



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

revista@saudeemdebate.org.br

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Brasil

de Brito Souza, Greice; Rennó Junqueira, Simone; de Araujo, Maria Ercilia; Botazzo,
Carlos

Práticas para a saúde: avaliação subjetiva de adolescentes
Saúde em Debate, vol. 36, núm. 95, outubro-diciembre, 2012, pp. 562-571
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341761008>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

re^odalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Práticas para a saúde: avaliação subjetiva de adolescentes

Practices for health: subjective evaluation of adolescents

Greice de Brito Souza¹, Simone Rennó Junqueira², Maria Ercilia de Araujo³, Carlos Botazzo⁴

¹ Mestre em Ciências Odontológicas pela Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil.
greicebrito@hotmail.com

² Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. Professora do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil.
srj@usp.br

³ Livre-Docente pela Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. Professora Titular do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil.
mercilia@usp.br

⁴ Livre-Docente pela Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. Professor do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil.
botazzo@hotmail.com

RESUMO Este trabalho verificou as percepções sobre a satisfação com a vida, o corpo e a saúde de adolescentes, cujas práticas se refletem na saúde bucal. Por meio de pesquisa qualitativa, jovens de Barueri/São Paulo foram entrevistados pela técnica do grupo focal. Seus discursos foram analisados pela análise de conteúdo. Os resultados indicam que a alimentação desses jovens é pouco balanceada; o cuidado com o corpo é sinônimo de banho e esportes, e a saúde bucal foi limitada à escovação; recorrem ao convênio pela demora do atendimento no posto de saúde. O conhecimento da percepção dos jovens sobre esses eixos pode contribuir para o aprimoramento das ações e do 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 *This study assessed the perceptions of satisfaction with life, body and health of adolescents, whose practices are reflected in oral health. Through qualitative research, adolescents in the city of Barueri/São Paulo were interviewed by the focus group technique. Their discourses were analyzed using content analysis. The results reveal that those young people have a poorly balanced feeding; the care of the body is seen as synonymous with bathing and sports and oral hygiene care was limited to brushing; many reported use of the services of dental plan due to the delays in health care units. Knowing the perception of young people on these axes can contribute to the improvement of the shares and access to means of prevention, treatment and maintenance of oral health.*

KEYWORDS: *Adolescents; Knowledge, attitudes and practice; Oral health; Qualitative research.*

Introdução

A universalidade do acesso às ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde 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, propondo e implementando ações de saúde que melhorem a qualidade de vida das pessoas.

Nesse 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 mais bem direcionados em função das necessidades, de acordo com os princípios de equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde.

Com seus diversos graus de complexidade, as unidades prestadoras de serviço configuram um sistema capaz de prestar assistência integral ao indivíduo indivisível, sempre na perspectiva de que ele é integrante de uma comunidade (BRASIL, 1990b).

Por isso, produzir ou manter um ‘homem inteiro’ é tarefa que vai muito além das possibilidades do aparelho produtor de serviços de saúde. Para Botazzo (2008),

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).

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 18 anos de idade (BRASIL, 1990a), no qual o jovem se vê surpreendido

por numerosas mudanças físicas, cognitivas, emocionais e sociais.

Apresentam características e atitudes singulares, necessidades igualmente distintas e formam um grupo populacional não atendido pelos programas preventivos odontológicos (JUNQUEIRA, 2007; SOUZA *et al.*, 2007).

Organizar serviços e ações em saúde bucal para adolescentes parece ser importante, dado o incremento de doenças bucais às quais estão submetidos quando saem da adolescência e alcançam a vida adulta. Parece que, na vida adulta, cronificam-se doenças e aumenta a exposição aos riscos para agravos bucais (BRASIL, 2010).

Pensar a organização de serviços implica pensar três dimensões relacionadas ao seu uso: capacitação, predisposição e necessidade, esta com um eixo objetivo e um subjetivo. Capacitação e predisposição podem ser analisadas com base em dados secundários e, dentro da necessidade, o eixo objetivo pode ser medido pela carga da doença. Já 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 a não aderir às ações propostas a ele.

Por exemplo, a experiência sobre a percepção popular em grupo de gestantes apontou que elas não procuram atendimento dentário nesse período por medo de algo que prejudique ao feto (BERND *et al.*, 1992).

Os autores pensam que as necessidades em saúde bucal vão além ou são outras que não aquelas confirmadas pela presença de algumas doenças bucais no momento do exame epidemiológico, dando-se a devida ênfase aos estados subjetivos dos sujeitos no que diz respeito à constituição das suas necessidades, sobretudo as dos jovens. Em decorrência disso, este trabalho teve por objetivo verificar as percepções de adolescentes sobre a vida e o corpo, com impactos sobre a saúde bucal.

Métodos

Trata-se de estudo descritivo, com abordagem qualitativa, assim escolhido pelo fato dos comportamentos e do

universo dos adolescentes poderem ser descritos segundo o ponto de vista dos sujeitos do estudo.

Para a coleta do material, optou-se por entrevistas por meio do grupo focal. Foram formados dois grupos, divididos por sexo, entre alunos do primeiro ano do ensino médio de uma escola municipal da cidade de Barueri, situada no noroeste da Região Metropolitana de São Paulo. 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.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (Protocolo 93/2009). Os pais dos adolescentes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todavia, foram expostos aos participantes os objetivos do estudo. Eles foram informados de que a conversa seria gravada para facilitar a posterior transcrição, mas que não seriam identificados, sendo garantida a confidencialidade das falas.

As entrevistas, realizadas em dezembro de 2010, duraram, em média, duas horas cada. Foram realizadas na própria escola, sem a presença de professores, em uma sala ampla, onde foi possível montar uma roda, o que facilitou a comunicação corporal e visual.

O tratamento do material se deu pela técnica de análise de conteúdo, proposta por Bardin (2009), por meio da qual, pela interpretação dos conteúdos das entrevistas gravadas, identificam-se unidades de sentido/expressões-chaves, que se constituíram em categorias de análise.

Resultados e discussão

Categoria 1: A alimentação

A adolescência é considerada uma fase vulnerável em termos nutricionais, principalmente pelo fato de haver maior demanda de nutrientes relacionados ao aumento do crescimento e do desenvolvimento físico, à mudança de estilo de vida e aos hábitos alimentares potencialmente inadequados, afetando a ingestão e a necessidade de nutrientes. Além disso, a participação em esportes, a

gravidez precoce, a manifestação de distúrbios alimentares (por vezes, com a realização excessiva de dietas) e o uso de álcool e drogas são situações comuns na vida dos adolescentes, podendo comprometer 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 esse é o hábito familiar.

Não faltaram exemplos no grupo 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, pizz., Ontem foi pizza, a gente pede sexta. (indivíduo 7).

c) Alta ingestão de refrigerantes, de aproximadamente um litro por dia. Tal consumo foi convergente em ambos os sexos.

Almoço se não tem coca-cola não é almoço lá em casa. Ninguém toma café. (indivíduo 7, menina).

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

d) Alimentos com alta densidade calórica, normalmente salgados fritos, bolachas recheadas, chocolate e alto consumo de balas, diariamente. Esse item foi o mais frequente entre os jovens, independente do sexo.

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

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

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

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

e) Baixa ingestão de frutas e hortaliças. A dieta pouco balanceada foi comum entre os jovens.

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, menina).

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

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

Mas observou-se que isso não foi unânime, e que existiam famílias que estimulavam o consumo de frutas e hortaliças:

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

Sabe-se que, durante o período mais acelerado de crescimento (pico de velocidade), os adolescentes consomem maiores quantidades de alimentos, caracterizando alta ingestão calórica; isso ficou mais evidente nas falas dos meninos.

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).

Se o elevado consumo é ainda compensado pelo gasto de energia, eles, todavia, precisarão ser mais cuidadosos com a frequência da alimentação quando o

crescimento tiver cessado. Por esse motivo, 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; SAITO, 2008).

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 duas jovens:

Na minha casa tem que almoçar e jantar todo o dia. O meu pai é muito assim. Se 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).

Categoria 2: Os cuidados com o corpo

Crianças saudáveis entram na puberdade entre 9 e 16 anos. Puberdade não é sinônimo de adolescência; ao contrário, puberdade refere-se aos aspectos biológicos das intensas transformações a que a criança estará sujeita, sendo, portanto, um componente da adolescência. A idade exata em que se iniciam tais transformações depende de fatores genericamente descritos como 'sociais', se em populações urbanas ou rurais etc.; outros fatores relevantes são a nutrição, a hereditariedade e o sexo. Em média, os meninos entram na puberdade 2 anos mais tarde que as meninas. Nesse momento, as glândulas pituitárias e o hipotálamo (glândulas endócrinas) começam a enviar novos hormônios que desencadeiam as alterações na puberdade (SILVA; LEAL, 2008).

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 latente, e é importante

para os meninos e meninas que estão tornando-se maduros atentarem para banhos regulares e outros aspectos de higiene e limpeza corporal, que incluem o uso de cremes e esmalte de unha, mesmo entre meninos. A limpeza corporal parece ter encontrado nos banhos o máximo da realização.

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

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, menino).

[...] tomo banho demais, se for ver, é 5, 6 banhos por dia. Muito calor, eu me sujo muito fácil [...]. Antigamente, eu era mais fresquinho, passava base na unha, hoje em dia, não tenho nem unha mais. Passava creme. (indivíduo 6, menino).

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

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). Como parte do entendimento da construção da identidade e da imagem corporal, procurou-se saber como os jovens ocupavam o tempo em seus horários livres. A prática de esportes emergiu associada aos cuidados com o corpo e não necessariamente apenas como opção de lazer.

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

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

[...] 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 tô fazendo terapia no meu tendão.(indivíduo 3).

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 natacão. E só. (indivíduo 1, menina).

Eu gosto bastante de dançar também, eu danço. Eu adoro praticar esportes, adoro futebol, adoro vôlei, adoro handebol, sempre estou jogando alguma coisa. (indivíduo 2, menina).

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, menina).

Observou-se no discurso que os cuidados com o corpo aparecem como uma demonstração de um esbanjar de saúde, e a grande maioria dos adolescentes, independente do sexo, relatou fazer algum tipo de exercício.

Categoria 3: A higiene bucal

Sheiham (2004) advoga que a maioria dos jovens limpa seus dentes com regularidade em razão de a escovação estar associada à boa aparência. Tal afirmação aparece com clareza na fala abaixo:

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

A limpeza bucal também está relacionada à preocupação dos jovens com a higiene pessoal, a sensação de frescor e o bom hálito (LISBÔA; ABEGG, 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. (indivíduo 4, menino).

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

Não se podem esquecer as propagandas existentes, principalmente nas revistas, que, de uma forma indireta, afirmam ser a aparência física responsável pela felicidade e pelo 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 de escolas privadas citarem com maior frequência os dentes e os cabelos como muito importantes (CAMPOS; GUIMARÃES, 2003; GRANVILLE-GARCIA *et al.*, 2008). No entanto, os adolescentes do presente estudo, a despeito de serem de escolas públicas, manifestaram claramente as mesmas preocupações.

O desejo de possuir uma boa aparência não é apenas um sinal de vaidade próprio dessa 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 com uma boa saúde bucal para a busca de empregos.

O alerta para a compreensão dos adolescentes e de suas necessidades é de suma importância, e os profissionais de saúde ou educação devem se esforçar na tentativa de estabelecer e manter abertos canais de comunicação, influenciando positivamente suas agendas.

Por outro lado, não é incomum adolescentes apresentarem um comportamento negligente com relação aos seus cuidados com a saúde. Portanto, esse período é

tido como de risco aumentado para o aparecimento de cárie dentária e outras afecções bucais, em decorrência do precário controle de placa, do menor cuidado com a escovação e da maior ingestão de produtos açucarados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995; TOMITA *et al.*, 2001).

Eu ainda acho que a gente tem consciência sobre saúde bucal e higiene, é só preguiça. (indivíduo 4, menina).

O trauma dental foi abordado por vários jovens e percebeu-se que, ao 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 de maior renda.

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 vôle. 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, menino).

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. (indivíduo 3, menino).

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. (indivíduo 5).

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

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

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. (indivíduo 5, menina).

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. [...]. 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, menina).

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, menina).

Pelos discursos, observa-se que a procura por assistência odontológica é em boa parte direcionada aos particulares ou ao convênio. Os serviços públicos foram pouco procurados, seja pela disseminação dos convênios, seja pela demora do agendamento no setor público ou pela falta de necessidade, segundo suas percepções.

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

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

marcar e fica dois a três meses esperando, aí você desiste. (indivíduo 2, menina).

Minha mãe marca tudo no postinho, para prevenir, mas a consulta demora muito. Você vai

O Quadro 1 traz uma síntese dos principais resultados, estratificados por sexo.

Quadro 1. Principais resultados segundo as categorias de análise dos discursos dos adolescentes, estratificados por sexo, Barueri, 2010

Categoria	Meninas	Meninos
Alimentação	Omissão de refeições	–
	Substituição das principais refeições por lanches.	–
	Alta ingestão de refrigerantes.	
	Consumo diário de alimentos com alta densidade calórica.	
	Baixa ingestão de frutas e hortaliças. Dieta pouco balanceada	
	–	Consumo de grandes quantidades de alimentos.
Cuidados com o corpo	A limpeza corporal parece ter encontrado nos banhos o máximo da realização	
	Prática de esportes associada aos cuidados com o corpo e não necessariamente apenas como opção de lazer.	
Higiene bucal	Os jovens limpam seus dentes com regularidade em razão de a escovação estar associada à boa aparência, à sensação de frescor e ao bom hálito.	
	–	O trauma dental foi abordado por vários jovens.
	Poucos relataram nunca ter ido ao cirurgião-dentista.	

Fonte: Elaboração própria

Considerações Finais

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.

Assim como destacado por Santos *et al.* (1992), é essencial conhecer as necessidades subjetivas e a estrutura psicossocial da comunidade em que esses adolescentes estão inseridos, incorporando-as nas ações de saúde bucal; dessa forma, novas ideias e ações se ajustam, surgem e crescem nessa realidade.

Referências

- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2009. 280p.
- BERND, B. *et al.* Percepção popular sobre saúde bucal: o caso das gestantes do Valão. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 34, p. 33-39, mar. 1992.
- BOTAZZO, C. Integralidade da atenção e produção do cuidado: perspectivas teóricas e práticas para a clínica odontológica à luz do conceito de bucalidade. In: MACAU, M. (Org.). *Saúde bucal coletiva. Implementando ideias... concebendo integralidade*. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2008. p. 3-16. v. 1.
- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988.. Brasília: Imprensa Oficial, 1988. 402p.
- _____. *Lei n. 8.069*, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990a. 75p.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS: Doutrinas e Princípios. Brasília: Ministério da Saúde, 1990b. 10p.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – 2010*: nota para a imprensa. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 4p.
- CAMPOS, J. A. D. B.; GUIMARÃES, M. S. Educação em saúde na adolescência. *Ciência e odontologia brasileira*, São José dos Campos, v. 6, n. 4, p.48-53, out./dez. 2003.
- ELIAS, M, S. *et al.* A importância da saúde bucal para adolescentes de diferentes estratos sociais de Ribeirão Preto. *Revista latinoamericana de enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p. 88-95, jan. 2001.
- FERRIANI, M. G. C. *et al.* Auto-imagem corporal de adolescentes atendidos em um programa multidisciplinar de assistência ao adolescente obeso. *Revista brasileira de saúde materno-infantil*, Recife, v. 5, n. 1, p. 27-33, jan./mar. 2005.
- FISBERG, M. *et al.* Hábitos alimentares na adolescência. *Pediatrics Moderna*, São Paulo, v. 36, n. 11, p. 724-734, 2006.
- GRANVILLE-GARCIA, A. F. *et al.* Ocorrência de tabagismo e fatores associados em escolares. *Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo*, Passo Fundo, v. 13, n. 1, p. 30-34, jan./abr. 2008.
- JENNY, J.; PROSHEK, J. M. Visibility and prestige of occupations and the importance of dental appearance. *Journal of Canadian Dental Association*, Ottawa, v. 52, n. 12, p. 987-989, dec. 1986.
- JUNQUEIRA, S. R. *Efetividade de procedimentos coletivos em saúde bucal: cárie dentária em adolescentes de Embu, SP*, 2005. 2007.157f.Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2007.
- LISBÔA, I. C; ABEGG, 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. *Epidemiologia e serviços de saúde*, Brasília, v. 15, n. 4, p. 29-39, 2006.
- MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S. *Alimentos, nutrição e dietoterapia*. 10. ed. São Paulo: Roca, 2002. 1157p.
- SAITO, M.I. Obesidade. In: SAITO, M. I.; SILVA, L.E.V.; LEAL, M.M. *Adolescência: prevenção e risco*. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 323-338.
- SANTOS, V. A. *et al.* Hábitos de saúde bucal em crianças e adolescentes residentes na cidade de São Paulo. *Revista de Odontopediatria*, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 183-193, jul./set. 1992.
- SHEIHAM, A. Abordagens de Saúde Pública para promover saúde periodontal. In: BÖNECKER, M. J. S.; SHEIHAM, A. *Promovendo saúde bucal na infância e adolescência: conhecimentos e práticas*. São Paulo: Santos, 2004.p. 29-44.

SILVA, L.E.V.; LEAL, M.M. Crescimento e desenvolvimento puberal. In: SAITO, M. I.; SILVA, L.E.V. ; LEAL, M.M. *Adolescência: prevenção e risco*. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 49-66.

SOUZA, G. B. *et al.* Avaliação dos procedimentos coletivos em saúde bucal: percepção de adolescentes de Embu, SP. *Saúde & Sociedade*, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 138-148, set./dez. 2007.

THOMSEN, S. R. *et al.* Motivations for reading beauty and fashion magazines and anorexic risk in college-age women. *Media Psychology*, Boston, v. 2, n. 4, p.113-135, 2002.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Physical status: the use and interpretation of anthropometry*. Geneva: WHO, 1995. 439p. (WHO Technical Report Series, 854).

Recebido para publicação em Junho/2011

Versão definitiva em Julho/2012

Suporte financeiro: não houve

Conflito de interesse: inexistente