compreensão da importância das dimensões socioculturais da vida desses jovens. É preciso, no entanto, lembrarmos o seguinte: A atenção à saúde do adolescente passa pela organização de serviços que garantam o acesso destes às ações de promoção de saúde e de atenção a agravos e também possibilitem aos adolescentes o desenvolvimento de suas habilidades e autonomia (CEARÁ, 2003).

De acordo com a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA), devem ser considerados determinados aspectos quanto à organização da atenção à saúde dos adolescentes e jovens. Entre estes: os serviços de saúde devem se adequar às necessidades específicas dos adolescentes e jovens e ao modelo de atenção local vigente; os recursos humanos e materiais disponíveis devem ser respeitados; devem ser consideradas as características socioculturais e econômicas da comunidade, além do perfil epidemiológico da população e os princípios éticos (CEARÁ, 2003).

Pensar a saúde remete-nos ao indivíduo holístico, contemplando sua individualidade, o meio ambiente, os aspectos socioculturais e econômicos. Como parte da saúde geral, a saúde bucal integra este processo. Segundo afirma Costa (2005), a saúde bucal é indispensável à saúde geral do indivíduo, e está diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade e acesso aos serviços de saúde e à informação.

Ainda segundo Costa (2005), a luta pela saúde bucal está intimamente vinculada à luta pela melhoria da qualidade de vida de uma população. Isto conduz a uma responsabilidade e dever do Estado em sua manutenção. A saúde integral de cada indivíduo representa um fator para o desenvolvimento da nação em seu

processo histórico. Portanto, urge o Estado assumir uma política de saúde conseqüente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, garantindo os meios para efetivá-las.

Quanto à saúde bucal dos adolescentes, conforme percebemos, abrange, além de outros fatores, a vaidade, a estética, a auto-estima e a beleza. Sobretudo, na era da globalização das imagens, os jovens são atraídos de modo especial pelo padrão vigente. De forma geral, a beleza passa pelo sorriso, que deve significar saúde bucal, parte componente da saúde integral do adolescente no decorrer do seu crescimento e desenvolvimento (ELIAS et al., 2001).

Em virtude das exigências da sociedade moderna, influenciada por conceitos de estética, a boa aparência dos dentes constitui sinal de beleza e também de saúde. Atualmente não apenas fatores como simetria, forma e contorno são importantes, mas também razões sociais, psicológicas e até profissionais, e a cor (dentes brancos) tem excepcional significado no conceito de estética (PAIXÃO; HOEPPNER, 1997).

Assim como a saúde integral, a saúde bucal de uma população é regida diretamente por condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso a serviços de saúde, informações e conseqüentemente a determinantes sociais políticos e econômicos (PORTO, 2002).

Consoante Bijela (1993), a educação em saúde bucal alia informações, orientações ao desenvolvimento de habilidades do cuidar de saúde bucal, mediante métodos que busquem a colaboração do paciente, no sentido de adquirir novas atitudes na construção de valores que o levem a agir no dia-a-dia com vistas a benefícios para sua saúde.

Vários problemas de saúde bucal acometem os adolescentes. Destes, os mais freqüentes são a cárie e a doença periodontal (gengivites, periodontites). O trabalho para a redução destas doenças na prevenção deve levar em consideração suas peculiaridades. Com esta finalidade, a proposta educacional deve então basear sua essência na motivação, estímulo e reforço quanto à implementação de medidas de higiene bucal para o controle da placa bacteriana, que é mais facilmente visualizada (TOMITA et al., 2001).

Segundo estes autores, ao analisar o trabalho de Vans-Steenkiste et al. (1991), no qual foi avaliada a relação entre conhecimento teórico e a prática de higiene bucal, a motivação tem papel fundamental para estimular uma mudança de comportamento nos hábitos de cuidados básicos com a saúde bucal.

Conforme podemos observar, a relação entre condição de vida e saúde bucal é determinada por uma série de fatores e não somente pelo indivíduo como sujeito de um meio dinâmico e repleto de contrastes. Desse modo, a saúde bucal não é produto do sujeito individualmente, mas resultado de vários determinantes (condições de moradia, saneamento básico, emprego, acesso aos serviços de saúde etc.). Tais determinantes atuam sobre o indivíduo em situações que se refletem na condição de saúde bucal (SANTOS, 2004).

Como mencionamos, uma das patologias mais comprometedoras da saúde bucal, e especialmente da cavidade bucal, é a cárie, decorrente não apenas de fatores biológicos e físicos mas também de outros. São eles: fatores comportamentais, demográficos e socioeconômicos, como hábitos dietéticos e higiênicos, idade e sexo. Incluem-se, ainda, grau de desenvolvimento do país e seus investimentos em educação e saúde e seus agravos (CANGUSSU; CASTELANOS, 2004).

Como asseveram Bezerra e Toledo (2003), no desenvolvimento da doença cárie a presença do açúcar é fundamental e quando aliada a fatores como perfil bacteriano, susceptibilidade do hospedeiro e tempo de contato do açúcar com as bactérias do biofilme (placa), é categórica nesse processo. A cárie é uma doença infecciosa bacteriana, modificada pela alimentação rica em carboidratos, entre os quais a sacarose é universalmente indicada como a mais cariogênica.

Portanto, a cárie dentária depende basicamente do açúcar para se instalar na cavidade bucal. Esta é uma informação clara e simples e deve ser sempre divulgada no sentido de alertar governos, indústrias, consumidores e a população em geral. Como parte das políticas públicas nacionais de alimentação, nutrição e agroindústria, deveria haver a redução no consumo de açúcar para níveis abaixo de 60g/dia por pessoa (SHEIHAM; MOYSÉS, 2000).

Apenas esta medida seria suficiente para solucionar significativa parte dos problemas dentários decorrentes da cárie. Conseqüentemente, haveria menos adolescentes visualmente comprometidos em virtude de tais problemas. A aparência é um constante motivo de preocupação. Este fato é constatado em vários estudos, pois a aparência está diretamente relacionada com a auto-imagem e a auto-estima (BALDWIN, 1980).

Embora o padrão estético seja cultural e varie de acordo com a sociedade e o indivíduo, atualmente sua importância está relacionada também à saúde e ao bem-estar físico e mental (CAVALCANTE; PIMENTA, 2005). Este é mais um motivo para enfatizarmos a saúde bucal e a necessidade de preservá-la.

Conforme defendem Fontana e Pacheco (2004), a concepção que uma pessoa tem de si e aquela que ela transmite estão associadas com os dentes e um belo sorriso. Ambos refletem o sucesso pessoal por estarem de acordo com os padrões impostos pela sociedade atual.

Hábitos saudáveis de saúde bucal podem e devem ser estimulados. Se os adolescentes são facilmente motivados pelos esportes, popularidade e aparência, motivá-los para a educação em saúde bucal implica aliar-se a estas identificações para obter resultados eficientes (DE BIASE, 1991).

Com a participação dos adolescentes, tais resultados podem ser incorporados ao dia-a-dia desta população e, assim, podem garantir mais saúde e auto-estima. Segundo Furst (2000), um sorriso pode ser atraente, e constitui uma das características principais da aparência de uma pessoa. Constitui, também, um fator poderoso no ego e nas experiências desejáveis da vida de um ser humano.

No contexto de beleza, o sorriso encontra-se intimamente relacionado a dentes que produzam um conjunto harmonioso entre forma, proporção, textura e cor, responsáveis pelo sorriso (FONTANA; PACHECO, 2004).

O sorriso dento-labial, por exemplo, no qual os dentes aparecem atrás dos lábios e estão mais evidentes, começou a ter destaque nas primeiras décadas do século XX, talvez atribuído a uma nova consciência do corpo e da arte cosmética.

Além disso, o maior desenvolvimento da vida social e as mudanças de hábitos e maneiras de população devem ser levados em consideração (ABOUCAYA, 2000).

Nada se compara à beleza do sorriso emoldurada por dentes perfeitos. Ademais, como adverte Fritzen (2005), sorrir é um protesto contra os pessimismos dos nossos dias e contra os rostos tristes e descontentes.

Por longo tempo restrita ao tratamento técnico das doenças periodontais, hoje a odontologia, graças à tecnologia, somada à conscientização dos valores da pessoa humana, voltou-se para a estética bucal e amplia dia-a-dia a odontologia cosmética. Esta é uma nova especialidade integrada às novas necessidades da sociedade, focada na beleza e bem-estar pessoal, pois, atualmente, o belo é um diferencial importante também no mercado de trabalho onde os jovens começam a se inserir. Portanto, a boa aparência, aliada à boa saúde, são requisitos imprescindíveis no mundo moderno (GOLDESTEIN, 2000).

Neste contexto, afirmam Arouca, Andrade e Hidrata (2004), a sociedade define critérios de estética e preestabelece padrões quando encaixa o homem como centro de beleza. Nos estudos sobre a harmonia da face, os dentes são componentes essenciais.

## 4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem predominantemente qualitativa. Segundo Gil (2002), o estudo descritivo tem por objetivo estudar as características dos grupos, levando em consideração aspectos como: sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, nível de renda, estudo de saúde física e mental. Pode ainda se propor a estudar o nível de atendimento que os órgãos públicos destinam à sua comunidade como, por exemplo, as condições de habitação e o índice de criminalidade.

De acordo com Triviños (1987), os estudos de natureza exploratória dão ao pesquisador a oportunidade de aumentar sua experiência em torno do objeto de estudo, partindo de uma hipótese e aprofundando seu estudo nos limites de uma realidade específica buscando conhecimentos. Em outras ocasiões propõe delimitar ou manejar mais seguramente uma teoria cuja proposição é demasiado ampla para os objetivos da pesquisa a se realizar. O estudo exploratório também se destina a levantar possíveis problemas na pesquisa.

Quanto à abordagem qualitativa, corresponde àquela que prioriza as interpretações das realidades sociais (BAUER; GASKEL, 2000).

### 4.1 LOCAL DO ESTUDO

Este estudo foi realizado no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2007 em duas unidades hospitalares da rede estadual de saúde: Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS) e Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJ).

O Hospital Infantil Albert Sabin dispõe de uma área total de 12.000m<sup>2</sup>, e ocupa 9.800m<sup>2</sup> de área construída, distribuída em cinco partes distintas. Situado na Rua Tertuliano Sales, 544 – Vila União – Fortaleza-CE, possui uma capacidade instalada de 273 leitos, com média de internação de 650 crianças/mês, e média de permanência de 10,7 dias. Seu corpo clínico é composto por profissionais de

diversas áreas, oriundos do quadro de pessoal do Estado, cooperativas, prestadores de serviços e outros órgãos, com variada titulação acadêmica (Residência, Especialização, Mestrado e Doutorado). Como um hospital credenciado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o HIAS é uma unidade de referência estadual para o atendimento infanto-juvenil que atende a população proveniente de vários bairros de Fortaleza e Região Metropolitana e outras cidades do Estado do Ceará, com escolaridade e nível cultural variados.

O Hospital São José de Doenças Infecciosas é uma unidade de referência estadual no tratamento de doenças infecciosas (adulto e pediatria) e atua como campo de treinamento e aperfeiçoamento para estudantes, profissionais e pesquisadores, estando vinculado ao SUS via Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Sua área construída é de 4.700m<sup>2</sup>, e tem capacidade instalada de 118 leitos. Seu corpo clínico é formado por profissionais de várias áreas, no total de 567 funcionários. Entre os serviços mais procurados estão os oferecidos pelo ambulatório especializado em HIV. Dispõe de serviço de pronto atendimento para doenças infecciosas (consultório para emergência) 24 horas. O HSJ também desenvolve outros serviços complementares para portadores de HIV e pacientes acompanhados no serviço, nas seguintes áreas: Odontologia, Psicologia, Enfermagem e Assistência Social, bem como especialidades médicas a exemplo de neurologia, dermatologia etc.

#### 4.2 SUJEITOS DO ESTUDO

Fizeram parte do estudo 41 adolescentes. Destes, 31 eram assistidos no Hospital Infantil Albert Sabin e 10 no Hospital São José de Doenças Infecciosas.

A participação dos 9 adolescentes do Hospital São José justifica-se porque, a princípio, o propósito do estudo era comparar os adolescentes portadores de HIV acompanhados no ambulatório especializado em HIV/AIDS com os adolescentes não portadores do HIV, que fazem consultas rotineiras no ambulatório de adolescentes do Hospital Albert Sabin. Porém, no decorrer da coleta de dados, percebemos que nem todos os adolescentes tinham o conhecimento real da sua



condição sorológica e não nos cabia durante a investigação revelar esta condição aos adolescentes.

Assim, passamos a comparar os resultados em relação ao sexo, estabelecendo os seguintes critérios de inclusão: ser adolescente na faixa etária entre 12 e 18 anos que frequenta o ambulatório das instituições referidas, de ambos os sexos, e que concorde em participar da pesquisa.

Como critérios de exclusão foram definidos: ser portador de alguma deficiência ou estar em condição de saúde que comprometa a comunicação.

#### 4.3 ASPECTOS ÉTICOS

Foram respeitados os aspectos éticos preconizados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 1996). O projeto de pesquisa foi avaliado e recebeu parecer favorável das duas instituições onde os sujeitos foram selecionados. Segundo previsto, o termo de consentimento livre e esclarecido foi elaborado para os adolescentes, pais ou responsáveis.

#### 4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados foram: por um roteiro de entrevista semi-estruturado e observação assistemática. O primeiro, composto por duas partes. Na primeira constam os dados sociodemográficos (idade, sexo, moradia, renda, escolaridade) e na segunda incluem-se as questões norteadoras sobre a temática em estudo.

Quanto à observação assistemática, foi utilizada para enriquecer a análise, uma vez que serviu para apreender a linguagem não verbal dos sujeitos.

## 4.5 ANÁLISE DE DADOS

Para a análise dos dados adotamos a técnica de análise de conteúdo temática de acordo com os pressupostos de Bardin (2004, p.31), que define a análise de conteúdo como:

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrições do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam inferir conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens.

A técnica se constitui de três etapas básicas: a) pré-análise; b) exploração do material; c) tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

- a) **Pré-análise** – fase de organização do material, composto por entrevistas artigos publicados, registros das anotações de campo, entre outros. Consiste em uma leitura inicial do material com vistas a obter as primeiras orientações e impressões em relação às mensagens representadas em entrevistas, observações e documentos. Procura reconhecer os conceitos mais utilizados, buscando uma primeira impressão da concepção do autor sobre determinados fenômenos sociais em função das questões principais do pesquisador.

Esta etapa baseia-se em três pontos essenciais: a escolha dos documentos (leia-se material empírico) a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação final. Embora sejam articulados entre si, estes pontos não seguem obrigatoriamente uma ordem cronológica e seqüencial. No primeiro ponto desta etapa, sobressaem dois momentos.

O **primeiro momento** consiste em estabelecer contatos com os textos a serem analisados, por meio da leitura flutuante (leitura com impressão e orientação do pesquisador, em função das hipóteses emergentes e da projeção de teorias relacionadas ao objeto de estudo).

O **segundo momento** refere-se ao universo de textos a serem analisados que podem ser indicados *a priori*, precedendo a constituição de um *corpus* (conjunto de documentos – material empírico – a ser submetido aos procedimentos analíticos).

- b) **Exploração do material** – esta etapa corresponde à agregação, enumeração das representações dos conteúdos e às operações de codificação que orientam a escolha das unidades, as regras de contagem e a definição das categorias. A codificação é, então, um processo pelo qual os dados brutos são criteriosamente sistematizados, transformados e agrupados em unidades (registro, contexto, temas) que permitam uma descrição exata das características relevantes do conteúdo.

Para terem significado, as codificações devem responder aos critérios de objetividade, sistematização e generalização. Podemos optar por vários tipos de unidades de registro para analisarmos o conteúdo de uma mensagem. Estas unidades se referem aos elementos obtidos mediante decomposição do conjunto da mensagem. Podemos utilizar a palavra, a frase ou oração, ou um tema, entre outros, como unidade de registro. Além das unidades de registro devemos definir as unidades de contexto, ou seja, precisar o contexto do qual faz parte a mensagem.

Feita a análise dos elementos, é necessário classificá-los. A operação de classificação dos elementos é realizada de acordo com critérios de categorização, ou seja, encontrar conceitos que abranjam elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si.

Os critérios de categorização, segundo Bardin (2004), podem ser: semânticos (categorias temáticas); sintáticos (verbos, adjetivos, entre outros) léxicos (ordenamento interno das orações) e expressivos (por exemplo: categorias que classificam os problemas de linguagem). Antes de realizada a categorização é imprescindível a escolha das unidades: de registro (palavra, frase) e de contexto (frase ou parágrafo) com a finalidade de fazer o recorte do texto e assim organizar o inventário.

Para Bardin (2004), as categorias devem apresentar as seguintes características: exclusividade (nenhum elemento pode ser classificado em mais de uma categoria); exaustividade (cada categoria estabelecida deve permitir a inclusão de todos os elementos levantados relativos a um determinado tema); homogeneidade (as categorias devem basear-se em um mesmo princípio de classificação); pertinência (o material empírico deve ser adequado, como fonte de informação, articulado aos objetivos que suscitam a análise).

- c) **Tratamento dos resultados obtidos e interpretação** – nesta fase os dados brutos são tratados de maneira a serem significativos (falantes) e válidos. Ao dispor de resultados significativos e fiéis, o analista pode então propor inferências, solução lógica baseada cientificamente, e adiantar interpretações e o propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas.

#### 4.6 PLANO DE ANÁLISE

Com vistas ao desenvolvimento do trabalho, elaboramos um plano de análise contemplando os seguintes passos: a) constituição do *corpus*; b) definição das unidades de análise; c) constituição de subcategorias e codificações; d) categorização; e d) tratamento dos resultados.

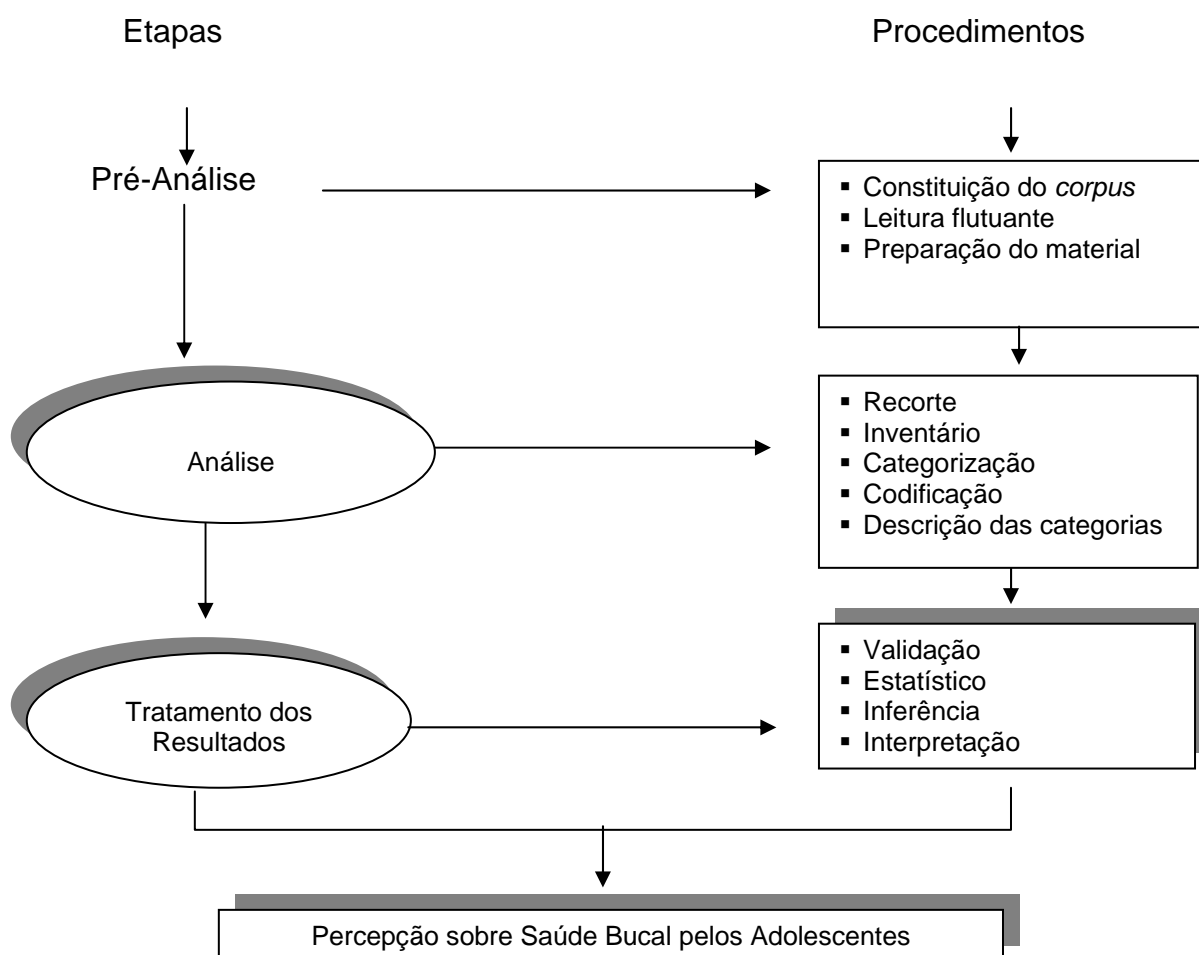


Fig. 1: Plano de análise<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Adaptação de Pereira (2001).

Em continuidade, detalhamos um a um os passos do plano de análise:

a) Constituição do *corpus*

O *corpus* foi formado por 41 entrevistas.

b) Definição das unidades de análise

Quanto às unidades de análise, foram definidas a frase, como unidade de registro, e o parágrafo, como unidade de contexto. Para Vala (1999) o contexto constitui-se dos seguimentos mais largos do conteúdo.

c) Constituição de subcategorias e codificação

Após a decomposição do *corpus* em unidades de análise, procedemos à codificação e ao agrupamento das unidades de análise por similaridade semântica, constituindo as categorias simbólicas e as subcategorias.

d) Categorização

A partir da exploração do material e da aplicação da técnica de análise de conteúdo temática, foram formadas cinco categorias, definidas igualmente para os dois grupos, com a finalidade de compará-los entre si.

e) Tratamento dos resultados

Nesta etapa, verificamos a existência de associação entre as subcategorias e os grupos por meio do teste  $\chi^2$ . Comparamos as proporções dos dois grupos dentro das classes das subcategorias e finalmente apreendemos o significado de saúde bucal para os adolescentes.

## 5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Apresentamos na Tabela 1 as características dos 41 adolescentes participantes do estudo, segundo as variáveis sociodemográficas.

Tabela 1: Características dos adolescentes segundo variáveis sociodemográficas. Fortaleza-CE, 2007

<b>Variáveis</b>	<b>Adolescente</b>	<b>Sexo Masculino %</b>	<b>Sexo Feminino %</b>	<b>Total</b>	
<b>Idade</b>					
12 – 14 anos	15	75	10	48	25
15 – 18 anos	05	25	11	52	16
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>41</b>
<b>Escolaridade</b>					
Fundamental incompleto	15	75	15	71	
Fundamental completo	-	-	-	-	30
Médio incompleto	05	25	05	24	11
Médio completo	-	-	01	05	
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>41</b>
<b>Renda familiar</b>					
< 1 sal.	03	15	02	10	05
1 sal.	08	40	05	24	13
> 1 ≤ 6	09	45	14	66	23
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>41</b>

Valor do salário mínimo = R\$ 350,00.

Dos 41 adolescentes participantes da pesquisa, 20 eram do sexo masculino e 21 do sexo feminino, com idade entre 12 e 18 anos. Destes, 15(75%) e 5(25%) adolescentes do sexo masculino encontram-se, respectivamente, na faixa etária entre 12 e 14 anos e 15 e 18 anos. Quanto ao sexo feminino, 10 (48%) e 11 (52%), estão, respectivamente, na faixa etária entre 12 e 14 anos e 15 e 18 anos.

No relacionado à escolaridade, conforme constatamos, a maioria dos adolescentes está cursando o ensino fundamental. Destes, 75% são do sexo masculino e 71% do sexo feminino.

Quanto à renda familiar, conforme verificamos, a maioria dos adolescentes (32) pertencia a famílias com renda maior que um e menor ou igual a seis salários mínimos. Destes, 9 eram do sexo masculino e 14 do sexo feminino.

## 5.2 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS APREENDIDOS PELAS ENTREVISTAS

A análise de conteúdo permitiu a constituição de 5 categorias e 14 subcategorias, compostas por 1.250 unidades de análise temáticas, todas igualmente importantes por refletirem os pensamentos e sentimentos dos adolescentes sobre saúde bucal. A seguir expomos no Quadro 2 a distribuição destas categorias e subcategorias e posteriormente faremos a apresentação, descrição e discussão de cada categoria.

Quadro 2: Distribuição das categorias e subcategorias empíricas sobre saúde bucal dos adolescentes. Fortaleza-CE, 2007

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Codificação</b>	<b>N.º de Unidades de Análise</b>
1. Concepções sobre a Saúde Bucal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnico-profissional</li> <li>• Estética/aparência</li> </ul>	CSSB	<b>484</b>
		CSSBTP	344
		CSSBEA	140
2. Percepção sobre a Função dos Dentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Digestão</li> <li>• Comunicação</li> </ul>	PSFD	<b>165</b>
		PSFDD	84
		PSFDC	81
3. Conseqüências da Falta de Cuidados com os Dentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conseqüências Físicas</li> <li>• Conseqüências Sociais</li> <li>• Conseqüências Profissionais</li> </ul>	CFCD	<b>325</b>
		CFCDCF	122
		CFCDCS	197
		CFCDCP	06
4. Importância dos Dentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Namoro</li> <li>• Auto-Estima</li> <li>• Convívio Social</li> </ul>	ID	<b>221</b>
		IDN	21
		IDAE	97
		IDCS	103
5. Outras	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dor</li> <li>• Humor</li> <li>• Religiosidade</li> <li>• Cuidados Gerais</li> </ul>	O	<b>55</b>
		OD	03
		OH	05
		OR	06
		OCG	41
<b>Total</b>			<b>1.250</b>



### 5.2.1 Categoria 1 – concepções sobre a saúde bucal

Nesta categoria estão inseridas as unidades temáticas que descrevem as concepções dos adolescentes sobre saúde bucal, baseadas em definições e descrições profissionais e também relacionadas à beleza e aparência. Esta categoria é composta por duas subcategorias: técnico/profissional e estética/aparência, como mostra a Tabela 2.

Tabela 2: Distribuição das frequências e percentuais da categoria concepções sobre a saúde bucal. Fortaleza-CE, 2007

Subcategorias	Sexo				Total
	Masculino	%	Feminino	%	
Técnico/profissional	179	75,5	165	66,8	344
Estética/aparência	58	24,5	82	33,2	140
<b>Total</b>	<b>237</b>	<b>100,0</b>	<b>247</b>	<b>100,0</b>	<b>484</b>

Na categoria concepções sobre a saúde bucal, encontramos 484 unidades de análise, das quais 344 relativas à concepção técnico/profissional e 140 relativas à concepção de estética/aparência. Do total de unidades, 237 foram referidas pelos adolescentes do sexo masculino e 247 pelos do sexo feminino.

As unidades de análise que formaram a subcategoria técnico/profissional foram as mais referidas entre os entrevistados. Destas, 179(75,5%) para os adolescentes do sexo masculino e 165(66,8%) para os do sexo feminino. A subcategoria estética/aparência foi a menos citada entre eles: 58(24,5%) e 82(33,2%), respectivamente.

Em termos inferenciais, conforme verificamos, houve significância estatística, com p-valor = 0,034, relativa à associação entre os adolescentes distribuídos por sexo e as concepções sobre saúde bucal.

De acordo com o Departamento de Saúde do Reino Unido, a saúde bucal pode ser definida como um padrão de saúde que permite ao indivíduo comer, falar e

socializar-se sem doença ativa, desconforto ou embaraço e, contribui para seu bem-estar geral (MATOS et al., 2002).

Ainda como consta em Matos et al. (2002), a avaliação dos serviços de saúde bucal deve levar em consideração a satisfação do usuário nos seguintes aspectos: quanto à aparência dos dentes, quanto à capacidade de mastigação, quanto à percepção sobre a necessidade de tratamento dentário, presença de dor e tipo de tratamento prestado.

Segundo revelaram as falas dos adolescentes, eles sabem o que é necessário fazer em prol da saúde bucal.

#### **Feminino**

[...] ir ao dentista sempre que precisar. Toda 4ª-feira faço bochecho com flúor na escola. Escovar os dentes depois das refeições e antes de dormir; não comer “besteira” tipo chiclete, bombons; mas tem bombom que faz bem pra garganta [...] às vezes faz bem, às vezes faz mal [...].

[...] ir ao dentista pra tratar os dentes com defeitos e meio estragados; deve principalmente escovar; passar fio dental; não comer muita besteira (balas, bombons, chicles); comer coisas naturais.

#### **Masculino**

[...] ir ao dentista passar flúor; escovar três vezes ao dia; passar fio dental; não comer nada que “faça mal” aos dentes; não comer chicles, bombons, a toda hora [...].

[...] de vez em quando ir ao dentista “fazer limpeza”, aplicação de flúor; escovar depois de qualquer refeição, porque se não fizer isso a escovação de antes não serve pra nada; depois que comer escovar, usar fio dental; não comer muito doce, muita bala, nem muito chiclete.

As instruções de higiene bucal têm por objetivo remover a placa bacteriana que se acumula nas áreas gengivais e interdentais de modo a manter a saúde das gengivas e conseqüentemente a saúde bucal. Nesse processo, os recursos utilizados são: escova dental, fio dental e dentifrícios, além de soluções como cloroxidina e os fluoretos. Estes cuidados, porém, não dispensam a visita ao dentista. Como sabemos, a profilaxia profissional periódica realizada em consultório odontológico é indicada para redução do índice de placas, controle e manutenção da saúde bucal. Ademais, segundo asseveram Vieira e Silvério (2006), salienta-se também a responsabilidade do profissional de saúde como propagador dos conhecimentos relativos a hábitos positivos associados à higiene bucal e consumo racional do açúcar, de modo a tornar o indivíduo co-responsável pela sua saúde bucal.

Embora, de modo geral, as pessoas se sintam despreparadas para a manutenção de cuidados bucais, hábitos relativamente simples podem contribuir para a melhoria da saúde bucal: escovação dentária, uso do fio dental, consumo controlado de açúcar, adequado uso de flúor e visita periódica ao dentista (LISBOA; ABEGG, 2006).

Todas estas iniciativas são decisivas na prevenção da estética. No nosso estudo, ao nos determos nos dados referentes à subcategoria estética/aparência, observamos uma predominância do sexo feminino em relação ao sexo masculino quando a questão diz respeito à beleza, à aparência. Deste modo, constatamos a importância da beleza para o sexo feminino.

Entretanto, atualmente, essa predominância do sexo feminino sobre o masculino no referente à aparência não é absoluta. Tal constatação demonstra o quanto a beleza é importante nos dias de hoje, tanto para homens quanto para mulheres. Muitos jovens já estão conscientes de que a beleza deve fazer parte de suas vidas e fará o diferencial para mais ou para menos.

De acordo com Goldstein (2000), parecer atraente não significa apenas ser vaidoso. Diante do mundo atual, competitivo sob os mais variados aspectos sociais e econômicos, uma aparência agradável adquire também *status* de necessidade.

Numa sociedade na qual a competitividade está presente em todos os setores da vida afetiva, profissional e social, a boa aparência é item essencial para o indivíduo. Independente de sexo, todos buscam cada vez mais meios de se enquadrar nos padrões do belo impostos pela sociedade de consumo. Neste contexto, os adolescentes atuam como símbolos do objeto de consumo e ao mesmo tempo como consumidores.

A literatura confirma a influência da estética. Em estudo recém-realizado pela Sociedade Americana de Cirurgiões Plásticos (ASPS) com mais de 600 homens e mulheres, 75% dos entrevistados afirmaram obter melhora na aparência, com significativo impacto positivo também no seu lado emocional, psicológico, social e, conseqüentemente, em sua alegria de viver (CAVALLIERE, 2007).

Nas falas dos adolescentes podemos evidenciar a importância dos dentes no relacionado à aparência e à beleza para eles:

**Feminino**

[...] o visual eu considero os dentes uma forma de beleza [...]

Os dentes são o “charme” numa mulher.

**Masculino**

[...] com bons dentes, me sinto muito bonito.

[...] passa uma pessoa e diz: - como esse menino tem os dentes lindos!

De modo geral, os adolescentes se preocupam com a aparência e os dentes sobressaem como um meio de ficar mais bonito e ter mais aceitação da sociedade (ELIAS et al., 2001).

Para Chaves (1998 apud BASTOS; PERES; RAMIREZ, 2003), a saúde bucal é um estado de harmonia e normalidade ou higiene da boca, mas só é significativo se for acompanhado, em grau razoável, por saúde geral do indivíduo.

A saúde bucal pode também ser definida como um conjunto de ações nas quais o indivíduo toma sobre si a responsabilidade de cuidar de sua boca tendo noções de ações norteadoras que o guia para este fim.

Como pudemos perceber, os adolescentes têm consciência da corresponsabilidade sobre sua saúde bucal e das implicações daí decorrentes quando falham ou deixam de contribuir para o autocuidado.

Saúde bucal não significa apenas preservação orgânica. Vai além e passa pelo aspecto da beleza. Esta é um campo fértil, sobretudo quando se trata de adolescentes. Portanto, a aparência e a preocupação com a imagem fazem parte do mundo adolescente em todos os seus aspectos.

Para os adolescentes, a imagem corporal constitui, pois, uma grande preocupação, especialmente para as meninas, que têm medo de engordar, e os meninos, que desejam maior desenvolvimento dos músculos (BALLABRIGA; CARRASCOSA, 1998).

No mundo atual, onde a competitividade é exacerbada, o desejo de possuir uma boa aparência deixa de ser vaidade e passa a ser literalmente uma

necessidade. Nesse contexto, a perda de um ou mais dentes implica dramáticas alterações emocionais para os adolescentes ante a possibilidade de comprometer sua auto-imagem com interferência nos seus relacionamentos pessoais (ELIAS et al., 2001).

Os adolescentes são indivíduos mais sensíveis a essas situações, pois ao mesmo tempo em que são “vitrines” e sinônimo de beleza, *status*, poder, eles também são consumidores desses valores.

Embora essa subcategoria não tenha tido o maior número de unidades de análise, foi considerada a de maior valor simbólico, uma vez que é a base para a construção das categorias 3-conseqüências da falta dos dentes (físicas, sociais e profissionais) e 4-importância dos dentes (namoro, auto-estima e convívio social), que confirmam ser a estética/aparência essencial na vida desses adolescentes.

### 5.2.2 Categoria 2 – percepção sobre a função dos dentes

Nesta categoria estão inseridas as unidades temáticas relacionadas ao modo como os adolescentes percebem qual a função dos dentes em dois momentos muito específicos, ambos compreendidos nas subcategorias digestão e comunicação. As subcategorias estão contidas em 165 unidades temáticas.

Tabela 3: Descrição das unidades de análise temáticas da categoria percepção da função dos dentes, de acordo com o sexo. Fortaleza-CE, 2007

Subcategorias	Sexo				Total
	Masculino	%	Feminino	%	
Digestão	40	48,8	44	53,0	84
Comunicação	42	51,2	39	47,0	81
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>	<b>83</b>	<b>100,0</b>	<b>165</b>

Na categoria percepção sobre a função dos dentes, encontramos 165 unidades de análise, das quais 84 relativas à digestão e 81 relativas à comunicação.

Distribuídas de acordo com o sexo dos adolescentes, as unidades de análise estão assim especificadas: 82 referidas pelos adolescentes do sexo masculino e 83 pelos do sexo feminino.

Em termos freqüenciais, conforme verificamos, as percepções sobre digestão e comunicação foram praticamente idênticas para ambos os sexos. Em termos inferenciais, porém, verificamos a inexistência de significância estatística, com  $p\text{-valor} = 0,587$ , relativo à associação entre os adolescentes distribuídos por sexo e as percepções sobre a função dos dentes.

Na subcategoria digestão, os adolescentes mostram em suas falas que conhecem a importância dos dentes no processo da digestão dos alimentos.

#### **Feminino**

Os dentes servem para mastigar; não atrapalhar na alimentação; porque a pessoa que não tem dentes saudáveis não se alimenta direito.

Os dentes são importantes na hora de comer.

#### **Masculino**

Eu preciso “deles” pra mastigar; sem dentes não poderia mastigar. Faz parte da boca.

Eu penso que servem os dentes pra mastigar, pra “machucar” a comida.

Na boca, com a mastigação, inicia-se o processo de digestão. Os alimentos são triturados pelos dentes e a saliva tem a função de umidificar o que se transforma em bolo alimentar. Nessa etapa do processo digestivo há a quebra do amido, um tipo de carboidrato semelhante ao açúcar (CÂNDIDA, 2007).

Ao analisar os dados da subcategoria comunicação, identificamos ligeira predominância do sexo masculino em relação ao feminino.

Mais uma vez enfatizamos: os dentes cumprem papel decisivo nos vários aspectos da vida. Por exemplo, a comunicação entre as pessoas por meio da fala implica a necessidade funcional e também social de presença dos dentes na boca.

De acordo com Weyne (2003), uma cavidade bucal sadia está relacionada com saúde geral e qualidade de vida em nível psicossocial e garante a manutenção da boa aparência, da expressão e da comunicação interpessoal.

Quando indagados sobre a importância dos dentes para a comunicação entre as pessoas, os adolescentes se manifestaram de modo bem incisivo:

**Feminino**

Sem os dentes eu ia ficar calada.

Falar, ia ficar um pouco difícil, não iam entender a minha fala.

**Masculino**

Os dentes me ajudam a falar.

Os dentes servem pra falar, conversar [...] achar graça.

Comunicar-se devidamente, e se fazer entender requer, portanto, condições específicas. O comprometimento da saúde bucal interfere na comunicação, pois dificulta este processo. Como afirma Carvalho Neto (1999), a comunicação verbal é a capacidade do indivíduo interagir com o meio e transacionar com as pessoas por meio da fala. Logo, a boa comunicação exige dentes saudáveis.

Embora a função dos dentes se inicie com a digestão, se dicotomiza e passa a ter também importante função na comunicação. Os dentes exercem influência na formação, articulação e pronúncia das palavras.

De acordo com Robbins (1987), toda comunicação é uma ação, uma causa posta em movimento que gera alguma espécie de efeito em nós e nos outros. No mundo moderno, a qualidade de vida está diretamente ligada à qualidade da comunicação.

### **5.2.3 Categoria 3 – conseqüências da falta de cuidados com os dentes**

Esta categoria compreende as unidades temáticas relacionadas às subcategorias conseqüências físicas sociais e profissionais decorrentes da ausência de cuidados para o adolescente.

Tabela 4: Distribuição das unidades de análise temáticas da categoria conseqüências da falta de cuidados com os dentes, de acordo com o sexo. Fortaleza-CE, 2007

Subcategorias	Sexo				Total
	Masculino	%	Feminino	%	
Conseqüências físicas	49	33,8	73	40,6	122
Conseqüências sociais	95	65,5	102	56,7	197
Conseqüências profissionais	1	0,7	5	2,8	6
<b>Total</b>	<b>145</b>	<b>100,0</b>	<b>180</b>	<b>100,0</b>	<b>325</b>

Na categoria conseqüências da falta de cuidados com os dentes, de acordo com o sexo, foram identificadas 325 unidades de análise temáticas. Destas, 122 relativas às conseqüências físicas, 197 relativas às conseqüências sociais e 6 relativas às conseqüências profissionais. As unidades de análise estão distribuídas conforme o sexo dos adolescentes: 145 referidas pelos adolescentes do sexo masculino e 180 pelos do sexo feminino.

Segundo verificamos, houve maior destaque para as conseqüências sociais, no total de 197 unidades. Em termos freqüenciais, ainda como verificamos, as percepções sobre as conseqüências sociais apresentaram valores mais elevados (acima dos 50%), em ambos os sexos.

Em termos inferenciais identificamos a inexistência de significância estatística, com  $p\text{-valor} = 0,141$ , referente à associação entre os adolescentes distribuídos por sexo e as percepções sobre as conseqüências da falta de cuidados com os dentes.

Ao analisar as conseqüências sociais da falta de cuidado com os dentes, segundo percebemos, 65% das unidades de análise temáticas foram referidas por adolescentes do sexo masculino e 57,7% por adolescentes do sexo feminino. Embora não haja significância estatística, há alta significância emocional, pois o convívio social é prejudicado, uma vez que esse fato pode interferir de modo dramático no mundo de relações dos adolescentes, por se sentirem excluídos do



contexto social, seja pela própria discriminação, seja pela discriminação da sociedade, como revelado a seguir:

#### **Feminino**

Eu não me sinto bem, porque meus dentes são entremelados [...] eu às vezes tenho preconceito comigo, porque eu acho que as pessoas não gostam de conversar comigo, por causa dos meus dentes.

Eles pegam no pé e não soltam de quem tem dentes podres.

#### **Masculino**

Porque se a gente tem um dente estragado na frente, todos reclamam, e até fazem hora com a cara da gente.

Os adolescentes revelam ainda que a beleza se encontra diretamente relacionada à presença dos dentes, pois para os adolescentes os dentes saudáveis e belos são como parte de um conjunto harmônico, com alto significado, como mostram em seus depoimentos.

#### **Feminino**

As pessoas sem dentes ficam feias; a pessoa sem dentes fica sem graça.

#### **Masculino**

Quem não tem dentes é horrível. Eu não tenho dois dentes na frente, quebrei numa queda. Quem tem dentes com problemas, isso causa vergonha, eu fico encabulado, porque os amigos ficam “direto” mandando a gente ajeitar os dentes.

Como é notório, as normas de identidade podem incluir uma multiplicidade de valores relativos à beleza física, à condição social. Diante destas, em algum momento da vida o indivíduo vai se sentir excluído dos padrões vigentes e estabelecidos. Contudo, este padrão desviante não ocorrerá continuamente, pois, de algum modo, um comportamento poderá ser semelhante ao padrão tido como normal (SILVEIRA; JORGE, 2002).

Em relação às conseqüências físicas da falta de cuidado com os dentes, constatamos que houve uma percepção maior dos adolescentes do sexo feminino. Entre as principais conseqüências físicas mencionadas constam o mau hálito e a perda dos dentes. Embora aparentemente simples, tais perdas afetam profundamente a qualidade de vida das pessoas, como destacado nas seguintes falas:

#### **Feminino**

Se tiver com dentes feios [...] e se tiver mau hálito as pessoas vão dizer que você não se cuida e se os dentes estiverem sujos e depois as pessoas forem falar?

Se a pessoa não cuida dos dentes fica com mau hálito e não é bem aceita, é desagradável. A pessoa se sente mal, porque é quase uma humilhação. Os outros dizem: olha a banguela!, olha a banguela! É desagradável ser chamada de banguela. Os colegas brincam muito na molecagem, na gozação.

### **Masculino**

Sem dentes é feio, eu sem dentes ia ficar banguelo. Se tivesse dente cariado na boca ia ficar com mau cheiro. Porque eu não ia rir sem dentes; porque eu ia ficar como eles (colegas) com a boca pra dentro porque sem dentes os colegas iam rir [de mim].

Apesar de ser desagradável, o mau hálito raramente é sinal de doença. Mesmo assim, se reflete na qualidade de vida, sobretudo porque o indivíduo tem dificuldade em avaliar o próprio hálito. Conforme Nadanovsk, Costa e Luiz (2005), o mau hálito pode ser entendido por analogia como problema estético, e uma saúde bucal ótima inclui bom hálito. Portanto, ele também faz parte da saúde bucal, a qual está diretamente associada com a saúde em geral, e, por extensão, com a condição de vida.

A relação entre condição de vida e saúde bucal é determinada por uma série de fatores. Dessa forma, não resulta apenas do indivíduo de modo isolado, mas da soma de vários determinantes (condições sociais, moradia, saneamento básico, emprego, acesso aos serviços de saúde etc.). Todos estes fatores, ao atuar sobre o sujeito, provocam situações que refletem na condução bucal de uma população (SANTOS, 2004).

No nosso estudo, ao nos determos nas conseqüências profissionais decorrentes da falta de cuidados com os dentes, identificamos que 0,7% das unidades de análise foi referida pelos adolescentes do sexo masculino enquanto 2,8% foram referidas pelas adolescentes do sexo feminino. Conforme mostra a análise mais detalhada da Tabela 4, os adolescentes do sexo feminino têm maior preocupação com esse aspecto na entrada no mercado de trabalho. Como percebemos, dos 20 adolescentes do sexo masculino entrevistados, apenas um manifestou preocupação com esse fato e associa a aparência a essa preocupação. Outra observação a ser feita é que a maioria dos adolescentes do sexo masculino participantes desse estudo está inserida na faixa etária dos 12 aos 14 anos.

A despeito desta faixa etária ser considerada pré-adolescência, muitos, nesta idade, principalmente nas camadas mais pobres, já precisam trabalhar.

Atualmente a entrada precoce dos adolescentes no mercado de trabalho justifica a importância atribuída aos dentes permanentes, já que os jovens identificam a contribuição de uma aparência saudável para introdução e ascensão nos postos de trabalho (ELIAS et al., 2001).

Nas falas dos adolescentes, podemos identificar a preocupação com a importância dos dentes para obtenção de emprego, como exposto a seguir:

#### **Feminino**

Os dentes são importantes porque [com eles] tem mais facilidade de arranjar emprego. Eu que já estou na idade de trabalhar, quando eu vou ser entrevistada a aparência bucal é uma das entradas pro meu emprego.

Sem uma boa aparência você não consegue um emprego bom, de alto nível, porque a aparência com um sorriso bonito é importante.

#### **Masculino**

A pessoa que trabalha com a recepção de pessoas é importante ter dentes bonitos porque a primeira coisa que se olha é a boca e os dentes, e você é melhor aceito pela sociedade, até numa entrevista de trabalho. Os dentes feios e estragados prejudicam [...] e se os dentes são bonitos a aceitação é melhor.

A fala dos adolescentes revela como eles avaliam as conseqüências da falta de cuidados com os dentes, que sentimentos afloram, como se sentem diante das atitudes e comportamentos dos colegas e do público em geral.

### **5.2.4 Categoria 4 – importância dos dentes**

Esta categoria compreende as unidades de análise temáticas referentes às várias maneiras como os adolescentes percebem o significado dos dentes em sua vida de relação, e estão apresentadas em três subcategorias: namoro, auto-estima e convívio social.

Tabela 5: Descrição das unidades de análise temáticas da subcategoria importância dos dentes, de acordo com o sexo. Fortaleza-CE, 2007

Subcategorias	Sexo				Total
	Masculino	%	Feminino	%	
Namoro	7	6,9	14	11,7	21
Auto-estima	50	49,5	47	39,2	97
Convívio social	44	43,6	59	49,2	103
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100,0</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>	<b>221</b>

Na categoria importância dos dentes, encontramos 221 unidades de análise, das quais 21 relativas ao namoro, 97 à auto-estima e 103 ao convívio social. As unidades de análise estão distribuídas de acordo com o sexo dos adolescentes. São elas: 101 referidas pelos adolescentes do sexo masculino e 120 pelos do sexo feminino.

Conforme verificamos, não houve destaque expressivo para nenhum dos sexos. Entretanto, podemos observar um realce da subcategoria auto-estima, com 50 unidades de análise (49,5%) pelos adolescentes masculinos, e da subcategoria convívio social, com 59 unidades de análise (49,2%) pelos adolescentes femininos.

Em termos inferenciais verificamos a inexistência de significância estatística, com  $p\text{-valor} = 0,223$ , relativa à associação entre os adolescentes distribuídos por sexo e a importância dos dentes.

Na subcategoria namoro, embora haja predomínio da referência pelos adolescentes do sexo feminino, percebemos tratar-se de algo de importância e interesse para ambos os sexos e faz parte da vida saudável do ser humano. Portanto, é essencial, para o desenvolvimento físico e mental dos adolescentes. Sentir-se bem, belo, saudável e amado é parte do ideal de todo ser humano.

Em suas falas, os adolescentes enfatizam o significado dos dentes nessa fase de descoberta, na fase da paquera, do namoro, do encontro com o outro. Fica muito claro como para eles é importante sentir-se belo e atraente.

**Feminino**

Ter dentes é importante porque tem mais facilidade de arranjar namorado. O primeiro ato é de sorrir.

Fica difícil arrumar namorado se tiver dentes mal cuidados e o mau hálito [...]

**Masculino**

É bom ter dentes em bom estado, principalmente os dentes da frente, também poder dar um sorriso pra namorada.

Os dentes saudáveis ajudam a várias coisas e arrumar uma namorada dando o primeiro sorriso.

Como afirma Pigozzi (2005), no adolescente as alterações fisiológicas internas correspondem a uma significativa alteração do relevo e da topologia externa. Nesta fase, o corpo físico toma novo aspecto e essa diferenciação nítida dos caracteres femininos e masculinos impulsiona a libido para a busca do parceiro sexual real, de carne e osso, que o jovem possa ver e reconhecer, assim como pode ver e reconhecer o aflorar da sua própria sexualidade.

Todas as partes do corpo se relacionam mutuamente; elas estão envolvidas entre si. O adolescente é seu corpo com as sensações de experiências envolvidas. Mesmo em face das mudanças verificadas neste período, o adolescente necessita vivê-lo de forma saudável. Para tanto, a saúde e a estética bucal devem estar isentas de qualquer comprometimento (ELIAS et al., 2001).

Ao longo do nosso estudo, a auto-estima foi citada em 49,5% das unidades de análise referidas pelos adolescentes do sexo masculino e em 39,2% das referidas pelos adolescentes do sexo feminino. Eles expressaram como os dentes têm importância para estar bem consigo mesmo e na relação com os outros.

Consoante mencionado por Shaffer (2005), a auto-estima consiste na avaliação que cada pessoa faz de si e de suas competências, podendo influenciar todos os aspectos do seu comportamento, de um modo construtivo ou negativo.

Assis e Avanci (2004) corroboram estas palavras. Segundo afirmam, adolescentes com auto-estima baixa desenvolvem mecanismos que distorcem a comunicação dos seus pensamentos, a expressão de sentimentos e a integração aos grupos sociais. Já os que possuem auto-estima elevada satisfazem-se com seu jeito de ser, reconhecem seus pontos fortes e fragilidades, e buscam formas de crescimento permanentes.

Ao se expressarem, os adolescentes correlacionaram a existência de dentes bonitos com a auto-estima elevada, compreendida pela referência de causar boa impressão e sentir-se confortável, alegre e bem.

**Feminino**

Eu me sinto confortável e me sinto alegre por meus dentes estarem limpinhos. Tem muita gente que repara na gente, quero causar boa impressão.

**Masculino**

Porque eu me sinto bem com meus dentes bonitos; é bom ter dentes bonitos [...] ter sorriso colgate!

Conforme mostra a literatura, as doenças da cavidade bucal atingem não apenas a auto-estima mas até a qualidade de vida. Bezerra e Toledo (2003), por exemplo, descrevem como a qualidade de vida das pessoas é afetada pelas doenças da cavidade bucal, as quais comprometem a auto-estima, o ato de alimentar-se, a nutrição e a saúde geral do indivíduo.

**Feminino**

Porque a gente demonstra que está feliz [...] porque é bem gostoso você não ter vergonha de sorrir, mostrando os seus dentes através do sorriso.

**Masculino**

Sorrir muito pra demonstrar que estou feliz. É bom ter dentes pra dar um sorriso [...] pra ter um sorriso saudável.

Os dentes complementam a harmonia do rosto e qualquer alteração que os comprometa automaticamente quebrará essa harmonia. Para os adolescentes, qualquer coisa que quebre essa harmonia resultará em conseqüências desastrosas para a própria auto-estima e até para o seu desenvolvimento.

Ainda segundo consideram Assis e Avanci (2004), a auto-estima envolve a capacidade humana de reflexão, descrição, julgamento e avaliação sobre si mesmo e consiste em fator decisivo na relação que o indivíduo estabelece consigo e com o mundo, influenciando sobremaneira a percepção de acontecimentos e pessoas, determinando o comportamento e as vivências do indivíduo. As influências familiares e sociais constituem as raízes para a construção da auto-estima, que começa a delinear-se desde a infância.

No nosso estudo, a subcategoria convívio social teve 43,6% das unidades de análise referidas pelos adolescentes do sexo masculino e 49,2% pelas adolescentes do sexo feminino como fator significativo quando se convive com os outros, sejam familiares, amigos ou colegas. Para os adolescentes de ambos os sexos, este tema revelou-se de extrema importância e demonstrou como os dentes afetam o relacionamento social das pessoas, pois embora possa aproximar, pode também afastar pela discriminação, como enfatizado nas falas a seguir:

#### **Feminino**

É importante ter dentes no convívio com os amigos, é importante com certeza! Todo mundo se aproxima, conversa, por isso os dentes são importantes.

#### **Masculino**

Eu acho muito importante ter dentes pra não se sentir discriminado e distante dos outros.

Os adolescentes têm um convívio muito especial com seus pares e estar bem e se apresentar bem diante deles é algo insubstituível. Neste contexto os dentes fazem parte deste estar bem e se apresentar bem para o grupo.

Conviver significa viver com. A convivência consiste em partilhar a vida, as atividades com os outros. Quando constituído em grupo o ser humano tem a necessidade de conviver. Agrupar também é uma necessidade de estar com, de estar integrado na relação com os outros (FRITZEN, 2005).

Como podemos perceber, por meio das falas dos adolescentes, os dentes são imprescindíveis para o convívio interpessoal e social. Portanto, devemos enfatizar o cuidado bucal, pois, dessa forma, preservaremos a saúde bucal e poderemos tornar mais fácil nosso convívio social.

### **5.2.5 Categoria 5 – outras**

Na categoria outras constam as unidades temáticas que não se inserem em nenhuma das categorias citadas anteriormente. Estão dispostas em quatro subcategorias: dor, humor, religiosidade e cuidados gerais, como mostra a Tabela 6.

Tabela 6: Descrição das unidades de análise temáticas da categoria outras, de acordo com o sexo. Fortaleza-CE, 2007

<b>Subcategorias</b>	<b>Masculino</b>	<b>%</b>	<b>Feminino</b>	<b>%</b>
Dor	0	0	3	8,6
Humor	5	25	0	0,0
Religiosidade	6	30	0	0,0
Cuidados gerais	9	45	32	91,4
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>

Nesta categoria foram apreendidas 55 unidades de análise temáticas. Destas, 20 unidades de análise referidas pelos adolescentes do sexo masculino e 35 por adolescentes do sexo feminino. Segundo verificamos, houve destaque expressivo para a subcategoria relativa a cuidados gerais, com 9 (45%) entre os do sexo masculino e 32 (91,4%) entre os do sexo feminino.

A subcategoria dor, constituída por três unidades de análise, foi referenciada por um adolescente do sexo feminino (8,6%), cuja ênfase traduz o quão desagradável é a experiência.

São muito importantes os dentes, é muito importante para mim. Cuidar pra que depois não venha a se complicar, ficar doente. É terrível a dor! Porque dói muito.

Segundo Drehmer e Flores (2003), a dor é caracterizada como uma sensação “desprazerosa”, como sintoma possibilita o surgimento de uma patologia. Ainda segundo os mesmos autores, qualquer alteração nos hábitos cotidianos dos indivíduos os leva a sentir a sensação de estar doente.

Para os adolescentes, a dor tem conotação de doença em virtude de os afastar das atividades corriqueiras e mudar sua qualidade de vida. Contudo, na realidade, a dor é apenas um sintoma (DREHMER; FLORES, 2003).

Ao nos determos nas subcategorias humor e religiosidade, conforme percebemos, estas foram referenciadas apenas por adolescentes do sexo masculino, com 5(25%) e 6(30%) unidades de análise, respectivamente.



Mas o humor pode ser comprometido por problemas bucais. Ao analisar os dados relativos à importância dos dentes, verificamos que o humor foi citado como um fator capaz de interferir na vida das pessoas, por interferir na sua disposição de sorrir em decorrência de ausência ou defeito dos dentes.

Ilustrativamente, a fala de dois adolescentes do sexo masculino expressa de maneira simples e ao mesmo tempo enfática como os dentes afetam o humor de uma pessoa, quando esta possui dentes com alguma alteração.

Os dentes podem ser tão importantes para uma pessoa que podem afetar o humor. Por exemplo: tem pessoas que têm os dentes tão estragados que não sorriem, e isso prejudica o humor.

O sorriso representa bom humor, um aspecto legal, até pra dar um bom dia.

O humor é um dos mais fortes ingredientes para uma vida equilibrada (URBAN, 2004). De acordo com determinadas pesquisas, alegria, risadas e brincadeiras estimulam a liberação de substâncias químicas como endorfinas e adrenalina, que aumentam a energia e a sensação de bem-estar, elevando o humor e aliviando a tensão (MILLER, 1997).

Quando à religiosidade, foi um tema deveras interessante sobre o qual um adolescente manifestou sua opinião e dentro da categoria representou 30% do total das unidades de análise referidas por adolescentes do sexo masculino. Vale salientar que os dois enfoques humor e religiosidade dimensionaram para este adolescente a importância dos dentes. Isto nos chamou a atenção pela segurança como foram expostas pelo jovem. No quesito referente ao humor, o argumento nos pareceu bastante coerente, pois os dentes estão relacionados ao sorriso e qualquer falha na arcada dentária pode levar a uma ausência do sorriso e eventualmente ao mau humor ou ausência de humor, como se referiu o adolescente. Sobre a religiosidade, a justificativa foi algo muito original e partiu de uma sensata observação do comportamento das pessoas, o que nos pareceu precoce para um adolescente de 13 anos (sexo masculino).

Na religiosidade, a pessoa vê televisão e os dentes bonitos e perfeitos que ela vê, a pessoa fica com inveja e peca, pois a inveja é um pecado capital. É um dos piores pecados que se tem.

Ao se referir à religiosidade, Tiba (1998) a define como o nível mais elevado que pode o ser humano atingir. É a aceitação do ciclo vital como algo superior a ele mesmo. Significa compreender que acima do ser humano existe uma entidade que, independentemente do nome (Deus, Natureza, Vida), deve ser respeitada.

A religiosidade pode incidir sobre o processo de bem-estar. Pode, também, estar relacionada com a aquisição de conhecimentos na intenção de facilitar ou dificultar o referido processo, de acordo como o indivíduo pratica, percebe e compreende o fato religioso ou a divindade (SOUSA; TILLMAN; OLIVEIRA, 2001).

Outra subcategoria ora trabalhada foi a intitulada cuidados gerais, mencionada tanto pelos adolescentes do sexo masculino (40%), como pelos do sexo feminino (91,42%). Nela evidenciamos uma preocupação com a saúde além dos dentes.

Originário do latim, o termo cuidado significa curar e na escrita antiga também significava amor, amizade. A palavra adquiriu sentido amplo e abrange muitas acepções, desde a preocupação com o bem-estar individual (autocuidado) até com a preservação do planeta; vai da demonstração, interesse pelos problemas pessoais até o interesse pelos problemas da humanidade. Passa ainda pelo desvelo com os familiares e amigos, mesmo com os mais estranhos e nos locais mais inóspitos da terra. O cuidado também passa pela ética. Pelos princípios de respeito ao ser humano, pela solidariedade, pelo amor ao próximo e pela compreensão de suas necessidades.

De acordo com Pinheiro et al. (2005), o cuidado com tudo que tem a vida implica o dever de refletirmos sobre todos os atos; portanto, devemos cuidar dos deveres e das conseqüências dos atos. Os cuidados são definidos por deveres e pela avaliação das conseqüências. Ao refletirmos sobre cuidados gerais integrantes da categoria outros, devemos repensar nossas ações como profissionais da área de saúde bucal e analisarmos o tipo de cuidados prestados aos adolescentes no nosso dia-a-dia.

Em suas falas, os adolescentes demonstraram preocupação, cuidado com os dentes e a importância deste cuidado, como mostram as falas:

**Feminino**

O dente é importante pra a saúde, é como qualquer parte do corpo, é importante. Os dentes feios demonstram que se você não cuida de si próprio, se não cuida de uma coisa simples que é sua boca, não vai cuidar de mais nada.

**Masculino**

São importantes os dentes, porque definem as características de uma pessoa. É importante porque sem dentes seria ruim.

Leininger (1984) exalta o cuidado e ressalta: o ato de cuidar tem características próprias, pois traz consigo especificidades como preocupação e zelo com as pessoas que nos rodeiam.

Logo, ao cuidar das pessoas sob nossa responsabilidade, devemos dispensar-lhes o cuidado proposto por Leininger, caracterizado pela preocupação, pelo zelo e pelo compromisso profissional e humano. Deixemos-nos envolver pelo sentimento, pela capacidade de nos emocionar, de afetar e sermos afetados, como afirma Boff (2004). Há algo nos seres humanos que não se encontra nas máquinas, surgido há milhões de anos no processo evolutivo quando emergiram os mamíferos, dentro de cuja espécie nos inscrevemos: o sentimento, a capacidade de emocionar-se, envolver-se, de afetar e de sentir-se afetado.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados nesta pesquisa mostram o aspecto multidimensional da saúde bucal, uma vez que diferentes fatores relacionados ao bem-estar geral do ser humano são revelados pelos os adolescentes que têm também uma visão abrangente da função dos dentes. Portanto, não se limitam àquela ligada exclusivamente à aparência e à estética. Todos estes aspectos podem ser vistos pela beleza física, pela permanência do homem no mundo como ser produtivo, por meio do trabalho, pela possibilidade de fazer amizades, sustentar laços afetivos e conseqüentemente preservar a auto-estima. Segundo demonstraram, os adolescentes estão conscientes da importância dos dentes em relação à funcionalidade: quanto à mastigação e à digestão; quanto à atuação destes na fala e como elemento decisivo no processo de comunicação verbal. Uma informação evidenciou-se expressiva no referente à estética/aparência. Esta subcategoria, a despeito de não ter sido a mais significativa estatisticamente, foi a de maior valor simbólico e, desse modo, confirmou-se como essencial na vida desses adolescentes.

Por ser um período marcado por intensas mudanças na vida do ser humano, a adolescência caracteriza-se por uma fase na qual a beleza e a aparência assumem profunda importância.

Como podemos observar, quando se trata de aparência e beleza, os dentes assumem papel decisivo, pois dentes perfeitos conferem um tom de harmonia ao rosto e aparência de saúde e bem-estar.

Conforme evidenciamos nas falas dos adolescentes, eles manifestam a preocupação e às vezes até o preconceito ante a quebra dessa harmonia, quando alguém foge dos padrões considerados de beleza e tem a aparência modificada por algum defeito nos dentes, seja neles próprios ou em algum dos seus pares.

Nos tempos atuais, a sociedade de consumo cobra cada vez mais a beleza dos jovens, que são como “vitrines” e consumidores desses valores. Em todos os tempos e, sobretudo, hoje, particularmente em algumas profissões, ter boa

aparência é fundamental no competitivo mercado de trabalho onde não conta somente a capacidade intelectual ou profissional, mas também valores estéticos, como um rosto bonito, emoldurado por um belo sorriso sob dentes perfeitos.

Os adolescentes são incisivos quanto às conseqüências físicas, sociais e profissionais atribuídas a quem não tem o devido cuidado com os dentes. Tais conseqüências podem se iniciar com um problema físico, como a ausência ou defeito de alguns dentes, e se prolongar em forma de influência social, levando à auto-exclusão, além de repercussões no campo profissional, como dificuldade na comunicação e na própria aparência. Desse modo, será mais um empecilho no concorrido mercado de trabalho.

Para os adolescentes, a importância dos dentes em relação ao namoro, como também à auto-estima já é algo esperado em virtude da própria idade, da descoberta do outro e do que isso representa na vida deles. De todas as opiniões dos adolescentes, uma, porém, surpreendeu-nos extremamente, qual seja, a vinculação dos dentes ao humor e à religiosidade. Em relação ao humor, este está ligado ao sorriso e por extensão aos dentes. Quanto à religiosidade, a relação é um pouco complexa, pois faz uma análise de alguém que tem inveja de quem possui dentes brancos e bonitos. Segundo referido, isto significa cometer o pecado capital da inveja, conforme mencionado por um participante da pesquisa.

Os adolescentes também associam ter bons dentes ao bom convívio social, pois o sorriso bonito é parte significativa desse convívio. Possuir bons dentes e sorriso bonito é algo muito importante para os adolescentes e eles atualmente estão muito conscientes dessa importância para a vida. Durante esta pesquisa apenas uma adolescente mencionou sentir dor de dente em um universo de 41 adolescentes. Portanto, os adolescentes estão bem mais cuidadosos com os dentes e sabem da importância destes na vida deles.

Outro aspecto surpreendente demonstrado pelos adolescentes está relacionado com a visão deles sobre saúde bucal: passa pelo contexto do cuidado individual, da importância da alimentação e culmina com a necessidade do cuidado profissional.

Conforme ressaltamos, a saúde bucal reúne um conjunto de ações realizadas pelo indivíduo no intuito de manter a harmonia e o bem-estar da sua boca e de todo o seu corpo. As implicações de tais ações passam também pelo psicossocial, gerando qualidade de vida. E essa noção de saúde bucal é bem presente no entendimento dos adolescentes ao expressarem enfaticamente o que a ausência ou o defeito dos dentes causam na auto-estima.

Em virtude das transformações por ela acarretadas, a adolescência é talvez a fase da vida na qual a auto-estima assume proporções extremamente significativas e, mais ainda, no referente à atividade, à descoberta do outro, quando qualquer deslize pode significar traumas profundos, passíveis de se estender por toda a vida do indivíduo.

Nesta fase, a presença de bons dentes é uma espécie de “passaporte” usado pelo adolescente no caminho da auto-afirmação e na construção da sua personalidade.

Diante das características do adolescente, o profissional de saúde responsável pelo atendimento a esta população deve se preparar devidamente para assisti-la e, sobretudo, deve se munir de maior sensibilidade para desempenhar esta atividade. Nesse caso, o profissional de saúde bucal tem uma responsabilidade a mais, qual seja, orientar o adolescente no intuito de preservar a saúde bucal e, assim, garantir-lhe o sorriso bonito e saudável.

Apesar do interesse dos profissionais de saúde, a política de saúde voltada para esse segmento de população é quase inexistente. Tratando-se de saúde bucal, a situação é mais grave, pois as necessidades odontológicas, nessa etapa da vida, se ampliam em virtude de o início da adolescência coincidir com uma fase de muitas mudanças na boca. Ante tais mudanças, exige-se atenção odontológica mais especial, particularmente onde a carência é maior.

Por fim, o reconhecimento das motivações apreendidas neste estudo nos permite acreditar que a educação em saúde bucal deve ser privilegiada na atenção à referida clientela. Porém, deve ser desenvolvida com uma linguagem adequada ao adolescente, considerando a cultura na qual está inserido.

Na promoção da educação em saúde bucal, devemos cuidar do adolescente não somente para prevenir como também para tratar os problemas de saúde bucal inerentes a essa parcela de população. Conforme as condições, poderemos obter gratificantes resultados e poderemos garantir, pela saúde bucal do adolescente, sua inclusão entre a estética do belo e a preservação orgânica.

## REFERÊNCIAS

- ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência normal**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- ABOUCAYA, W.A. The dento-labial smile and the beauty of the face (these), 1973. Academy of Parris, University Paris VI. In: GOLDESTEIN, R.E. **Estética em odontologia**. São Paulo: Santos, 2000.
- ADAMO, F.A. Sexualidade: alguns aspectos. In: SAITO, M.I.; SILVA, L.E.V. da. **Adolescência** – prevenção e risco. São Paulo: Atheneu, 2001. cap. 11.
- ARAÚJO, E.C.; VASCONCELOS, E.M.R.; LIMA, L.S. de. Nursing knowledge standards related to prevention of acquired immunodeficiency syndrome in adolescents. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Aug. 2005.
- AROUCA, S.E.; ANDRADE, M.F. de; HIDRATA, R. Micro abrasão do esmalte dental e clareamento dental como opção de estética conservadora. **Rev. Ibero-Americana de Odontologia, Estética e Dentística**, v. 3, n. 9, p. 41-48, 2004.
- ASSIS, S.G.; AVANCI, J.Q. **Labirinto de espelhos**: formação da auto-estima na infância e na adolescência. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.
- AYRES, J.R.C.M.; CALAZANS, G.J.; FRANÇA JÚNIOR, I. Vulnerabilidade do adolescente ao HIV/Aids. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Seminário gravidez na adolescência**. Brasília, 1998. p. 97-109.
- AZEVEDO, M.R.D. Educação sexual: uma questão em aberto. In: SAITO, M.I.; SILVA, L.E.V. da. **Adolescência** – prevenção e risco. São Paulo: Atheneu, 2001. cap. 13.
- BALDWIN, D.C. Appearance and a esthetics in oral health. **Community Dent. Oral Epidemid**, v. 8, n. 5, p. 244-246, 1980.
- BALLABRIGA, A.; CARRASCOSA, A. **Nutrición en la infancia y adolescencia**. Madrid: Ergon S/A, 1998. cap. 13, p. 440-491.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004.
- BASTOS, J.R.M.; PERES, S.H.C.S.; RAMIREZ, I. Educação para a saúde. In: PEREIRA, A.C. (Org.). **Odontologia e saúde coletiva**. Porto Alegre: Artmed, 2003. cap. 6, p.120.
- BAUER, M.W.; GASKEL, G. **Pesquisas qualitativa com texto, imagem e som**. Um manual prático. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.
- BEZERRA, A.C.D.; TOLEDO, O.A. Nutrição, dieta e cárie. In: KRIGER, L. (Org.). **Promoção de saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 2003.



BIJELA, M.F.T.B. A importância de educação odontológica em saúde nos programas preventivos para criança. **Cidade Nuws**, n. ½, p. 25-28, 1993.

BOFF, L. **Saber cuidar**. Ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº 1/92 a 52/2006 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94. Brasília: Senado Federal, Superintendência de Edições Técnicas, 2006.

\_\_\_\_\_. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/final/prevencao/politicas.htm>>. Acesso em: 27 jan. 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Portaria nº 196/96**, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e regulamentação de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: MS, 1996.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas de Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **A saúde do adolescente e jovens** – uma metodologia de auto-aprendizagem para equipes de atenção básica módulo I. Brasília, 2000.

CÂNDIDA, P. **A digestão passo a passo**. Disponível em: <<http://www.asaude.terra.com.br>>. Acesso em: 15 maio 2007.

CANGUSSU, M.C.T.; CASTELLANOS, F.R.A. Prevalência da cárie em escolares de 12 a 15 anos de Salvador/BA, 2001. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 4, n. 3, Recife, 2004.

CARLINE-COTRIM, B.; GAZAL-CARVALHO, C.; GOUVEIA, N. Comportamento de saúde entre os jovens estudantes das redes públicas e privadas da área metropolitana do Estado de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 6, dez. 2000.

CARR-GREGG, M.; SHALE, E. **Criando adolescentes**: como prepará-los para os desafios de vida. São Paulo: Fundamento, 2004.

CARTA DE OTAWA. 1986. **Promoção de saúde**. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Informação. Educação e Comunicação (IEC). Brasília, 1996.

CAVALCANTE, L.H.A.; PIMENTA, L.A.F. Princípios estéticos para um sorriso harmonioso. **Rev. ABO Nacional**, v.13, n. 2, abr./maio 2005.

CARVALHO NETO, P. O adolescente e o mundo consumista. O consumo do sexo. **Pediatria Atual**, São Paulo, v. 8, n. 6, jun. 1999.

CAVALLIERE, L. **Plástica na auto-estima**. Disponível em: <<http://www.bolsade.mulher.com/beleza/materia/plasticanaauto-estima/4198/1>>. Acesso em: 5 maio 2007.

CEARÁ. **Atenção à saúde dos jovens e adolescentes cearenses**. Normas Operacionais para equipes de Saúde da Família. Fortaleza: [s. n.], 2003.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 4. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/conferencia/Saude\\_Bucal/Rel\\_Final\\_CNSB.pdf](http://conselho.saude.gov.br/conferencia/Saude_Bucal/Rel_Final_CNSB.pdf)>. Acesso em: 12 jun. 2006.

COSTA, H. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://.espacoacademico.com.br/038/38ccosto.htm>>. Acesso em: 27 nov. 2005.

COSTA, M.; LÓPEZ, E. **Educación para la salud**. Madri: Pirámide, 1996.

DE BIASE, C.B. **Dental health education: theory and practice**. Pennsylvania: Lea; Febiger, 1991.

DECLARAÇÃO DE JACARTA. Sobre Promoção de Saúde no Século XXI adentro à IV Conferência Internacional de Saúde em Jacarta, Indonésia, julho de 1997. In: MARCHESAN, J.; ZORZI, J. **Anuário CEFAC de Fonoaudiologia**, 1999-2000.

DREHMER T.M.; FLORES, E.M.T.L. Conhecimentos, percepções, comportamentos e representação de saúde e doença bucal dos adolescentes de escolas públicas de dois bairros de Porto Alegre. **Ciência e Saúde Coletiva**, Porto Alegre, v. 8, n. 3, p. 734-752, 2003.

ELIAS, M.S. et al. Saúde bucal para adolescentes de diferentes estratos sociais no Município de Ribeirão Preto. **Rev. Latino. Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p. 88-95, jan. 2001.

FARIA, A.R. **O desenvolvimento da criança e do adolescente segundo Piaget**. São Paulo: Ática, 1998.

FONTANA, U.F.; PACHECO, I.B. Contorno cosmético. **Rev. Ibero-americana de Odontologia, Estética e Dentística**, v. 3, n. 9, 2004.

FREIRE, M.C.M.; MACEDO, R.A.; SILVA, W.H. Conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos pediatras em relação à saúde bucal. **Pesquisa Odontológica Brasileira**, Goiânia, v. 4, n. 1, 2002.

FRITZEN, S.J. **Relações humanas interpessoais nas convivências grupais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

FURST, G. Collecting examples of dental mutilation dent survey 1980: August: 16-7. In: GOLDESTEIN, R.E. **Estética em odontologia**. 2. ed. São Paulo: Livraria e Editora Santos, 2000. cap. I, p. 3-13.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOLDESTEIN, R.E. **Estética em odontologia**. 2. ed. São Paulo: Livraria e Editora Santos, 2000.

HELMAN, C.G. **Saúde, cultura e doença**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD). Realizado em 1997. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Saúde de jovens e adolescentes: uma metodologia de auto-aprendizagem para equipes de atenção básica de saúde.** Módulo I. Brasília, 2000.

KNOBEL, M. Síndrome da adolescência normal. In: ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **A adolescência normal.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

LEINNINGER, M. **Care: the essence of nursing and health.** Detroit: Wayne State University Press, 1984.

LEVINE, R. The Scientific base of dental health education: a policy document. London Health Education Authority. In: BUISCHI, I.P. **Promoção de saúde na clínica odontológica.** São Paulo: Artes Médicas: EAP/APCD, 2000.

LYRA, J. et al. A gente não pode fazer nada. Só podemos decidir o sabor do sorvete. Adolescente: de sujeito de necessidades a um sujeito de direito. **Caderno Cedes**, Campinas, v. 22, n. 57, p. 9-21, ago. 2002.

LISBOA, I.C.; ABEGG, C. Hábitos de higiene bucal e uso de serviços de saúde por adolescentes e adultos no município de Canoas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Porto Alegre, v. 15, n. 4, out./dez. 2006.

MADALENO, M.; INFANTE, F. **Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes.** Washington: OPAS. DC, 20037, USA. 2001. Cap. I, p. 16.

MATOS, D.L. et al. Projeto Bambui: avaliação de serviços odontológicos privados públicos e de sindicatos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 237-243, 2002.

MILLER, J. A qualidade através das pessoas. **Managements**, Minesota, v. 3, nov./dez. 1997.

MIRANDA, A.E.; GADELHA, A.M.J.; SZWARCOWALD, C.L. Padrão de comportamento relacionado às práticas sexuais e o uso de drogas de adolescentes do sexo feminino residentes em Vitória, Espírito Santo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 1, n. 21, p. 207-216, 2002.

MOYSÉS, S.T.; WATT, R. Promoção de saúde bucal/definições. In: BUISCHI, I.P. **Promoção de saúde na clínica odontológica.** São Paulo: Artes Médicas: EAP/APCD, 2000.

NADANOVISK, P.; COSTA, A.J.L.; LUIZ, R.R. **Epidemiologia e bioestatística na pesquisa odontológica.** São Paulo: Atheneu, 2005.

NARVAI, P.C. Odontologia e saúde bucal coletiva. In: LUIZ, R.R.; COSTA, A.J.L.; NADANOVSKY, P. **Epidemiologia e bioestatística na pesquisa odontológica.** São Paulo: Atheneu, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE LA SALUD. **Un reto y una esperanza**. Lo Jóvine hoy. Ginebra, 2000. p. 2.

PAIXÃO, R.T.; HOEPFNER, M.G. Clareamento em dentes vitais. In: BUSATO, A.L.S. et al. **Dentística**. Restauração em dentes anteriores. São Paulo: Artes Médicas, 1997.

PAULETO, A.R.C.; PEREIRA, M.L.T.; CYRIN, E.G. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 2004.

PETRY, P.C.; PRETTO, S.M. Educação e motivação em saúde bucal. In: KRIGER, L. (Coord.). **Promoção de saúde bucal**. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1999.

PIGOZZI, V. **Adolescente viva em harmonia com ele**. São Paulo: Gente, 2005.

PINHEIRO, P.N.C. et al. O cuidado humano: reflexão ética acerca dos portadores de HIV/AIDS. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 569-575, 2005.

PORTO, V.H.C. **Saúde bucal e condições de vida**: uma contribuição do estudo epidemiológico para inserção da atenção à saúde bucal no SUS. 2002. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho. Faculdade de Medicina de Botucatu. Botucatu, 2002.

REATO, L. de F.R. Meios de comunicação. In: SAITO, M.J.; SILVA, E.V. **Adolescência, prevenção e risco**. São Paulo: Atheneu, 2001. cap. 20.

ROBBINS, A. **Poder sem limites**. São Paulo: Best Seller, 1987.

ROCHA, C.R.M. Acompanhamento de adolescentes no meio social. **Revista Adolscer**. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/revista/cap2.1html>>. Acesso em: 30 jun. 2006.

SANTOS, A.M. **Da fragmentação à integralidade**: construindo e (des) construindo prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família de Alagoinhas, BA. 2004. Dissertação (Mestrado). Feira de Santana, 2004.

SEGER, L.; BANACO, R.A.; GARCIA, I. Técnica de controle de comportamento. In: PSICOLOGIA e odontologia. São Paulo: Livraria e Editora Santos, 2002.

SHAFFER, D.R. **Psicologia do desenvolvimento**: infância e adolescência. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.

SHEIHAM, A. A determinação de necessidades de tratamento odontológico: uma abordagem social. In: PINTO, V.G. **Saúde bucal coletiva**. São Paulo: Elive, 2000.

SHEIHAM, A.; MOYSÉS, J.S. Papel dos profissionais de saúde bucal na promoção de saúde. In: BUISCHI, I.P. **Promoção de saúde bucal na clínica odontológica**, São Paulo: Artes Médicas, 2000. cap. 2, p. 27.

SILVEIRA, E.M.P.; JORGE, M.S.B. comportamento desviante: ordem social e subjetividade. In: FORTE, B.P.; JORGE, M.S.B.; SOARES, E. **Complexidade e**

**diversidade do conhecimento em saúde:** estimulando uma cultura de intervenção multidisciplinar. Fortaleza: UFC, 2002.

SOUSA, L.R.; TILLMAN, C.L.H.; OLIVEIRA, F.M. de. **A religiosidade e suas interfases com a medicina, a psicologia e a educação.** Disponível em: <<http://www.unifest.br/dpsiq/polibr/ppm/especial07.htm>>. Acesso em: 5 maio 2007.

TIBA, I. Ensinar aprendendo. **Como superar os desafios do relacionamento professor aluno em tempos de globalização.** São Paulo: [s. n.], 1998.

TIBA, A. **Adolescentes:** quem ama, educa. São Paulo: Integradas, 2005.

TOMITA, N.E. et al. Educação em saúde bucal para adolescentes: uso de métodos participativos. **Rev. FOB**, v. 9, n. 1/2, p. 63-69, jan./jun. 2001.

TRAEBERT, J.; MOREIRA, E.A.M. Transtornos alimentares de ordem comportamental e seus efeitos sobre a saúde bucal na adolescência. **Pesquisa Odontológica Brasileira**, v. 15, n. 4, p. 359-363, 2001.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais.** A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

URBAN, H. **As grandes lições da vida.** Rio de Janeiro: Sextante, 2004.

VALA, J. Análise de conteúdo. In: SILVA, A.S.; PINTO, J.M. (Org.). **Metodologia das ciências sociais.** 10. ed. Porto: Afrontamento, 1999. p. 101-126.

VIEIRA, A.R.; SILVÉRIO, D.C.P. Por que são perdidos dentes que nunca apresentaram problemas de cárie. **Secretários de Saúde**, São Paulo, v. 3, n. 22, p. 78, nov. 2006.

VITIELLO, N. **Adolescência hoje:** Comissão Nacional de Estudos sobre Adolescência. São Paulo: Rocca, 1998.

WEYNE, S.C. a construção do paradigma de produção de saúde – um desafio para as novas gerações. In: KREIGER, L. (Coord.). **Promoção de saúde bucal (ABOPREV).** 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003.

WILLAUME, S. M. **O processo ensino-aprendizagem na residência médica ou pediatria:** uma análise. 2000. Dissertação (Mestrado) – Pós-graduação em saúde da criança e da mulher, Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2000.

# **APÊNDICES**

## APÊNDICE A: ROTEIRO DE ENTREVISTA

### Dados de Identificação

Iniciais do nome do entrevistado -

Naturalidade

Sexo

Idade

Endereço

Número de pessoas que moram na casa

Nível de escolaridade

Analfabeto ( )

Ensino Fundamental ( ) 1ª Série ( ) 2ª Série ( ) 3ª Série ( ) 4ª Série ( ) 5ª Série

Ensino Médio ( ) 1ª Série ( ) 2ª Série ( ) 3ª Série

Ocupação – Trabalha? ( ) Sim ( ) Não

Renda

Ensino Médio ( ) 1ª Série ( ) 2ª Série ( ) 3ª Série

### Perguntas:

1. Que importância tem os dentes para você?

---

---

2. Fale sobre a importância dos dentes na sua aparência pessoal? Por quê?

---

---

3. Fale da importância dos dentes no seu convívio social.

---

---

4. Na sua opinião o que deve ser feito para a conservação dos dentes?

---

---

## APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro adolescente/pai ou responsável

Sou dentista deste hospital e estou desenvolvendo neste ambulatório uma pesquisa, com o título ADOLESCENTES E SAÚDE BUCAL: entre a estética do belo e a preservação orgânica.

Esta pesquisa tem por objetivo conhecer a sua opinião sobre sua saúde bucal e por isso preciso da sua colaboração respondendo algumas perguntas que serão gravadas, caso você concorde em responder. Depois de utilizada, a entrevista será arquivada sob sigilo.

Comunico-lhe que esta pesquisa não lhe trará nenhum prejuízo, nenhum risco à sua saúde e que você poderá desistir de participar a qualquer momento sem que isso lhe cause nenhum dano, custo ou punição.

Também devo lhe esclarecer que o grande benefício da sua participação nesta pesquisa serão as informações sobre higiene bucal, cuidado com os dentes no sentido de preservar sua saúde bem como manter boa aparência para o convívio social, emprego e afetividade.

Dou-lhe garantia de que as informações que estou obtendo serão apenas para a realização do meu trabalho e também lhe asseguro que a qualquer momento você terá acesso às informações sobre o estudo, inclusive para resolver qualquer dúvida que possa ocorrer.

Ainda lhe informo que, quando apresentar meu trabalho, não usarei seu nome e não darei nenhuma informação que possa identificá-lo.

Em caso de dúvida poderá entrar em contato com a pesquisadora Ana Cely Machado de Sousa, telefones: Hospital São José: 3101-2345; Hospital Infantil Albert Sabin: 3101-4266.

---

Pesquisadora

Eu, \_\_\_\_\_,  
fui esclarecido (a), estou consciente dos objetivos deste estudo e concordo livremente em participar do mencionado estudo.

---

Assinatura do adolescente /pais ou responsável

Fortaleza, \_\_\_/ \_\_\_/ \_\_\_\_



## APÊNDICE C1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro pai e/ou responsável

Sou dentista deste hospital e estou desenvolvendo neste ambulatório uma pesquisa, com o título ADOLESCENTES E SAÚDE BUCAL: entre a estética do belo e a preservação orgânica

Ilmo. Sr. Dr. Valter Frota  
Diretor Técnico do Hospital Infantil Albert Sabin

De: Ana Cely Machado de Sousa  
Aluna do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Solicitação:

Fortaleza, 20 de junho de 2005

Sr. Diretor

Sou aluna regularmente matriculada no Curso do Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e sob a orientação da Dra. Maria Lúcia Duarte Pereira, vimos apresentar o projeto de pesquisa da nossa autoria intitulado: ADOLESCENTES E SAÚDE BUCAL: entre a estética do belo e a preservação orgânica. Como contribuição desta pesquisa, pretendemos sugerir melhorias no atendimento odontológico e incentivar os adolescentes através de oficinas de conscientização a participar de ações de educação e saúde.

Por meio desta, solicitamos a Vossa Senhoria autorização para que a pesquisa possa ser realizada nas dependências do Hospital Infantil Albert Sabin.

A pesquisa não acarretará nenhum transtorno à rotina do serviço.

Agradecemos sua atenção.

---

Ana Cely Machado de Sousa

## APÊNDICE C2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro pai e/ou responsável

Sou dentista deste hospital e estou desenvolvendo neste ambulatório uma pesquisa, com o título ADOLESCENTES E SAÚDE BUCAL: entre a estética do belo e a preservação orgânica.

Esta pesquisa tem por objetivo conhecer a opinião do seu filho ou filha ou adolescente sob sua responsabilidade sobre a saúde bucal dele ou dela e para isto preciso da sua colaboração, permitindo que ele ou ela participe da pesquisa respondendo as perguntas que serão gravadas e arquivadas sob sigilo, após a utilização.

Comunico-lhe que esta pesquisa não trará nenhum prejuízo, nenhum risco ou dano à saúde do seu filho, filha ou adolescente sob sua responsabilidade e que eles poderão desistir de participar deste trabalho a qualquer momento sem que isto lhes cause dano, custo ou punição e que o senhor ou a senhora poderão também, a qualquer momento, retirar a autorização sem que isto lhes cause qualquer dano, custo ou punição.

Devo esclarecer, também, que o grande benefício da participação do seu filho, filha ou adolescente sob sua responsabilidade serão as informações sobre higiene bucal, cuidado com os dentes, no sentido de preservar a sua saúde, bem como manter uma boa aparência para o convívio social, emprego e afetividade.

Informo ainda que, quando este trabalho for concluído, o nome do seu filho, filha ou adolescente sob sua responsabilidade não será identificado, ou seja, será preservado no mais absoluto sigilo.

Em caso de dúvida o senhor ou a senhora poderão entrar em contato com a pesquisadora, da seguinte forma:

Ana Cely Machado de Sousa

Fones (85) 3101 2345 – Hospital São José, das 7 às 11 horas,

Fones (85) 3101 4266 – Hospital Infantil Alberto Sabin, das 13 às 16 horas.

---

Pesquisadora

Eu, \_\_\_\_\_,  
fui esclarecido(a), estou consciente dos objetivos deste estudo e concordo livremente em dar o meu consentimento para que o(a) meu(minha) filho(a), ou adolescente sob minha responsabilidade participe do mencionado estudo.

---

Pai, mãe ou responsável

Fortaleza-CE, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## APÊNDICE D: CARTA DE ENCAMINHAMENTO À INSTITUIÇÃO DE PESQUISA

Ilma. Sra. Dra. Airtes Vitorino  
Diretora Geral do Hospital São José de Doenças Infecto - Contagiosas

De: Ana Cely Machado de Sousa  
Aluna do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente da  
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Solicitação:

Fortaleza, 20 de junho de 2005

Sra. Diretora

Sou aluna regularmente matriculada no Curso do Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e sob a orientação da Dra. Maria Lúcia Duarte Pereira, vimos apresentar o projeto de pesquisa da nossa autoria intitulado: ADOLESCENTES E SAÚDE BUCAL: entre a estética do belo e a preservação orgânica. Como contribuição desta pesquisa pretendemos sugerir melhorias no atendimento odontológico e incentivar os adolescentes através de oficinas de conscientização a participar de ações de educação e saúde.

Por meio desta, solicitamos a Vossa Senhoria autorização para que a pesquisa possa ser realizada nas dependências do Hospital São José de Doenças Infecto – Contagiosas.

A pesquisa não acarretará nenhum transtorno à rotina do serviço.

Agradecemos antecipadamente sua atenção.

---

Ana Cely Machado de Sousa

# **ANEXO**

## ANEXO A: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA