

Mônica Maria da Costa Lima

# Educação em saúde bucal para o adolescente

Belo Horizonte

2010

Mônica Maria da Costa Lima

## Educação em saúde bucal para o adolescente

Trabalho de Concurso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de especialista.

Orientadora: Professora Simone Dutra Lucas

Belo Horizonte

Universidade Federal de Minas Gerais

2010

## RESUMO

A população brasileira é predominantemente jovem e os adolescentes constituem uma parcela expressiva deste contingente populacional. **Objetivo:** levantar na literatura subsídios teóricos que sustentem uma proposta de educação em saúde bucal impactante para os adolescentes. **Metodologia:** revisão de literatura pesquisada em livros e artigos de publicações periódicas encontradas nas bases de dados LILACS, BBO, MEDLINE utilizando as palavras chave adolescente, problemas bucais, susceptibilidade, educação em saúde. **Resultados:** foi encontrado que os modelos de educação pautados no ensino de conhecimentos científicos e transmissão de regras comportamentais resultam em pouca ou nenhuma mudança nos hábitos dos educandos. Principalmente quando esses educandos são adolescentes que, com frequência, apresentam comportamentos de contestação, não aceitação de regras e apatia. Os estudos recentes mostram que, para haver aprendizagem com possível mudança de comportamento, é necessário que haja uma interação entre as representações sociais (também chamadas de saber do senso comum) e o conhecimento científico. **Conclusões:** os educadores devem permitir que os indivíduos manifestem seus saberes e compartilhem suas experiências. Para isto, devem lançar mão de técnicas que facilitem a livre expressão com oficinas e dinâmicas de grupo.

Palavras-chave: representação social, oficinas, dinâmicas de grupo, adolescentes, educação em saúde bucal.

## ABSTRACT

The Brazilian population is predominantly young and adolescents constitute a significant portion of this population group. Objective: To raise the literature theoretical basis to support a proposal for oral health education impactful for teens. Methodology: literature review searched in books and articles in periodicals found in the databases LILACS, BBO, MEDLINE using the keywords teenager, dental problems, susceptibility, health education. Results: It was found that guided education models in the teaching of scientific knowledge and transmission of behavioral rules result in little or no change in the habits of the students. Especially when these students are teenagers who often exhibit behaviors of dispute, rejection of rules and apathy. Recent studies show that to be learning with possible change in behavior, there must be an interaction between social representations (also called learn common sense) and scientific knowledge. Conclusions: educators should allow individuals to express their knowledge and share their experiences. For this, they must resort to techniques that facilitate the free expression with workshops and group dynamics.

Keywords: social representation, workshops, group dynamics, teens, oral health education.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEPA - Centro de Apoio Promocional e Educacional Santo Herman José

ECA – Estatuto da Criança e Adolescente

MG – Minas Gerais

OMS – Organização Mundial de Saúde

Org. – Organizador (a)

PC – Procedimentos Coletivos

PE – Pernambuco

SP – São Paulo

SUS – Sistema Único de Saúde

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

# SÚMARIO

1 INTRODUÇÃO.....	05
2 OBJETIVOS.....	09
3 JUSTIFICATIVA.....	10
4 REVISÃO DE LITERATURA.....	11
4.1 Educação em saúde.....	11
4.2 Adolescência.....	16
4.2.1 Aspectos gerais.....	16
4.2.2 Aspectos relacionados à saúde bucal.....	18
4.3 Estudos realizados na área de educação em saúde.....	21
4.3.1 Pedagogia das representações sociais.....	21
4.3.2 Outros estudos realizados sobre práticas educativas em saúde.....	24
5 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	30
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	35
REFERÊNCIAS.....	36

## 1 Introdução

Na adolescência o risco de cárie é aumentado devido ao precário controle de placa. Portanto, a necessidade de planejamento e execução de programas de saúde bucal destinados a esse grupo é de extrema importância (TOMITA *et al*, 2001).

Há evidência considerável de que distúrbios emocionais podem ser o fator causal, em alguns casos, de cárie rampante. Sendo a adolescência, frequentemente, uma época de difícil adaptação, o aumento da incidência de cárie nesse período se apoia nessa teoria. Um distúrbio emocional pode despertar o desejo incontido de doces, ou o hábito de comer fora de hora, influenciando no surgimento da cárie dentária. Por outro lado, pessoas ansiosas, tensas ou nervosas, costumam salivar deficientemente, sendo um fator predisponente da cárie rampante (MC DONALD & AVERY, 1995 *apud* COLARES *et al.*, 2002).

Entre as características psicológicas dos adolescentes estão a busca de identidade, os desequilíbrios e instabilidades extremas, a alternância de períodos de altivez, introversão, audácia, timidez, descoordenação, urgência, desinteresse e apatia, os conflitos afetivos e as crises religiosas (ABERASTURY & KNOBEL, 1992 *apud* FLORES, 2003).

Na busca de um equilíbrio físico-químico-social, o adolescente apresenta comportamentos extremos ora exacerbando atitudes positivas, ora mostrando negligência com seus cuidados à saúde (TOMITA *et al*, 2001).

Meu interesse pelo tema “educação em saúde bucal para adolescentes” surgiu em 2005, quando trabalhava em uma Unidade Odontológica da prefeitura municipal de Contagem, localizada dentro de uma instituição filantrópica chamada CEPA – Centro de Apoio Promocional e Educacional Santo Herman José.

O CEPA é uma entidade civil de direito privado, filantrópica, sem fins lucrativos, de caráter socioeducativo, técnico-profissional e econômico. Atende a 120 crianças e adolescentes carentes do bairro Bela Vista.

Fundada em 1992, vem contribuindo para retirar crianças e adolescentes da marginalidade, promovendo atividades sociais, culturais, educacionais, profissionais e religiosas, estendendo estes objetivos às suas famílias e à comunidade.

Trabalhei no CEPA no período de 2004 a 2007, realizando atendimento odontológico primário nos adolescentes da instituição e na população da área de abrangência. Durante este período, observei que, apesar do fácil acesso ao tratamento odontológico, os adolescentes possuíam má higienização bucal e um alto índice de cárie.



Diante deste fato, procurei realizar ações de educação em saúde bucal. Fazia palestras nas salas de aula e conversava individualmente com os adolescentes que iam ao consultório. Com isto, visava ampliar o entendimento sobre saúde e aumentar suas habilidades em resolver seus próprios problemas. Nesse processo, tive muita dificuldade de comunicação, pois percebia um alto grau de indiferença dos alunos.

Após pesquisar na literatura estudos sobre recursos motivacionais tentei aplicar na prática clínica um processo mais dinâmico e lúdico. Promovi uma competição entre os alunos para saber quem possuía melhor higiene bucal. Quem ganhasse o concurso levaria um prêmio surpresa.

Na primeira etapa, formei duplas onde um aluno se fazia de paciente e o outro de dentista e depois invertia os papéis. Ensinava a utilização da fucsina – um corante para placa bacteriana, através da aplicação em um dos integrantes da dupla, explicava sua função e ensinava uma técnica de escovação. Depois, cada integrante da dupla sentava na cadeira odontológica, devidamente paramentado e repetia o processo um com o outro. Nesta primeira aplicação de fucsina, expliquei as duplas sobre a pontuação que eu daria para o nível de placa encontrado. Esta pontuação era revertida para um gráfico colorido que foi anexado na escola em um local onde todos pudessem acompanhar o processo.

Na segunda etapa, depois de todos já estarem bem informados e aptos a realizar uma boa escovação, escolhia um aluno e dia aleatórios, onde eu mesma conferia o estado de higienização através da aplicação de fucsina. Repeti o processo com todos os adolescentes. Os resultados obtidos foram anotados em

outro gráfico comparativo do “antes e depois” e o vencedor, que foi um menino, ganhou uma bola de futebol que eu mesma comprei.

Pude observar que houve bom resultado motivacional somente com alguns alunos. A maioria deles ficou indiferente ou ridicularizou a dinâmica. Este fato despertou em mim interesse em compreender melhor esta questão.

## 2 Objetivos

- a) Levantar na literatura sustentação teórica para elaboração de uma proposta de educação em saúde que gere impacto para os adolescentes;
- b) Compreender as características gerais peculiares deste público alvo;
- c) Criar condições para o desenvolvimento de atividades educativas como desdobramento do curso de especialização.

### 3 Justificativa

- a) A situação epidemiológica de saúde bucal do adolescente, no Brasil, é ruim e preocupante;
- b) Existem poucos programas de educação em saúde bucal voltados para o adolescente:
- c) A OMS recomenda para o ano de 2010 que as pessoas, aos dezoito anos não tenham nenhum dente perdido.

## 4 Revisão de literatura

Primeiramente, esta revisão de literatura abordará aspectos conceituais e históricos da educação em saúde. Logo depois, será apresentado o que está sendo preconizado com metodologia educativa na área da saúde nos dias atuais. Características comportamentais gerais e aspectos relacionados à saúde bucal do adolescente serão revisados e finalmente será apresentada uma proposta de intervenção formulada a partir dos conhecimentos adquiridos neste trabalho de conclusão de curso.

### 4.1 Educação em saúde

Uma das contribuições da promoção de saúde é a educação que visa ampliar o entendimento sobre saúde, concorrendo para o processo em que a comunidade aumente a sua habilidade de resolver seus próprios problemas e intensifique sua própria participação (SHEILAM & MOYSÉS, 2000 *apud* FLORES & DREHMER, 2003). O setor educacional é um aliado importante para a concretização de ações de promoção de saúde voltadas para o fortalecimento das capacidades dos indivíduos para a tomada de decisões favoráveis à sua saúde e a da comunidade (BRASIL, 1996 *apud* CAMPOS & ZUANON, 2004).

Educação em saúde é um campo do setor de saúde que historicamente exerce funções de promoção de saúde e prevenção de doenças (REIS, 2006).

No início da segunda metade do séc. XIX, a teoria bacteriológica de Pasteur e Koch jogou por terra a teoria miasmática como explicação para o adoecimento, operando uma brutal diferença de paradigma. As doenças não tinham como explicações os vapores, humores, emanações, mas sim bactérias ou agentes infecciosos (FARIA *et al*, 2008). Desta forma, a educação em saúde no Brasil do séc. XIX até meados do séc. XX foi denominada educação sanitária e as ações coletivas eram intervencionistas e disciplinadoras dos comportamentos que poderiam comprometer o sistema de controle de epidemias e outras doenças infecciosas e parasitárias (REIS, 2006). A educação sanitária ou sanitarismo buscava reduzir ou até mesmo livrar as cidades das epidemias, não no sentido de promoção à saúde, mas no sentido de evitar que essas epidemias ameaçassem o sistema de produção (TEIXEIRA, 1989 *apud* REIS, 2006). Nesta abordagem da educação em saúde, questões ligadas aos contextos social, econômico e cultural não eram consideradas, sendo então a saúde interpretada como de responsabilidade individual (REIS, 2006). Os programas de educação em saúde partiam de um diagnóstico técnico estatístico da doença, buscando desenvolver condutas individuais frente às patologias não produzindo um diagnóstico científico social que permitia identificar seus fatores causais. Estes programas enfocavam o problema apenas do ponto de vista das causas biológicas das doenças e desconheciam suas características sociais (TAMIETTI *et al*, 1998). A história natural da doença foi dominada pelos fenômenos biológicos e sua história social praticamente abolida. O tratamento e prevenção das doenças deixam de ter relação com a redução da pobreza dando lugar à procura de estratégias que abordem a transmissão, o contágio, a infecção, etc. Muitos anos vão ser necessários até que se volte novamente a associar doença com pobreza ou a formas de organização da sociedade. Nas anamneses de médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, esse fenômeno mostra sua face até hoje. Basta observar o diminuto tamanho da história social dos usuários, quando registrados! (FARIA *et al*, 2008).

A análise desse período histórico se faz importante porque é do modelo sanitarista, cuja ênfase está na transmissão de regras comportamentais, que emerge a base que ainda sustenta a maioria das práticas educativas nos tempos atuais. A ideia de orientação ainda permanece, mesmo reconhecendo-se a complexidade de que se revestem as práticas educativas em saúde, principalmente aquelas que têm como objetivo final mudanças de postura e de comportamentos frente a processo de saúde (REIS, 2006).

Com o passar do tempo, verificou-se que as práticas educativas pautadas na aquisição de saber instituído não resultavam, necessariamente, em mudanças de comportamento. Os comportamentos dos indivíduos traduzem percepções, valores, representações simbólicas, relações de poder, crenças e sentimentos não podendo ser, na maioria das vezes, modificados a partir, unicamente, de novos conhecimentos. No cenário nacional de abertura política nas décadas de 1970 e 1980 ocorre uma das mudanças mais essenciais no discurso da ação educativa, segundo a qual detecta-se um deslocamento do paradigma das mudanças comportamentais por meio da informação” para o paradigma das “ações educativas participativas” (REIS, 2006)

Os avanços teóricos atuais apontam para processos educativos que consideram o saber científico, popular, as representações sociais, o senso comum e as interações entre as dimensões política, econômica, social, cultural e subjetiva do processo saúde doença. As representações dos sujeitos são noções e modos de pensamento construídos ao lado das trajetórias de vida, influenciados, por conseguinte, pela experiência coletiva, pelos fragmentos das teorias científicas e dos saberes escolares, expressos em parte, nas práticas sociais e modificados para servirem a vida cotidiana. Desta forma, possibilita-se aos

sujeitos envolvidos uma visão crítica, uma maior participação responsável e autônoma frente à saúde no cotidiano objetivando, assim a melhoria das condições de saúde da população (REIS, 2006).

Contribuições de áreas como antropologia e ciências sociais contemporâneas vem sendo utilizadas para o desenvolvimento teórico prático da educação em saúde (REIS, 2006).

A educação em saúde deve ser fundamentada em uma pedagogia participativa, cujos princípios orientadores seriam: o desenvolvimento da capacidade, competência, criatividade, solidariedade e habilidade para analisar e resolver problemas nos educandos: o aproveitamento das experiências dos indivíduos, seus saberes como ponto de partida do processo educativo. A educação em saúde frequentemente desconsidera o grau de conhecimento que a clientela possui sobre o assunto. Desta forma, a transmissão de conhecimentos sobre saúde por vezes se torna repetitiva e desinteressante e, outras vezes, deixa de abordar assuntos de extrema importância, não satisfazendo a expectativa da população alvo (TAMIETTI *et al*, 1998). Para se educar é necessário conhecer a realidade e o pensamento de cada indivíduo a ser incluído em um programa, para que se possa apresentar conceitos que tenham influência sobre o mesmo. Para a construção de conceitos, deve-se anteriormente realizar um diagnóstico da imagem feita por cada indivíduo em relação ao tema proposto. Desta maneira, deve-se elaborar trabalhos preliminares antes da implantação de qualquer programa de educação (CAMPOS & ZUANON, 2004). O uso de indicadores subjetivos, relacionados a percepções e limitações na qualidade de vida, pode contribuir para a avaliação e para a educação em saúde, na medida



em que favorecem o planejamento direcionado do processo de capacitação da comunidade (SOUZA *et al.*, 2007).

Cuidar dos problemas de saúde implica em levar em conta, não apenas a doença em abstrato, mas o próprio doente, o qual não é um objeto inerte, simples portador da própria doença, mas um sujeito que, ao contrário, atua positiva ou negativamente sobre ela. É imprescindível, portanto, analisar não apenas a problemática da saúde e da doença, mas também a maneira como é vista e vivida pela população (TAMIETTI *et al.*, 1998). Para a incorporação e elaboração de conceitos, a educação deve receber uma abordagem humanística, sendo capaz de promover crescimento pessoal, interpessoal e grupal (LIMA *et al.*, 2006 *apud* CAMPOS *et al.*, 2004).

A utilização de ambientes que facilitem as manifestações espontâneas, a preferência por técnicas dinâmicas e em grupo e finalmente a valorização da aprendizagem adquirida devem ser considerados nos processos educativos (TAMIETTI *et al.*, 1998).

O uso de práticas interdisciplinares na promoção de saúde é de extrema importância. A prática interdisciplinar é uma alternativa metodológica voltada para superação das dificuldades decorrentes da fragmentação do conhecimento, constituindo um esforço coordenado entre várias disciplinas científicas (CAMPOS & ZUANON, 2004).

A odontologia é uma profissão que coloca seus pacientes em uma condição passiva em relação a algum problema que venha acomete-los, o que se

opção ao conceito de autocuidado, em que o paciente deve, por meio de decisões pessoais, ter a capacidade de prevenir, diagnosticar e até tratar qualquer desvio em sua própria saúde. Para tanto, a educação em saúde deve ser pensada como um processo capaz de desenvolver nas pessoas a consciência crítica das causas reais de seus problemas (SOUZA *et al.*, 2007).

O campo teórico da educação em saúde vem apresentando mudanças conceituais significativas como o processo educacional fundamentado em uma interação de conhecimentos e experiências sobre saúde e doença. Observa-se, entretanto, que essas reflexões não vem sendo traduzidas em intervenções educativas concretas, uma vez que estas últimas não se desenvolvem no mesmo ritmo e continuam utilizando métodos e estratégias dos modelos teóricos da psicologia comportamentalista, acarretando, em decorrência, um profundo hiato entre teoria e prática. Na prática, não verificamos ainda a ruptura com as concepções pedagógicas e ideológicas que continuam a prescrever regras para o bem viver pautadas, exclusivamente, no conhecimento científico ou numa relação determinista e linear entre representações e práticas. Além disso, faltam estudos de caráter experimental que demonstrem, no concreto, os efeitos produzidos por essa nova pedagogia (REIS, 2006).

## 4.2 Adolescência

### 4.2.1 Aspectos gerais

A adolescência é uma fase de transição entre infância e juventude. É o período de vida compreendido entre dez e vinte anos de idade, no qual o jovem se vê surpreendido por inúmeras mudanças físicas, cognitivas, emocionais e sociais (SOUZA *et al.*, 2007). A palavra adolescência é usada para se referir ao período entre a infância e a vida adulta, estendendo-se dos quatorze aos vinte e cinco anos, no homem, e dos doze aos vinte e um, na mulher. A puberdade é um ato da natureza, e a adolescência, um ato do homem, o que acentua o fato de que nem o término do crescimento físico nem o alcance do funcionamento sexual, nem o papel social da auto-suficiência econômica são, por si só, referências confiáveis para o término do processo adolescente (BLOS, 1996 *apud* FLORES & DREHMER, 2003).

Quando uma criança entra no processo de adolescência, questiona de forma radical sua identidade, a dos seus pais, assim como a sociedade em que vive (RASSIAL, 1995 *apud* FLORES & DREHMER, 2003). O adolescente, independentemente da classe social ou situação socioeconômica, possui características próprias dessa idade de formação. Já não aceita tão passivamente as regras, questionando-as, pois este é um momento em que a convivência exige dele posicionamentos mais firmes e claros diante das situações. Nesse sentido, envolvê-los nas decisões e nos processos de construção de regras é algo que possibilita o diálogo (CONTAGEM, 2004). Trabalhar com o adolescente é um desafio, pois esta é uma fase onde o comportamento, na maioria das vezes, é de resistência às orientações sobre prevenção e tratamento. Muitas vezes, isto se deve ao fato, dos adolescentes ainda estarem à procura de sua identidade (FLORES & DREHMER, 2003).

Por serem surpreendentes as mudanças físicas e emocionais que são parte dessa transição, o período da adolescência adquiriu uma reputação tempestuosa e estressante, o que não é exagerado, tal a importância do processo (BEE, 1997 *apud* FLORES & DREHMER, 2003).

Em um estudo realizado com adolescentes, foi observado que, apesar dos mesmos se sentirem gratos pelos trabalhos de educação em saúde em suas escolas, se mostravam indiferentes diante dos mesmos. O tédio da rotina escolar e as características próprias da adolescência parecem ser as causas desta diferença. O tédio, característica comum entre adolescentes, confere um inconformismo pela necessidade de mudança. Característica que diz respeito a sua maneira de discorrer e reivindicar direitos sobre sua condição de jovem. É também o tédio que confere insatisfação em realizações concretizadas diante do muito que ainda pode ser feito (FLORES & DREHMER, 2003).

#### 4.2.2 Aspectos relacionados à saúde bucal do adolescente

Segundo o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) compete ao Sistema Único de Saúde (SUS) promover programas de assistência médica e odontológica para a prevenção das enfermidades que afetam a população infanto-juvenil. Embora um dos princípios do SUS seja a universalização do acesso às ações e serviços de saúde, inclusive os de saúde bucal, certos grupos são priorizados em ações programáticas, como crianças e gestantes, restando aos adolescentes os serviços de urgência (BRASIL, 1990 *apud* SOUZA *et al.*, 2007). SOUZA *et al.*, (2007) afirmam que os adolescentes apresentam características e atitudes singulares, necessidades igualmente distintas e são um

grupo populacional não atendido nos programas assistenciais odontológicos brasileiros.

SOUZA *et al.*, (2007) investigaram o conhecimento, percepção e as práticas de saúde bucal nos adolescentes e encontraram os seguintes achados: a maioria não considerava a cárie uma doença, consideravam sua saúde bucal boa ou regular e destacaram a importância dos dentes e do sorriso para suas imagens pessoais. A grande maioria dos jovens atribuíram a cárie dentária ao consumo de açúcar e à má higiene bucal, considerando-a, portanto, possível de ser evitada. Embora desconhecessem a origem bacteriana da doença e a importância do flúor, os adolescentes sabiam que ele estava presente no dentifrício, mas não na água de abastecimento. Sobre as práticas, foi observado que a maioria escovava os dentes três vezes ao dia e possuía dietas cariogênicas. No estudo de FLORES & DREHMER, (2003), também foi constatado que a maioria dos jovens não reconhecem a cárie como doença por ser considerada comum, citam a negligência pessoal como a principal causa de problemas bucais e reconhecem a importância do fio dental apesar de não utilizarem ou utilizarem só de vez em quando. Foi encontrado também que os adolescentes não consideram doença periodontal como doença e sim um desequilíbrio e consideravam doença como enfermidades que modificam sua rotina. SILVA, (1997) *apud* SOUZA *et al.* (2007) estudaram o comportamento de adolescentes acerca da higiene bucal em duas escolas de Belo Horizonte (MG) e encontraram que 86% dos jovens viam a escovação como única forma de higiene e apenas 20% usavam fio dental.

Em um estudo com adolescentes de Araraquara – S.P., CAMPOS & ZUANON, (2004) procuraram verificar o grau de conhecimento sobre saúde desta faixa etária. Concluiu-se que apesar dos adolescentes apresentarem

informações pertinentes para elaboração do conceito de saúde, estas devem ser trabalhadas para a tomada de uma postura adequada para a real promoção de saúde. Foi observado que os adolescentes possuíam informações isoladas e não conceitos bem estabelecidos, ou seja, tinham informação, mas não educação.

De acordo com TAMIETTI, (1998) frequentemente a população tem uma compreensão determinista em relação ao processo saúde doença. Acreditam que as pessoas nascem com bons ou maus dentes e não compreendem a relação que se estabelece com os condicionantes sociais e biológicos. Nesse sentido, o estudo de SOUZA *et al.*, (2007) encontrou que embora os adolescentes pensassem que a prevenção das doenças bucais era acessível e que não era apenas de responsabilidade dos dentistas, muitos atribuíam a perda dos dentes ao processo natural de envelhecimento (acreditavam que o edentulismo era inevitável para os idosos).

O comportamento dos adolescentes acerca da higiene bucal é influenciado pela sociedade a que pertencem (FLORES & DREHMER, 2003). Em um estudo realizado em escolas do Recife – PE foi observado que o índice CPOD de adolescentes provenientes de escolas públicas era mais elevado que os de escolas particulares. Os adolescentes de nível socioeconômico mais favorecido apresentavam uma visão mais preventiva da odontologia enquanto que os de nível socioeconômico menos favorecido apresentavam uma visão mais curativa. Foi identificado também que a maioria dos adolescentes pesquisados afirmou que os pais participaram dos cuidados com a sua saúde bucal, sendo que entre os jovens mais favorecidos (escola particular) obteve-se um percentual mais elevado do que para aqueles menos favorecidos (escola pública) (COLARES *et al.*, 2002). No estudo de SILVA *et al.*, 1997, *apud* SOUZA *et al.*, (2007) com

adolescentes, também foi constatado que a família, em especial a mãe, representa um forte determinante no aprendizado inicial da higiene bucal.

### 4.3 Estudos realizados na área da educação em saúde

#### 4.3.1 Pedagogia das representações sociais

A educação em saúde fundamentada nas representações sociais consiste em uma pedagogia que se organiza em torno da ideia de que a aprendizagem se dá através da interação entre representação social e o conhecimento científico. A representação social é considerada um conhecimento socialmente construído e compartilhado que rege a relação do sujeito com o mundo e com os outros e organiza as suas comunicações e condutas. Considerar a Teoria das Representações Sociais nos processos educativos propicia uma maneira de entender com as noções e os modos de pensamento construídos na trajetória de vida dos sujeitos,

Influenciados, por conseguinte, pela experiência coletiva, pelos fragmentos das teorias científicas e dos saberes escolares, expressos, em parte, nas práticas sociais, poderiam ser mobilizados e transformados para servir à vida cotidiana (REIS, 2006). Representação social é uma forma de conhecimento socialmente elaborada e compartilhada, que tem objetivo prático e contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Mas é tida como objeto de estudo igualmente legítimo, devido a sua importância na vida social e a elucidação que possibilita dos processos cognitivos e das interações sociais (JODELET, 2001 *apud* REIS, 2006).

A Teoria das Representações Sociais na Educação em Saúde foi aplicada no município Brejo do Mutambal, MG, área endêmica em Leishmaniose Tegumentar. Participaram deste estudo trinta e quatro moradores da localidade. A ação educativa se deu em duas fases. A primeira fase teve duplo papel de identificar as noções dos moradores da localidade sobre a leishmaniose, além de possibilitar aos participantes um espaço de reflexão sobre temas ligados a essa doença. Esse conhecimento coletado subsidiou a identificação e análise das representações sociais acerca da doença. A segunda fase consistiu em um processo que denominamos de interação entre as representações sociais, identificadas na primeira fase, e o conhecimento científico sobre a Leishmaniose Tegumentar Americana. Ao final dessas duas fases foi realizada uma avaliação da educação em saúde com base em representações sociais e pode-se constatar um resultado bastante positivo (REIS, 2006).

No estudo de TAMIETTI *et al.*, (1998) com adolescentes que recebiam atendimento clínico odontológico e educação em saúde bucal trimestralmente em uma escola pública de Belo Horizonte foi observado um alto grau de desconhecimento a respeito de temas ligados a odontologia. Foi comprovada neste estudo, a ineficácia dos métodos tradicionais de educação despertando a importância de uma substituição por pedagogias participativas desenvolvidas a partir das representações sociais. Neste estudo, os pesquisadores puderam supor que os antigos métodos privilegiavam as técnicas de escovação e prevenção e desconsideravam as causas e descrições do processo de evolução da doença e suas características sociais, partindo do princípio que o educando é um ser incapaz, fragilizado e inerte. Um outro fator considerado também foi a possível utilização de um vocabulário técnico e especializado, que dificulta a compreensão do conteúdo da mensagem e relacionamento do profissional com o educando.



AFONSO, (2006) realizou um trabalho de pesquisa sobre Oficinas em Dinâmica de Grupo como instrumento de intervenção psicossocial em diversas áreas com saúde, educação, comunidades e outras. Oficina é um trabalho estruturado em grupos, sendo focalizado em torno de uma questão central que o grupo se propõe a elaborar. Nela, usa-se informação e reflexão, mas se distingue de um projeto apenas pedagógico, porque trabalha também com os significados afetivos e as vivências relacionadas com o tema a ser discutido. Distingue-se também de um grupo de terapia, pois se limita a um foco não pretendendo a análise psíquica de seus participantes. A oficina apresenta pontos inovadores no trabalho com grupos, mas se origina de outras práticas grupais, especialmente os grupos operativos. PICHON-RIVIÉR, 1998 *apud* AFONSO, (2006) fala que a unidade básica operacional.

Dos grupos operativos compreende a relação que há entre o existente, a interpretação e o novo emergente. A partir do aumento da operatividade de cada um no grupo, diminuem os conflitos apresentados. O sujeito é transformado pelo grupo e, ao mesmo tempo, é agente da mudança social.

A realização da oficina deve-se dar em quatro momentos: demanda, pré-análise, foco e enquadre, e planejamento flexível. A demanda diz respeito à existência de uma situação que envolve elementos sociais, culturais e subjetivos que precisam ser trabalhadas em um dado grupo social. A demanda deve ser definida em um contrato inicial que delimita o foco de trabalho. Este foco pode ser reformulado ao longo da oficina, mas deve ser sempre vinculado à proposta original. Na pré-análise, o coordenador da oficina deve inteirar-se da problemática a ser discutida, refletir, estudar, coletar dados e informações. Esta análise psicossocial da problemática enfocada orienta as escolhas de subtemas e

focos de discussão. O tema geral da Oficina é o foco em torno do qual o trabalho será deslanchado e o enquadre diz respeito a um preparo estrutural para o trabalho. O enquadre deve levar em conta o número e o tipo de participantes, o contexto institucional, o local, os recursos disponíveis e o número de encontros. O enquadre deve ser pensado em termos de facilitar a expressão livre dos participantes, a troca de experiências, a relação com o coordenador e a privacidade dos encontros. No planejamento flexível o coordenador deve se preparar para as ações e antecipar temas e estratégias, como forma de se qualificar para a condução da Oficina. Entretanto, precisa estar ciente e preparado para acompanhar o grupo em seu processo o que pode, e provavelmente vai, significar mudanças no planejamento inicial AFONSO, (2006).

#### 4.3.2 Outros estudos realizados sobre práticas educativas em saúde.

Em um estudo com adolescentes em três instituições públicas de diferentes inserções sociais de Bauru, verificou-se o impacto de métodos dinâmicos e participativos sobre a melhoria da higiene bucal. Foram desenvolvidas atividades educativas com conteúdos teóricos e outras de caráter participativo, como jogos pedagógicos, gincanas e competições. Foram observadas reduções significativas no índice de placa, indicando que programas que aplicam metodologia participativa têm fundamental importância na mudança de hábitos de higiene bucal em adolescentes, independentemente de sua inserção social (TOMITA *et al.*, 2001).

Determinar o que motiva os adolescentes é o primeiro passo para o sucesso da educação em saúde bucal (DE BIASE, 1991 *apud* SOUZA *et al.*, 2007). Para tanto, conhecer as necessidades e a estrutura psicossocial da comunidade em que esses adolescentes estão inseridos é essencial, incorporando-as no programa de educação e, dessa forma, permitindo que novas ideias e ações se ajustem, surjam e cresçam nesta realidade (SANTOS *et al.*, 1992 *apud* SOUZA *et al.*, 2007). A proposta educacional para redução da incidência de cárie e doença periodontal entre grupos de adolescentes deve levar em conta a necessidade de trabalhar com componentes de motivação. No entanto, componentes subjetivos desse aprendizado e dessa motivação são de leitura mais difícil, necessitando da ajuda de profissionais das áreas relacionadas a psico-pedagogia, para melhor compreender o uso da educação como instrumento de mudança (TOMITA *et al.*, 2001).

Diversos estudos concluíram que as principais razões para o cuidado bucal nos adolescentes eram evitar mau hálito e manter uma boa aparência para facilitar a socialização. Este fato deve ser considerado como recurso motivacional nos programas educativos em saúde bucal (FLORES & DREHMER, 2003). Em um estudo com um grupo de 2.530 estudantes do 2º grau, foi demonstrado que 37% dos adolescentes escovam seus dentes para manter a boa aparência e apenas 25% deles se preocuparam com a ocorrência da cárie dentária (LINN< 1976 *apud* SOUZA *et al.*, 2007). DE BIASE, 1991 *apud* SOUZA *et al.*, 2007 também encontraram que os fatores que mais envolveriam os adolescentes em atividades de educação em saúde bucal estariam relacionados aos temas: aparência pessoal, esportes, popularidade, sexualidade, emprego e saúde de modo geral.

Em um estudo com cento e vinte adolescentes foi comparado o uso de diversos métodos de motivação. O método da orientação direta, associado ao filme foi o que apresentou melhores resultados. As orientações diretas associadas a projeções de dispositivos ou aos folhetos elucidativos não apresentaram resultados significativos (SABA-CHUJFI, 1992 *apud* SOUZA *et al.*, 2007).

Os reforços motivacionais nas práticas de promoção de saúde bucal são de extrema importância e parecem ser indispensáveis na redução do biofilme dentário (TOASSI *et al.*, 2002). TOMITA *et al.*, 2001 também dizem que o reforço à implementação de medidas de higiene bucal para controle da placa bacteriana é imprescindível na redução da cárie e doença periodontal.

Saindo um pouco da educação específica em saúde, mas também na área da educação e podendo contribuir para a primeira, FREIRE, 1980 *apud* AFONSO, 2006 tinha uma concepção de aprendizagem dinâmica em que a motivação do educando e a relação da aprendizagem com a vida eram fundamentais. Essa dinâmica deveria ser empreendida pela ação de um sujeito social, na já famosa citação “ninguém educa ninguém” as pessoas se educam umas as outras mediatizadas pelo mundo. Realizou um trabalho de sucesso na alfabetização de adultos onde aplicou uma metodologia chamada “círculos de cultura”. Reunidos em grupo, os alfabetizandos empreendiam a tarefa de se educarem. Para tal, precisavam vencer uma série de obstáculos não apenas cognitivos, mas também ideológicos, isto é, precisavam vencer a visão ingênua de seu estar no mundo, para problematizar esse mundo e poder expressá-lo em uma nova linguagem compreensão. O trabalho de alfabetização se dava, já em seu início, fundamentado no levantamento de formas linguísticas e de questões

relevantes vinculadas à cultura e a vida dos educandos, em seus contextos. Era com base neste inventário que se construía toda uma sequência de apresentação da língua escrita e se confeccionava o material didático. Cada aula era também um encontro de reflexão sobre temas vinculados a vida dos educandos. Assim, enquanto uma “habilidade” era adquirida, um mundo se abria para a leitura, em um processo “ativo, dialogal, crítico e criticizador”. Simples no que dizia respeito aos recursos técnicos, o cerne do método centrava-se na possibilidade de sensibilizar e refletir em torno de situações existenciais do grupo: situações-problemas, cujo debate desafia o grupo à reflexão e aprendizagem.

Em um estudo realizado com adolescentes de escolas públicas de Porto Alegre que vinham recebendo intervenções educativas de alunos de graduação em odontologia faculdade federal do Rio Grande do Sul desde 1983, foi demonstrado que esses programas se mostravam ineficientes, mostrando que os conhecimentos repassados isoladamente não são suficientes para melhorar as condições de saúde bucal. Foi observado que os alunos participavam com entusiasmo das primeiras atividades propostas pelos acadêmicos e logo depois se tornavam indiferentes. Com o intuito de buscar solução para o problema, foi identificada na literatura como recurso estratégico, a incorporação dos escolares como agentes multiplicadores de conhecimentos sobre saúde e doença bucal. Neste estudo não foi realizada a técnica de agentes multiplicadores, os alunos foram apenas questionados sobre a disposição em transmitir seus conhecimentos e a grande maioria se mostrou disposta. Foi interessante observar alguns aspectos: muitos participantes simpatizaram transmitir conhecimentos aos alunos mais novos e não aos outros adolescentes. Uma adolescente do estudo argumentou que os alunos seriam tão ou mais eficientes que os alunos da graduação de odontologia para transmitirem conhecimentos aos mais novos devido ao reconhecimento de semelhança, por pertencerem à mesma

comunidade escolar. O comentário desta adolescente deixa explícita a demonstração da distância que os alunos percebem existir entre os acadêmicos e a população a qual pertencem o que, de certa forma, pode indicar a resistência as orientações sobre prevenção e tratamento, aliada a característica natural dos adolescentes em se contrapor ao estabelecido (FLORES & DREHMER, 2003).

A faculdade de odontologia da UFMG vem desde a década de 80 realizando programas de promoção em saúde bucal para crianças e adolescentes. Durante todo este período, as equipes envolvidas tinham com preocupação, analisar os impactos de suas ações sobre a vida das pessoas. Desta forma, muito foi aprendido sobre como conduzir os trabalhos com maior eficiência e eficácia. Seminários com a participação de alunos, professores, voluntários e representantes da comunidade eram realizados esporadicamente e as discussões que ali se originavam, propiciaram mudanças na condução das atividades e na abordagem com a população através do aproveitamento de experiências exitosas. Nestes seminários, também se tornava evidente a necessidade de aprofundamento teórico sobre as práticas e projetos de pesquisa eram então implantados. Fatores que frequentemente contribuía para o insucesso das ações eram: despreparo da equipe odontológica, tecnicismo e biologicismo nas práticas educativas e falta de investimento do setor público. O programa de promoção de saúde da UFMG vem procurando acompanhar a evolução do conhecimento, numa autocrítica sistemática, alterando sua forma de agir, sempre com o objetivo de melhorar sua atuação junto à comunidade. Busca-se cada vez mais, a interdisciplinaridade, a indissociabilidade entre ensino-pesquisa-extensão, o aumento da interação permanente com a sociedade, o empoderamento das comunidades e o estímulo à participação e a busca de solução por todos. Portanto, o programa vem se adaptando para alcançar os

objetivos, com incorporação de novas metodologias educativas, ampliando e consolidando seu referencial teórico (FERREIRA *et al.*, 2005).

SOUZA *et al.*, (2007) tiveram com objetivo de estudo avaliar a eficácia dos procedimentos coletivos (PC) realizados em escolas públicas de Embu, SP. Os procedimentos coletivos são atividades anuais de educação e prevenção em saúde bucal em espaços sociais, proporcionando aos participantes, acesso a um sistema de prevenção. Os PC são ações básicas de saúde bucal recomendados pelas Diretrizes das Políticas Estaduais em Saúde Bucal e compreendem ações coletivas de educação em saúde, escovação supervisionada com

Dentifrício fluoretado e aplicações tópicas de flúor. Neste estudo foram avaliados: adolescentes que participaram de PC de 1<sup>a</sup> a 4<sup>a</sup> série, de 1<sup>a</sup> a 8<sup>a</sup> série e adolescentes que não receberam PC em suas escolas. Os resultados obtidos mostraram que não houve diferenças estatisticamente importantes no grau de percepções, conhecimentos e práticas de saúde bucal entre os jovens estudados. Contrariando o esperado, os jovens que não receberam PC declararam ter aprendido sobre saúde bucal nas escolas, o que pode indicar que o assunto é abordado pelos professores, livros didáticos ou outros meios, de maneira distinta do componente educativo dos PC, mas que, na prática, resultaram no mesmo grau de conhecimento e cuidado (SOUZA *et al.*, 2007).

## 5 Proposta de intervenção

Atualmente trabalho no Cirineu, unidade de atendimento odontológico da prefeitura de Contagem localizada em Nova Contagem. Esta unidade funciona dentro de uma instituição filantrópica chamada Casa de Apoio à Criança Carente de Contagem.

Fundada em 1994, a instituição é uma sociedade civil sem fins lucrativos e de caráter filantrópico que atua nas áreas de educação, saúde, desenvolvimento social e protagonismo juvenil. A instituição consta de três unidades cujos terrenos foram doados pela Prefeitura e as construções realizadas em parcerias com missionários, um grupo de norte-americanos, a sociedade civil e empresários.

Realizar uma ação odontológica de caráter educativo seria interessante no local, pois lá já existe um bom espaço físico para realização de dinâmicas e uma equipe multidisciplinar atuante que realiza diversos trabalhos sociais com os jovens.

Os habitantes de Nova Contagem possuem nível socioeconômico muito baixo e pretendo realizar oficinas com adolescentes da região. Farei cinco encontros com grupos de 10 pessoas, onde aplicarei, na prática, alguns dos conhecimentos que adquiri com este trabalho de conclusão de curso.

Os passos que seguirei são:



Apresentação da proposta de intervenção à coordenação da Casa de Apoio para possível autorização. Marcação de reunião com os professores da Casa de Apoio para explicação dos objetivos e formas de trabalho. Com os professores já reunidos, tentarei obter apoio dos mesmos perguntando o que acharam da proposta, se modificariam alguma coisa e se haveria interesse de alguém em participar do trabalho. Dessa forma, pretendo formar um grupo de coordenadores multidisciplinares. As oficinas seriam então compostas por mim, um técnico de saúde bucal da prefeitura de Contagem, que já tenha experiência em trabalhos de educação em saúde nas escolas e postos de saúde e professores que gostariam de participar colaborando com este trabalho.

Com o grupo de coordenadores formado, marcaremos uma reunião de planejamento da oficina. Apresentaremos alguns dos princípios que poderão ajudar na condução do trabalho como, por exemplo, as etapas de uma oficina preconizada por AFONSO, (2006) incluindo os momentos de demanda, pré-análise, foco e enquadre, e planejamento flexível, descritos anteriormente neste trabalho de conclusão de curso. Deixaremos claro aos coordenadores que o objetivo maior deste trabalho, será o de criar um espaço de reflexão e de trocas de experiências que propiciem a construção de um saber a partir do próprio grupo. Faremos um resumo sobre os aspectos relacionados à saúde bucal, como, por exemplo, informações científicas sobre cárie, doença periodontal, hábitos de higiene, câncer, AIDS, etc. Dessa forma, estaremos atualizando os conhecimentos das pessoas que já trabalham com odontologia e dando subsídios teóricos aos membros da equipe multidisciplinar que não atuam nesta área. Faremos também um resumo de estudos encontrados na literatura (descritos neste trabalho de conclusão de curso) sobre comportamento de higiene bucal dos adolescentes e da vulnerabilidade dos mesmos às doenças bucais.

Apresentação da proposta da oficina, com o tema central “saúde bucal” aos adolescentes. Planejo já realizar uma dinâmica de grupo, neste primeiro contato, para que as pessoas se motivem e conheçam como será nosso esquema de trabalho. A partir daí, perguntaremos quem teria interesse em participar e, somente com os interessados, formaremos grupos de no máximo dez pessoas. Uma dinâmica interessante seria a de “nomes e características em cadeia” proposta por AFONSO, (2006). Ela consiste em cada um dizer seu nome e característica iniciada com a primeira letra do seu nome, precedido do nome e característica do integrante do grupo que está ao seu lado, formando assim uma corrente/cadeia, que vai aumentando do primeiro ao último a falar.

Em nosso primeiro encontro, encaminharemos os adolescentes à clínica Cirineu para que o técnico em saúde bucal fale sobre técnicas de escovação e uso do fio dental. Farei uma ficha de cada integrante do grupo, examinarei clinicamente seus índices CPOD e após aplicação de fucsina, seus índices de placa. Isso será importante em termos de comparação, pois farei o mesmo procedimento no final de nossa oficina, observando se houve mudanças de hábitos comportamentais.

No segundo encontro pediremos que os integrantes do grupo deitem em colchões, fechem os olhos e tentem relaxar o corpo. Colocaremos uma música que eles gostem (pesquisarei banda ou cantor (a) que estão “na moda” entre os adolescentes). Logo depois, realizaremos a dinâmica “foto-imagens” proposta por AFONSO, (2006) onde as pessoas devem se sentar em círculo, no círculo, no chão, e a elas serão distribuídas foto-imagens, pertinentes ao tema, que vão sendo passadas de mão em mão. Logo após, conversaremos a respeito das imagens de uma forma livre, deixando que os adolescentes manifestem suas

impressões. Penso que seria interessante inserir imagens diretamente e indiretamente ligadas à saúde bucal. Uma imagem, por exemplo, de uma pessoa praticando um esporte, não teria relação direta com a saúde bucal, mas serviria de pretexto para iniciarmos um bate papo sobre hábitos de vida que podem proporcionar um grande prazer, sobre autoestima, sobre a importância de um planejamento do tempo em nossas vidas englobando ações de lazer, de estudo, de autocuidado, etc. Depois, aplicaremos a “palestra interativa” proposta por AFONSO, (2006) onde a coordenação faz a articulação das opiniões trazidas pelo grupo, a partir de suas experiências, com conteúdos informativos/esclarecimentos sobre o tema em questão. A coordenação deve ter conhecimentos que possam alimentar as discussões e trazer esclarecimentos que ajudem a assumir posturas mais autônomas e menos mitificadas. Seria interessante que os coordenadores lançassem mão de estudos sobre características gerais peculiares dos adolescentes, estando, desta forma, mais aptos a lidarem com os mesmos. Neste momento, anotaremos as representações dos sujeitos em um caderno para poder compará-las com as que iremos encontrar no final do nosso último encontro, onde pretendo realizar novamente esta dinâmica. Dessa forma, estaremos utilizando também o aprendizado que adquiri com a Teoria das Representações Sociais na Educação em Saúde proposta por REIS, (2006).

Procurarei encontrar uma pessoa da comunidade de Nova Contagem que, apesar do passado de dificuldades, tenha conseguido alcançar sucesso profissional ou nos estudos e irei convidá-lo (a) participar de nosso terceiro encontro. Tive esta ideia a partir de uma oficina coordenada por AFONSO, (2006) onde uma mulher negra envolvida em projetos de estudo de sua faculdade e com uma bela aparência (realçando suas características étnicas) foi convidada a participar de um encontro com adolescentes que vinham sofrendo

preconceito racial dos colegas de escola. Esta oficina surtiu efeito muito positivo com as adolescentes, que se identificaram com a convidada, fizeram-lhe várias perguntas e fortaleceram suas auto-estimas. No final deste encontro, realizaremos um lanche previamente preparado para recebermos nosso (a) convidado (a).

No quarto encontro, repetiremos o relaxamento com música e aplicaremos a técnica “relógio do cotidiano” proposta por AFONSO (2006). Nesta técnica, os participantes devem desenhar um relógio representando as divisões do tempo vividas por cada um, em seu dia a dia: o que faz, a que hora, com quem, etc. Que tempo dedicam para si, para o trabalho, a família, o lazer, etc.? Como e com quem isto é vivido? Nesta dinâmica, teremos oportunidade de conversarmos sobre dieta, hábitos de higiene, halitose, interações sociais, etc., buscando uma conexão entre experiência e reflexão.

Em nosso último encontro, será realizada novamente a palestra interativa com o objetivo de verificarmos se houve aprendizado sobre saúde bucal. Faremos o fechamento de nossa oficina, deixando um espaço aberto para que os adolescentes falem, à vontade, sobre a experiência de ter participado do trabalho, sobre seus aspectos positivos e negativos. Acredito que a técnica “troca de bilhetes” preconizada por AFONSO, (2006), possa ajudar neste aspecto. Nesta dinâmica, todos recebem papel e caneta para escrever algo a qualquer um do grupo. Depois os bilhetes serão lidos e a troca identificada. Farei novamente a aferição o índice de placa e finalizaremos os trabalhos com um lanche.

## 6 Considerações finais

A diferença desta ação para aquela que realizei no Cepa está, portanto, em alguns fatores: utilização de uma equipe multidisciplinar, já habituada a trabalhar com adolescentes (o que seria extremamente importante na confiança e interesse dos jovens) e a utilização da metodologia das representações sociais e das oficinas de grupo. Desta forma, penso que o trabalho será mais motivador e proporcionará a troca de experiências entre os integrantes do grupo, aspectos importantes para uma possível aprendizagem e mudança de comportamento.

## Referências

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. A. **A adolescência normal**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992 *apud* FLORES, E. M. T. L.; DREHMER T. M. Conhecimentos, percepções, comportamentos e representações de saúde e doença bucal dos adolescentes de escolas públicas de dois bairros de Porto Alegre. **Ciência e saúde coletiva**, São Paulo, vol. 8, n. 3, 2003.

AFONSO, M. L. M. (Org). **Oficinas em Dinâmicas de Grupo: um método de intervenção psicossocial**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

BEE, H. **O ciclo vital**. Artes Médicas: Porto Alegre, 1997 *apud* FLORES, E. M. T. L.; DREHMER T. M. Conhecimentos, percepções, comportamentos e representações de saúde e doença bucal dos adolescentes de escolas públicas de dois bairros de Porto Alegre. **Ciência e saúde coletiva**, São Paulo, vol. 8, n. 3, 2003.

BLOS, P. **Transição adolescente: questões desenvolvimentais**. Artes médicas: Porto Alegre, 1996 *apud* FLORES, E. M. T. L.; DREHMER T. M. Conhecimentos, percepções, comportamentos e representações de saúde e da doença bucal dos adolescentes de escolas públicas de dois bairros de Porto Alegre. **Ciência e saúde coletiva**, São Paulo, vol. 8, n. 3, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. A promoção da saúde no contexto escolar. Ver. Saúde Pública vol. 36, n. 2, p. 533-535, ago. 2002 apud CAMPOS J. A. D. B.; ZUANON A. C. C. Educação em saúde: aspectos relevantes apontados por adolescentes. **Cienc. Odontol. Bras.**, vol. 7, n. 2, p. 55-60, abr./jun. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Criança, adolescente e adulto jovem. Documento de referência para o trabalho de prevenção das DST, Aids e drogas. Coordenação Nacional de DST e Aids *apud* FLORES, E. M. T. L.; DREHMER T. M. Conhecimentos, percepções, comportamentos e representações de saúde e da doença bucal dos adolescentes de escolas públicas de dois bairros de Porto Alegre. **Ciência e saúde coletiva**, São Paulo, vol. 8, n. 3, 2003.

CAMPOS, J. A. D. B.; ZUANON, A. C. C. Educação em saúde: aspectos relevantes apontados por adolescentes. **Ciê. Odontol. Bras.**, vol. 7, n. 2, p. 55 – 60, abr./jun. 2004.

COLARES, V. *et al.* Avaliação da Saúde Bucal de Adolescentes de Recife – Pernambuco – Brasil. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, vol. 6, n. 3, p. 217 – 224, 2002.

CONTAGEM. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Educação e Cultura. Referenciais para construção da proposta curricular do 3º ciclo de formação. 2º edição. Contagem: SEDUC, 2004.

DE BIASE, C. B. **Dental health education: theory and practice**. Pennsylvania: Lea 7 Febiger, 1991 apud SOUZA, G. B. *et al.* Avaliação de procedimentos coletivos em saúde bucal: percepção de adolescents de Embu, SP. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 16, n. 3, p. 138 – 148, 2007.

FARIA, H. P. *et al.* **Unidade didática I: organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde**. Belo Horizonte: Editora UFMG, NESCON/UFMG, 2008. 64 p. II. + 1 DVD. (Educação à distância).

FERREIRA, E. F. Promovendo saúde para crianças e adolescentes. Anais do 8º encontro de extensão da UFMG. Belo Horizonte 03 a 08 de outubro de 2005. Siexbrasil: 17709. **Anais**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2005.

FLORES, E. M. T. L.; DREHMER, T. M. Conhecimentos, percepções, comportamentos e representações de saúde e doença bucal dos adolescentes de escolas públicas de dois bairros de Porto Alegre. **Ciência e saúde coletiva**, São Paulo, vol. 8, n. 3, 2003.

FREIRE, P. **Conscientização – teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. São Paulo: Moraes, 1980 apud AFONSO, M. L. M. (Org.). **Oficinas em Dinâmica de Grupo: Um método de intervenção psicossocial**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.



GAZZINELLI, M. F.; REIS, D. C., MARQUES, R. C. (organizadores). **Educação em saúde: teoria, método e imaginação**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006.

JODELET, D. Das representações coletivas às representações sociais: elementos para uma história. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. P. 156 – 172, *apud* REIS, D. C. Educação em saúde: aspectos históricos e conceituais. In: GAZZINELLI, M. F.; REIS, D. C., MARQUES, R. C. (organizadores). **Educação em saúde: teoria, método e imaginação**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006.

LIMA, R. T. Educação em saúde e nutrição em João Pessoa, Paraíba. **Ver. Nutr. PUCCAMP**. Vol. 13, n. 1, p. 29 – 36, jan./abr. 2000 *apud* CAMPOS, J. A. D. B.; ZUANON, A. C. C. Educação em saúde: aspectos relevantes apontados por adolescentes. **Ciên. Odontol. Bras.**, vol. 7, n. 2, p. 55 – 60, abr./jun. 2004.

LINN, E. L. Teenagers attitudes, knowledge and behaviors related to oral health. **J. Amer. Dent. Assoc.** vol. 92, p. 946 – 951, 1976 *apud* SOUZA, G. B. *et al.* Avaliação de procedimentos coletivos em saúde bucal: percepção de adolescentes de Embu, SP. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 16. n. 3, p. 138 – 148, 2007.

MC DONALD, R. E.; AVERY, D. R. **Odontopediatria**. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995 *apud* COLARES, V. *et al.* Avaliação da Saúde Bucal

de Adolescentes de Recife – Pernambuco – **Brasil. Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, vol. 6, n. 3, p. 217 – 224, 2002.

NOBREGA, M. M. *et al.* Conhecimento e opiniões dos adolescentes sobre AIDS. **Cad. Enfermagem Ciênc. e Cult.** 1991, v. 5, n. 2, p. 64 – 81.

OUTEIRAL, J. **Adolescer, estudos sobre adolescência.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1994 *apud* FLORES, E. M. T. L.; DREHMER, T. M. Conhecimentos, percepções, comportamentos e representações de saúde e doença bucal dos adolescentes de escolas públicas de dois bairros de Porto Alegre. **Ciência e saúde coletiva**, São Paulo, vol. 8, n. 3, 2003.

PICHON - RIVIERE, E. **O processo grupal.** São Paulo: Martins Fontes, 1998 *apud* AFONSO, M. L. M. (Org). **Oficinas em Dinâmicas de Grupo: um método de intervenção psicossocial.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

RASSIAL, J. J. Entrevista com J. J. Rassial. **Revista Associação Psicanalítica de Porto Alegre**, v. 5, n. 11, p. 86 – 100, 1995 *apud* FLORES, E. M. T. L.; DREHMER, T. M. Conhecimentos, percepções, comportamentos e representações de saúde e doença bucal dos adolescentes de escolas públicas de dois bairros de Porto Alegre. **Ciência e saúde coletiva**, São Paulo, vol. 8, n. 3, 2003.

REIS, D. C. Educação em saúde: aspectos históricos e conceituais. In: GAZZINELLI, M. F.; REIS, D. C., MARQUES, R. C. (organizadores). **Educação em saúde: teoria, método e imaginação**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006. Unidade 1, p. 19 – 24.

SABA – SHUJFI, E. *et al.* Avaliação dos métodos de motivação/educação em higiene bucal. **RGO**, Porto Alegre, v. 40, n. 2, p. 87 – 90. 1992 *apud* SOUZA, G. B. *et al.* Avaliação de procedimentos coletivos em saúde bucal: percepção de adolescentes de Embu, SP. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 16. n. 3, p. 138 – 148, 2007.

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. 1992 *apud* SOUZA, G. B. *et al.* Avaliação de procedimentos coletivos em saúde bucal: percepção de adolescentes de Embu, SP. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 16. n. 3, p. 138 – 148, 2007.

SILVA, T. A. *et al.* Fatores do comportamento relacionado à higiene bucal em adolescentes. **Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, v. 33, n. 1, p. 5 – 14, 1997 *apud* SOUZA, G. B. *et al.* Avaliação de procedimentos coletivos em saúde bucal: percepção de adolescentes de Embu, SP. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 16. n. 3, p. 138 – 148, 2007.

SOUZA, G. B. *et al.* Avaliação de procedimentos coletivos em saúde bucal: percepção de adolescentes de Embu, SP. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 16. n. 3, p. 138 – 148, 2007.

SHEILAM, A.; MOYSÉS, S. J. O papel dos profissionais de saúde bucal na promoção de saúde. **Promoção de saúde bucal na clínica odontológica**. Artes Médicas, p. 23 – 37. Porto Alegre, 2000 *apud* FLORES, E. M. T. L.; DREHMER, T. M. Conhecimentos, percepções, comportamentos e representações de saúde e doença bucal dos adolescentes de escolas públicas de dois bairros de Porto Alegre. **Ciência e saúde coletiva**, São Paulo, vol. 8, n. 3, 2003.

TAMIETTI, M. B.; CASTILHO, L. S.; PAIXÃO, H. H. Educação em saúde bucal para adolescentes: inadequação de uma metodologia tradicional. **Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, v. 34, n. 1, p. 33 – 45, jan./jun. 1998.

TEIXEIRA, S. F. Reforma sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo: Corez, 1989 *apud* REIS, D. C. Educação em saúde: aspectos históricos e conceituais. In: GAZZINELLI, M. F.; REIS, D. C., MARQUES, R. C. (organizadores). **Educação em saúde: teoria, método e imaginação**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006.

TOASSI, R. F. C.; PETRY, P. C. Motivação no controle do biofilme dental e sangramento gengival em escolares. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n. 5, p. 634 – 637, 2002.

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

