GREICE DE BRITO SOUZA

Práticas para a saúde: avaliação subjetiva de adolescentes

São Paulo

2011

GREICE DE BRITO SOUZA

Práticas para a saúde: avaliação subjetiva de adolescentes

Versão Original

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, para obter o título de Mestre, pelo programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas.

Área de Concentração: Odontologia Social

Orientadora: Profa. Dra. Simone Rennó Junqueira

São Paulo

2011

Souza GB. Práticas para a saúde: avaliação subjetiva de adolescentes. Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de mestre em Ciências Odontológicas.

Aprovado em: / / 2011

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a). _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a). _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a). _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedico esse trabalho ao meu esposo que esteve sempre ao meu lado, me auxiliando e aceitando minha falta de tempo. Paulo meu companheiro de tantos momentos, obrigada por tudo. Te amo.

A minha mãe querida que sempre foi meu porto seguro, me ensinou a ser perseverante e insistir nos meus sonhos. Esta grande mulher que mesmo nas horas mais difíceis me olhou com ternura e me mostrou o lado positivo da vida.

Ao meu pai que me ensinou o valor das coisas e a simplicidade. O amigo mais fiel e correto que eu poderia ter. Sou a filha mais orgulhosa. Obrigada pelos anos dedicados.

Aos meus irmãos (Karina, Felipe e Henrique) que aceitaram minha ausência familiar, que sempre me apoiaram nos caminhos que escolhi trilhar. Em especial ao meu irmão caçula que me auxiliou, me escutou e me aguentou durante esses dois últimos anos. Amo demais vocês.

Aos meus sobrinhos e cunhado que sempre me incentivaram e me fizeram sorrir mesmo quando muito estressada.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Simone Rennó Junqueira, minha orientadora, que me acompanha e me orienta desde minha primeira iniciação científica. Confiante, dedicada e sempre muito amiga. Agradeço o tempo e a confiança depositados em mim.

Às colegas da pós-graduação e amigas Talita Carnaval e Gisele Ebling que desde a graduação estão sempre ao meu lado. E me ajudaram nas disciplinas cursadas.

Ao professor Toninho que sempre com um sorriso no rosto me ajudou na elaboração deste trabalho, me auxiliando quando estava perdida no departamento.

À professora Maria Ercília que me ajudou a não desistir da faculdade e sempre me incentivou a fazer o mestrado. Obrigada professora.

Ao professor Botazzo e Imparato que me estimularam a melhorar e me deram dicas sobre este trabalho.

Às secretárias do departamento de odontologia social que foram dedicadas e presentes nesses anos de estudo.

Aos professores do departamento de odontologia social que sempre me receberam e me trataram bem.

Aos adolescentes de Barueri que aceitaram participar desse trabalho e possibilitaram a concretização desse sonho.

RESUMO

Souza GB. Práticas para a saúde: avaliação subjetiva de adolescentes [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2011. Versão Original.

Admite-se que o uso dos serviços de saúde, inclusive os odontológicos, deve ser considerado em três dimensões: a capacitação, a predisposição e a necessidade. Acreditando que as necessidades vão além daquelas confirmadas pela presença de doenças bucais no momento do exame epidemiológico, este trabalho verificou as percepções sobre a satisfação com a vida, o corpo e a saúde bucal de adolescentes, cujas práticas se refletem na saúde. Por meio de pesquisa qualitativa, os discursos de adolescentes do município de Barueri, na Grande São Paulo, foram levantados em entrevistas pela técnica do grupo focal nos diferentes gêneros. Foram analisados segundo a análise de conteúdo. A percepção sobre a satisfação com a vida, corpo e saúde demonstrou que a alimentação desses jovens é pouco balanceada; o emprego é entendido como um problema para o futuro, embora muitos já tenham experienciado alguma vivência com o trabalho; as relações afetivas são o grande conflito desta faixa etária; o cuidado com o corpo é tido como sinônimo de banho e esportes e o cuidado com higiene oral foi limitado à escovação, muitos relataram fazer uso dos serviços do convênio odontológico uma vez que o posto de saúde é muito demorado. O conhecimento da percepção dos jovens sobre esses eixos pode contribuir para o aprimoramento das ações em saúde bucal, em que se consideram os determinantes sociais da saúde e a forma de articular o acesso aos meios de prevenção, tratamento e manutenção da saúde bucal.

Palavras-chave: Adolescente. Conhecimentos, atitudes e prática em saúde. Saúde bucal. Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

Souza GB. Practice for health: subjective evaluation of adolescents [dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2011. Versão Original

It is accepted that the use of health services, including dental, should be considered in three dimensions: the training, the willingness and necessity. Believing that the needs go beyond those confirmed by the presence of oral diseases at the time of the epidemiological survey, this study examined the perceptions of satisfaction with life, body and oral health of adolescents, whose practices are reflected in health. Through qualitative research, the discourse of adolescents in the city of Barueri, in Greater São Paulo, were collected in interviews by the focus group technique in different genera. Were analyzed using content analysis. The perception of satisfaction with life, body and health showed that the feeding of young is poorly balanced, employment is seen as a problem for the future, although many have already experienced any experience with the work, the affective relations are the great conflict of this age group, the care of the body is seen as synonymous with sports and bathing and oral hygiene care was limited to brushing, many reported use of the services of dental plan since the health post is too long. Knowledge of the kids' perceptions of these aspects can contribute to the improvement of oral health practices, which consider the social determinants of health and how to articulate the access to means of prevention, treatment and maintenance of oral health.

Keywords: Adolescent. Knowledge, Attitudes and health practice. Oral health. Qualitative research.

LISTA DE TABELAS

Tabela 2.1 - Média de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados entre adolescentes. Município de Barueri, SP, 2009	16
Tabela 2.2 - Composição percentual do índice CPO-D entre adolescentes. Município de Barueri, SP, 2009.....	16
Tabela 2.3 -Número e porcentagem de dentes sem e com necessidades de tratamento odontológico entre adolescentes. Município de Barueri, SP, 2009	17
Tabela 2.4 - Número e porcentagem de pessoas examinadas, segundo o maior grau de condição periodontal observado nos adolescentes. Município de Barueri, SP, 2009.....	17
Tabela 2.5 - Número e porcentagem de adolescentes segundo graus de fluorose. Município de Barueri, SP, 2009	18
Tabela 2.6 - Número e porcentagem de adolescentes segundo o uso de cigarros. Município de Barueri, SP, 2009	19
Tabela 2.7 - Número e porcentagem de adolescentes segundo o consumo de bebida alcoólica. Município de Barueri, SP, 2009	19

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 REVISÃO DA LITERATURA	12
3 JUSTIFICATIVA.....	23
4 MATERIAL E MÉTODOS	24
4.1 Tipo de estudo.....	24
4.2 Coleta dos Dados	26
4.3 Aspectos Éticos	27
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	28
5.1 Categoria 1: A alimentação	28
5.2 Categoria 2: O trabalho - expectativa para o futuro	31
5.3 Categoria 3: Os relacionamentos amorosos	34
5.4 Categoria 4: Os cuidados com o Corpo	38
5.5 Categoria 5: A higiene oral	40
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
REFERÊNCIAS.....	47
APÊNDICES	52
ANEXOS	57

1 INTRODUÇÃO

A universalidade do acesso às ações e serviços de saúde para a promoção, proteção e recuperação desta, é um dos princípios do Sistema Único de Saúde, instituído pela Constituição brasileira de 1988 (Brasil, 1988).

Aos gestores de políticas públicas brasileiras cabe o desafio de cumprir essa premissa, desenvolvendo ações que melhorem a qualidade de vida das pessoas.

Neste contexto, a saúde bucal também está inserida e espera-se que a universalização do acesso propicie a ampliação da cobertura dos serviços odontológicos.

Acredita-se que a ampliação da cobertura seja pautada em função das necessidades epidemiológicas da população e, para isso, os levantamentos epidemiológicos em saúde bucal têm sido realizados, pois permitem delinear o perfil e a tendência das doenças bucais. Mais do que isso, orientam o planejamento e a organização dos serviços de saúde bucal para que sejam melhor direcionados em função das necessidades, de acordo com os princípios da equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde.

As unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam um todo indivisível, configurando um sistema capaz de prestar assistência integral ao indivíduo indivisível e integrante de uma comunidade (Brasil, 1990).

Produzir ou manter um “homem inteiro” é tarefa que vai muito além das possibilidades do aparelho produtor de serviços de saúde. Antes, é coisa que se inscreve no terreno da utopia. Mesmo com esta enorme restrição, para muitos é desejável e possível uma abordagem mais “integralizadora” quando se trata de prover cuidados de saúde para indivíduos ou grupos (Botazzo, 2008).

O uso dos serviços de saúde, inclusive os odontológicos, deve ser

considerado em três dimensões: a capacitação, a predisposição e a necessidade, conforme proposto por Andersen e Newman (1973). A primeira refere-se ao fato do indivíduo procurar e receber atendimento, tendo como variáveis, entre outras, a condição econômica e a oferta de serviços; a predisposição está relacionada a características individuais que aumentem as chances de procura pelos serviços, como idade e hábitos nocivos; e a necessidade refere-se à percepção dos indivíduos sobre seu estado de saúde e a própria condição de saúde, medida pelo seu avesso, ou seja, a doença.

Os adolescentes constituem a população alvo do presente estudo. A adolescência é considerada uma fase de transição entre a infância e a juventude. É o período de vida compreendido entre 10 e 20 anos de idade, no qual o jovem se vê surpreendido por inúmeras mudanças físicas, cognitivas, emocionais e sociais.

Apresentam características e atitudes singulares, necessidades igualmente distintas e formam um grupo populacional não atendido nos programas preventivos odontológicos (Junqueira, 2007; Souza et al., 2007).

Organizar serviços e ações em saúde bucal para adolescentes parece ser importante, visto o incremento de cárie ao qual estão submetidos quando saem da infância, além da exposição aos riscos para outros agravos em saúde bucal.

Para isso, devem-se incorporar as três dimensões relacionadas ao uso dos serviços. A capacitação e a predisposição podem ser analisadas com base em dados secundários. Dentro da necessidade, o eixo objetivo pode ser medido pela carga da doença, mas o eixo subjetivo, relativo à percepção dos indivíduos sobre seu estado de saúde deve ser mais bem explorado, uma vez que ele pode apontar as razões que levam o jovem a não procurar o serviço ou não aderir às ações propostas a ele.

Identificado o grupo social, optou-se por usar como referência o município de Barueri, localizado na Grande São Paulo.

É essencial conhecer as necessidades e a estrutura psico-social da

comunidade em que estes adolescentes estão inseridos, incorporando-as no programa de educação e prevenção; desta forma, novas ideias e ações se ajustam, surgem e crescem nesta realidade (Santos et al., 1992).

2 REVISÃO DA LITERATURA

O município de Barueri tem uma área de 64 quilômetros quadrados e estimativa populacional de 273.713 habitantes em 2008, o que perfaz uma relação de 3.509 habitantes por km². O gráfico 2.1 mostra a evolução demográfica no município.

(Fonte: Instituto Brasileiro de Administração Municipal, 2010)

Gráfico 2.1 - Evolução demográfica da cidade de Barueri

Menores de 15 anos compõem 28,3% da população e 5,6% têm mais de 60 anos. O município não tem área rural, concentrando-se toda a população em zona urbana, que apresenta 99,9% de suas vias públicas pavimentadas (Seade, 2010).

Trata-se de um município populoso e que vive da arrecadação de impostos, a cidade é um dos principais centros financeiros do estado de São Paulo é a 9 cidade mais rica do Brasil.

A Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo (Sabesp) é responsável pelo saneamento básico do município, com uma extensão da rede de água de 420 km, que abrange toda a área municipal; mas a rede de esgoto atinge 270 km de extensão.

A educação pública em Barueri atende mais de 60 mil alunos em 79 escolas e possui cerca de 2.000 educadores. São 33 escolas de ensino médio no município sendo 23 escolas públicas estaduais, 3 escolas públicas municipais e 7 privadas (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010).

O ensino é considerado um dos melhores da região, o que atrai jovens de municípios vizinhos como Jandira, Osasco e Carapicuíba. A cidade possui 11 bibliotecas, teatro e museu.

A taxa de analfabetismo da população de 15 anos ou mais é de 6,6%, abaixo da média nacional, que foi de 9,6% em 2010. A renda *per capita* da população é de 3,3 salários mínimos.

A taxa de mães adolescentes (com menos de 18 anos) é de 7,1% (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010).

Foi possível caracterizar a capacitação da rede municipal de saúde bucal em Barueri por meio de dados secundários, descrevendo-se a oferta de serviços odontológicos e indicadores de procedimentos realizados.

A rede municipal de Barueri apresenta 13 unidades básicas de saúde que dispõem de 10 clínicos gerais em odontologia. Os mesmos trabalham em turnos de 4 horas que se dividem das 7:00h às 16:00h. Apenas três unidades apresentam especialistas em endodontia e prótese. O município possui 36 auxiliares odontológicos. E não há atendimento de emergência bucomaxilofacial (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010).

A média de procedimentos odontológicos básicos individuais foi de 0,6 em 2006. A cobertura de primeira consulta odontológica programática foi de 10,4.

A proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais foi de 9,3 em 2006 (Datasus, 2006).

Os Procedimentos Coletivos (PC) foram incorporados na rotina das unidades

básicas de saúde dos municípios do Estado e são aplicados, na sua grande maioria, em escolas de ensino fundamental (1^a a 4^a série).

Admite-se que a permanência desses procedimentos nas escolas, aliada a outros fatores, contribui para que os índices de cárie em crianças sejam controlados, uma vez que a população-alvo passa a integrar um sistema de prevenção.

Definem-se sistemas de prevenção como

Processos sociais que combinam diferentes ações programáticas periódicas de caráter preventivo e educativo a fim de controlar e/ou reduzir o nível das doenças bucais que afetam uma dada população ou grupo social específico. (Frazão; Narvai, 1996, p. 22).

A expansão dos PC para os adolescentes, ainda em âmbito escolar, poderia controlar também, nesta faixa etária, a prevalência de doenças bucais. Entretanto, observa-se uma resistência, por parte dos profissionais, na execução dos PC nesta faixa etária, principalmente no seu componente educativo. Bem como também uma resistência por parte desta faixa etária que não quer ser tratada como criança e nem como adulta.

Quando se avaliou a percepção, o conhecimento, as práticas em saúde bucal e a prevalência da cárie em adolescentes do município de Embu, São Paulo, não houve diferença entre os grupos que participaram ou não dos procedimentos coletivos quando crianças. Os PC não foram suficientes para superar os efeitos produzidos por outros determinantes do processo saúde-doença e causar impacto favorável em geração futura (Junqueira, 2007; Souza et al., 2007).

Grande ênfase vem sendo dada para que intervenções nos serviços de saúde sejam avaliadas e, conseqüentemente, possam demonstrar seus impactos e efeitos a médio e longo prazo nos níveis de saúde da população.

No entanto, segundo Watt et al. (2001), há uma lacuna no processo de avaliação das ações de promoção de saúde, seja pela falta de preparo e conhecimento na execução de pesquisas nesta área pelos executores das ações, pela inadequada previsão de recursos, tempo e suporte para as atividades de

avaliação ou pela falta de uma estrutura avaliativa apropriada.

A crescente preocupação na investigação de aspectos relacionados à saúde dos adolescentes visa ao estabelecimento e à manutenção de condições aceitáveis de saúde, incluindo a saúde bucal, bem como contribuir no sentido de desmistificar certos pressupostos tradicionalmente aceitos (Flores; Drehmer, 2003; Santos et al., 2007; Antunes et al., 2008; Gushi et al., 2008).

É comum, adolescentes apresentarem um comportamento negligente em relação aos seus cuidados com a saúde. Portanto, esse período é tido como de risco aumentado para a cárie dentária e outras afecções bucais, em decorrência do precário controle de placa e menor cuidado com a escovação (World Health Organization, 1995; Tomita et al., 2001).

Determinar o que motiva os adolescentes é o primeiro passo para o sucesso da educação em saúde bucal (DeBiase, 1991) e de sistemas de prevenção.

As condições de saúde bucal de adolescentes do município também puderam ser consideradas a partir do “Levantamento Epidemiológico no Município de Barueri, 2009” (Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico da Odontologia, 2009). Ressalta-se que para este levantamento a amostra de jovens, adultos e idosos foi estabelecida entre os usuários dos serviços públicos de saúde e, portanto, não pode ser inferida para o resto da população nas mesmas faixas etárias. Entretanto, serve de parâmetro para os serviços, pois foi o primeiro dado acerca dessas populações, considerando-se os critérios da Organização Mundial da Saúde para levantamentos epidemiológicos.

O índice de cárie, medido pelo CPO-D (média de dentes cariados, perdidos e obturados) foi igual a 4,3 na faixa etária dos 15 aos 19 anos (Tabela 2.1). Esse valor pode ser considerado baixo quando comparado à média do índice no estado de São Paulo, que foi igual a 6,5 em 2002.

Tabela 2.1 – Média de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados entre adolescentes. Município de Barueri, SP, 2009

IDADE	N	C	P	O	CPO
15 – 19	72	1,76	0,44	2,08	4,29

A tabela 2.2 traz a composição percentual do índice. Percebe-se que 48,5% do índice referiu-se ao componente obturado, o que mostra que esses adolescentes estão tendo acesso a serviços odontológicos.

Tabela 2.2 - Composição percentual do índice CPO-D entre adolescentes. Município de Barueri, SP, 2009

IDADE	N	C	P	O	CPO
15 – 19	72	41,10	10,36	48,54	100,00

Segue a tabela 2.3 com a porcentagem de dentes com necessidades de tratamento. São aproximadamente 7,2% de dentes com necessidade de tratamento que incluem restauração (de 1 ou mais faces), endodontias e extrações.

Tabela 2.3 - Número e porcentagem de dentes sem e com necessidades de tratamento odontológico entre adolescentes. Município de Barueri, SP, 2009

IDADE	NECESSIDADES DE TRATAMENTO				TOTAL	
	SEM		COM		n	%
	N	%	N	%		
15 - 19	1872	92,8	145	7,2	2017	100,0

Sobre a condição periodontal, a tabela 4 indica que a maioria dos jovens já apresenta cálculo como pior condição nos sextantes, e que apenas 19,1% dos jovens têm todos os sextantes sadios.

Tabela 2.4 - Número e porcentagem de pessoas examinadas, segundo o maior grau de condição periodontal observado nos adolescentes. Município de Barueri, SP, 2009

CONDIÇÃO PERIODONTAL	IDADE	
	15 - 19	
	N	%
0 (SADIOS)	13	19,1
1 (SANGRAMENTO)	16	23,5
2 (CÁLCULO)	32	47,1
3 (BOLSA 4 ~ 5 mm)	7	10,3
4 (BOLSA 6 mm +)	-	-
X (NULOS)	-	-
TOTAL	68	100,0

Com relação à fluorose, percebe-se que a maioria não a possui e os que a tem, são em graus muito leve e leve, conforme visto na tabela 2.5.

Tabela 2.5 - Número e porcentagem de adolescentes segundo graus de fluorose. Município de Barueri, SP, 2009

CONDIÇÃO	15 - 19	
	N	%
<u>Sem Fluorose</u>	<u>47</u>	65,2
☐ <i>Normal</i>	42	58,3
☐ <i>Questionável</i>	5	6,9
<u>Com Fluorose</u>	<u>23</u>	32,0
☐ <i>Muito Leve</i>	11	15,3
☐ <i>Leve</i>	11	15,3
☐ <i>Moderada</i>	1	1,4
☐ <i>Severa</i>	-	-
<u>Sem Informação/Excluído</u>	<u>2</u>	2,8
TOTAL	72	100,0

O levantamento epidemiológico de Barueri também abordou aspectos relacionados ao consumo de fumo/cigarro e álcool, conforme as tabelas 2.6 e 2.7. A maioria relatou não fumar e não beber mas, destacou-se a quantidade de jovens que consumiam bebida alcoólica.

Tabela 2.6 - Número e porcentagem de adolescentes segundo o uso de cigarros. Município de Barueri, SP, 2009

Hábito de fumar	15 – 19	
	N	%
Não fuma e nunca fumou	64	88,8
Ex-fumante	1	1,4
Fumante - Cigarro Industrializado	7	9,7
Fumante - Cigarro de Palha		
Fumante – Cachimbo		
TOTAL	72	100,0

Tabela 2.7 - Número e porcentagem de adolescentes segundo o consumo de bebida alcoólica. Município de Barueri, SP, 2009

Frequência de consumo de bebida alcoólica	15 – 19	
	n	%
Não ingere e nunca ingeriu	47	65,2
Não ingere mais	3	4,1
Ingere menos de 1 vez ao dia	17	23,6
Ingere de 1 a 2 vezes ao dia	5	6,9
Ingere de 3 a 4 vezes ao dia		
TOTAL	72	100

Segundo Narvai et al. (2000) os fatores apontados como prováveis responsáveis pelo declínio na prevalência de cárie no Brasil são: o aumento e a universalização da exposição das pessoas ao flúor em suas variadas formas de

aplicação, com destaque especial para a água de abastecimento e os dentifrícios fluoretados, a maior ênfase nas atividades de promoção de saúde, a melhoria nas condições de saúde e qualidade de vida, além da mudança nos critérios de diagnóstico de cárie.

Truin et al. (2005) constataram que, apesar de a cárie dentária ser a doença bucal mais estudada em todo o mundo, a maioria das pesquisas concentra-se em crianças em idade escolar, não havendo dados suficientes na literatura sobre a prevalência de cárie dentária em adolescentes.

Bratthall (2000) mostraram uma análise mais detalhada da situação da cárie em muitos países. Há uma distribuição assimétrica da prevalência de cárie – o que significa que uma proporção da população ainda tem valores de CPOD altos, enquanto outra proporção é totalmente livre de cárie. A média do CPOD não reflete essa distribuição assimétrica, podendo levar à conclusão incorreta de que a situação da cárie para toda a população está controlada, quando, na realidade, muitos indivíduos ainda têm cáries.

Gushi et al. (2005) mostraram que no terço da população com os maiores índices de experiência de cárie dentária, verificou-se haver acesso aos serviços odontológicos, em virtude da alta porcentagem de dentes restaurados; entretanto, houve considerável porcentagem de dentes perdidos, demonstrando que muitas vezes a falta de serviços públicos que ofereçam tratamentos de qualidade e a baixa renda *per capita* da população, que acaba tendo como alternativa apenas tratamentos de menor custo ou a simples falta de acesso ao tratamento adequado, podem tornar a exodontia a única conduta possível.

Conseqüentemente, há a necessidade de ênfase em estratégias que possam atenuar os danos causados pela progressão da doença, tais como medidas preventivas e programas de saúde pública estruturados que atendam a essa demanda.

Martins et al. (2006) observaram, no município de Bilac, São Paulo, que está ocorrendo declínio dos índices CPOD e aumento da porcentagem de adolescentes

livres de cárie, apesar de o município não apresentar fluoretação das águas de abastecimento.

Baldani et al. (2002) constataram, no Estado do Paraná, uma correlação negativa entre o CPOD e o percentual de domicílios ligados à rede de abastecimento, indicando menores níveis de agravamento nos municípios com maior oferta do serviço de águas.

Segundo Nadanovsky (2000), a água fluoretada parece oferecer um benefício adicional, mesmo quando os dentifrícios contêm flúor.

Sales-Peres e Bastos (2002) em seu estudo na região centro-oeste do Estado de São Paulo, verificaram que não houve diferença significativa entre o CPOD de municípios de mesmo porte, com ou sem flúor na água, demonstrando o fenômeno da convergência nesta região.

Este pode ser justificado pelo efeito halo, que é a exposição dos indivíduos aos diferentes veículos contendo flúor.

Gushi et al. (2005) verificaram que nos municípios com fluoretação das águas de abastecimento público o índice CPOD foi de 6,43 e que nos municípios sem esse benefício o índice foi de 6,45, não encontrando diferença estatística quando comparados ($p=0,656$).

Houve, porém, maior porcentagem de adolescentes livres de cárie nos municípios com água fluoretada, tendência ratificada pelos resultados obtidos da análise dos componentes do índice CPOD, pois, nestes municípios, encontrou-se menor número de dentes cariados e perdidos, além de maior número de dentes obturados.

O declínio dos índices de cárie em vários países foi acompanhado por um processo de polarização da doença numa pequena parcela da população.

Permanecendo excluída dos benefícios, seja porque as medidas de saúde coletiva mais importante (água e dentifrício fluorados) não alcançaram ainda esse

segmento, seja porque as condições de exclusão social e risco à cárie têm se mantido em níveis extremamente elevados (Antunes, 2006).

3 JUSTIFICATIVA

Acreditando que as necessidades vão além daquelas confirmadas pela presença de doenças bucais no momento do exame epidemiológico, este trabalho verificou as percepções sobre a satisfação com a vida, o corpo e a saúde bucal de adolescentes do município de Barueri, na Grande São Paulo.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Pretende-se conhecer a percepção sobre a satisfação com a vida, corpo e saúde bucal desses jovens para caracterizar a demanda social sobre os serviços de saúde bucal, sendo indicada a pesquisa qualitativa (Minayo, 1998).

O estudo qualitativo foi escolhido pelo fato do comportamento e universo dos adolescentes ser pouco conhecido e pretende-se aqui descrever os fatos segundo o ponto de vista dos sujeitos do estudo.

Propõe-se uma pesquisa qualitativa através da análise de conteúdo proposto por Bardin (1977), onde, pela interpretação dos conteúdos de entrevistas gravadas, identificam-se unidades de sentido/expressões chaves. A organização e agregação dessas unidades denominam-se categorização.

A análise de conteúdo esteve presente desde as primeiras tentativas da humanidade de interpretar os antigos escritos, como as tentativas de interpretar os livros sagrados. Entretanto, a análise de conteúdo apenas na década de 20, foi sistematizada como método, devido aos estudos de Leavell sobre a propaganda empregada na primeira guerra mundial, adquirindo dessa forma, o caráter de método de investigação (Trivinos, 1987).

Qualquer comunicação que vincule um conjunto de significações de um emissor para um receptor pode, em princípio, ser traduzida pelas técnicas de análise de conteúdo.

O método da análise de conteúdo aparece como uma ferramenta para a compreensão da construção de significado que os atores sociais exteriorizam no discurso. Analisada no presente estudo sob o enfoque da teoria das Representações Sociais e da teoria da Ação na perspectiva fenomenológica, permite ao pesquisador

o entendimento das representações que o indivíduo apresenta em relação a sua realidade e a interpretação que faz dos significados a sua volta.

O processo descrito se refere a uma visão interpretativa da realidade do ponto de vista dos entrevistados. Esse processo tem predominado na pesquisa qualitativa, seja por critérios da teoria das representações sociais ou da teoria da ação. Tais teorias buscam a compreensão da realidade do ponto de vista dos entrevistados a partir do discurso declarado pelos mesmos.

A análise de conteúdo possibilita o reconhecimento de ideias que se enquadram em determinadas categorias, previamente identificadas pelos pesquisadores, e que refletem, após minuciosa e exaustiva análise do material, os pensamentos, representações, crenças e valores dos sujeitos de pesquisa sobre os temas propostos.

A utilização da análise de conteúdo ocorre em três fases fundamentais: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados.

A pré-análise refere-se à organização do material; todos aqueles que serão utilizados para a coleta de dados, assim como materiais que podem ajudar a entender melhor o fenômeno da adolescência.

A exploração compreende a fase em que o material está reunido e que se constitui no corpo da pesquisa. Inicia-se o aprofundamento, sendo orientado em princípio pelas hipóteses e pelo referencial teórico, surgindo desta análise quadros de referências (Apêndices de A a E), que buscam sínteses coincidentes e divergentes de ideias.

O tratamento dos resultados é a fase de reflexão. Utiliza-se a intuição com embasamento em materiais empíricos, desvenda-se o conteúdo latente, revelando ideologias e tendências.

4.2 Coleta dos Dados

Durante a realização do levantamento epidemiológico de saúde bucal do município de Barueri, em 2009, foi prevista a realização de entrevistas com adolescentes, usuários das Unidades Básicas de Saúde (UBS), que seriam usadas como fonte de dados para o presente estudo.

Entretanto, dada a dificuldade de transcrição desse material, houve a necessidade de refazer a coleta. Para tanto, foi necessário readequar a população do estudo. Optou-se por entrevistas de escolares, não necessariamente usuários do serviço público de saúde. Assim, solicitou-se a autorização para o secretário municipal da educação conforme anexos A e B.

Para a coleta do material optou-se por entrevistas por meio do grupo focal. O grupo focal é composto por um pequeno grupo de pessoas reunidas em um lugar previamente selecionado e orientado pelo moderador. Seu objetivo central é identificar sentimentos, percepções, atitudes e ideias dos participantes a respeito de determinado assunto, orientado por um roteiro.

Foram formados dois grupos, divididos pelo gênero, entre alunos do primeiro ano do ensino médio da escola municipal Mario Joaquim Escobar de Andrade. Os alunos foram escolhidos aleatoriamente pela coordenação da escola. O grupo feminino possuía 12 meninas entre 14 e 15 anos de idade e o grupo masculino foi composto por 9 meninos entre 14 e 17 anos de idade.

As entrevistas, realizadas em dezembro de 2010, duraram em média duas horas cada. Foram realizadas na própria escola, em uma sala ampla, onde foi possível montar uma roda, o que facilitou a comunicação corporal e visual. Houve consentimento, também por parte dos alunos, para a gravação e filmagem, o que facilitou a posterior transcrição.

Após as devidas apresentações, o moderador iniciou uma conversa que versou sobre cinco categorias de análise pré-estabelecidas, relacionadas à

alimentação, ao trabalho, aos relacionamentos amorosos, aos cuidados com o corpo e à higiene oral. Um assistente ajudava na anotação e percepção de linguagem corporal.

4.3 Aspectos Éticos

As entrevistas foram iniciadas após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (Protocolo 93/2009) da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo que autorizou a realização da pesquisa através do envio da carta ao pesquisador (Anexo C).

Os pais e responsáveis pelos jovens assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo D).

Foi esclarecido aos participantes os objetivos do estudo. Eles foram informados de que a conversa seria gravada, mas que os mesmos não seriam identificados, e que a conversa teria duração de aproximadamente duas horas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A percepção desses adolescentes, segundo alguns temas, permitiu avaliar o contexto em que estão inseridos, suas crenças, costumes e expectativas para o futuro. O diálogo dos jovens foi analisado e discutido segundo pré-categorias, considerando-se os gêneros feminino e masculino.

5.1 Categoria 1: A alimentação

Nesta categoria é discutida a opinião dos adolescentes sobre a própria alimentação, as necessidades, o consumo e o fracionamento de determinados alimentos.

A adolescência é considerada uma fase vulnerável em termos nutricionais, principalmente pelo fato de haver maior demanda de nutrientes relacionados ao aumento dramático no crescimento e desenvolvimento físicos, mudança de estilo de vida e hábitos alimentares inadequados, afetando a ingestão e a necessidade de nutrientes. Além disso, a participação em esportes, a gravidez, o desenvolvimento de distúrbios da alimentação, a realização excessiva de dietas, o uso de álcool e de drogas são situações comuns na vida dos adolescentes, podendo comprometer mais ainda o seu estado nutricional (Mahan; Escott-Stump, 2002).

Segundo Fisberg et al. (2000), os principais problemas detectados na alimentação dos adolescentes são:

- a) Omissão de refeições, principalmente o café da manhã, o que pode levar a um menor rendimento escolar.

Isso pode ser observado na fala das meninas, como mostram os exemplos:

“Na minha casa, dia de semana, eu não almoço, eu só janto. Gosto mais de comer bala, doce, bala praticamente todo o dia. Chocolate eu também gosto de comer [...]” (indivíduo 9).

“Eu sou magra já, não tem. Quando eu pego para comer eu mando ver, como um monte, mas também quando eu não quero comer eu não como. Hoje to o dia todo sem comer nada e to sem fome nenhuma” (indivíduo 4).

“Lá em casa tem bastante besteira também. Eu procuro cuidar do meu corpo, aí, às vezes, eu não janto porque eu sei que engorda. Eu treino lutas marciais, aí já não janto porque emagreço no treino, eu perco a fome no treino” (indivíduo 5).

b) Substituição das principais refeições (almoço e jantar) por lanches, principalmente quando este é o hábito familiar.

Não faltaram exemplos no gênero feminino:

“[...] Meus pais não gostam de comer besteira, mas eu gosto. Aí, finais de semana, às vezes, eles comem pizza, lanche. Também não tem muito horário para comer, a gente come quando dá vontade. E eu adoro comer bala” (indivíduo 8).

“[...] Lá em casa a única refeição que é certa é o almoço, a janta é se der vontade de comer. Não tem dia para pedir lanche, pizza, ontem foi pizza, a gente pede sexta” (indivíduo 7).

c) Alta ingestão de refrigerantes (aproximadamente um litro por dia).

O consumo de refrigerantes foi convergente em ambos os sexos. Entre as meninas:

“Almoço se não tem coca-cola não é almoço lá em casa. Ninguém toma café. E eu vivo de chocolate” (indivíduo 7).

E entre os meninos:

“[...] Não tem nada para fazer, eu como. E tomo muito refrigerante, não bebo água” (indivíduo 2).

d) Alimentos com alta densidade calórica (normalmente salgados fritos, bolachas recheadas, chocolate e alto consumo de balas, diariamente);

Este item foi o mais freqüente entre os jovens, independente do gênero.

Exemplos do gênero feminino:

“Mas é porque na adolescência é só comer besteira, batata frita, coca-cola, chocolate, a gente pega um dinheiro e vai direto comprar o que? Chocolate. Você está triste, você vai comer o que? Chocolate” (indivíduo 4).

“[...] Gosto bastante de chocolate, doce, aqui na escola mesmo, é bala o dia inteiro” (indivíduo 6).

“Mas a gente come muita besteira também. O meu pai é um chocólatra da vida, bolacha, refrigerante, chiclete, bala, muito” (indivíduo 3).

Exemplos do gênero masculino:

“[...] Se tiver comida, eu como, depois, fico beliscando queijo, mortadela, presunto, direto pão. [...] Como doce [...] todo o dia, quando chego da escola” (indivíduo 5).

e) Baixa ingestão de frutas e hortaliças.

A dieta pouco balanceada foi comum entre os jovens. Exemplos do gênero feminino:

“Ah, em casa a gente nunca se preocupou com comida, essas coisas, tanto que minha mãe tem hérnia, eu também tenho pedra no rim, quando a gente vê, ah, a gente quer, a gente come. Nunca teve isso. Eu odeio salada, nunca comi salada, eu odeio salada, não tem nada de vegetal e essas coisas. E não tem horário, também, para comer” (indivíduo 2).

E exemplos do gênero masculino:

“[...] Lá em casa, direto, meu pai aparece com fruta diferente [...] Nunca comi” (indivíduo 4).

“[...] Maçã só pode comer quando está em casa, porque quem usa aparelho é ruim, fica todo sujo o aparelho” (indivíduo 4).

Mas observou-se que isso não é unânime e existem famílias que estimulam o consumo de frutas e hortaliças, como no seguinte exemplo:

“Lá em casa é muita salada, muito legume, muita coisa saudável” indivíduo 1).

Sabe-se que durante o período de pico de velocidade de crescimento os adolescentes frequentemente precisam consumir maiores quantidades de alimentos, sendo capazes de utilizá-los com alta concentração de energia; isto ficou mais evidente nas falas dos meninos.

Exemplo:

“Eu como o dia inteiro se deixar” (indivíduo 5).

“[...] Às vezes janto antecipado, depois janto de novo, de madrugada de novo” (indivíduo 2).

“Comer de 3 em 3 minutos já é o bastante” (indivíduo 1).

Entretanto, eles precisam ser mais cuidadosos com a frequência da alimentação quando o crescimento tiver cessado. O hábito de alimentar-se em excesso, adotado durante a adolescência, pode finalmente contribuir para uma série de doenças debilitantes, assim como para o sobrepeso e a obesidade (Mahan; Escott-Stump, 2002).

Houve convergência na maioria dos discursos, indicando o excesso de ingestão de alimentos calóricos (carboidratos, açúcares e refrigerantes), pouco balanceados e sem horários estabelecidos. Mas houve também aspectos divergentes, como o anunciado por uma menina:

“Na minha casa tem que almoçar e jantar todo o dia. O meu pai é muito assim, se não a minha mãe não fizer comida ela já é preguiçosa, então tem que ter as refeições todas certinhas” (indivíduo 3).

“Lá em casa é muita salada, muito legume, muita coisa saudável” (indivíduo 1).

5.2 Categoria 2: O trabalho - expectativa para o futuro

Segundo dados do censo de 2000, existem cerca de 9 milhões de adolescentes, de 15 a 19 anos, que estão inseridos no mercado de trabalho (IBGE). Para os adolescentes, o trabalho tem um significado mais profundo, ligado

intimamente com a maturidade e a emancipação econômica.

Percebeu-se que, principalmente para os meninos, o trabalho fez ou faz parte da rotina, muitas vezes relacionado apenas à perspectiva de obter algum rendimento. Exemplos do gênero masculino:

“Eu tenho uma banda de rock, aí eu ganho uns trocos quando a gente se apresenta” (indivíduo 6).

“Eu limpo a casa, faço faxina geral na casa. A minha mãe não me dá dinheiro, mas seu eu pedir alguma coisa para ela, ela dá” (indivíduo 4).

“Eu trabalhei de pedreiro, ajudante de pedreiro” (indivíduo 2).

“[...] já trabalhei em borracharia, ajudante de pedreiro” (indivíduo 7).

Exemplo do gênero feminino:

“Eu meio que trabalho, eu faço site. Eu já fiz curso de web design, vou seguir, vou fazer informática pela internet, curso técnico também. Pretendo ser fotógrafa, meu pai queria já abrir um estúdio para mim, mas não, calma, daqui a 3 anos a gente vai abrir um estúdio para mim. Eu quero fazer a faculdade também, já fiz o curso de web design, terminei, estou fazendo outro de fazer panfleto, essas coisas, já sei, também, fazer”(indivíduo 2).

O trabalho precoce, geralmente, promove efeitos negativos no desenvolvimento físico e educacional, impedindo o jovem de dedicar-se a atividades extracurriculares, como atividades lúdicas e sociais, próprias da idade, trazendo isolamento dos jovens entre seus pares e familiares, bem como sendo responsável pelo atraso escolar.

Becker (1987) esclarece que a adolescência pode ser melhor entendida como passagem que produz mudança de atitude no indivíduo que, de mero espectador, assume uma postura mais ativa e questionadora diante da vida. Ela é um período de revisão, de autocrítica e de transformação e é uma fase vital para o processo de desenvolvimento da pessoa. Nesse sentido, pode ser considerada como processo durante o qual, lenta e gradualmente, o sujeito amadurece procurando conquistar sua individuação e construir uma identidade própria (Coleman, 1979; Pais, 2003).

O acesso ao emprego vem se tornando especialmente difícil para os adolescentes em decorrência do desemprego estrutural. Ao lado do aumento de

adolescentes e jovens no conjunto da população, eles sofrem maior instabilidade no emprego, permanecendo nele menos tempo do que seus colegas mais velhos. A alta rotatividade limita o acúmulo de experiência profissional, o que acarreta dificuldade para nova colocação no mercado de trabalho (Seade, 1998).

Dados obtidos na Região Metropolitana de São Paulo em 1996 indicam que experiência anterior de trabalho e maior grau de escolaridade contribuem para o ingresso de indivíduos de 15 a 24 anos no sistema produtivo, na permanência no emprego e possibilitam melhores remunerações e menores jornadas de trabalho. Apesar disso, somente a escolaridade não garante permanência no emprego, dado que 23% dos inativos ou desempregados tinham concluído o ensino médio. A escolaridade pode gerar ainda expectativa de colocação no mercado de trabalho que, no entanto, nem sempre é concretizada (Seade, 1998). Mesmo assim, pode-se constatar nos dados do Censo Demográfico do IBGE de 2000 uma relação diretamente proporcional entre a quantidade de anos de estudo e os rendimentos obtidos (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010).

Seguem exemplos do gênero masculino:

“Trabalho, só em 2012 para mim. Ano que vem eu vou para o ITB, aí 2º ano do ITB eles dão estágio para você. Aí, para mim, só em 2012” (indivíduo 4).

“Eu tenho 2 planos. Seguir carreira de engenheiro civil ou na área da informática” (indivíduo 5).

“Eu vou seguir na área da informática e robótica” (indivíduo 1).

“Na área da engenharia ou da eletrônica” (indivíduo 8).

E exemplos do gênero feminino:

“Agora, não to pensando em emprego não. Eu nunca trabalhei. Vou começar a fazer curso técnico no ano que vem. Eu ainda não sei o que eu vou seguir na minha vida, ainda estou pensando” (indivíduo 9).

“Nunca trabalhei. Não sei o que eu vou fazer, ainda to pensando. Vou fazer colegial normal, mas não sei ainda” (indivíduo 10).

“Eu também vou fazer curso técnico, mas até o momento eu só penso em estudar mesmo, também nunca trabalhei. Com o tempo a gente vai estagiando, aprendendo e aí vai. Vou fazer técnico em administração” (indivíduo 8).

“Eu vou fazer técnico no ano que vem, mas eu não sei, ainda, o que eu quero seguir. Eu mudo de ideia muito fácil, então nem penso muito porque quando mais eu penso mais eu mudo de ideia, então eu estou deixando quieto e quando for trabalhar eu vou atrás, mas, por enquanto, ainda não pensei. Nunca trabalhei. Vou fazer técnico em edificações” (indivíduo 7).

“Eu nunca trabalhei. Também vou fazer técnico de edificações, para o meu futuro eu quero fazer prova na USP e passar para medicina” (indivíduo 6).

“Eu vou fazer curso técnico também, administração. Se for para eu escolher o que eu mais queria mesmo, é ser jogadora de futebol. É o que eu mais queria. Aí também posso ser empresária, está indo assim, estudar bastante. Nunca trabalhei, só fui professora para ensinar um menino lá, limpar a casa da minha avó” (indivíduo 5).

“[...] vou fazer edificações também, porque mexe com matemática e eu amo matemática, amo problema, equação, raiz, isso tudo que todo mundo foge, eu amo. E eu não sei se vou seguir edificações, acho que eu vou ser engenheira ou sei lá, alguma coisa assim, isso se eu não morrer até lá (risos). Já trabalhei de cuidar de nenê, mas é a minha irmã, então eu não recebi, então, para mim, não é um trabalho. Você trabalha, trabalha, dá o maior duro, mas você não recebe nada, então vale nada” (indivíduo 4).

“Eu não trabalho, vou fazer curso técnico de administração. Penso em trabalhar nessa área, mas, agora, só estudar mesmo, não tenho futuro certo” (indivíduo 1).

“Eu nunca trabalhei. Eu vou fazer curso de técnico em informática e eu pretendo seguir, mas a minha vontade mesmo é fazer administração, administrar empresa. Nunca trabalhei fora” (indivíduo 11).

“Eu nunca trabalhei, vou para o ITB ano que vem, vou fazer técnico de informática pela internet. E eu só penso em estudar, não tenho nada preparado assim. Eu queria ser professora, mas mudei de ideia” (indivíduo 8).

A partir dos discursos foi possível ver que o trabalho para os meninos é muito mais comum. A maioria já havia trabalhado e apresentam uma certeza maior do que querem para o futuro profissional; já as meninas, inexperientes no mundo do trabalho, sabem que querem estudar, mas apresentam incerteza do que fazer.

5.3 Categoria 3: Os relacionamentos amorosos

Os conceitos de puberdade e adolescência não são sinônimos. Puberdade é um conjunto de transformações físicas, de crescimento e amadurecimento do corpo, que transformam meninos e meninas em pessoas com capacidade reprodutiva; é um fenômeno universal que deve ocorrer em todos os indivíduos,

independentemente de cultura, classe social, nível educacional ou outras diferenças psicossociais. É com a Puberdade que se inicia o período da Adolescência, caracterizado como um período que envolve um conjunto de papéis sociais com repercussões psicológicas diretamente relacionadas ao grupo social ao qual o sujeito pertence e ao momento histórico em que vive; portanto, a adolescência é um fenômeno cultural (Maia, 2003).

A puberdade é marcada pelo aumento na produção dos hormônios sexuais. Com a influência hormonal, o corpo de meninas e meninos começa a demonstrar modificações tanto no crescimento dos órgãos quanto no amadurecimento de suas funções. O padrão de crescimento e de amadurecimento, após as mudanças funcionais no eixo hipotálamo-hipofisário, depende, principalmente, da mudança de funcionamento do sistema de glândulas endócrinas, influenciada por diversos fatores do ambiente que agem diretamente no estado de saúde geral do indivíduo. (Goodson; Diaz, 1990).

Nas meninas os hormônios essenciais são o estrógeno e a progesterona, e as características desenvolvidas são: aumento dos seios, aparecimento dos pêlos pubianos e axilares, a ocorrência da menarca, maior erotização sexual pela lubrificação vaginal e, finalmente a capacidade de reprodução.

Nos meninos, o hormônio essencial é a testosterona e as características são: o crescimento do testículo, o aparecimento dos pêlos pubianos e axilares, o aumento do pênis, a mudança da voz, ejaculações, primeiramente sem e posteriormente com a produção de espermatozóides, o aparecimento da barba, o aumento do impulso sexual, da agressividade e da força física, o crescimento em estatura e, finalmente, o início da capacidade de reprodução.

Para o adolescente o namoro pode ser tanto fonte de prazer quanto de ansiedade e conflito. E isso pode ser observado nos discursos dos meninos e das meninas. Exemplos do gênero masculino:

“Briguei com a minha namorada sexta-feira” (indivíduo 6).

“Você conhece tudo da menina, os defeitos - sei lá - não dá” (indivíduo 5).

Exemplos do gênero feminino:

“Eu acho que todo o homem não presta [...] Eu já namorei 1 ano e 4 meses, eu tenho 15 anos, então eu comecei a namorar com os meus 12.[...]Se mulher é complicada, homem é 2 vezes. Só isso. Eu sou virgem, ainda, não tenho vergonha de falar” (indivíduo 4).

“Eu namoro, dia 4 fez 1 ano e 8 meses. É complicado para caramba, demais. O meu pai ainda não aceita. Não quer ver ele nem pintado de ouro, viu ele uma vez e achou ele ridículo. O pai é uma coisa louca.[...] Comecei a namorar cedo, mas não é o primeiro. É o primeiro que dá certo, que vai em frente, mas os outros não foram namorados, foi beijo ali, beijo, mas nunca fui muito de ficar, se eu for colocar nos dedos, foram uns 5 garotos só. Cada ano eu me apaixono por um. Então, dessa vez deu certo e tá indo” (indivíduo 2).

“Não namoro. Terminei há um tempo porque não deu certo. Já tive 4 namorados e nenhum deu certo. Homem também não presta, para mim. Não quero. Meu negócio é ficar mesmo” (indivíduo 4).

“Eu namoro há 2 anos e 1 mês, namoro em casa, sério, bonitinho, o pai e minha mãe sabem. Agora, o meu pai deixou, também era como o caso da (...), ele não deixava, ele sabia, mas ele não aceitava de jeito nenhum, mas agora, há uns 3 meses, ele deixou, conversou com ele, tudo” (indivíduo 1).

“Já namorei sério, mas agora estou dando um tempo. Comecei cedo, mas... fiquei um tempo com um cara, uns 2 anos indo e voltando, tentava, não dava certo, tentava, não dava certo. Para o meu pai e para a minha mãe eles acham que eu nunca beijei. Se o meu pai souber ele me mata mesmo. É melhor eu ficar na minha” (indivíduo 7).

Os conflitos não se restringem ao relacionamento em si, mas podem ser gerados mesmo dentro de casa ou da escola, pois percebe-se que o namoro não é uma situação bem aceita pelos pais ou professores.

“Assim que eu entrei na escola, uma menina pediu para ficar, eu fiquei, aí teve um fuzuê, a diretora ficou sabendo, quase que eu fui expulso” (indivíduo 7).

“Eu já fiquei com menina da escola, mas escondido. Se a diretora fica sabendo... (risos). Na sala de aula” (indivíduo 4).

“A professora de português é meio zuretinha das ideias. Ela não vê. A gente sai na aula dela, faz o que quer, ela nem vê. Não presta atenção” (indivíduo 6).

“O meu pai ainda não aceita” (indivíduo 2).

“Se o meu pai souber ele me mata mesmo” (indivíduo 7).

Geralmente, a falta de experiência em relacionamentos românticos gera angústia e fantasias inadequadas. Socialmente espera-se do menino que ele tome a iniciativa e seja capaz de “ensinar” a menina quando na verdade ele também desconhece vários aspectos da relação afetiva e sexual (Rodrigues, 1993).

Abandonar a “segurança” do grupo de amigos para ingressar na construção de uma relação amorosa não é uma tarefa fácil para ambos os sexos, gerando ansiedade, pois é preciso abandonar uma relação estável da vivência da “turma” para desenvolver um novo papel de amante (Monesi, 1993).

Exemplo do gênero masculino:

“É um assédio, não dá. Essas meninas estão pior que nós. Raramente a gente vai ao encontro delas para pedir para elas ficarem com a gente. Geralmente são elas. Pelo menos eu sou assim, não corro atrás. [...] Também, namorar é perda de tempo, começar a namorar agora. Ficar com alguém um tempo, umas duas semanas, vai, mas ficar 2 anos, 3 anos não dá. Uma, porque eu não tenho dinheiro. Não tenho como bancar a menina” (indivíduo 4).

Exemplos do gênero feminino:

“Nunca namorei e não penso. Não. Eu quero estudar primeiro, depois, pensar em homem” (indivíduo 11).

“Ah, eu é uma droga. Eu gosto de um menino, tipo nós estávamos ficando, aí ele me pede em namoro, aí eu aceito, aí chega umas pessoas em mim, “ai, ele é muito galinha, se eu fosse você eu terminava, você é muito trouxa” (indivíduo 6).

Nestes discursos foi possível observar que esses adolescentes esbanjam alegria e vontade de se relacionar afetivamente, seja esse relacionamento fixo ou não.

5.4 Categoria 4: Os cuidados com o Corpo

Quando uma criança saudável está entre os 9 e 16 anos, ele ou ela entra na puberdade. A idade exata depende de fatores como hereditariedade e nutrição e se a criança é menino ou menina. Em média, os meninos entram na puberdade 2 anos mais tarde que as meninas. Nesse momento, as glândulas pituitária e hipotálamo (glândulas endócrinas) começam a enviar novos hormônios que desencadeiam as alterações na puberdade.

As alterações gerais em meninos e meninas incluem aumentos repentinos na altura e no peso, o desenvolvimento de características sexuais secundárias (a aparência de uma mulher ou de um homem adulto) e interesse sexual aumentado (impulso sexual). Nas meninas, os ovários começam a aumentar a produção de estrógeno e de outros hormônios "femininos". Nos meninos, os testículos aumentam a produção de testosterona.

As glândulas sudoríparas tornam-se mais ativas e o suor produzido tem um conteúdo levemente diferente de quando uma criança era pequena (começa a aparecer mais de um odor). As glândulas de óleo tornam-se mais ativas e pode aparecer acne. Nesse momento, a importância da higiene pessoal torna-se aparente e é importante para os meninos e meninas que estão tornando-se maduros prestarem atenção a banhos regulares e a outros aspectos de higiene.

Seguem exemplos entre os meninos:

“Cuidado com o corpo eu tenho bastante [...] Tomar banho, escovar os dentes, eu tenho muita espinha, mas passo um creme” (indivíduo 7).

“Ah, tomo banho. Sempre que eu vou sair faço um treino, uma coisa assim. Corto o cabelo. Uso a maquininha, às vezes o meu padrasto. Tomo um banho, passo um creme e saio, normal. Na hora de voltar, tomo banho” (indivíduo 2).

“Quando eu venho para a escola eu tomo um banho, quando eu saio da escola tomo outro” (indivíduo 3).

“Eu quando saio para a escola tomo banho, quando volto da escola tomo outro banho, depois, às vezes, a molecada lá da rua me chama para jogar bola na rua, tiro um tampão do dedo (risos), me ralo todo, ando de bicicleta.

É isso” (indivíduo 1).

Os cuidados com o corpo, tomo banho de mais, se for ver é 5, 6 banhos por dia. Muito calor, eu me sujo muito fácil. Dois irmãos, têm que ficar na rua, a gente se empolga e vai junto com eles. Esses dias eu cheguei, tava chovendo, eu e meus colegas no barro, os moleques de 15, 16 anos de idade e brincando no barro. Antigamente, eu era mais fresquinho, passava base na unha, hoje em dia, não tenho nem unha mais, passava creme” (indivíduo 6).

E meninas:

“Tomo banho 2 vezes, na hora que eu venho para a escola e na hora que eu chego também” (indivíduo 11).

Na adolescência, a construção da identidade pessoal inclui necessariamente a relação com o próprio corpo; e essa relação se faz através da representação mental que o jovem tem do seu corpo, ou seja, através de sua imagem corporal (Ferriani et al., 2005).

A prática de esporte já é associada com o cuidado do corpo e não necessariamente apenas como opção de lazer. Procurou-se saber como os jovens ocupam seu tempo em seus horários livres.

Exemplos do gênero masculino:

“Jogo bola. Jogo vôlei. Jogo vídeo-game. Só. E durmo. Acordo 11h, 10h, tomo banho e já venho para a escola” (indivíduo 9).

“Fico em casa, quando a minha mãe vem com meu cunhado a gente sai, vai para a pescaria [...]” (indivíduo 3).

“(...) fico até umas 19:30h na rua, quando volto, tomo outro banho. E eu fazia vôlei, não faço mais por causa que eu tava na quadra, aqui, jogando, o menino veio e pisou no meu pé, quebrou o meu pé, agora to fazendo /terapia/ no meu /tendão” (indivíduo 3).

“Também. Eu jogo futebol, jogo vôlei, tudo, qualquer esporte que me chamar, eu vou. Se me chamar, eu faço. O que eu não gosto é de ficar parado” (indivíduo 6).

As meninas também demonstraram interesse pelos esportes, destacando mais suas habilidades nessa modalidade do que os salientando os que fazem em relação à higiene corporal:

“Eu ando um pouco. Às vezes eu vou até o ponto de ônibus, volto. (risos) Às vezes eu jogo bola, às vezes vôlei, às vezes eu brinco com a minha cachorrinha. No sábado eu faço natação. E só” (indivíduo 1).

“Eu ando bastante, tem vezes que venho a pé lá de Carapicuíba. É longe, uma hora para vir andando. Embora eu vou de carro. Aí sábado e domingo eu não saio de casa porque eu já ando, fico em casa, com o tanto que eu ando, eu canso. Só isso que eu falo. Às vezes eu vou para o Parque com os meus irmãos, fazer caminhada com eles. Eles não saem de casa, só vão para a escola e voltam, a minha mãe não gosta de sair muito, aí eu levo eles no Parque perto da minha casa” (indivíduo 11).

“Eu gosto bastante de dançar também, eu danço. Eu adoro praticar esportes, adoro futebol, adoro vôlei, adoro handebol, sempre estou jogando alguma coisa, a bola é... adoro jogar bola. Eu também já fiz natação. Eu corro bastante, mas como eu tenho pedra no rim eu me canso muito rápido e começo a sentir dores, então não posso muito ficar correndo, nem tanto ficar praticando esportes, mas eu adoro. Sempre que eu puder eu jogo, faço natação” (indivíduo 2).

“Olha, falou em fazer esporte é comigo mesma. Eu jogo de tudo um pouco, jogo com os meninos, futebol na quadra, corro para um lado, saio com a cara toda vermelha, só não me joga na piscina que eu morro afogada. Eu não sei nada, acho que boiar também não. Fazia vôlei, acabou essa semana, duas vezes por semana, aí toda a Educação Física eu jogo futebol com os meninos, corro para um lado e para o outro, pareço uma tonta atrás da bola. Basquete não sou muito a fim não. Jogo vôlei e handebol e o campeonato da escola. De natação eu não sei nada não, morro afogada” (indivíduo 4).

“Jogo futebol. Não gosto de vôlei e basquete, só de futebol e handebol mesmo. Luto kung fu. Aí, quando acho que meu corpo tá saindo de forma, já maneiro na comida, aí começo a comer salada” (indivíduo 5).

“Eu gosto de jogar futebol, bastante, final de semana, todos os dias, na rua jogando. Já fiz natação. Já fiz judô. Já fiz futebol no campo. Gosto de andar de bicicleta, gosto de fazer tudo, jogar tudo, menos vôlei e basquete, porque eu sou baixa, aí não dá certo. Tomo banho todo dia” (indivíduo 9).

Observa-se no discurso que os cuidados com o corpo aparecem como uma demonstração de um esbanjar saúde e a grande maioria dos adolescentes, independente do sexo, relatou fazer algum tipo de exercício. A higiene corporal pareceu se resumir aos banhos.

5.5 Categoria 5: A higiene oral

Sheiham (2004) advoga que a maioria dos jovens limpa seus dentes com regularidade em razão de a escovação estar associada à boa aparência.

“Eu sou apaixonada por um sorriso bem bonito. Acho lindo. Sorriso, para mim, é o cartão de visita” (menina, indivíduo 1).

A higiene dental também está relacionada à preocupação dos jovens com a higiene pessoal, à sensação de frescor e ao bom hálito (Lisbôa; Asbegg, 2006).

“Você sente que, homem pelo menos, não sei menina, homem se preocupa com a boca só por um motivo: menina. Só por isso. Me preocupo com o bafo. Menina eu já não sei” (menino, indivíduo 4).

Não se podem esquecer as propagandas existentes, principalmente nas revistas, que de uma forma indireta afirmam ser a aparência física responsável pela felicidade e sucesso (Thomsen et al., 2002).

Valores culturais relacionados à estética e ao maior acesso à informação sobre saúde são mais evidentes nas classes sociais de maior poder aquisitivo, o que pode justificar o fato de os adolescentes da escolar particular citarem com maior frequência os dentes e os cabelos como muito importantes (Campos; Guimarães, 2003; Granville-Garcia et al., 2008).

O desejo de possuir uma boa aparência não é apenas um sinal de vaidade própria desta fase. Nos serviços considerados de prestígio, ou onde há contato direto com o público, os funcionários devem possuir uma boa estética dental (Jenny; Proshek, 1986). Na pesquisa, realizada por Elias et al. (2001), os adolescentes evidenciaram a preocupação de uma boa saúde bucal para a busca de empregos.

O alerta para a compreensão dos adolescentes e suas necessidades é de suma importância, principalmente para que os profissionais de saúde ou educação se esforcem na tentativa de influenciar positivamente esta parcela da população, que pode atuar como agentes multiplicadores de saúde.

O trauma dental foi abordado por vários jovens e percebeu-se que, pelo menos em virtude desses acidentes, eles acessaram algum serviço odontológico. Poucos relataram nunca ter ido ao cirurgião-dentista. O uso de aparelhos ortodônticos, citado nos discursos e confirmado pelos entrevistadores, indica a

crescente inserção dessa especialidade, antes restrita às camadas sociais mais privilegiadas.

Exemplos do gênero masculino:

“Quanto eu estava na 4ª série quebrei meu dente duas vezes, esse dente aqui (mostra um dente da frente). Quebrou. Uma vez, eu tava andando de costas e um moleque me derrubou, eu caí de boca. Outra vez, eu tava no banheiro da escola, tinha um moleque dentro do banheiro, eu tranquei a porta e saí correndo, o moleque pulou a porta, saiu correndo e me deu um voo, eu caí e quebrei o mesmo dente, de novo [...] O ruim do aparelho é a escovação, com o aparelho você não consegue escovar os dentes direito. Não dá. Você tem que ficar uma meia hora para escovar os dentes. A escovação que eu dou mais importância é na hora de dormir, [...]” (indivíduo 5).

“Eu escovo os dentes quando eu acordo, depois que eu tomo café, para vir para a escola e para dormir” (indivíduo 8).

“Quando eu tinha 7 anos eu tava brincando de amarelinha, aí uma menina, não foi a intenção dela, ela pegou e me empurrou, eu quebrei 5 dentes daqui da frente. Demorou para crescer, só foi crescendo depois dos 8 anos de idade. Aí, quando eu tinha 12 anos, eu fui no dentista e ele falou que eu tinha que fazer uma limpeza no dente, que quando eu era pequeno eu comia bastante pasta de dente, aí eu tenho que fazer uma limpeza no dente quando eu tivesse 15 anos. Agora, não ia dar porque é muito doído” (indivíduo 3).

“Eu quebrei um dente quando eu tinha 8 anos. Quebrei esse aqui ó (mostra um dente da frente). Eu quebrei com a flauta, eu tava tocando flauta, aí o cachorro veio e bateu na minha perna, eu tava com a perna mole, bati, bateu na parede a flauta e bateu na minha boca. Aí o dente não ficou mole, geralmente fica mole, o meu não ficou mole, só quebrou o dente e sangrou em volta do dente” (indivíduo 5).

“Teve uma vez que eu tava com um cano de aspirador de pó assim (mostra com os braços) e empurrando com a boca no chão, aí tinha um vãozinho do piso, o negócio enroscou e eu fui para frente, bateu na gengiva, saiu uma bola e ficou preta a minha gengiva, só não lembro se eu fui no dentista particular ou no público. Aí arrancou, caiu o meu dente de leite, caiu, ficou uma bola preta aqui, inflamou. Eu não lembro se eu fui no dentista particular ou no público.[...] Eu tenho medo é de injeção, aquelas que enfiam na boca.” (indivíduo 4).

“Eu arranquei dando soco neles. Não queria sair, eu fiquei com raiva e dei um soco, quase engoli” (indivíduo 1).

“Ah, eu não lembro qual foi a última vez que eu fui no dentista. Faz tempo. Acho que to precisando, para ver se está tudo certo” (indivíduo 7).

“A minha tia falou que enquanto você estiver comendo tem que escovar” (indivíduo 1).

“Sou o que tenho mais cuidado da família. Da parte do meu pai, poucos. O meu primo acorda e vai direto para o computador. O outro direto para o

tapete. As tias, direto para fazer bolo. Os tios, direto trabalho. Eu sou o único que cuida bem. O meu pai, os dentes dele são assim ó (mostra com as mãos), parecem um V, o da minha mãe é amarelo igual a essa cortina aí, mais um pouco fica azul” (indivíduo 2).

“Antigamente faltava informação. Não tinha tanta informação igual tem hoje. As mães não mandavam os filhos escovar os dentes igual fazem hoje” (indivíduo 4).

Exemplos do gênero feminino:

“Não sinto dor de dente. Faz o maior tempão que eu não vou no dentista” (indivíduo 9).

“Não sei. (risos) Nunca fui no dentista, nunca procurei. Nunca senti dor, nada” (indivíduo 2).

“Eu também nunca fui no dentista, nunca senti uma dor no dente. Escovo os dentes 3 vezes por dia, não consigo dormir sem escovar os dentes, nem tomar café da manhã. Eu considero a minha higiene boa. Também tomo banho antes de vir para a escola, depois. É isso aí” (indivíduo 5).

“Eu escovo os dentes só antes de vir para a escola e para dormir, não tenho o costume de escovar os dentes de manhã, tenho preguiça, não uso fio dental, também tenho preguiça. Tomo banho, claro. Não consigo ficar sem tomar banho um dia. Vou ao dentista de vez em quando, mas já fui muito, já tive cárie, já quebrei o dente, até hoje tá quebrado ainda, não vou. Só” (indivíduo 3).

“Eu escovo os dentes umas 2, 3 vezes por dia. Tomo banho 2 vezes, na hora que eu venho para a escola e na hora que eu chego também. Faz bastante tempo que eu não vou ao dentista, mas não tenho nenhum problema no dente, dor nenhuma, não tenho medo de dentista” (indivíduo 11).

“Tomo banho duas vezes por dia, escovo os dentes para não ter bafo, mas o que mais gosto é jogar futebol” (indivíduo 4).

Pelos discursos, observa-se que a higiene oral para os adolescentes refere-se ao número de escovação dos dentes (2 a 3 vezes ao dia) e ao tipo de profissional que freqüentam (particular ou convênio).

As ações de saúde bucal que tiveram na escola foram consideradas infantis e, por isso, pouco efetivas. Confessaram a preguiça que têm para a realização da escovação e, mesmo sabendo da influência do açúcar no surgimento da cárie, não

pareceram se importar.

Exemplo do gênero masculino:

“Eles falaram como escovar os dentes, eles ensinam a escovar, passar flúor e só” (indivíduo 2).

Exemplo do gênero feminino:

“Eu ainda acho que a gente tem consciência sobre saúde e higiene, é só preguiça” (indivíduo 10).

“Na minha opinião, é burrice vir gente na escola ensinar coisas sobre dentes que a gente já sabe” (indivíduo 4).

A demanda pelos serviços públicos odontológicos foi pouco procurada, seja pela disseminação de convênios, pela demora ou pela falta de necessidade segundo suas percepções.

Exemplo do gênero masculino:

“Não uso o posto de saúde, só vou em dentista particular” (indivíduo 1).

“Nunca fui num posto de saúde, é muito demorado” (indivíduo 5).

Exemplo do gênero feminino:

“Minha mãe marca tudo no postinho, para prevenir, mas a consulta demora muito, você vai marcar e fica dois a três meses esperando, aí você desiste” (indivíduo 2).

Sabendo-se dos riscos do consumo de bebidas alcoólicas e do fumo na

ocorrência de lesões bucais, esses temas foram apresentados nessa categoria.

A bebida e o fumo foram pontos que apareceram no meio dos discursos desses jovens. O cigarro/tabaco foi descrito de forma negativa, já a bebida alcoólica como corriqueira. Um fato relevante foi o fato da bebida aparecer com muita naturalidade no dia-a-dia desses jovens e a aceitabilidade pela família.

Exemplos do gênero masculino:

“O ano passado fiquei louco de tanto que bebi” (indivíduo 7).

“Essa molecada aí, não bebe porque gosta, bebe pra mostrar para o amigo que é mais, entendeu” (indivíduo 1).

Exemplos do gênero feminino:

“Porque os meus pais fumam, eu quero ficar longe. O meu pai não tem nenhum dente na boca, ele tem 2 que é para segurar a dentadura, só por isso. A minha mãe é tudo amarelo, usa aparelho, agora, tirou, voltou, tá tudo torto de novo, e eu não quero isso. Os dois fumam. Ela parou, agora, por causa do meu irmão, mas ...” (indivíduo 7).

“Lá em casa tem muita bebida, bastante mesmo. Tem um negócio só de vinho, tem um outro armário só de taças, copos de tudo, copo de vinho, copo de uísque, copo de pinga, copo de tudo, tem muita bebida. Só que o meu pai, ele já me oferece toda a vez que ele toma: quer? Não, obrigada. Eu não bebo com ele, de vez em quando só, em festas e tal. Mas ele bebe para caramba. A minha mãe, de vez em quando, ela tenta seguir ele, mas ela acaba dormindo, morrendo de sono, ela não consegue, não aguenta como ele” (indivíduo 1).

“Meu pai oferece e fala assim: prefiro que você comece a beber em casa” (indivíduo 8).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A percepção sobre a satisfação com a vida, corpo e saúde demonstrou que a alimentação desses jovens é pouco balanceada; o emprego é entendido como um problema para o futuro, embora muitos já tenham experienciado alguma vivência com o trabalho; as relações afetivas são o grande conflito desta faixa etária; o cuidado com o corpo é tido como sinônimo de banho e esportes e o cuidado com higiene oral foi limitado à escovação, muitos relataram fazer uso dos serviços do convênio odontológico uma vez que o posto de saúde é muito demorado.

O conhecimento da percepção dos jovens sobre esses eixos pode contribuir para o aprimoramento das ações em saúde bucal, em que se consideram os determinantes sociais da saúde e a forma de articular o acesso aos meios de prevenção, tratamento e manutenção da saúde bucal.

REFERENCIAS¹

Andersen R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q Health Soc.* 1973 Winter;51(1):95-124.

Antunes JLF, Peres MA, Frias AC, Crosato EM, Biazevic MGH. Saúde gengival de adolescentes e a utilização de serviços odontológicos, Estado de São Paulo. *Rev. saúde pública.* 2008 abr.;42(2):191-9.

Antunes JLF, Peres MA, Frazão P. Cárie dentária. In: Antunes JLF, Peres MA, organizadores. *Epidemiologia da saúde bucal.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p.49-67.

Baldani MH, Narvai PC, Antunes JLF. Cárie dentária e condições sócio-econômicas no Estado do Paraná, Brasil, 1996. *Cad. saúde pública.* 2002 maio-jun.;18(3):755-63.

Bardin L. *Análise de conteúdo.* Lisboa: Edições 70; 1977.

Becker D. *O que é adolescência.* São Paulo: Brasiliense; 1987.

Botazzo C. A bucalidade no contexto da Estratégia Saúde da família: ajudando a promover saúde para indivíduos, grupos e famílias. In: Moysés ST, Kriger L, Moysés SJ. *Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências.* São Paulo: Artes Médicas; 2008. p. 81-8.

Brasil. Ministério da Saúde. *Constituição da República Federativa do Brasil.* Brasília; 1988.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. *ABC do SUS - Doutrinas e Princípios.* Brasília; 1990.

¹ De acordo com Estilo Vancouver.

Brathall D. Introducing the significant caries index together with a proposal for a new global oral health goal for 12-year-olds. *Int Dent J*. 2000 Dec;50(6):378-84.

Campos JADB, Guimarães MS. Educação em saúde na adolescência. *Ciênc. odontol. bras*. 2003 out./dez.;6(4):48-53.

Coleman JC, editor. The school years. Current issues in the socialization of young people. London: Methuen; 1979. Current views of the adolescent process. p.796-9.

Datasus. Banco de dados do Sistema Único de Saúde. 2006 [citado 22 out. 2010]. Disponível em: www.datasus.gov.br.

DeBiase CB. Dental health education: theory and practice. Pennsylvania: Lea & Febiger; 1991.

Elias MS, Cano MAT, Mastriner Junior W, Ferriani BGC. A importância da saúde bucal para adolescentes de diferentes estratos sociais de Ribeirão Preto. *Rev. latinoam. enferm*. 2001 jan.;(9)1:88-95.

Ferriani MGC, Dias TS, Silvia KZ, Martins CS. Auto-imagem corporal de adolescentes atendidos em um programa multidisciplinar de assistência ao adolescente obeso. *Rev. bras. saúde matern. infant*. 2005 jan./mar.;5(1):27-33.

Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico da Odontologia. Levantamento Epidemiológico no Município de Barueri, 2009. Relatório final. São Paulo: Curso de Especialização em Saúde Coletiva em Odontologia; 2009.

Fisberg M, Bandeira CRS, Bonilha EA, Halpern G, Hirschbruch MD. Hábitos alimentares na adolescência. *Pediatr Mod*. 2000;36(11):724-34.

Flores EMTL, Drehmer TM. Conhecimentos, percepções, comportamentos e representações de saúde e doença bucal dos adolescentes de escolas públicas de dois bairros de Porto Alegre. *Ciênc. saúde coletiva*. 2003;8(3):743-52.

Frazão P, Narvai PC. Promoção da saúde bucal em escolas. Texto elaborado para a disciplina HSP-281/Odontologia Preventiva e Saúde Pública ministrada aos alunos do Curso de Odontologia da Universidade de São Paulo; 1996.

Goodson P, Diaz M. Caracterizando o adolescente. In: Cavalcanti RC, coordenador. Saúde sexual e reprodutiva: ensinando a ensinar. Brasília: CESEX; 1990. p. 253-68.

Granville-Garcia AF, Loreana Sobrinho JE, Menezes VA, Cavalcanti AL. Ocorrência de tabagismo e fatores associados em escolares. RFO UPF. 2008 jan.-abr.;13(1):30-4.

Gushi LL, Soares MC, Forni TIB, Vieira V, Wada RS, Sousa MLR. Cárie dentária em adolescentes de 15 a 19 anos de idade no estado de São Paulo, 2002. Cad. saúde pública. 2005 set.-out.;21(5):1383-91.

Gushi LL, Soares MC, Rihis LB, Forni TIB, Vieira V, Wada RS, Souza MLR. Cárie dentária e necessidades de tratamento em adolescentes do estado de São Paulo, 1998 e 2002. Rev. saúde pública. 2008 jun.;42(3):480-6.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2010 [citado 22 out. 2010]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.

Instituto Brasileiro de Administração Municipal (IBAM).2010 [citado 14 fev.2011].Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/IBAM>.

Jenny J, Proshek JM. Visibility and prestige of occupations and the importance of dental appearance. J Can Dent Assoc. 1986 Dec;52(12):987-9.

Junqueira SR. Efetividade de procedimentos coletivos em saúde bucal: cárie dentária em adolescentes de Embu, SP, 2005 [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2007.

Lisbôa IC, Asbegg C. Hábitos de higiene bucal e uso de serviços odontológicos por adolescentes e adultos do Município de Canoas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Epidemiol. serv. saúde. 2006;15(4):29-39.

Mahan LK, Escott-Stump S. Alimentos, nutrição e dietoterapia. 10a ed. São Paulo: Roca; 2002.

Maia ACB. Sexualidade e deficiências no contexto escolar [tese]. Marília: Universidade Estadual Paulista; 2003.

Martins RJ, Garbin CAS, Garbin AJI, Moimaz SAS, Saliba O. Declínio da cárie em um município da região noroeste do Estado de São Paulo, Brasil, no período de 1998 a 2004. Cad. saúde pública. 2006 maio;22(5):1035-41.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO; 1998.

Monesi AA. Adolescência e vivência da sexualidade. In: Ribeiro M, organizador. Educação sexual: novas idéias, novas conquistas. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1993. p. 91-100.

Nadanovsky P. O declínio da cárie. In: Pinto VG, organizador. Saúde bucal coletiva. São Paulo: Santos; 2000. p. 341-51.

Narvai PC, Castellanos RA, Frazão P. Prevalência de cárie em dentes permanentes de escolares do Município de São Paulo, SP, 1970 – 1996. Rev. saúde pública. 2000 abr.;34(2):196-200.

Pais JM. Culturas Juvenis. Lisboa: Imprensa Nacional - Casa da Moeda; 2003.

Rodrigues Junior OM. Os conflitos sexuais na adolescência. In: Ribeiro M. (Org.). Educação sexual: novas idéias, novas conquistas. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempo; 1993. p.101-11.

Saneamento Básico do Estado de São Paulo. 2000 [citado 15 out. 2010]. Disponível em:<http://www.sabesp.com.br>.

Sales-Peres SHC, Bastos JRM. Perfil epidemiológico de cárie dentária em crianças de 12 anos de idade, residentes em cidades fluoretadas e não fluoretadas, na região Centro-Oeste do Estado de São Paulo, Brasil. Cad. saúde pública. 2002 set.-out.;18(5):1281-8.

Santos VA, Alves CRA, Ciamponi AL, Corrêa MSNP. Hábitos de saúde bucal em crianças e adolescentes residentes na cidade de São Paulo. Rev. Odontopediatr. 1992 jul.-set.;1(3):183-93.

Santos NCN, Alves TDB, Freitas VS, Jamelli SR, Sarinho ESC. A saúde bucal de adolescentes aspectos: aspectos de higiene, de cárie dentária e doença periodontal nas cidades de Recife, Pernambuco e Feira de Santana, Bahia. Ciênc. saúde coletiva. 2007 set.-out.;12(5):1155-66.

Seade. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. 2010 [citado 15 out. 2010]. Disponível em: www.seade.gov.br.

Seade (Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados). Vinte anos no ano 2000: estudos sociodemográficos sobre a juventude paulista. São Paulo: Seade;1998.

Sheiham A. Abordagens de Saúde Pública para promover saúde periodontal. In: Bönecker M, Sheiham A. Promovendo saúde bucal na infância e adolescência: conhecimentos e práticas. São Paulo: Santos; 2004.

Souza GB, Sá PHRN, Junqueira S, Frias AC. Avaliação dos procedimentos coletivos em saúde bucal: percepção de adolescentes de Embu, SP. Saúde soc. 2007 set.-dez.;16(3):138-48.

Thomsen SR, McCoy JK, Gustafson RL, Williams M. Motivations for reading beauty and fashion magazines and anorexic risk in college-age women. Media Psychology. 2002;2(4):113-35.

Tomita NE, Pernambuco RA, Lauris JRP, Sampayo E. Educação em saúde bucal para adolescentes: uso de métodos participativos. Rev. Fac. Odontol. Bauru. 2001 jan./jun.;9(1/2):63-9.

Trivinos ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987.

Truin GJ, van Rijkom HM, Mulder J, van't Hof MA. Caries trends 1996-2002 among 6- and 12-year-old children and erosive wear prevalence among 12-year-old children in The Hague. Caries Res. 2005 Jan-Feb;39(1):2-8.

Watt RG, Fuller S, Harnett R, Treasure ET, Stilman-Lowe C. Oral health promotion evaluation – time for development. Community Dent Oral Epidemiol. 2001 Jun;29(3):161-6.

World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO, 1995. (WHO Technical Report Series, 854).

APÊNDICE A – Tabela comparativa entre Gênero Masculino e Feminino – Categoria 1

	Categoria 1: A Alimentação dos Adolescentes	
	Gênero Masculino	Gênero Feminino
Indivíduo 1	<p>"A alimentação tem que ser balanceada."</p> <p>"Comer bem é ficar satisfeito."</p> <p>"Comer de 3 em 3 minutos já é o bastante."</p>	<p>"Lá em casa é muita salada, muito legume, muita coisa saudável."</p>
Indivíduo 2	<p>"[...] Não tem nada para fazer, eu como."</p> <p>"[...] Às vezes janto antecipado, depois janto de novo, de madrugada de novo."</p>	<p>"Ah, em casa a gente nunca se preocupou com comida, essas coisas, tanto que minha mãe tem hérnia, eu também tenho pedra no rim, quando a gente vê, ah, a gente quer, a gente come. Nunca teve isso. Eu odeio salada, nunca comi salada, eu odeio salada, não tem nada de vegetal e essas coisas. E não tem horário, também, para comer."</p>
Indivíduo 3	<p>"[...] quando a minha mão não deixa comida pronta, faço arroz ou macarrão, senão eu faço Miojo, faço uma farofa com carne e como."</p>	<p>"Na minha casa tem que almoçar e jantar todo o dia. O meu pai é muito assim, se não a minha mãe não fizer comida ela já é preguiçosa, então tem que ter as refeições todas certinhas. Mas a gente come muita besteira também. O meu pai é um chocólatra da vida, bolacha, refrigerante, chiclete, bala, muito."</p>
Indivíduo 4	<p>"[...]Maçã só pode comer quando está em casa, porque quem usa aparelho é ruim, fica todo sujo o aparelho."</p> <p>"[...] Lá em casa, direto, meu pai aparece com fruta diferente[...] Nunca comi."</p>	<p>"Eu sou magra já, não tem. Quando eu pego para comer eu mando ver, como um monte, mas também quando eu não quero comer eu não como. Hoje to o dia todo sem comer nada e to sem fome nenhuma."</p> <p>"Mas é porque na adolescência é só comer besteira, batata frita, coca-cola, chocolate, a gente pega um dinheiro e vai direto comprar o que? Chocolate. Você está triste, você vai comer o que? Chocolate."</p>
Indivíduo 5	<p>"Eu como o dia inteiro se deixar."</p> <p>"[...] Se tiver comida, eu como, depois, fico beliscando queijo, mortadela, presunto, direto Pão.[...] Como doce[...] todo o dia, quando chego da escola."</p>	<p>"Lá em casa tem bastante besteira também. Eu procuro cuidar do meu corpo, aí, às vezes, eu não janto porque eu sei que engorda. Eu treino lutas marciais, aí já não janto porque emagreço no treino, eu perco a fome no treino."</p>
Indivíduo 6		<p>"[...]Gosto bastante de chocolate, doce, aqui na escola mesmo, é bala o dia inteiro."</p>
Indivíduo 7		<p>"[...]Lá em casa a única refeição que é certa é o almoço, a janta é se der vontade de comer. Não tem dia para pedir lanche, pizza, ontem foi pizza, a gente pede sexta. Almoço se não tem coca-cola não é almoço lá em casa. Ninguém toma café. E eu vivo de chocolate."</p>
Indivíduo 8		<p>"[...]Meus pais não gostam de comer besteira, mas eu gosto. Aí, finais de semana, às vezes, eles comem pizza, lanche. Também não tem muito horário para comer, a gente come quando dá vontade. E eu adoro comer bala."</p>
Indivíduo 9		<p>"Na minha casa, dia de semana, eu não almoço, eu só janto. Gosto mais de comer bala, doce, bala praticamente todo o dia. Chocolate eu também gosto de comer[...]"</p>

APÊNDICE B – Tabela comparativa entre Gênero Masculino e Feminino – Categoria 2

	Categoria 2: Trabalho: expectativa para o futuro	
	Gênero Masculino	Gênero Feminino
Indivíduo 1	"Eu vou seguir na área da informática e robótica."	"Eu não trabalho, vou fazer curso técnico de administração. Penso em trabalhar nessa área, mas, agora, só estudar mesmo, não tenho futuro certo."
Indivíduo 2	"Eu trabalhei de pedreiro, ajudante de pedreiro."	"Eu meio que trabalho, eu faço site. Eu já fiz curso de web design, vou seguir, vou fazer informática pela internet, curso técnico também. Pretendo ser fotógrafa, meu pai queria já abrir um estúdio para mim, mas não, calma, daqui a 3 anos a gente vai abrir um estúdio para mim. Eu quero fazer a faculdade também, já fiz o curso de web design, terminei, estou fazendo outro de fazer panfleto, essas coisas, já sei, também, fazer."
Indivíduo 3	"Eu não sei ainda não."	
Indivíduo 4	"Trabalho, só em 2012 para mim. Ano que vem eu vou para o ITB, aí 2º ano do ITB eles dão estágio para você. Aí, para mim, só em 2012." "Eu limpo a casa, faço faxina geral na casa. A minha mãe não me dá dinheiro, mas seu eu pedir alguma coisa para ela, ela dá."	"[...] vou fazer edificações também, porque mexe com matemática e eu amo matemática, amo problema, equação, raiz, isso tudo que todo mundo foge, eu amo. E eu não sei se vou seguir edificações, acho que eu vou ser engenheira ou sei lá, alguma coisa assim, isso se eu não morrer até lá (risos). Já trabalhei de cuidar de nenê, mas é a minha irmã, então eu não recebi, então, para mim, não é um trabalho. Você trabalha, trabalha, dá o maior duro, mas você não recebe nada, então vale nada."
Indivíduo 5	"Eu tenho 2 planos. Seguir carreira de engenheiro civil ou na área da informática."	"Eu vou fazer curso técnico também, administração. Se for para eu escolher o que eu mais queria mesmo, é ser jogadora de futebol. É o que eu mais queria. Aí também posso ser empresária, está indo assim, estudar bastante. Nunca trabalhei, só fui professora para ensinar um menino lá, limpar a casa da minha avó"
Indivíduo 6	"Eu tenho uma banda de rock, aí eu ganho uns trocos quando a gente se apresenta."	"Eu nunca trabalhei. Também vou fazer técnico de edificações, para o meu futuro eu quero fazer prova na USP e passar para medicina."
Indivíduo 7	"[...] á trabalhei em borracharia, ajudante de pedreiro."	"Eu vou fazer técnico no ano que vem, mas eu não sei, ainda, o que eu quero seguir. Eu mudo de ideia muito fácil, então nem penso muito porque quando mais eu penso mais eu mudo de ideia, então eu estou deixando quieto e quando for trabalhar eu vou atrás, mas, por enquanto, ainda não pensei. Nunca trabalhei. Vou fazer técnico em edificações."
Indivíduo 8	"Na área da engenharia ou da eletrônica."	"Eu também vou fazer curso técnico, mas até o momento eu só penso em estudar mesmo, também nunca trabalhei. Com o tempo a gente vai estagiando, aprendendo e aí vai. Vou fazer técnico em administração" "Eu nunca trabalhei, vou para o ITB ano que vem, vou fazer técnico de informática pela internet. E eu só penso em estudar, não tenho nada preparado assim. Eu queria ser professora, mas mudei de ideia."
Indivíduo 9		"Agora, não to pensando em emprego não. Eu nunca trabalhei. Vou começar a fazer curso técnico no ano que vem. Eu ainda não sei o que eu vou seguir na minha vida, ainda estou pensando."
Indivíduo 10		"Nunca trabalhei. Não sei o que eu vou fazer, ainda to pensando. Vou fazer colegial normal, mas não sei ainda."
Indivíduo 11		"Eu nunca trabalhei. Eu vou fazer curso de técnico em informática e eu pretendo seguir, mas a minha vontade mesmo é fazer administração, administrar empresa. Nunca trabalhei fora."

APÊNDICE C – Tabela comparativa entre Gênero Masculino e Feminino – Categoria 3

	Categoria 3: Relacionamentos amorosos na adolescência	
	Gênero Masculino	Gênero feminino
Indivíduo 1		<p>“Eu namoro há 2 anos e 1 mês, namoro em casa, sério, bonitinho, o pai e minha mãe sabem. Agora, o meu pai deixou, também era como o caso da Vera, ele não deixava, ele sabia, mas ele não aceitava de jeito nenhum, mas agora, há uns 3 meses, ele deixou, conversou com ele, tudo.”</p> <p>“Minha mãe já não, logo que eu comecei a namorar [...]me levou na ginecologista. A ginecologista falou assim para mim: se todas as mães fossem como a sua, muitos filhos teriam sido evitados. E a minha mãe diz, eu não sou obrigada a acreditar que você não vai fazer, porque eu sei que você vai fazer, então. (risos) E eu tomo anticoncepcional.”</p>
Indivíduo 2		<p>“Eu namoro, dia 4 fez 1 ano e 8 meses. É complicado para caramba, demais. O meu pai ainda não aceita. Não quer ver ele nem pintado de ouro, viu ele uma vez e achou ele ridículo. O pai é uma coisa louca.[...]Comecei a namorar cedo, mas não é o primeiro. É o primeiro que dá certo, que vai em frente, mas os outros não foram namorados, foi beijo ali, beijo, mas nunca fui muito de ficar, se eu for colocar nos dedos, foram uns 5 garotos só. Cada ano eu me apaixono por um. Então, dessa vez deu certo e tá indo.”</p>
Indivíduo 4	<p>“É um assédio, não dá. Essas meninas estão pior que nós. Raramente a gente vai ao encontro delas para pedir para elas ficarem com a gente. Geralmente são elas. Pelo menos eu sou assim, não corro atrás. [...] Também, namorar é perda de tempo, começar a namorar agora. Ficar com alguém um tempo, umas duas semanas, vai, mas ficar 2 anos, 3 anos não dá. Uma, porque eu não tenho dinheiro. Não tenho como bancar a menina.”</p> <p>“Eu já fiquei com menina da escola, mas escondido. Se a diretora fica sabendo... (risos) Na sala de aula.”</p>	<p>“Eu acho que todo o homem não presta[...] Eu já namorei 1 ano e 4 meses, eu tenho 15 anos, então eu comecei a namorar com os meus 12.[...]Se mulher é complicada, homem é 2 vezes. Só isso. Eu sou virgem, ainda, não tenho vergonha de falar.”</p> <p>“Não namoro. Terminei há um tempo porque não deu certo. Já tive 4 namorados e nenhum deu certo. Homem também não presta, para mim. Não quero. Meu negócio é ficar mesmo.”</p> <p>“Eu teria coragem de ir no ginecologista, só que a minha mãe não conversa sobre isso comigo, então...”</p>
Indivíduo 5	“Você conhece tudo da menina, os defeitos - sei lá - não dá.”	
Indivíduo 6	<p>“Briguei com a minha namorada sexta-feira.”</p> <p>“A professora de português é meio zuretinha das ideias. Ela não vê. A gente sai na aula dela, faz o que quer, ela nem vê. Não presta atenção.”</p>	<p>“Ah, eu é uma droga. Eu gosto de um menino, tipo nós estávamos ficando, aí ele me pede em namoro, aí eu aceito, aí chega umas pessoas em mim, “ai, ele é muito galinha, se eu fosse você eu terminava, você é muito trouxa”</p>
indivíduo 7	“Assim que eu entrei na escola, uma menina pediu para ficar, eu fiquei, aí teve um fuzuê, a diretora ficou sabendo, quase que eu fui expulso.”	<p>“Já namorei sério, mas agora estou dando um tempo. Comecei cedo, mas... fiquei um tempo com um cara, uns 2 anos indo e voltando, tentava, não dava certo, tentava, não dava certo. Para o meu pai e para a minha mãe eles acham que eu nunca beijei. Se o meu pai souber ele me mata mesmo. É melhor eu ficar na minha.”</p>
Indivíduo 11		“Nunca namorei e não penso. Não. Eu quero estudar primeiro, depois, pensar em homem.”

APÊNDICE D – Tabela comparativa entre Gênero Masculino e Feminino – Categoria 4

	Categoria 4: cuidados com o corpo	
	Gênero Masculino	Gênero Feminino
Indivíduo 1	"Eu quando saio para a escola tomo banho, quando volto da escola tomo outro banho, depois, às vezes, a molecada lá da rua me chama para jogar bola na rua, tiro um tampão do dedo (risos), me ralo todo, ando de bicicleta. É isso."	"Eu ando um pouco. Às vezes eu vou até o ponto de ônibus, volto. (risos) Às vezes eu jogo bola, às vezes vôlei, às vezes eu brinco com a minha cachorrinha. No sábado eu faço natação. E só"
Indivíduo 2	"Ah, tomo banho. Sempre que eu vou sair faço um treino, uma coisa assim. Corto o cabelo. Uso a maquininha, às vezes o meu padraço. Tomo um banho, passo um creme e saio, normal. Na hora de voltar, tomo banho."	"Eu gosto bastante de dançar também, eu danço. Eu adoro praticar esportes, adoro futebol, adoro vôlei, adoro handebol, sempre estou jogando alguma coisa, a bola é... adoro jogar bola. Eu também já fiz natação. Eu corro bastante, mas como eu tenho pedra no rim eu me canso muito rápido e começo a sentir dores, então não posso muito ficar correndo, nem tanto ficar praticando esportes, mas eu adoro. Sempre que eu puder eu jogo, faço natação."
Indivíduo 3	"Quando eu venho para a escola eu tomo um banho, quando eu saio da escola tomo outro. Fico em casa, quando a minha mãe vem com meu cunhado a gente sai, vai para a pescaria. [...]" "Eu acordo, escovo os dentes, vou comprar pão, umas 11h30min eu tomo banho para vir para a escola, quando eu chego, tomo outro, fico até umas 19:30h na rua, quando volto, tomo outro banho. E eu fazia vôlei, não faço mais por causa que eu tava na quadra, aqui, jogando, o menino veio e pisou no meu pé, quebrou o meu pé, agora to fazendo /terapia/ no meu /tendão"	
Indivíduo 4	"Hoje em dia, não está compensando você estudar, está compensando você, desde pequeno, jogar bola. Se aprender a jogar bola você ganha 500 mil por mês."	"Olha, falou em fazer esporte é comigo mesma. Eu jogo de tudo um pouco, jogo com os meninos, futebol na quadra, corro para um lado, saio com a cara toda vermelha, só não me joga na piscina que eu morro afogada. Eu não sei nada, acho que boiar também não. Fazia vôlei, acabou essa semana, duas vezes por semana, aí toda a Educação Física eu jogo futebol com os meninos, corro para um lado e para o outro, pareço uma tonta atrás da bola. Basquete não sou muito a fim não. Jogo vôlei e handebol e o campeonato da escola. De natação eu não sei nada não, morro afogada."
Indivíduo 5		"Jogo futebol. Não gosto de vôlei e basquete, só de futebol e handebol mesmo. Luto kung fu. Aí, quando acho que meu corpo tá saindo de forma, já maneiro na comida, aí começo a comer salada."
Indivíduo 6	"Também. Eu jogo futebol, jogo vôlei, tudo, qualquer esporte que me chamar, eu vou. Se me chamar, eu faço. O que eu não gosto é de ficar parado. Os cuidados com o corpo, tomo banho de mais, se for ver é 5, 6 banhos por dia. Muito calor, eu me sujo muito fácil. Dois irmãos, têm que ficar na rua, a gente se empolga e vai junto com eles. Esses dias eu cheguei, tava chovendo, eu e meus colegas no barro, os moleques de 15, 16 anos de idade e brincando no barro. Antigamente, eu era mais fresquinho, passava base na unha, hoje em dia, não tenho nem unha mais, passava creme."	
Indivíduo 7	"cuidado com o corpo eu tenho bastante[...]Tomar banho, escovar os dentes, eu tenho muita espinha, mas passo um creme."	
Indivíduo 8	Esporte, eu faço futebol e natação."	
Indivíduo 9	"Jogo bola. Jogo vôlei. Jogo video-game. Só. E durmo. Acordo 11h, 10h, tomo banho e já venho para a escola."	"Eu gosto de jogar futebol, bastante, final de semana, todos os dias, na rua jogando. Já fiz natação. Já fiz judô. Já fiz futebol no campo. Gosto de andar de bicicleta, gosto de fazer tudo, jogar tudo, menos vôlei e basquete, porque eu sou baixa, aí não dá certo. Tomo banho todo dia."
Indivíduo 11		"Eu ando bastante, tem vezes que venho a pé lá de Carapicuíba. É longe, uma hora para vir andando. Embora eu vou de carro. Aí sábado e domingo eu não saio de casa porque eu já ando, fico em casa, com o tanto que eu ando, eu canso. Só isso que eu falo. Às vezes eu vou para o Parque com os meus irmãos, fazer caminhada com eles. Eles não saem de casa, só vão para a escola e voltam, a minha mãe não gosta de sair muito, aí eu levo eles no Parque perto da minha casa."

APÊNDICE E – Tabela comparativa entre Gênero Masculino e Feminino – Categoria 5

	Categoria 5: Higiene oral	
	Gênero Masculino	Gênero Feminino
Indivíduo 1	<p>"Eu arranquei dando soco neles. Não queria sair, eu fiquei com raiva e dei um soco, quase engoli."</p> <p>"A minha tia falou que enquanto você estiver comendo tem que escovar."</p>	<p>"Eu sou apaixonada por um sorriso bem bonito. Acho lindo. Sorriso, para mim, é o cartão de visita."</p> <p>"Lá em casa tem muita bebida, bastante mesmo. Tem um negócio só de vinho, tem um outro armário só de taças, copos de tudo, copo de vinho, copo de uísque, copo de pinga, copo de tudo, tem muita bebida. Só que o meu pai, ele já me oferece toda a vez que ele toma: quer? Não, obrigada. Eu não bebo com ele, de vez em quando só, em festas e tal. Mas ele bebe para caramba. A minha mãe, de vez em quando, ela tenta seguir ele, mas ela acaba dormindo, morrendo de sono, ela não consegue, não aguenta como ele."</p>
Indivíduo 2	<p>"Sim. Sou o que tenho mais cuidado da família. Da parte do meu pai, poucos. O meu primo acorda e vai direto para o computador. O outro direto para o tapete. As tias, direto para fazer bolo. Os tios, direto trabalho. Eu sou o único que cuida bem. O meu pai, os dentes dele são assim ó (mostra com as mãos), parecem um V, o da minha mãe é amarelo igual a essa cortina aí, mais um pouco fica azul"</p>	<p>"Não sei. (risos) Nunca fui no dentista, nunca procurei. Nunca senti dor, nada."</p>
Indivíduo 3	<p>"Quando eu tinha 7 anos eu tava brincando de amarelinha, aí uma menina, não foi a intenção dela, ela pegou e me empurrou, eu quebrei 5 dentes daqui da frente. Demorou para crescer, só foi crescendo depois dos 8 anos de idade. Aí, quando eu tinha 12 anos, eu fui no dentista e ele falou que eu tinha que fazer uma limpeza no dente, que quando eu era pequeno eu comia bastante pasta de dente, aí eu tenho que fazer uma limpeza no dente quando eu tivesse 15 anos. Agora, não ia dar porque é muito doído."</p>	<p>"Eu escovo os dentes só antes de vir para a escola e para dormir, não tenho o costume de escovar os dentes de manhã, tenho preguiça, não uso fio dental, também tenho preguiça. Tomo banho, claro. Não consigo ficar sem tomar banho um dia. Vou ao dentista de vez em quando, mas já fui muito, já tive cárie, já quebrei o dente, até hoje tá quebrado ainda, não vou. Só."</p> <p>"Eu ainda acho que a gente tem consciência, é só preguiça mesmo."</p>
Indivíduo 4	<p>"Teve uma vez que eu tava com um cano de aspirador de pó assim (mostra com os braços) e empurrando com a boca no chão, aí tinha um vâozinho do piso, o negócio enroscou e eu fui para frente, bateu na gengiva, saiu uma bola e ficou preta a minha gengiva, só não lembro seu eu fui no dentista particular ou no público. Aí arrancou, caiu o meu dente de leite, caiu, ficou uma bola preta aqui, inflamou. Eu não lembro seu eu fui no dentista particular ou no público.[...] Eu tenho medo é de injeção, aquelas que enfiam na boca."</p> <p>"Você sente que, homem pelo menos, não sei menina, homem se preocupa com a boca só por um motivo: menina. Só por isso. Menina eu já não sei."</p> <p>"Antigamente faltava informação. Não tinha tanta informação igual tem hoje. As mães não mandavam os filhos escovar os dentes igual fazem hoje."</p>	<p>"Em festa, o que mais tem é bebida. Festa, para a nossa idade, sem bebida, não é festa."</p>
Indivíduo 5	<p>Gênero masculino:</p> <p>"Quanto eu estava na 4ª série quebrei meu dente duas vezes, esse dente aqui (mostra um dente da frente). Quebrou. Uma vez, eu tava andando de costas e um moleque me derrubou, eu caí de boca. Outra vez, eu tava no banheiro da escola, tinha um moleque dentro do banheiro, eu tranquei a porta e saí correndo, o moleque pulou a porta, saiu correndo e me deu um voo, eu caí e quebrei o mesmo dente, de novo[...].O ruim do aparelho é a escovação, com o aparelho você não consegue escovar os dentes direito. Não dá. Você tem que ficar uma meia hora para escovar os dentes. A escovação que eu dou mais importância é na hora de dormir, [...]"</p> <p>"Eu quebrei um dente quando eu tinha 8 anos. Quebrei esse aqui ó (mostra um dente da frente). Eu quebrei com a flauta, eu tava tocando flauta, aí o cachorro veio e bateu na minha perna, eu tava com a perna mole, bati, bateu na parede a flauta e bateu na minha boca. Aí o dente não ficou mole, geralmente fica mole, o meu não ficou mole, só quebrou o dente e sangrou em volta do dente"</p>	<p>"Eu também nunca fui no dentista, nunca senti uma dor no dente. Escovo os dentes 3 vezes por dia, não consigo dormir sem escovar os dentes, nem tomar café da manhã. Eu considero a minha higiene boa. Também tomo banho antes de vir para a escola, depois. É isso aí."</p>
Indivíduo 7	<p>"Ah, eu não lembro qual foi a última vez que eu fui no dentista. Faz tempo. Acho que to precisando, para ver se está tudo certo"</p>	<p>"Porque os meus pais fumam, eu quero ficar longe. O meu pai não tem nenhum dente na boca, ele tem 2 que é para segurar a dentadura, só por isso. A minha mãe é tudo amarelo, usa aparelho, agora, tirou, voltou, tá tudo torto de novo, e eu não quero isso. Os dois fumam. Ela parou, agora, por causa do meu irmão, mas ..."</p> <p>"Festa lá em casa no final de ano, o meu pai me oferece, fala assim: prefiro que você comece a beber em casa do que comece na rua e comece errado, fica viciada de uma vez, fica em casa, toma um pouquinho[...]"</p>
Indivíduo 8	<p>"Eu escovo os dentes quando eu acordo, depois que eu tomo café, para vir para a escola e para dormir."</p>	
Indivíduo 9		<p>"Não sinto dor de dente. Faz o maior tempão que eu não vou no dentista."</p>
Indivíduo 10		<p>"Eu já bebi champanha, gosto muito de champanha, mas só que o meu pai e minha mãe não sabem. Quer dizer, o meu pai já sabe que eu coloquei, que eu experimentei porque ele que me deu. (risos)"</p>
Indivíduo 11		<p>"Eu escovo os dentes umas 2, 3 vezes por dia. Tomo banho 2 vezes, na hora que eu venho para a escola e na hora que eu chego também. Faz bastante tempo que eu não vou ao dentista, mas não tenho nenhum problema no dente, dor nenhuma, não tenho medo de dentista."</p>

ANEXO A – Autorização da Prefeitura de Barueri

PREFEITURA MUNICIPAL DE BARUERI
SECRETARIA DE SAÚDE

Ofício n.º 1.241/2010
- S. S. -

Barueri, 16 de novembro de 2010

Prezado Secretário,

Solicitamos a Vossa Senhoria autorização para que a Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Barueri, selecionem alguns alunos, entre meninos e meninas, com autorização prévia de seus pais ou responsáveis, a fim de realizar entrevistas complementares relativas ao **Levantamento Epidemiológico das Condições de Saúde Bucal**, ocorrido em outubro de 2009. Segue pedido de autorização anexa.

Contando com a sua colaboração, aproveitamos a oportunidade para renovar os protestos de nossa estima e consideração.

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO
Protocolo Geral N.º 0548
Registro no Livro 0548
Entrada em 16/11/2010 HS
Encaminhado do Protocolo

Atenciosamente,

DR. MAURÍCIO TUNDISI
Secretário de Saúde

Autorizado

Celso Furlan
Secretário Municipal de Educação

Ao
Ilmo. Sr.
CELSONO FURLAN
DD. Secretário de Educação
Rua da Prata, nº 727
Jardim dos Camargos – Barueri

RECEBI A 1ª VIA
EM / /

Secretaria de Saúde
Rua Prof. João da Matta e Luz, 262 - Centro, Barueri, SP / CEP: 06401-120
Fone: (11) 4199.3100 - e-mail: sameb@sameb.sp.gov.br - www.barueri.sp.gov.br

Barueri

ANEXO B – Autorização para a escola

LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO
DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL
NO MUNICÍPIO DE BARUERI,
SÃO PAULO, BRASIL, 2009

Ilmo. Sr.
Celso Furlan
Secretário de Educação

Prezado Senhor,

Pedimos o favor de dedicar alguns minutos do seu tempo para ler este comunicado.

A Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, em parceria com Secretaria Municipal de Saúde de Barueri, realizaram um Levantamento Epidemiológico das Condições de Saúde Bucal, no município de Barueri. Nessa investigação científica, foi realizada uma entrevista para a caracterização das condições sócio-econômicas e de acesso aos serviços de saúde bucal e foram examinados os dentes e as gengivas de crianças, adolescentes, adultos e idosos residentes na área de abrangência de Unidades Básicas de Saúde da rede pública.

O exame consistiu em uma observação da boca, feita em centros de saúde, com toda técnica, segurança e higiene, conforme normas da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde. Não representou riscos nem desconforto para quem foi examinado. Os dados individuais não serão divulgados em nenhuma hipótese, mas o resultado da pesquisa ajudará muito a prevenir doenças bucais e melhorar a saúde de todos.

As entrevistas foram realizadas com grupos de jovens, adultos e idosos, frequentadores das Unidades de Saúde. Entretanto, será necessária a realização de novas entrevistas com o grupo de adolescentes nos estabelecimentos de ensino.

Neste sentido, solicitamos **sua compreensão e colaboração, autorizando no quadro abaixo**, a participação da escola indicada na pesquisa. Asseguramos que serão convidados a participar da entrevista um grupo de aproximadamente 20 alunos, entre meninos e meninas, cujos pais ou responsáveis fornecerem uma prévia autorização, decorrente de livre decisão após receber as informações necessárias.

Esclarecimentos adicionais sobre o trabalho podem ser obtidos com:

Dra. Greice de Brito Souza	Telefone: (11) 6398-6647
Profa. Simone Rennó Junqueira	Telefone: (11) 3091-7891

Esperando contar com seu apoio, desde já agradecemos em nome de todos os que se empenham para melhorar a saúde pública em nosso Estado e no Brasil.

Atenciosamente,

A Coordenação da Pesquisa

AUTORIZAÇÃO

Após ter sido informado sobre as características da pesquisa "Levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal no município de Barueri, São Paulo, Brasil, 2009", **CONCORDO** com a participação da Unidade de ensino: EMF MÁRIO JOAQUIM ESCOBAR DE ANDRADE.

Em ____ de _____ de 20__.

Nome do Responsável

Assinatura do Responsável

ANEXO C– Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia
Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER DE APROVAÇÃO
FR 268264
Protocolo 93/2009

Com base em parecer de relator, o Comitê de Ética em Pesquisa **APROVOU** o protocolo de pesquisa **"Levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal no município de Barueri, São Paulo, Brasil, 2009"**, de responsabilidade do Prof.(a) Dr.(a) Antônio Carlos Frias.

Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados a este Comitê relatórios anuais referentes ao andamento da pesquisa e ao término cópia do trabalho em "cd". Qualquer emenda do projeto original deve ser apresentada a este CEP para apreciação, de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

São Paulo, 10 de agosto de 2009.

Prof. Dr. João Gualberto de Cerqueira Luz
Coordenador do CEP-FOUSP

ANEXO D – Termo de consentimento Livre e Esclarecido

63

**LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DAS
CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO DE
BARUERI, SÃO PAULO, BRASIL, 2009**

**PREFEITURA
MUNICIPAL
DE BARUERI**
Estado de São Paulo

Termos de Consentimento Livre e Esclarecido

São Paulo, outubro de 2009.

Prezado Senhor

Pedimos o favor de dedicar alguns minutos do seu tempo para ler este comunicado.

A Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, em parceria com Secretaria Municipal de Saúde de Barueri, realizarão um Levantamento Epidemiológico das Condições de Saúde Bucal, no município de Barueri. Nessa investigação científica, será realizada uma entrevista para caracterização das condições sócio-econômicas e de acesso aos serviços de saúde bucal e serão examinados os dentes e as gengivas de adultos e idosos residentes na área de abrangência de Unidades Básicas de Saúde da rede pública. O exame é uma observação da boca, com toda técnica, segurança e higiene, conforme normas da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde.

Para tanto, o(a) senhor(a) está sendo **convidado(a)** para participar desta pesquisa de forma totalmente voluntária. Não representa riscos nem desconforto para quem será examinado. Os dados individuais não serão divulgados em nenhuma hipótese, mas os resultados da pesquisa ajudarão muito a prevenir doenças bucais e melhorar a saúde de todos.

Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder à entrevista é muito importante que o (a) senhor(a) compreenda as informações contidas neste documento. As equipes de pesquisa poderão responder todas as suas dúvidas antes que decida se quer participar. Em qualquer momento da pesquisa ou da entrevista o(a) Sr(a) poderá retirar o consentimento sem qualquer prejuízo. Por isso, **sua colaboração, autorizando no quadro abaixo a realização do exame**, é muito importante.

Esperando contar com seu apoio, desde já agradecemos em nome de todos os que se empenham para melhorar a saúde pública em nosso Estado e no Brasil.

AUTORIZAÇÃO

Após ter sido informado sobre as características da pesquisa "LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO DE BARUERI, SP, BRASIL, 2009" **AUTORIZO** a realização do exame em:

Nome: _____

Em ____ de _____ de 2009.

Assinatura do Responsável

Se quiser mais informações sobre o trabalho, por favor ligue para:
Faculdade de Odontologia USP – Dep. Odontologia Social – fone 3091-7891
Secretaria Municipal de Saúde do município de Barueri – fone 4199-3100 ramal 3267

Atenciosamente,

Prof. Dr. Antônio Carlos Frias
Coordenador da Pesquisa

DR. Alberto Luiz Kesslering
Coordenador de Saúde Bucal de Barueri