



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

GEMIMMA DE PAIVA RÊGO

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL COMO ESTRATÉGIA PARA PROMOÇÃO DA
AUTOIMAGEM E PREVENÇÃO DE IST/HIV EM ADOLESCENTES ESCOLARES**

**FORTALEZA-CE
2016**

GEMIMMA DE PAIVA RÊGO

EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL COMO ESTRATÉGIA PARA PROMOÇÃO DA
AUTOIMAGEM E PREVENÇÃO DE IST/HIV EM ADOLESCENTES ESCOLARES

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Nucleadora Universidade Federal do Ceará-UFC, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, modalidade profissional.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Fabiane do Amaral Gubert.

FORTALEZA-CE
2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

-
- R267e Rêgo, Gemimma de Paiva.
Educação em saúde bucal como estratégia para promoção da autoimagem e prevenção de IST/HIV em adolescentes escolares/ Gemimma de Paiva Rêgo. – 2016.
137 f. : il. color.
- Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2016.
Área de Concentração: Saúde da Família.
Orientação: Profa. Dra. Fabiane do Amaral Gubert.
1. Educação em saúde bucal. 2. Doenças Sexualmente Transmissíveis. 3. Saúde do Adolescente. 4. Atenção Primária à Saúde. I. Título.

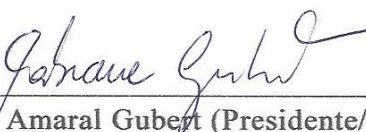
CDD 362.10422

GEMIMMA DE PAIVA RÊGO

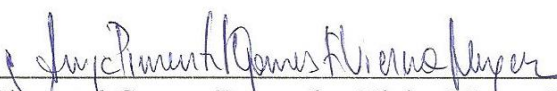
**EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL COMO ESTRATÉGIA PARA PROMOÇÃO
DA AUTOIMAGEM E PREVENÇÃO DE IST/HIV EM ADOLESCENTES
ESCOLARES**

Projeto do Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal do Ceará.

BANCA EXAMINADORA:



Prof^ª. Dr^ª. Fabiane do Amaral Gubert (Presidente/Orientadora)
Universidade Federal do Ceará – UFC



Prof^ª. Dr^ª. Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer (Membro Efetivo)
Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ/CE



Prof^ª. Dr^ª. Ana Paula Soares Gondim (Membro Efetivo)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Aprovada em: 30 / 09 / 2016

Fortaleza-CE

*A Deus,
Aos meus pais,
À minha preciosa família,
À minha amada mãe (Francisca Camelo),
Aos meus fiéis amigos...*

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela dádiva da vida e por me guiar nas veredas da justiça e do amor.

Aos meus pais e familiares por todo amor, dedicação, apoio e ensinamentos pautados na fé, bondade e caridade, em especial minha amada mãe que é meu amor maior, porto seguro, cúmplice, amiga e meu alicerce.

À minha orientadora, Profa. Dra. Fabiane do Amaral Gubert, pelo respeito, carinho e dedicação. Pela confiança a mim depositada, sempre acreditando no meu potencial e me instruindo em todos os momentos. Sua competência, presteza, profissionalismo e sabedoria foram fundamentais para que eu concluir esta etapa com êxito. Esta vitória é nossa!

À professora Ana Paula Soares Gondim que, desde a graduação, agraciou a minha vida acadêmica com a oportunidade ímpar de fazer parte de um grandioso projeto de pesquisa. Por toda sua paciência e brandura. Obrigada pelos ensinamentos primordiais que me impulsionaram para a realização deste sonho: a participação no mestrado.

À minha banca de qualificação e defesa, por todas as sugestões que foram fundamentais para a construção desta dissertação.

À coordenação do Mestrado Profissional em Saúde da Família da UFC, Profa. Neiva Francenely e Profa. Renata, por toda a atenção e empenho em nos proporcionar uma educação ímpar durante esses dois anos.

À secretária e amiga especialíssima Suerda, por todos os abraços receptivos e afetuosos, cuidado, carinho e torcida pelo sucesso de cada mestrando.

A todo o corpo docente que, ao longo desses dois anos, engrandeceram minha formação.

Aos vinte colegas que, comigo, formaram a segunda turma do MPSF-UFC. Turma especial, que ficará marcada para sempre em minha memória pelas características que lhe foram mais peculiares: o amor, a alegria, a união, as amizades valiosíssimas e as nossas famosas festinhas.

Ao meu quarteto fantástico (Adri, Malu, Riso e eu) obrigada por todo o amor e pela amizade preciosa de cada uma. Vocês foram essenciais em minha vida durante esses dois anos e quero tê-las para sempre presentes no meu caminho! Amo vocês!

Aos meus queridos amigos do mestrado o meu muito obrigada! Cada um com suas qualidades peculiares que muito contribuíram para que esses dois anos de mestrado fossem mais leves e felizes: Aila – por seus ensinamentos; Dírlia – por sua calma; Joverlândia – por sua serenidade; Manu – por sua garra, Cristiane – por ser despojada; Marielle – por ser

guerreira; Luciana – pela sua energia; Diego – pelo seu famoso “te preserva”; Verônica – por sua perseverança, Danuta – por sua determinação; Alyne – pela sua meiguice; Géssika – a ser Barbie; Fábio – meu eterno noivo; Adriana – pela sua energia contagiante; Bruno – por me fazer sorrir nas aulas; Lucenir – pela consideração; Eline – por toda atenção; Risolinda – por ser exemplo de superação e a Malu – por ser luz na minha vida.

Agradeço, ainda, à Secretaria de Educação de Carnaubal-Ceará, à direção da Escola Aquiles Peres Mota, aos educadores em especial a professora Denise Rodrigues Sampaio que foi meu braço direito durante a execução da pesquisa, por fim, aos escolares que se dispuseram a fazer parte da minha pesquisa, tendo cedido seu tempo, pela colaboração no preenchimento dos questionários e pela participação primordial nas intervenções educativas.

A todos que fazem parte da UBS Horácio Fontenele de Sampaio (Sede-2), onde exerço minhas atividades profissionais. À secretária de saúde, Danielly Almeida por seu inestimável apoio; à coordenação de Saúde Bucal, aos meus colegas e amigos da Odontologia e a todos os demais funcionários, por toda compreensão e torcida pelo meu sucesso e aos meus queridos pacientes que compreenderam a minha ausência por alguns dias mensais para que eu pudesse realizar esse sonho, o meu reconhecimento.

Por fim, agradeço a todos que contribuíram para a realização deste sonho.

Gratidão!

“Entrega o teu caminho ao Senhor,
confia nELE e o mais Ele fará”
(Salmo 37:5)

RESUMO

A saúde bucal é um componente essencial para a função humana e para a qualidade de vida. Na adolescência, a abordagem sobre os cuidados com a saúde oral pode ser considerada estratégia precursora para prevenção de outras situações típicas desta fase, como a promoção da autoimagem bucal, prevenção das infecções sexualmente transmissíveis (IST) e a gravidez não planejada, contemplando a Educação em Saúde. Neste estudo, objetivou-se verificar a efetividade de uma intervenção educativa em saúde bucal como estratégia mediadora para promoção da autoimagem bucal e prevenção das IST/HIV em adolescentes de uma escola pública do município de Carnaubal-CE. Trata-se de uma pesquisa do tipo intervenção, com uma abordagem predominantemente quantitativa, realizada junto a 109 escolares na faixa etária de 12 a 18 anos. A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de dois questionários pré e pós-intervenção, com a utilização de variáveis sociodemográficas, sexuais e reprodutivas e relacionadas à saúde bucal. Os dados coletados foram submetidos à análise estatística. Os resultados encontrados indicam que 50,5% dos participantes eram do sexo feminino, 85% solteiros, 82,6% católicos, 79,8% residiam com os pais, 84,4% não exerciam atividade remunerada, 62,4% já haviam “ficado” e apenas 14,7 % já tiveram relação sexual, dos quais 11% usaram preservativo na última relação sexual. Quanto à saúde bucal, observou-se que: 96,3% a consideravam importante e 96,3% tinham o hábito de escovar os dentes diariamente. Sobre os acometimentos na cavidade bucal: 54,1% já observaram se tinham mau hálito, 32,1% sangramento gengival, 49,5% cárie dentária e 53,2% mal posicionamento dos dentes e em relação à autoimagem bucal, a maioria relatou estar insatisfeito por conta dos fatores estéticos. Após intervenção educativa, verificou-se melhoria nos conhecimentos dos adolescentes sobre as IST, principalmente entre aqueles que já tiveram relação sexual ($p=0,018$) e observou-se que a pontuação média do conhecimento das meninas e dos meninos, apesar de não apresentar associação estatística, aumentou no pós-intervenção, visto que a pontuação média se elevou de 8 pontos para 14. A intervenção realizada na escola com foco na saúde bucal e sexual e reprodutiva evidenciou que é possível, por meio de estratégias inovadoras e tecnologias leves, promover Educação em Saúde aos adolescentes, favorecendo o empoderamento para tomadas de atitudes saudáveis diminuindo as vulnerabilidades a que estão expostos.

Palavras-chave: Educação em saúde bucal; Doenças Sexualmente Transmissíveis; Saúde do Adolescente; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Oral health is an essential component to human function and quality of life. During the adolescence the approach about oral health care can be considered a precursor strategy to prevent other typical situations of this phase, as the promotion of oral self-image, prevention of sexually transmitted infections (STIs) and unplanned pregnancy, contemplating Education health. Thereby, this study aims to verify the effectiveness of an educational intervention on oral health as a mediating strategy for promotion of oral self-image and prevention of STI / HIV in adolescents from a public school in the city of Carnaubal-CE. This is a intervention type research, with a predominantly quantitative approach, conducted with 109 students aged 12-18 years. Data collection was performed by the application of two -pre and post-intervention- questionnaires with the use of socio-demographic, sexual and reproductive variables, and related to oral health. The collected data were statistically analyzed. The results indicate that 50.5% of participants were female, 85% were single, 82.6% Catholic, 79.8% lived with their parents, 84.4% were not employed, 62.4% had already have a casual dating and only 14.7% have had sexual intercourse, and among those who have initiated sexual practices 11% used a condom during the last intercourse. Regarding oral health, it was observed that: 96.3% considered it important and 96.3% were in the habit of brushing the teeth daily. About involvements in the oral cavity: 54.1% have observed that had bad breath, 32.1 % bleeding gums, 49.5% caries, and 53.2% bad position of the teeth and in relation to oral self-image, most reported to be dissatisfied because of aesthetic factors. After educational intervention there was improvement in knowledge of adolescents on STIs, particularly among those who have had sexual intercourse ($p = 0.018$) and it was observed that the average knowledge score of girls and boys, although not statistically associated, increased in the postintervention, since the average score rose from 8 points for 14. At the end, the intervention carried out in school with a focus on oral health and sexual health showed that it is possible, through innovative and soft technologies strategies, to promote Health Education to adolescents, favoring the empowerment for having healthy attitudes thus lowering vulnerabilities to which they are exposed.

Keywords: Dental health education; Sexually Transmitted Diseases; Adolescent Health; Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Definição da saúde bucal dos adolescentes por meio de uma palavra. Carnaubal-Ceará, 2016.....	68
Gráfico 2 – Avaliação da saúde bucal sob a ótica dos escolares por meio da escala dos sorrisos. Carnaubal-Ceará, 2016.....	69
Figura 1 – Alunos analisando a autoimagem bucal durante a Oficina 1: “Espelho, espelho meu... diga quem sou eu.” Carnaubal-Ceará, 2016.....	70
Figura 2 – Escolares trocando as figuras geométricas com os colegas durante a execução da Oficina 2: “Beijoqueiros na balada”. Carnaubal-Ceará, 2016	72
Figura 3 – Pesquisadora ministrando aula expositiva sobre saúde sexual e reprodutiva na realização da Oficina 3: ”Isso serve para quê...”. Carnaubal-Ceará, 2016.....	72
Figura 4 – Alunas compartilhando com os colegas seus aprendizados adquiridos durante as intervenções educativas na execução da última oficina educativa. Carnaubal-Ceará, 2016.....	74

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas, sexuais e reprodutivas dos adolescentes. Carnaubal-Ceará, 2016.....	63
Tabela 2 – Caracterização da saúde bucal dos adolescentes. Carnaubal-Ceará, 2016.....	65
Tabela 3 – Comparação das opiniões dos escolares pré e pós-intervenção quanto à necessidade do uso do preservativo pelas vias sexuais vaginal, oral e anal. Carnaubal-Ceará, 2016.....	75
Tabela 4 – Conhecimentos dos adolescentes sobre as IST que são transmitidas pela via sexual oral, pré e pós-intervenção. Carnaubal-Ceará, 2016.....	76
Tabela 5 – Conhecimentos e atitudes dos participantes sobre as transmissões de IST, antes e após a intervenção. Carnaubal-Ceará, 2016.....	77
Tabela 6 – Avaliação dos conhecimentos dos participantes sobre prevenção e transmissão das IST no pré e pós-intervenção. Carnaubal-Ceará, 2016.....	79
Tabela 7 – Comparação da pontuação média dos dados sociodemográficos e conhecimentos dos participantes antes e depois da intervenção. Carnaubal-Ceará, 2016.....	80
Tabela 8 – Comparativo da instrução do chefe de família do escolar e a atividade remunerada do adolescente. Carnaubal-Ceará, 2016.....	81
Tabela 9 – Comparação das práticas sexuais com o gênero. Carnaubal-Ceará, 2016.....	82

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ABO	Associação Brasileira de Odontologia
ASAJ	Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CRO	Conselho Regional de Odontologia
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
GUNA	Gengivite Ulcerativa Necrosante Aguda
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papilomavírus Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
LRPD	Laboratório Regional de Prótese Dentária
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCAP	Pesquisa sobre Conhecimento de Atitudes e Práticas
PCN	Parâmetros Curriculares Nacionais
PENSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PROS AD	Programa de Atenção à Saúde do Adolescente
PSE	Programa de Saúde na Escola
SASAD	Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente
SESA	Secretaria Estadual de Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TA	Termo de Assentimento
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
1.1	Contextualizando o objeto de estudo.....	14
1.2	Justificativa e relevância do estudo.....	22
2	OBJETIVOS.....	27
2.1	Objetivo geral.....	27
2.2	Objetivos específicos.....	27
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	28
3.1	Políticas de Saúde na atenção à saúde do adolescente e a Política Nacional de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família.....	28
3.2	Educação em saúde bucal, a autoimagem e a prevenção de IST/HIV.....	34
3.3	Prevenção de IST/HIV na adolescência: a escola como espaço promotor da saúde.....	44
4	METODOLOGIA.....	49
4.1	Caracterização do estudo.....	49
4.2	Ambiente de estudo.....	50
4.3	População e amostra.....	51
4.4	Procedimentos para a coleta de dados.....	52
4.4.1	<i>Fase 1: contato com a escola.....</i>	<i>52</i>
4.4.2	<i>Fase 2: encontro com os pais ou responsáveis.....</i>	<i>52</i>
4.4.3	<i>Fase 3: reunião com os escolares.....</i>	<i>53</i>
4.4.4	<i>Fase 4: aplicação do questionário pré-intervenção</i>	<i>53</i>
4.4.5	<i>Fase 5: desenvolvimento das oficinas educativas</i>	<i>53</i>
4.4.6	<i>Fase 6: aplicação do questionário pós intervenção.....</i>	<i>56</i>
4.5	Variáveis e indicadores do estudo.....	57
4.6	Análise dos dados.....	58
4.7	Aspectos éticos.....	60
5	RESULTADOS.....	62
5.1	Caracterização dos sujeitos da intervenção.....	62
5.2	Perfil da saúde bucal dos escolares.....	65
5.3	Intervenção Educativa.....	66

5.3.1	<i>Dialogando com os adolescentes sobre a percepção da autoimagem da saúde bucal.....</i>	67
5.3.2	<i>A saúde sexual em evidência tendo como mote o beijo.....</i>	70
5.3.3	<i>A árvore do saber: construção colaborativa dos saberes adquiridos.....</i>	73
5.4	Análise comparativa das práticas sexuais e conhecimentos sobre IST dos adolescentes antes e após as intervenções.....	74
5.5	Comparação entre os dados sociodemográficos, sexuais e reprodutivos e os conhecimentos dos adolescentes antes e após a intervenção.....	80
6	DISCUSSÃO.....	83
6.1	Caracterização dos sujeitos do estudo.....	83
6.2	Características da saúde bucal dos escolares.....	89
6.3	Desvelando a Intervenção Educativa.....	91
6.4	Análise comparativa das práticas e conhecimentos sobre saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes antes e após a intervenção.....	99
7	LIMITAÇÃO DO ESTUDO	107
8	CONCLUSÃO.....	108
	REFERÊNCIAS.....	110
	APÊNDICE A – OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO DE CARTA DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA E APRECIÇÃO DE PROJETO....	119
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AO RESPONSÁVEL LEGAL.....	120
	APÊNDICE C – TERMO DE ASSENTIMENTO DO ADOLESCENTE.....	122
	APÊNDICE D – MODELO DO QUESTIONÁRIO UTILIZADO NA PESQUISA (PRÉ-INTERVENÇÃO).....	124
	APÊNDICE E – MODELO DO QUESTIONÁRIO APLICADO APÓS INTERVENÇÃO EDUCATIVA (PÓS-INTERVENÇÃO).....	128
	APÊNDICE F – MODELO DA ESCALA DOS SORRISOS.....	130
	APÊNDICE G – FICHA DO ODONTOGRAMA.....	131
	APÊNDICE H – PROPOSTA DA INTERVENÇÃO EDUCATIVA.....	132
	ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE.....	134
	ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ.....	135

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualizando o objeto de estudo

A saúde bucal é um componente essencial para a função humana e para a qualidade de vida. A boca apresenta estruturas formadas por diferentes tipos de tecidos, tais como músculos, ossos, vasos sanguíneos, nervos, dentes e mucosa. Qualquer um desses tecidos pode sofrer trauma, degeneração ou alterações neoplásicas (MURRAY, 2005).

Segundo os autores Moysés e Watt (2000), a promoção de saúde bucal é uma área que viabiliza a interface saúde-sociedade. Essa crença parte do pressuposto de que as ações de promoção de saúde são destinadas às necessidades da população. Nesse sentido, a “promoção de saúde bucal” não equivale à “educação em saúde bucal”. Educação em saúde bucal implica no conhecimento e na sensibilização das pessoas aliados ao desenvolvimento das habilidades necessárias para alcançar a saúde bucal é, portanto, focada em oportunidades de aprendizagem.

A Educação em Saúde pode ser desenvolvida em uma enorme diversidade de espaços sociais, grupos populacionais e atividades educacionais, podendo ser realizadas por diferentes profissionais, ou por meio das atividades intervencionistas executadas, algumas vezes, pelo próprio cirurgião-dentista (CD). No âmbito deste estudo, optou-se para a Educação em Saúde como estratégia mediadora para prevenir infecções sexualmente transmissíveis (IST) que podem vir a afetar a cavidade bucal, contemplando a autoimagem bucal e a sexualidade com o intuito de reduzir as vulnerabilidades em adolescentes escolares.

Ao longo de três anos de atuação como cirurgiã-dentista na Estratégia de Saúde da Família (ESF), as ações mais desenvolvidas na coletividade foram no campo da educação em saúde bucal por meio das estratégias educativas de instruções de higiene oral focadas na prevenção apenas das doenças bucais como a cárie dentária e as periodontites, com a realização rotineira de escovação supervisionada, aplicação tópica de flúor gel nos escolares e exames epidemiológicos anuais. Tais atividades são tradicionalmente desenvolvidas pelos cirurgiões-dentistas nas escolas, já que a “média da ação coletiva de escovação dental supervisionada” configura-se como um dos indicadores universais trazidos pelo Pacto pela Saúde (BRASIL, 2013).

Sabe-se que a adolescência, ciclo de vida selecionado neste estudo, é uma fase do desenvolvimento humano, marcada por importantes transformações físicas, psicológicas e sociais, que compreende a faixa etária entre 12 e 18 anos, segundo a definição da adolescência

mencionada no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e geralmente, se inicia com a puberdade e termina com a inserção social, profissional e econômica do indivíduo (LEI 8.069 – ECA, 1990).

O contingente populacional constituído pelos adolescentes tem despertado a atenção dos países em desenvolvimento, pois representam aproximadamente 25% da população. No Brasil, dados relativos ao ano de 2010 apontam que os adolescentes representam 18% da população geral, o que corresponde a um total de quase 34 milhões de habitantes. A grande maioria vive no meio urbano, representando aproximadamente 80% do contingente total desse grupo (UNICEF, 2011).

A concepção atual de juventude remete às situações de risco e vulnerabilidade relacionados a ela, visto que essa população apresenta destaque nas estatísticas referentes à violência, desemprego, falta de acesso a atividades culturais, gravidez precoce, infecção por doenças sexualmente transmissíveis e entre outras (SILVA; LOPES, 2009).

As modificações ocorridas nesta fase são principalmente ligadas à influência do meio social. Um dos exemplos a ser mencionado é em relação aos estereótipos de beleza e exacerbada exaltação da aparência pelos meios de comunicação. Em nossa sociedade, há uma supervalorização do culto ao corpo, considerando o padrão de magreza como o ideal. Assim, o adolescente que já tem que lidar com suas mudanças físicas sofre em não poder acompanhar o modelo de corpo imposto pela mídia e sociedade (CAMPAGNA; SOUZA, 2006).

No que tange aos cuidados em saúde bucal, por exemplo, a expressão de uma estética dental adequada reflete na autoimagem e na autoconfiança do adolescente, influenciando a forma com que ele cuida de si próprio. Assim, a grande valorização da aparência na atualidade faz com que aqueles que não são adequados aos padrões físicos e estéticos considerados ideais pela sociedade sejam julgados e estigmatizados, com grandes chances de exclusão social e exposição às situações de vulnerabilidade (MOREIRA; NATIONS; ALVES, 2007).

Percebe-se, na prática da clínica odontológica, o quanto os adolescentes, na grande maioria das vezes, são vaidosos, ao se preocuparem com a estética oral, com o hálito, ao questionarem para o profissional se terão que usar aparelho ortodôntico, se têm cárie dentária, gengivite e entre outros acometimentos inerentes da cavidade bucal. Sabe-se que esses fatores estão correlacionados à autoestima e, nesta fase do ciclo de vida, outro motivo que corrobora é o ato de “ficar” por meio do beijo, que favorece, na maioria das vezes, uma intensificação dos cuidados com a higiene oral e a busca do adolescente pelo tratamento odontológico, o que, conseqüentemente, irá influenciar na autoimagem e saúde bucal.

Um caso a ser exemplificado a respeito da autoimagem bucal é quando se realiza o plano de tratamento odontológico para os adolescentes, que, se tiverem dois elementos dentários – um anterior e outro posterior – com cárie dentária, que necessitem de intervenção prévia, e se for perguntado a preferência por parte deles de qual elemento dentário deve-se iniciar o tratamento odontológico, a resposta será unânime: o elemento dentário anterior, já que um belo sorriso é considerado um fator importante para a maioria dos adolescentes e está relacionado à autoestima e autoimagem bucal, objeto deste estudo.

Como pode ser observado no estudo de Carvalho *et al.* (2011) que tinha como objetivo avaliar a percepção de saúde bucal de adolescentes de Aracaju-SE, verificou-se que dos 247 adolescentes, a percepção de má posição dentária foi relatada por 180 (73%) escolares, enquanto 67 (27%) nunca observaram se os dentes estavam mal posicionados. No que se refere ao sangramento gengival, 176 (71%) escolares afirmaram nunca ter percebido; já 71 (29%) escolares relataram a percepção do mesmo. Praticamente todos os adolescentes 246 (99,5%) afirmaram realizar a higiene bucal frequentemente, e 121 (49%) jovens consideraram sua saúde bucal boa. Concluiu-se que a maioria dos escolares teve acesso a como evitar problemas bucais, o qual esteve associado com as percepções subjetivas da autoimagem em relação a sua saúde bucal.

A possível distorção sobre a visão de si mesmo pode ter influência direta sobre a saúde e os modos de cuidar do próprio corpo, e está relacionada à autoimagem corporal e bucal, que pode ser definida principalmente como uma experiência psicológica sobre a percepção, mas não somente, da aparência física. Trata-se de um construto multifatorial ligado à autopercepção, crenças, atitudes, pensamentos, sentimentos e comportamentos em relação a si próprio e às outras pessoas (PEREIRA *et al.*, 2011).

A adolescência, por ser um período de experimentação, pode ser acompanhada pela falta de habilidades para a tomada de decisões e inexperiência acerca do cuidado de si, esses fatores favorecem as vulnerabilidades, principalmente frente às IST (BARRETO; SANTOS, 2009).

Nessa fase, a sexualidade desperta impulsos relacionados às transformações biopsicossociais, nas inúmeras descobertas e conflitos vivenciados (MORAES; VITALLE, 2012), e ao iniciar as atividades sexuais precocemente, os adolescentes podem não ter os conhecimentos prévios sobre as medidas preventivas para evitar as IST e a gravidez não planejada, além de apresentarem falta de maturidade para o diálogo com o parceiro sexual sobre o método contraceptivo e autocuidado.

A sexualidade é o desejo de contato, calor, carinho ou amor. Isso inclui olhar, beijar, autoprazer e produção de orgasmo mútuo. Aspecto central do ser humano, que abrange o ato sexual, as identidades, os papéis sociais, a orientação sexual, o erotismo, o prazer, a intimidade e a reprodução, a sexualidade também é percebida por meio dos pensamentos, fantasias, desejos, opiniões, atitudes, valores, comportamentos, práticas e nos relacionamentos (DIAS *et al.*, 2010). É um componente pessoal intrínseco e fundamental na saúde dos adolescentes, fortemente influenciados pelas crenças e valores pessoais e familiares, normas morais e tabus da sociedade. No entanto, o desenvolvimento da sexualidade nem sempre é acompanhado do amadurecimento afetivo e cognitivo, o que torna a adolescência uma etapa de extrema vulnerabilidade aos riscos (BRASIL, 2010).

De acordo com o relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS), 26% dos adolescentes na Europa e na América do Norte já haviam iniciado atividade sexual aos 15 anos de idade, e a iniciação sexual precoce estava associada com o não uso ou uso inadequado do preservativo e suas consequências como gravidez precoce, contágio por doenças sexualmente transmissíveis e pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) (WHO, 2012). No Brasil, dados mais recentes demonstram que 29% dos adolescentes de 13 a 15 anos entrevistados pela Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE), de 2012, já tiveram relação sexual.

Segundo o boletim epidemiológico sobre Aids e IST, divulgado em novembro de 2011 pelo Ministério da Saúde (MS), observa-se uma nova tendência na epidemia da Aids, a feminização da doença nesse grupo com faixa etária entre 13 a 19 anos, já que o número de adolescentes femininas soropositivas já ultrapassava o número de adolescentes masculinos sendo que a proporção era oito casos de meninos para cada dez de meninas. Com a epidemia estabilizada na população em geral, observa-se uma tendência de aumento na prevalência entre os jovens, demanda-se ações específicas para essa população, visando à prevenção (BRASIL, 2011).

Entre as IST, destaca-se a infecção por HIV que mundialmente infectou cerca de 35,3 milhões de pessoas, sendo que um terço de todos os novos casos envolve jovens de 15 a 24 anos de idade. Além disso, em quatro das sete regiões do mundo, a probabilidade de mulheres jovens viverem com HIV é aproximadamente duas vezes maior do que a de homens jovens (UNICEF, 2011).

Nos Estados Unidos, estima-se que cerca de 24% das jovens com idades entre os 14 e 19 anos tenham evidência laboratorial de pelo menos uma das seguintes IST: Vírus do Papiloma Humano (HPV) (18%), *Chlamydia trachomatis* (4-7%), *Trichomonas vaginalis*

(3%), Herpes Simplex tipo (2%), e *Neisseria gonorrhoeae* (0.5%). Dados do *United States Centers for Disease Control* revelam que dois terços dos 12 milhões de indivíduos infectados por IST correspondem a jovens abaixo dos 25 anos. Além disso, existe evidência de que cerca de 40 a 50% das adolescentes infectadas sofrem reinfecção num curto espaço de tempo (VIEIRA *et al.*, 2015).

No Brasil, nos últimos dez anos, observou-se aumento nas regiões Norte e Nordeste, com crescimento de 111,0% e 72,3%, respectivamente, ao comparar o ano de 2003 com 2012. Foram registrados 69.219 casos de Aids entre jovens menores de 24 anos no país, com aumento nas taxas de detecção de 0,12%, e, um número de 1.494 casos de Aids em jovens de 15 a 24 anos, isso representa 15,98% dos casos notificados da doença, desde o início da epidemia. A transmissão sexual representa 63,7% e a fonte de infecção é ignorada em 9,7% dos casos (BRASIL, 2013).

O levantamento divulgado em 2014 pelo Ministério da Saúde foi revelado que houve um crescimento do número de jovens contaminados pelo HIV no Brasil, com 35.000 pessoas do sexo masculino entre 17 e 20 anos. Além disso, verificou-se que 97% dos jovens com o vírus sabem que o preservativo é a melhor maneira de evitar a infecção pelo HIV, porém pode-se inferir que há uma diminuição do uso da camisinha diante de uma parceira sexual estável e que, na primeira relação sexual, a adesão à camisinha é de 61%, ante 30,7% registrada nas relações com parceiros fixos (BRASIL, 2014).

De acordo com a Pesquisa de Comportamento, Atitudes e Práticas da População Brasileira (PCAP, 2008), o aumento de contaminados se concentra principalmente entre os jovens de menor escolaridade. A ocorrência é de 0,17% entre rapazes com ensino fundamental incompleto e 0,10% entre os que terminaram essa etapa da educação.

No Ceará, o Informe Epidemiológico do Estado de 2013, desde o primeiro caso de Aids diagnosticado em 1983, notificou 12.246 casos até dezembro de 2012, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Destes, 70,0% foram homens e 30,0% foram mulheres. Ressalta-se que a interiorização da Aids se torna, também, um problema de saúde pública, pois na década de 1980, apenas nove municípios do Ceará (5%) registravam casos de HIV/Aids. Atualmente, 96% dos municípios registram pelo menos um caso, fato que nos faz refletir acerca dos “municípios silenciosos”, indagando-nos sobre as subnotificações, muitas vezes, relacionadas ao estigma e aos preconceitos correspondentes a essa doença (GONÇALVES *et al.*, 2008; CEARÁ, 2013). Esse fato reforça que há subnotificações dos casos de soropositivos na população em geral e entre os adolescentes também não é diferente, vários fatores podem estar associados, como o receio de buscar o serviço especializado ou por

falta de informações, o que dificulta presumir o quantitativo da população adolescente infectada pelo vírus HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis.

Além disso, no que se referem às IST, existem diferentes vias para infecção, incluindo os modos de transmissão sexual, vertical e oral. As IST transmitidas via oral, objeto deste estudo, são representadas por infecções como Herpes simples/genital, Candidíase, Sífilis, HPV, Hepatite B e HIV. O herpes vírus humano 1 e 2 (HHV-1 e HHV-2), por exemplo, ocasiona lesão facial que apresenta início repentino, caracterizando-se por numerosas vesículas puntiformes, as quais rapidamente se rompem e formam inúmeras lesões pequenas que podem durar semanas sendo devastadores para a autoestima e autoimagem do adolescente (SANTOS *et al.*, 2012).

Em relação à cavidade oral, o poder de infectividade depende da integridade das mucosas (ausência de feridas abertas na boca, úlceras, machucados, garganta inflamada, doenças nas gengivas e cáries dentárias com exposição pulpar). Podem ocorrer microlesões, imperceptíveis, na boca (por exemplo, trauma de escovação), que também elevam o risco de contaminação. Quem pratica sexo oral sem preservativo entra em contato direto com o sêmen e com as secreções vaginais, por isso a recomendação é que, independente da forma praticada, o sexo deve ser feito sempre com proteção (preservativo) ou com proteção para mucosas (ANTUNEZ *et al.*, 2013).

Ainda no aspecto ligado à questão da saúde bucal, ao se promover a Educação em Saúde, pode-se enfatizar o autocuidado com a cavidade bucal junto aos adolescentes, ressaltando a autoimagem bucal e a sexualidade, visto que o ato de “ficar” por meio do beijo, uma manifestação de carinho, muito utilizada pelos adolescentes, iniciada principalmente nos primeiros anos da puberdade, pode ser prejudicada se a boca apresentar mau hálito devido à falta de higiene bucal adequada por exemplo. Torna-se importante também conscientizá-los sobre os vários motivos que podem ocasionar a halitose, bem como sobre a possibilidade de transmissão por via oral das IST, nos casos em que haja microlesões bucais em ambos os parceiros e que um deles esteja infectado por algum tipo de infecção sexualmente transmissível, fato mencionado em alguns estudos.

Um estudo relacionado a essa temática foi executado por Silva *et al.* (2014) baseado na “Oficina do Beijo”, tendo como proposta intervencionista a promoção da saúde bucal e saúde sexual dos adolescentes escolares a partir do cuidado com a boca. Tal estudo provocou o diálogo e a troca de saberes sobre a necessidade da higiene bucal e das formas de prevenção e transmissão das IST. Nesse sentido, foi possível perceber que encontros com

abordagens educativas inovadoras envolvendo adolescentes na escola possibilitam a autorreflexão por parte deles.

Estudos voltados para a articulação do cirurgião-dentista com a temática sexualidade com enfoque na prevenção de IST/HIV no Brasil ainda são escassos. Os estudos que tiveram como objeto de análise a adolescência se detêm aos cuidados com saúde bucal (OLIVEIRA *et al.*, 2015); (GOES; CAETANO; FINKLER, 2014); uso de aparelhos ortodônticos (SABÓIA *et al.*, 2015); e ligados ao HIV na perspectiva de adolescentes com problemas orais devido à patologia (OLIVEIRA *et al.*, 2014); (TONELLI *et al.*, 2014). Acerca da prevenção sobre as IST realizadas por cirurgiões-dentistas, obtiveram-se estudos falando da prevenção de problemas bucais utilizando-se como exemplo o beijo (ELIAS; MESTRINER JÚNIOR; FERRIANI, 2001) e sobre prevenção de herpes simples com alunos do ensino fundamental (SIQUEIRA, 2011).

As experiências destacadas anteriormente evidenciam que é possível realizar ações de saúde bucal articuladas à escola e à sexualidade, tendo como mote “o beijo” por exemplo, sendo uma estratégia cabível e exitosa, portanto as propostas intervencionistas podem ser realizadas por cirurgiões-dentistas e quaisquer outros profissionais de saúde, que queiram abordar temas no que se refere à Educação em Saúde de uma forma participativa, atrativa, lúdica e contextualizada, nesse sentido irão favorecer as mudanças de comportamento dos atores envolvidos e a diminuição das vulnerabilidades.

O enfoque as IST por transmissão via oral, neste estudo, se dá pelo fato de que os profissionais de saúde se detêm exclusivamente por trabalhar ações educativas prevenindo infecções via genital com adolescentes que já tiveram o primeiro intercuro sexual, perdendo assim a oportunidade de trabalhar a prevenção ainda com os adolescentes mais jovens antes mesmo da sexarca. Esse pensamento restrito à via sexual impede que profissionais de outras áreas promovam a temática sobre saúde sexual e reprodutiva dentro do seu escopo de atuação, como o cirurgião-dentista, profissional da Atenção Primária à Saúde (APS) que tem realizado grande parte das ações de Educação em Saúde na escola. Para Reis e Maia (2012), as informações sobre educação sexual ainda são precárias e pouco acessíveis, sendo consideradas insuficientes para promover autorreflexão ou mudanças para comportamentos preventivos.

Cabe ressaltar que, no âmbito da atenção primária, ações coletivas em saúde bucal são incentivadas por área técnica específica, como uma alternativa eficaz na prevenção das doenças mais prevalentes da cavidade bucal (cárie dentária e doença periodontal) e na incorporação de hábitos saudáveis que revertam em melhoria de qualidade de vida das

peessoas que podem ser ampliadas na perspectiva da prevenção das IST/HIV para adolescentes escolares (PEREIRA *et al.*, 2005).

Ao se mencionar a respeito das atividades em educação em saúde bucal realizadas no âmbito escolar, pela Estratégia de Saúde da Família, pode-se citar: (1) reuniões e atividades educativas com recursos de multimídia, álbuns seriados, cartazes, macro modelos bucais etc.; (2) instrução de higiene oral; (3) escovação coletiva e/ou supervisionada; (4) jogos ou brincadeiras com temas de saúde bucal como pintura de impressos com dentes saudáveis ou cariados, histórias em quadrinhos, caça palavras etc.; (5) recursos cênicos como teatro, em especial fantoches, para contar histórias sobre dores, perdas dentárias, descuido com a saúde bucal em contraposição às boas práticas de higiene bucal. No entanto, o cirurgião-dentista ainda foca suas ações para abordar temas de Educação em Saúde acerca das doenças como cárie dentária e periodontites; além disso, não aborda outras patologias da cavidade bucal relacionadas à sexualidade (FILHO *et al.*, 2005).

Para a promoção da saúde, as escolas têm sido consideradas espaços sociais adequados por conta do seu potencial para produzir impacto sobre a saúde, a autoestima, o comportamento e o desenvolvimento de habilidades para a vida de seus alunos, funcionários e comunidade (BRASIL, 2007a). Na APS, o Projeto Saúde na Escola (PSE) tem proporcionado a interação entre esses espaços com enfoque na promoção da saúde do escolar por meio da ação multidisciplinar e intersetorial (BRASIL, 2012). No entanto, apesar desta realidade e incentivo de Políticas Públicas Brasileiras, ainda estão sendo realizadas ações de cunho higienista e que realmente não consideram a promoção da saúde como uma visão ampliada de saúde.

Sabe-se que alguns pais sentem dificuldades em dialogar com seus filhos sobre sexualidade e práticas sexuais seguras por vários motivos, dentre eles: a falta de conhecimento sobre IST/HIV, vergonha e aspectos culturais que encaram esse assunto como tabu. É nesse momento que a escola pode intervir, proporcionando diálogo aberto e acolhedor a essa demanda com a colaboração da Equipe de Saúde da Família (BESERRA *et al.*, 2008).

Dentre as relações em que o adolescente está inserido, a família desempenha fundamental papel na maneira de encarar o processo de adolescer, portanto, influenciará na maneira de relacionar-se com seus futuros parceiros sexuais (GUBERT *et al.*, 2013).

Os pais deveriam ser os principais colaboradores a abordar a educação sexual, mas a maioria deles não tem conhecimentos adequados e faz abordagens com discursos repletos de repressões, mitos e tabus. Isso dificulta o diálogo aberto e crítico, transmitindo a ideia de opressão e punição, que poderá levar a informações distorcidas (REIS; MAIA, 2012).

Com isso, vale ressaltar a importância de se utilizar a saúde bucal como estratégia mediadora para a promoção da autoimagem e prevenção de IST/HIV, contribuindo de maneira lúdica e inovadora com a educação sexual para os adolescentes escolares.

1.2 Justificativa e relevância do estudo

Diante do exposto, destaca-se que a escolha deste objeto de estudo surgiu por meio da experiência da pesquisadora durante a graduação quando atuou em uma pesquisa, por um período de três anos, com adolescentes gestantes que eram atendidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), do município de Fortaleza-CE, durante as consultas de pré-natal. Nesse período, pôde-se observar, ao preencher os formulários que continham variáveis relacionadas às atitudes, conhecimentos e convicções sobre IST e ao conversar com as pesquisadas a respeito das práticas sexuais, que muitas delas desconheciam a maioria das infecções sexualmente transmissíveis e a minoria sabia utilizar de maneira adequada os métodos contraceptivos como a camisinha feminina ou os anticoncepcionais. Outro agravante observado era o fato das adolescentes terem recidiva de gravidez ao fazerem amamentação exclusiva de forma errônea por falta de informações de como executar essa técnica de maneira correta, haja vista que algumas a praticavam com o intuito de evitar a gravidez não planejada.

Embora tenha aumentado o diálogo entre os adolescentes, seus familiares e amigos, além da melhoria ao acesso às informações sobre saúde sexual e reprodutiva e distribuição gratuita de preservativos e outros insumos, os jovens ainda continuam elevando os índices de infecção por IST e HIV, além do aumento da gravidez precoce (ARRAIS, 2013). Complementando esse autor, com base na pesquisa citada anteriormente, verificou-se que muitas delas negligenciavam, por falta de conhecimento ou por vergonha, que as UBS forneciam os principais contraceptivos, que poderiam receber instruções sobre práticas sexuais seguras com os profissionais da ESF e realizar o exame de prevenção ginecológica antes da primeira relação sexual por exemplo. Outro fator comprovado foi o de que muitos dos conhecimentos sobre sexualidade que elas sabiam eram adquiridos por meio dos amigos ou da mídia.

Apesar de, nas escolas, algumas das ações serem norteadas por meio do Projeto Político Pedagógico que tem como um dos temas transversais a sexualidade, observa-se que muitas vezes não é abordado com tanto rigor, seja por falta de planejamento das ações ou por falta de capacitação dos educadores. Percebe-se que várias estratégias são propostas, algumas

com êxito e outras não, sendo que a educação sexual é contemplada esporadicamente no âmbito escolar, geralmente na disciplina de Ciências, quando se estuda o corpo humano ou sobre a reprodução sexual humana, muitas vezes sem enfatizar as infecções sexualmente transmissíveis ou os métodos contraceptivos, por isso surge o anseio de que se possa ter educação sexual de forma permanente nas escolas, favorecendo a informação plausível e a autorreflexão sobre sexualidade entre os escolares desde as etapas iniciais do ensino fundamental.

Há necessidade de uma educação sexual permanente para os escolares começando desde a infância, abordando temáticas de acordo com a idade e com esclarecimento das dúvidas que eles começarem a apresentar. É importante conhecer as curiosidades e os questionamentos, assim como as informações incompletas para que se possam abordá-las nas ações de educação sexual. Além disso, os contextos de desenvolvimento de crianças e adolescentes devem assegurar o direito a uma educação que promova sua condição de ser em formação, de conhecer seu corpo e desenvolver sua sexualidade e de expressar sua orientação afetivossexual (MANTOVANI *et al.*, 2014).

Pôde-se analisar na pesquisa com adolescentes gestantes o quanto há a necessidade de ensinar para os escolares sobre as práticas sexuais contemplando as IST e os métodos contraceptivos de maneira interativa, contínua e eficaz, um meio seria através do PSE (Programa de Saúde na Escola) com o auxílio da equipe multiprofissional que poderia corroborar com os educadores a debater sobre essa temática de forma mais assídua, haja vista que esse programa permite a intensificação do vínculo saúde-escola.

Mas, infelizmente, no país, muitas equipes da ESF ainda não aderiram ao PSE; logo, torna-se inviável esse vínculo em alguns lugares por conta disso ou, às vezes, por parte da própria equipe de saúde, que, em alguns momentos, não está preparada para lidar com esse tipo de abordagem com os escolares necessitando de capacitações e planejamento das ações; ou por parte da escola, que, em algumas situações, não aceita a inserção desse programa para não atrasar o percurso das aulas ou atrapalhar as atividades programadas com os escolares.

Ao mencionar a respeito desse vínculo entre os setores: saúde e escola, observa-se que deve ser bem pactuado por ambas as partes e deve-se, em conjunto, contar com o planejamento das ações e a boa vontade dos profissionais de saúde e dos educadores para tentarem repassar os conhecimentos sobre essa temática por meio de medidas intervencionistas, já que os adolescentes, ao iniciarem suas atividades sexuais precocemente, encontram-se despreparados para tal ato, o que favorece para os elevados índices de vulnerabilidades. A atuação profissional das equipes de saúde no PSE é uma proposta

desafiadora, uma vez que depende da participação e articulação entre os componentes da própria equipe, como também entre a equipe de saúde e os atores da comunidade escolar, por se tratar de uma estratégia que tem como preceito essencial para o funcionamento a intersetorialidade (ALMEIDA, 2013).

O estabelecimento da relação horizontal entre profissionais de saúde e os adolescentes pode permitir uma nova forma de abordagem na atenção à saúde, incorporando a ideia do adolescente como protagonista na construção do processo de saúde pessoal e coletiva, e conferindo um potencial de emancipação, autonomia e responsabilidade social (NOROOZI *et al.*, 2015).

Para as efetividades das ações de Educação em Saúde com os adolescentes, os profissionais de saúde precisam reconhecer a autonomia, a capacidade de assimilação e o conhecimento prévio dessa clientela, por meio do diálogo, respeito e compartilhamento dos saberes, utilizando os elementos propostos pelos adolescentes (MANTILLA *et al.*, 2013).

Assim, posteriormente, como cirurgiã-dentista da Estratégia de Saúde da Família do município de Carnaubal-CE, por meio do Programa de Saúde da Escola, foi despertado o interesse de congregar o conhecimento de saúde bucal e de sexualidade, a fim de promover ações de Educação em Saúde contemplando essas temáticas.

Como alguns dos objetivos do PSE são focados nas ações multiprofissionais e com intuito de garantir a intersetorialidade entre os setores saúde e escola, pôde-se relembrar a experiência anterior vivenciada com as adolescentes gestantes e retomar na equipe esse anseio almejando a promoção da saúde com a perspectiva de tentar diminuir os comportamentos vulneráveis em sexualidade por meio da educação em saúde bucal com foco na autoimagem bucal e sexualidade. A Educação em Saúde, portanto, deve estar incluída na prática de trabalho de todos os cirurgiões-dentistas da ESF e o espaço escolar facilita o acesso a um maior número de indivíduos atingidos, conforme é discutido por Moretti *et al.*, 2010.

Essa trajetória contribuiu para a inserção da odontóloga no ambiente escolar, fortalecendo vínculos locais entre os setores saúde e educação, e consolidou a admiração à proposta de trabalhar a prevenção das IST com adolescentes, por perceber que a educação sexual ainda é falha no âmbito escolar, o que não era para acontecer.

O ingresso ao Mestrado Profissional em Saúde da Família proporcionou uma autorreflexão sobre a sexualidade dos adolescentes e o papel do cirurgião-dentista enquanto profissional da ESF. Os novos conhecimentos disponibilizados pelo programa, pela orientadora do mestrado que tem como linha de pesquisa Educação em Saúde voltada para a

saúde da criança e do adolescente, e o olhar agora mais ampliado sobre a prática profissional entusiasmaram para a abordagem proposta deste estudo inovador.

Vale ressaltar que, ao avaliar os índices epidemiológicos a respeito IST/HIV, analisou-se que não há nenhuma notificação de adolescentes com o vírus HIV, mas algumas IST têm sido mais recorrentes, tais como: *Candidiade vaginalis* (infecção fúngica) e *Gardnerella vaginallis* (infecção bacteriana) no município de Carnaubal-CE, isso deve ocorrer por falta de acesso às informações ou conhecimentos sobre as infecções sexualmente transmissíveis e os métodos contraceptivos, por se tratarem de temáticas pouco abordadas nos ambientes: escolar e familiar, o que favoreceu o risco de contaminação dessas infecções, podendo também ter elevado o índice de gravidez não planejada. Diante disso, observa-se que os adolescentes ficam à mercê da mídia e dos conhecimentos fornecidos pelo parceiro sexual sobre sexualidade, que muitas vezes são distorcidos e errôneos.

Dois fatores primordiais que contribuem para não se quantificar os dados de maneira plausível são as subnotificações das IST entre a população adolescente e a baixa procura, por parte deles, dos serviços disponibilizados nas UBS, ocorrendo, muitas vezes, essa busca em maior número pelo gênero feminino quando as adolescentes descobrem que estão grávidas, ou seja, quando estão iniciando as consultas de pré-natal e realizando os exames preconizados nessa fase.

Propôs-se, com esta pesquisa, que fossem acrescentados benefícios para o serviço na atenção primária, ou seja, que se fortalecesse o vínculo da Estratégia de Saúde da Família e escola, por meio da Educação em Saúde contemplando a saúde do adolescente e promovendo uma abordagem com a perspectiva de se reduzir os riscos frente às IST.

Acredita-se que o presente estudo teve como aplicabilidade o incentivo à apropriação do conhecimento por parte dos sujeitos da pesquisa sobre a importância da autoimagem bucal, da educação sexual e da saúde bucal por meio das intervenções educativas, contribuindo para a diminuição dos riscos de transmissão das IST, gravidez não planejada e doenças de acometimento bucal (como cárie dentária, periodontites e lesões ocasionadas por vírus e bactérias transmitidos por qualquer via sexual) e o incentivo aos profissionais de saúde e educadores a discutirem de forma permanente sobre sexualidade com os adolescentes escolares.

Diante disso, este estudo irá abordar a educação em saúde bucal como estratégia mediadora para prevenção de IST/HIV, desenvolvendo, junto aos adolescentes escolares, intervenção educativa em saúde bucal com a finalidade da promoção da saúde e diminuição das vulnerabilidades frente às IST/HIV, no município de Carnaubal-CE.

Com base no exposto, surgem as seguintes questões norteadoras: Como o cirurgião-dentista pode promover ações de educação em saúde bucal com enfoque na autoimagem bucal, sexualidade e prevenção de IST/HIV? As ações de Educação em Saúde mediadas pelo cirurgião-dentista podem promover junto aos adolescentes conhecimentos frente às IST e melhorar, consequentemente, a vivência saudável da saúde bucal e sexualidade?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Verificar a efetividade de uma intervenção educativa em saúde bucal como estratégia mediadora para promoção da autoimagem bucal e prevenção das IST/HIV em adolescentes de uma escola pública do município de Carnaubal-CE.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico, sexual, reprodutivo e de saúde bucal dos adolescentes participantes do estudo;
- Realizar intervenções educativas junto aos escolares para promoção da autoimagem bucal e prevenção das IST;
- Descrever a percepção dos escolares sobre a autoimagem bucal;
- Identificar possíveis associações e diferenças das variáveis sociodemográficas, sexuais/reprodutivas e da saúde bucal;
- Comparar as pontuações médias acerca dos conhecimentos sobre as IST/HIV dos adolescentes antes e após a intervenção educativa.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Políticas Públicas de Saúde na atenção à saúde do adolescente e a Política Nacional de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família

No Brasil, em 1989, foi criado o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), fundamentado em uma política de promoção de saúde, de identificação de grupos de risco, detecção precoce dos agravos, tratamento adequado e reabilitação. Em 1993, o PROSAD passou a denominar-se Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente (SASAD). Desde sua criação, a nível de Ministério Federal, foram efetuados treinamentos de sensibilização e de capacitação de equipes multiprofissionais e formação de adolescentes como agentes multiplicadores de saúde (COATES, 1999).

O PROSAD surgiu para normatizar as ações de saúde voltadas para a faixa etária de 10 a 19 anos de idade. Somente em 1999 foi criada a Área de Saúde do Adolescente e do Jovem (ASAJ), que passou a incluir pessoas entre 10 e 24 anos de idade. Com isso, essa nova área passou a ser responsável pela articulação de diversos projetos e programas do Ministério da Saúde que estivessem voltados à adolescência e à juventude. Passou, também, a responder, em alguma medida, as demandas sociais para a implementação de uma política nacional integrada de atenção à saúde que incluísse os jovens de 15 a 24 anos e que reconhecesse que as práticas voltadas para a melhoria da saúde do adolescente não foram eficazes em virtude do foco estreito e da desarticulação das iniciativas governamentais (SPOSITO; CARRANO, 2003).

Em 2005, o Ministério da Saúde (MS) lançou o Marco Legal da Saúde de Adolescentes, que objetivava fornecer elementos essenciais para o processo de tomada de decisões, para elaboração de políticas públicas, para o atendimento nos serviços de saúde, com o intuito de que os direitos dos adolescentes fossem amplamente divulgados e discutidos pela sociedade. Com uma linguagem abrangente no que se refere ao conceito de adolescência, considera as condições sociais do indivíduo, colocando a adolescência em evidência. Esse documento se reporta à saúde de trabalhadores jovens e à violência, como também, à saúde sexual e reprodutiva, à gravidez, HIV e IST (AMARANTE; SOARES, 2009).

O MS por meio da Secretaria de Atenção à Saúde Integral de Adolescentes e Jovens fornecia orientações básicas para nortear a implantação e/ou a implementação de ações e serviços que atendam a essa população de forma integral, resolutiva e participativa. O manual técnico do referido órgão descrevia as diretrizes para a organização de serviços de

atenção à saúde integral de jovens e adolescentes: adequação dos serviços de saúde às necessidades específicas de adolescentes e jovens, respeitando as características da atenção local vigente e os recursos humanos e materiais disponíveis; respeito às características socioeconômicas e culturais da comunidade, além do perfil epidemiológico da população local; participação ativa dos adolescentes e jovens no planejamento, no desenvolvimento, na divulgação e na avaliação das ações (BRASIL, 2005b).

Com o objetivo de fortalecer as práticas de prevenção a doenças e promoção da saúde no ambiente escolar, surge em 2007, o Programa Saúde na Escola (PSE), o qual foi instituído por Decreto Presidencial nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007, que se caracteriza como uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação (BRASIL, 2007; BRASIL, 2009a). Entretanto, Costa *et al.* (2013) avaliam que esta aproximação entre os setores saúde e educação não tem sido efetiva, pois percebe-se a forte presença de ações desarticuladas, pontuais e com foco preventivista (BRASIL, 2009; COSTA *et al.*, 2013).

O Ministério da Saúde, por meio de sua Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem (ASAJ), implantou o cartão do adolescente que é um instrumento de cidadania para os adolescentes, incluindo informações sobre crescimento e desenvolvimento para acompanhamento, sobre como evitar doenças, mudanças corporais e, ainda, orientações sobre saúde sexual, saúde reprodutiva, saúde bucal e alimentação, visando uma melhor qualidade de vida para esta população (BRASIL, 2010).

Preconiza-se algumas atividades que os profissionais de saúde devem desenvolver com os adolescentes: formação de grupos para que haja maior interação entre profissional/usuário, usuário/usuário e para que sejam discutidos assuntos importantes; atividades de promoção e atenção à saúde do adolescente; atividades estratégicas e específicas de captação dos adolescentes e atividades educativas. Observa-se que ainda há um despreparo profissional para a atuação, baseado na integralidade junto aos adolescentes. Com isso, é perceptível a necessidade da educação permanente dos profissionais de saúde que pode ocorrer por meio das reuniões da equipe (BRASIL, 2006d).

Urge ponderar a otimização e o aproveitamento da estrutura existente nas unidades destinada ao atendimento aos adolescentes, identificando locais nos quais possam ser desenvolvidas as atividades previstas, segundo o MS. Considera relevante criar ou adaptar ambientes cujos adolescentes se sintam mais à vontade. Estes devem ser acolhedores, agradáveis, sinalizados, limpos e ventilados. O ideal é que ele possa ser utilizado para diferentes atividades como integração com a equipe, atividades educativas e apresentação do

serviço. Desse modo, o tempo de espera será aproveitado para facilitar o acesso à informação e à realização de atividades saudáveis, prazerosas e construtivas (BRASIL, 2005b).

O Ministério da Saúde renomeou o termo: Atenção Primária de Saúde o qual foi substituído por Atenção Básica à Saúde, que se caracteriza por um conjunto de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, desenvolvida no âmbito individual e no coletivo, por meio de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas. No SUS, a Atenção Básica constitui-se como um nível hierárquico da atenção e deve estar organizada em todos os municípios do país, ser baseada na realidade local, considerar os sujeitos em sua singularidade, complexidade, integridade e inserção sociocultural. Deve orientar-se pelos princípios do SUS: universalidade, equidade, integralidade, controle social, hierarquização, bem como pelos princípios próprios: acessibilidade, vínculo, coordenação, continuidade do cuidado, territorialização e adscrição de clientela, responsabilização, humanização (CARVALHO *et al.*, 2007).

Para a efetivação da integralidade é necessária a integração de ações programáticas e de demanda espontânea; a articulação das ações de promoção à saúde, de prevenção de agravos, de tratamento e reabilitação; o trabalho de forma interdisciplinar e em equipe; a coordenação do cuidado em rede de serviços e o acompanhamento e implementação das formas de avaliação em todos os níveis de gestão da saúde (CUBAS, 2006).

O Sistema de Saúde do Brasil tomou como base a Estratégia da Saúde da Família. Com isso, o financiamento da Atenção Básica cresceu em torno de 158% no período entre 1998 e 2001. No entanto, isso representava um terço dos recursos destinados à média complexidade e à alta complexidade. Em 1999, o Brasil contava com 4.945 equipes da ESF, mas a maioria das equipes foram implantadas em municípios de pequeno e médio porte. No ano de 2002, o número de equipes da ESF implantadas chegava a 12.771, representando uma cobertura populacional de 22%, colocado como momento de transição inicial. Em janeiro de 2006, o número de equipes de ESF chegava a 24.872, distribuídas em 5.005 municípios (SIMÃO *et al.*, 2007).

Com a inclusão do cirurgião-dentista na ESF pela Portaria MS nº 1.444/2000 ocorreram mudanças importantes na reorganização do processo de trabalho da Equipe de Saúde Bucal (ESB) que sinalizaram para a necessidade de uma atuação interdisciplinar. O cirurgião-dentista passou a ter a oportunidade de aproximar-se da realidade de vida das pessoas e das famílias, permitindo-lhe uma compreensão do processo de adoecimento, a construção de vínculos e responsabilização pelo cuidado, levando a uma compreensão do

indivíduo como um ser integral, não se limitando à boca como área de atuação. Essa nova lógica de atuação do cirurgião-dentista, inserido na Equipe de Saúde da Família, mostrou a necessidade de profissionais com perfil generalista e de uma Odontologia mais integral que dê respostas às lacunas deixadas pelo modelo anterior essencialmente curativista (COSTA, 2013).

Após sua inserção na ESF, o cirurgião-dentista viu-se diante de muitos desafios, já que recebeu uma formação essencialmente voltada para questões biológicas, curativas e técnicas, com pouca ênfase nos fatores socioeconômicos e psicológicos do processo saúde-doença ou no desenvolvimento de atividades de promoção da saúde, não estando, muitas vezes, preparado para desempenhar suas funções neste novo modelo de atenção (ARAÚJO; DIMENSTEIN, 2006).

Frente a essa problemática, a formação acadêmica dos cirurgiões-dentistas tem sido revista de modo a resgatar o caráter coletivo da prática odontológica, para uma atuação conforme o preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo a análise de Hanauer (2011), a nova geração de cirurgiões-dentistas não deve ter o foco de atuação apenas no atendimento individual e técnico, mas deve estar preparada e atenta para as necessidades das pessoas, das famílias e da comunidade, em consonância com a mudança do paradigma de atenção. Torna-se oportuno destacar que os cirurgiões-dentistas formados ainda no paradigma científico-tecnista devem ser reciclados e capacitados a exercerem uma prática que seja coerente com os objetivos e propostas do SUS.

Pode-se destacar as atribuições do cirurgião-dentista com foco na promoção e prevenção como: realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais; acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar (BRASIL, 2012).

Mesmo sendo a integralidade um dos princípios doutrinários da ESF, a inclusão da saúde bucal só aconteceu após seis anos de sua implantação, em 2000, devido à divulgação dos dados da Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílio (PNAD), que mostraram que 30 milhões de brasileiros estavam totalmente excluídos de atenção odontológica. Com isso, o MS, diante da necessidade de ampliar a atenção em saúde bucal para a população brasileira, melhorar os índices epidemiológicos e incluir ações de saúde bucal na ESF, estabeleceu

incentivo financeiro para formação das Equipes de Saúde Bucal (ESB), o que representou um importante aporte no financiamento público da Odontologia, resultando em um grande impulso na sua expansão e o aumento da rede de serviços em todo o país (CARVALHO *et al.*, 2004; SILVESTRE *et al.*, 2013).

Em 2004, o MS lançou oficialmente a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), denominada Brasil Sorridente, na qual foram apresentadas as diretrizes do MS para organização da atenção à saúde bucal, no âmbito do SUS, com o intuito de ampliar o atendimento e melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira, reunindo uma série de ações voltada para os cidadãos de todas as idades (BRASIL, 2004a; SILVESTRE *et al.*, 2013).

A PNSB – Brasil Sorridente – se constitui num marco na história das Políticas Públicas no Brasil na medida em que incorpora uma política centrada na vigilância em saúde, foco na família e guiada por linhas do cuidado. Suas principais linhas de ação são a reorganização da Atenção Básica em saúde bucal, principalmente com a implantação das ESB na ESF; a ampliação e qualificação da atenção especializada, especialmente com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), como elemento estruturante da atenção secundária. Na Atenção Especializada, encontra-se também a Assistência Hospitalar (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2015b).

Para a Odontologia, a implantação da PNSB representa, ao mesmo tempo, um avanço significativo e um grande desafio. Vislumbra-se uma possibilidade de aumento de cobertura, a oferta de mais serviços, assegurando atendimentos nos níveis secundários e terciários de modo a buscar a integralidade da atenção, de efetividade na resposta às demandas da população e de alcance de medidas de caráter coletivo. As maiores possibilidades de ganhos situam-se nos campos do trabalho em equipe, das relações com os usuários e da gestão, implicando uma nova forma de se produzir o cuidado em saúde bucal. (BRASIL, 2004a; PUCCA, 2004, 2006).

No cenário mundial, o cirurgião-dentista atua predominantemente no setor privado. No Brasil, a inserção desse profissional no serviço público foi reforçada desde o ano 2000, com as chamadas Equipes de Saúde Bucal (ESB) na ESF (BRASIL, 2011). Essa estratégia, associada às novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação na área de saúde, às diretrizes para a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) contribui para o deslocamento do campo

técnico da Odontologia para o campo da Saúde Bucal Coletiva (SBC) (BOTAZZO; CHAVES, 2013).

Para atuar na ESF o CD precisa desenvolver competências para além do seu ‘núcleo do saber’, saindo do isolamento da prática restrita ao consultório e ao equipamento odontológico, assumindo um novo papel na equipe e nas ações de promoção à saúde. E isso se constitui em um desafio, já que se faz necessário integrar a prática dos profissionais diante de um cenário marcado pela maneira fragmentada com que cada especialidade ou subespecialidade cuida de apenas uma parte da atividade (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

Para que o trabalho de saúde bucal na ESF integre toda a equipe de profissionais, buscando o conhecimento integral e a construção coletiva das intervenções, e não apenas articulações pontuais e encaminhamentos internos, é essencial que todos compreendam, em toda a sua complexidade, o processo saúde-doença, e ampliem a intervenção sobre determinado problema, outrora reservado à atividade do CD (FACCIN; SEBOLD; CARCERERI, 2010).

Como atribuições do CD na ESF, baseadas na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), pode-se citar as principais: realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal; realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade; coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais; acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar e entre outras (BRASIL, 2007).

O cirurgião-dentista que trabalha na ESF vê-se frequentemente diante de muitos desafios para o exercício de suas atividades. Na maioria das vezes, o profissional não está preparado para atividades de promoção e prevenção, realizando-as de maneira inadequada ou incompleta. Tais atividades são efetuadas, geralmente, por meio da aplicação tópica de flúor, orientações individuais na hora da consulta e palestras no ambiente escolar, às vezes de maneira expositiva, sem a participação do usuário na construção de saberes sobre o autocuidado.

A população responde a estas ações, ávida pelo tratamento curativo, resistindo a cada palestra e a cada reunião (PONTES *et al.*, 2007). A inserção da ESB na ESF deve fazer com que os cirurgiões-dentistas repensem suas práticas, valores e conhecimentos envolvidos na saúde. O processo saúde-doença relacionado com a cárie envolve outros fatores além do dente e do biofilme dental, tais como fatores de ordem social (BRASIL, 2006).

Por fim, a implementação das ações com essa clientela pelos profissionais de saúde não é uma tarefa fácil, uma vez que se percebe, que os adolescentes não adentram cotidianamente as unidades de saúde como as demais pessoas de outras faixas etárias, e as práticas assistenciais têm revelado as dificuldades em vincular os adolescentes às ações propostas. Sendo assim, é necessário que o setor saúde busque sistematizar práticas integrais e efetivas junto aos adolescentes, implementando estratégias em locais nos quais já se encontram no cotidiano, incluindo-se a escola (HORTA; MADEIRA; ARMOND, 2009).

3.2 Educação em saúde bucal, a autoimagem e a prevenção de IST/ HIV

A saúde bucal, no contexto da saúde geral, está integrada às condições socioeconômicas e culturais da população. Como observa Porto (2002), a saúde bucal está diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso a serviços de saúde e informação; nesse sentido, a luta pela saúde bucal está, fundamentalmente, ligada à luta pela melhoria dos determinantes sociais, políticos e econômicos.

No contexto da promoção de saúde bucal, destaca-se a necessidade de implementar programas de Educação em Saúde voltados para esta área. Contudo, existem algumas barreiras conceituais e práticas que impedem os profissionais de saúde alcançar uma compreensão do verdadeiro propósito e aplicabilidade da Educação em Saúde (TELES; GROISMAN, 2012).

Ao se reportar para os profissionais de Odontologia, verifica-se com frequência a dificuldade destes em realizar atividades educacionais coparticipativas. Observa-se que, na maioria das abordagens utilizadas em educação para a saúde bucal, existe grande preocupação em descrever os aspectos biológicos das doenças mais prevalentes da cavidade bucal, desprezando a importância de se questionar, compreender e aceitar o contexto da vida humana na qual esse fenômeno está ocorrendo e de outros temas como prevenção IST/HIV no contexto da saúde bucal (LIMA *et al.*, 2006).

Atualmente, com o conceito ampliado de saúde, observa-se novos modelos ou paradigmas de Educação em Saúde. Porém, muitas práticas ainda preservam o modelo Flexneriano – numa visão biologicista, o que requer questionamentos e alcance de perspectivas mais integradas e participativas (ROGRIGUES *et al.*, 2011).

Em consonância com as amplas discussões sobre o modelo de atenção à saúde, o SUS adotou o conceito ampliado de saúde, que envolve modos de ser e produzir ou recriar a vida em sua singularidade, multidimensionalidade, o que sustenta a expansão da cobertura à saúde por meio de um sistema público centrado na Atenção Básica (MAGALHÃES *et al.*, 2014), baseado no que foi discutido na Alma-Ata na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em 1976 (BRASIL, 2002). Concomitantemente, discussões emergentes sobre promoção da saúde passam a destacá-la como um modelo teórico-conceitual capaz de subsidiar políticas e ações governamentais e de servir como eixo orientador das práticas em saúde pública (BUSS *et al.*, 2009).

Segundo Costa, Figueredo e Ribeiro (2013), a Educação em Saúde é uma das principais abordagens da promoção de saúde. Em complemento, Alves (2005) argumenta que Educação em Saúde é mais do que algo embutido na promoção de saúde, acima disso, a Educação em Saúde anda lado a lado com a promoção e eles caminham para o bem-estar de uma população mais consciente. Ambos concordam que a Educação em Saúde busca ampliar as habilidades globais dos indivíduos a fazerem escolhas saudáveis. Neste sentido, não se pode falar de educação em saúde bucal, sem ressaltar o modelo libertador de educação, no qual o indivíduo deve ter a autonomia para escolher seus próprios hábitos de saúde. Devendo, é claro, ele estar contido em um ambiente “consciente” em saúde bucal (MONTE *et al.*, 2013).

Uma importante estratégia é a Educação em Saúde, que tem o objetivo de oferecer instrumentos para fortalecer a autonomia dos usuários no controle do processo saúde-doença e na condução de seus hábitos. Devem-se difundir elementos, respeitando a cultura local, que possam contribuir com o empoderamento dos sujeitos coletivos, tornando-os capazes de autogerirem seu processo de saúde-doença, sua vida, com vista à melhoria da sua qualidade de vida (BRASIL, 2006).

A Educação em Saúde é vista como principal atividade para trabalhar promoção da saúde, por sua capacidade de responsabilizar as pessoas para o cuidado da sua saúde, como também ampliar a autonomia das mesmas, e é uma prática social para trabalhar prevenção de IST e gravidez na adolescência (GUBERT *et al.*, 2009).

As Unidades Básicas de Saúde representam cenário propício para a aplicação de ações educativas que demandam em teorias educacionais que podem ser utilizadas com a comunidade, favorecendo uma aprendizagem significativa. Espera-se que a formação dos futuros profissionais de saúde possa desenvolver atividades nas comunidades e que os docentes construam um saber que esteja inserido na atuação prática do discente a fim de conduzir mudança de paradigma (XAVIER *et al.*, 2014).

E as escolas representam o cenário de aprendizagem coletiva que utiliza o lúdico e valores culturais e familiares para serem explorados a fim de ajudar no processo de ensino-aprendizagem. Não esquecendo as peculiaridades de cada ser em seu ambiente cultural, de comunicação, controle ambiental, o que permite as trocas de experiências e vínculos (MACHADO *et al.*, 2014).

No entanto, incluir adolescentes na prática da promoção da saúde nem sempre é tarefa simples. Uma boa proposta metodológica para Educação em Saúde mais eficaz são as atividades em grupo, pois permitem absorção das vivências dos jovens e a ampliação, o crescimento e o desenvolvimento por meio da reflexão crítica e iniciativa; além de que a atividade grupal, as ideias, as dúvidas, os sentimentos e as experiências podem ser valorizados pelos outros (SÃO PAULO, 2006).

Os autores Paviani e Fontana (2009) ressaltam que a oficina e a metodologia participativa permitem vivenciar situações concretas e significativas, as quais têm como base três ações: sentir-pensar-agir, com objetivos pedagógicos incorporando conhecimentos teóricos e práticos, de maneira ativa e reflexiva, permitindo articular conceitos e apropriação ou construção individual ou coletiva de conhecimentos.

Segundo Gubert *et al.* (2009) usaram as oficinas e dinâmicas como tecnologias educativas em seu estudo e identificaram que os adolescentes adquiriram novos conhecimentos sobre saúde sexual e reprodutiva, o que pode favorecer para a reflexão de suas práticas e atitudes para o futuro, embora não possam efetivar uma transformação imediata.

A educação permanente em saúde é entendida como prática de ensino-aprendizagem e significa a produção de conhecimentos no cotidiano das unidades de saúde, a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, tendo os problemas enfrentados no dia a dia, no trabalho e nas experiências desses atores como base de interrogação e mudança. Portanto, a partir da reflexão crítica sobre o que está acontecendo no serviço e sobre o que precisa ser transformado, do comprometimento individual para o coletivo, busca-se espaços para o grupo se manifestar e, juntos, construir um cotidiano de trabalho melhor, tendo em vista a integralidade (CECCIM, 2005).

A formação dos cirurgiões-dentistas no Brasil tem sido sistematicamente criticada por seu caráter excessivamente tecnicista, gerando uma visão fragmentada e reducionista do processo saúde-doença, em detrimento de aspectos fundamentais, como uma relação paciente e profissional mais humanizada. A formação dos trabalhadores da saúde não se orienta pela compreensão crítica das necessidades sociais em saúde bucal e é conduzida, na maioria das vezes, sem debate com os organismos de cogestão e de participação social do SUS (NARVAI, 2006).

Nesse sentido, o MS escolhe a Educação Permanente como ato político de defesa do trabalho no SUS, lançando a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Essa escolha decorreu do desafio para que o setor da saúde correspondesse às necessidades da população, conquistasse a adesão dos trabalhadores, constituísse processos vivos de gestão participativa e transformadora e seduzisse docentes, estudantes e pesquisadores a mais vigorosa implementação do SUS. Assim, a PNEPS é uma proposta político-pedagógica voltada para formação e o desenvolvimento de trabalhadores do SUS. Além disso, configura-se como uma proposta de ação para tentar contribuir para a necessária transformação dos processos formativos e das práticas pedagógicas e de saúde, incluindo ainda a organização dos serviços, construindo espaços coletivos para a reflexão e avaliação, sendo que o objeto de transformação é o sujeito no processo de trabalho (BRASIL, 2009).

Diversos autores fazem críticas às práticas pedagógicas adotadas nas ações de Educação em Saúde realizadas no espaço da escola usualmente persuasivas, de caráter higienista, com transmissão verticalizada de conhecimentos e negação da subjetividade nos processos educativos, características estas que tornam as ações de Educação em Saúde pouco efetivas (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010; GAZZINELLI *et al.*, 2005).

Nessa perspectiva, o desenvolvimento e o crescimento do adolescente saudável demanda uma série de cuidados os quais influenciam a autoestima e a autoimagem do adolescente, com destaque para as ações educativas em saúde. A Educação em Saúde, para o MS, é o processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população, o qual deve contar com a participação ativa da comunidade (BRASIL, 2007). Assim, destaca-se a importância da promoção da saúde do adolescente nesse aspecto, pois a orientação acerca da autoimagem, autoestima e autocuidado são fundamentais para a prevenção de agravos nesta faixa etária.

A adolescência é tida como um período de risco aumentado para cárie dentária, em decorrência do precário controle de placa e da redução dos cuidados com a higiene bucal agravados pela maior independência em relação ao consumo de uma alimentação mais

açucarada. Paradoxalmente, apesar dessa negligência com a saúde bucal e do risco aumentado de cárie nesta fase, a estética bucal é importante para a autoimagem e o convívio social do adolescente. Comparada à saúde geral, a maioria dos jovens são mais rigorosos quanto à percepção da saúde bucal, pois estão envolvidos aspectos afetivos, estéticos e sociais (GARBIN *et al.*, 2009).

Uma vez que a boca revela de maneira cumulativa e incontestável as disparidades sociais em saúde (NORTHRIDGE; LAMSTER, 2004), o ambiente social no qual o indivíduo nasceu e recebeu os cuidados, principalmente na primeira infância, tais como nível educacional materno e situação econômica familiar irão deixar marcas e desenharem o futuro da saúde bucal do adolescente (PERES *et al.*, 2009).

A autopercepção do indivíduo sobre as condições bucais em sua qualidade de vida exerce função preventiva e educativa em saúde bucal, facilitando melhores direcionamentos das ações em saúde de modo abrangente. Os instrumentos que reproduzem o impacto de doenças bucais nas atividades diárias e, conseqüentemente, na qualidade de vida, sob perspectiva do próprio indivíduo afetado, são denominados indicadores qualitativos (DUQUE *et al.*, 2013).

Dentro das ações de prevenção e Educação em Saúde, destaca-se a autopercepção, já que, por meio de incentivo motivacional e clínico, o paciente é capaz de avaliar a necessidade de cuidados com sua saúde bucal. É importante compreender como o paciente avalia sua saúde bucal, pois está vinculada à percepção e atenção dirigida ao problema. A educação em saúde bucal não se baseia apenas em transmitir a informação e sim estimular e motivar o indivíduo na conscientização de aprender higienizar a cavidade bucal e ter hábitos de dieta saudáveis para valorizar a função e estética, tornando-o responsável por sua saúde bucal (RODRIGUES, 2016).

Considerando que as pessoas, quando sujeitos de seu aprendizado, identificam seus problemas e tornam-se capazes de intervir buscando as possíveis soluções, uma adequada prática de Educação em Saúde corrobora no sentido de ampliação da autonomia no cuidado e na promoção da saúde (SILVA *et al.*, 2011).

A autoestima pode ser definida como o somatório de valores que uma pessoa atribui a si mesma, influenciada por fatores afetivos, emocionais e sociais. Portanto, a autoestima de um indivíduo é também resultado das relações que ele estabelece ao longo de toda a vida, levando à avaliação geral que o adolescente faz do que ele significa para as pessoas com quem convive e assim, formular seu autoconceito (FELICIANO *et al.*, 2012). A

autoestima e a sexualidade mantêm estreita relação, assim o amor próprio é um fator indispensável para o indivíduo manter boas relações afetivas-sexuais (TORRES, 2007).

O trabalho de Marques *et al.* (2005) analisou a necessidade de intervenção ortodôntica e implicações psicossociais dos problemas dentofaciais e qualidade de vida, observou-se que a maloclusão é considerada um problema de saúde pública podendo interferir negativamente na qualidade de vida, prejudicando, assim, a interação social e o bem-estar psicológico dos indivíduos acometidos. Sendo assim, a indicação ao tratamento realizado pelo profissional deveria se basear não somente no exame clínico como também no conhecimento do impacto negativo da maloclusão sobre a qualidade de vida do sujeito. Isso demonstra a necessidade da utilização de parâmetros subjetivos que avaliem os aspectos pessoais de cada paciente, o que justifica, portanto, a ampliação da utilização de indicadores qualitativos e torna os critérios clínicos compatíveis com a autopercepção do paciente (MARQUES *et al.*, 2005).

A vulnerabilidade na adolescência aumenta devido às condutas, muitas vezes, impensadas, e até mesmo em decorrência da baixa autoestima. A maioria dos jovens, nas relações sexuais, não usam métodos contraceptivos eficazes que previnam a gravidez e as IST. Dessa forma, o aumento de informações acerca das IST e a sensibilização ao uso de preservativos juntamente com atividades educativas que promovam o aumento da autoestima e o bem-estar entre os adolescentes é de extrema importância na prevenção desses agravos (TORRES, 2007). Para o alcance do autocuidado em qualquer indivíduo é essencial que os profissionais de saúde conheçam as crenças seguidas por ele, além de levá-lo a refletir acerca da decisão da forma como aprendem a se cuidar (componente cognitivo), sobre se cuidar (componente afetivo) e passar a se cuidar (componente comportamental) (XAVIER *et al.*, 2009).

Para que o trabalho envolvendo as questões de autocuidado, sexualidade e prevenção de IST/HIV tenha um melhor resultado, é imprescindível a abordagem da temática autoestima, pois o resgate desta contribui para a promoção do bem-estar e chama a atenção para a importância da autoprevenção, além de contribuir para reflexões sobre a necessidade do empoderamento frente à promoção da saúde sexual e reprodutiva (LAGES, 2009).

As metodologias participativas de Educação em Saúde em intervenções de promoção da saúde sexual e reprodutiva proporcionam a desmistificação dos temas relacionados à sexualidade e os adolescentes tornam-se ativos no processo de construir o conhecimento conjuntamente aos facilitadores da atividade (BECHARA *et al.*, 2013).

Vale ressaltar para os adolescentes por meio das atividades intervencionistas que as temidas infecções sexualmente transmissíveis (IST) também podem ser contraídas pelo beijo. O Departamento de Saúde dos EUA considera que pode haver risco, apesar de muito pequeno, de transmissão do vírus HIV, causador da doença Aids, por meio do beijo na boca caso existam feridas ou sangramento nesse local. O risco de transmissão do HIV por meio do beijo na boca teoricamente é maior em pessoas com *body-piercing* na língua ou lábios, um beijo mais ardente poderia provocar sangramento na região do *body-piercing*, havendo o risco de infecção do vírus HIV se o sangue entrar em contato com uma lesão bucal ou corte como nos casos de o indivíduo apresentar gengivites ou ter sido submetido à cirurgia oral (C.D.C., 2015).

O HIV é transmitido nos líquidos orgânicos que contêm vírions livres e células T CD4+ infectadas. Esses líquidos incluem sêmen, leite materno, sangue, secreções vaginais e líquido amniótico. Essa doença infecciosa se integra ao sistema imunológico, causando imunossupressão e, conseqüentemente, a Aids. Os pacientes com HIV/Aids exprimem diversos sintomas relacionados com a doença e as manifestações clínicas da infecção pelo HIV/Aids são extensas e podem atingir diversos órgãos do corpo (SMELTZER *et al.*, 2012).

A infecção pelo HIV é caracterizada pelo aparecimento de um conjunto de doenças consideradas como seus indicadores, podendo ser em forma de manifestações bucais tais como candidíase oral, herpes simples, queilite angular, leucoplasia pilosa, doença periodontal e entre outras. Essas manifestações são muito comuns e, na maior parte das vezes, são os primeiros sinais e sintomas da doença, e o cirurgião-dentista é, nesses casos, o primeiro a se deparar com o fato (TONELLI *et al.*, 2013).

Percebe-se que quase não há atividades na área da Educação em Saúde que englobe a saúde bucal e a prevenção IST/HIV, que é relevante haja vista que muitas dessas IST podem ser transmitidas via oral e que, após instaladas, apresentam sintomatologia na cavidade oral caracterizando as primeiras manifestações clínicas das infecções.

As IST mais frequentemente transmitidas pelas relações sexuais ou que podem ser adquiridas por via oral são: Herpes, HPV, Sífilis, HIV, Candidíase, Hepatite B, Cancro Mole e Gonorreia.

- **HPV** - O *Condiloma acuminatum* tem aspecto de verruga e é causado pelo Papilomavírus humano ou *Human Papillomavirus* (HPV). Aparecem na boca, verrugas achatadas e esbranquiçadas, que têm um formato bem peculiar de “crista de galo”, nome pelo qual são comumente conhecidas. Podem aparecer

de forma única ou é mais comum que existam muitas verrugas pequenas, normalmente indolores e imperceptíveis para seus portadores, podendo aparecer nas pontas das papilas da gengiva, na língua, na bochecha, palato, na garganta e tonsilas. Os sorotipos HPV 16 e HPV 18 são cancerizáveis, sendo os carcinomas de células escamosas os de maior ocorrência (BRASIL, 2010).

- **Sífilis** – Causada por uma bactéria *Treponema pallidum*, manifesta-se na boca, língua, palato, bochechas, lábios, faringe e gengiva, aparecendo pela primeira vez após aproximadamente 21 dias do contato direto com a área infectada. Apresenta um aspecto de vulcão, ou seja, uma úlcera de bordos elevados e duros, por essas características, a lesão primária da Sífilis recebeu o nome de “Cancro Duro”. A lesão primária depois de algum tempo desaparece e a doença continua evoluindo para a Sífilis secundária, que pode ser caracterizada por pequenas roséolas, simétricas e bilaterais, comumente ocorrem no palato, língua e bochechas. As lesões secundárias continuam evoluindo e podem acometer o sistema nervoso central do indivíduo, configurando-se a terceira fase conhecida por Goma Sifilítica. A Sífilis ainda pode ser transmitida pela mãe gestante por via placentária, sendo mais comum, após o terceiro mês de gravidez, ocorrendo a Sífilis congênita, o que acarreta que a criança possa ter má formações, como nariz em forma de cela e dentes malformados em forma de barril (BRASIL, 2010).
- **Gonorreia ou Blenorragia** - A Gonorreia é causada pela bactéria *Neisseria gonorrhea* e pode ser adquirida do trato genito-urinário pelo meio bucal, causando uma infecção que acomete a boca, faringe e tonsilas palatinas. É uma doença que pode causar irritação, supuração, mal-estar e febre. De acordo com a literatura, ela pode desaparecer sozinha, após no máximo três meses da infecção (BRASIL, 2010).
- **Cancro Mole** - Aparecem de um a quatro dias após o contato sexual e é causado por uma bactéria denominada *Haemophilus ducrei*. São lesões em forma de úlceras com bordos elevados e moles, transmitidas por relações sexuais principalmente oro-anais, oro-genito-anais e oro-genitais. Essas lesões podem aparecer na boca, lábio, faringe, bochecha; são úlceras dolorosas e purulentas (BRASIL, 2010).

- **Candidíase** - É causada por um fungo chamado *Candida albicans*, conhecida popularmente de “Sapinho”, que pode ser transmitido pelo beijo na boca e por uma relação buco-genital desenvolvendo a doença. Essa patologia se manifesta na forma de uma lesão leitosa que é facilmente removida. Na boca, a maior frequência é no ângulo do início da comissura bucal e na bochecha. Sua manifestação é facilitada pela utilização exacerbada de antibiótico o que favorece o desenvolvimento da microbiota fúngica (BRASIL, 2010).
- **Aids:** A Aids é uma doença que representa um dos maiores problemas de saúde da atualidade em função do seu caráter pandêmico e de sua gravidade. Os infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) evoluem para uma grave disfunção do sistema imunológico, à medida que vão sendo destruídos os linfócitos T CD4+ , uma das principais células-alvo do vírus (BRASIL, 2010).
- **HIV:** A Síndrome da imunodeficiência adquirida é transmitida pelo vírus HIV I e II por meio de relações sexuais genitais, anais, buco-genitais, buco-anais e buco-genito-anais em contato direto com líquido e mucosa vaginal ou anal, fluidos, esperma e principalmente sangue. Pode ser também uma forma de contágio a utilização de injeções com material não descartável contaminado. Manifestam-se na boca, por meio da exacerbação de aftas, candidíase, condições herpéticas, aumento da reação inflamatória em doenças periodontais. Apesar de serem menos frequentes os casos de transmissão por sexo oral, o vírus pode ser transmitido por essa via sexual da seguinte maneira: se o adolescente tiver algum sangramento, como o sangramento gengival, aftas ou quaisquer tipos de lesões na boca, que exponham o tecido conjuntivo e, que na ocasião em que esse processo ulcerativo estiver presente, ele entre em contato com uma pessoa que seja portadora do vírus e que tenha também qualquer pequena ulceração em mucosa o que pode favorecer a transmissão do vírus (BRASIL, 2010).
- **Herpes:** O herpes é uma doença causada pelo vírus *Herpes simplex*, podem ser do tipo I – *Herpes bucalis* ou do tipo II – *Herpes genitalis*, os dois tipos, associados ou separados, podem se manifestar na boca e na genitália após aproximadamente 14 dias do contágio. Pode acometer também a faringe, língua, palato e tonsilas. Os sintomas do herpes oral incluem febre, cansaço, dores musculares e irritabilidade. As bolhas doloridas aparecem nos lábios,

gengivas, na parte anterior da língua, no interior da bochecha, garganta e do palato. Caracterizada pela presença das vesículas cheias de líquido geralmente presente nos lábios que podem inchar e arrebentar, resultando em sangramento. O Herpes oral torna difícil para o paciente o ato de se alimentar, beber e falar, sendo uma doença altamente contagiosa apenas quando as bolhas entram em erupção e depois desse período fica latente no organismo do indivíduo. Muitas vezes, essa infecção reaparece devido à ocorrência de febre alta, exposição solar e baixa resistência imunológica (BRASIL, 2010).

- **Hepatite B:** As hepatites virais são doenças de notificação compulsória, ou seja, cada ocorrência deve ser notificada por um profissional de saúde. O HBV tem alto poder de infectividade e é facilmente transmitido pela via sexual, por transfusões de sangue, procedimentos médicos e odontológicos, hemodiálises sem as adequadas normas de biossegurança, pela transmissão vertical (mãe-filho), por contatos íntimos domiciliares (compartilhamento de escova dental e lâminas de barbear), acidentes perfurocortantes, compartilhamento de seringas e de material para a realização de tatuagens e *piercings* (BRASIL, 2010).

Vale ressaltar que a gengivite, que é uma periodontopatia caracterizada por gengivas vermelhas, sangrentas e raramente dolorosas, pode ser considerada via de transmissão de IST por meio do beijo ou sexo oral caso o parceiro também tenha gengivite, *body-pirceng* ou lesões sangrentas na cavidade bucal (BRASIL, 2010).

A infecção ocorre por contato sexual direto, por meio das relações bucais, também conhecidas como sexo oral, ocorrendo, então, por relacionamentos sexuais buco-genitais, buco-anais e buco-genito-anais, como também podem ocorrer tão somente pelas relações buco-bucais. São mais susceptíveis aqueles que têm sangramentos gengivais, ulcerações bucais e lesões nos tecidos epiteliais da boca ou orofaringe, associados a uma má higiene bucal (ALOISE, 2009).

O sexo oral sem proteção também é uma via favorável para contrair infecções sexualmente transmissíveis. E em alguns casos, uma IST oral pode ser até mais difícil de diagnosticar e tratar. O cirurgião-dentista pode reconhecer os sintomas orais de uma IST e instruir o paciente a procurar um profissional de saúde para ser definido o diagnóstico final. Segundo a literatura científica internacional, muitos pacientes sequer consideram o sexo oral como um autêntico intercuro sexual (BRASIL, 2010).

O relacionamento sexual seguro sempre deve ser com o uso do preservativo, enfatiza-se que é fundamental uma excelente higiene bucal, por meio da escovação, utilização do fio dental corretamente e cremes dentais, além de utilizar como coadjuvantes enxaguatórios bucais com formulação antisséptica sem álcool. Esses procedimentos citados são a melhor forma de prevenção das doenças bucais sexualmente transmissíveis. Uma higiene eficaz corpórea e uma higiene bucal adequada são formas de evitar o estabelecimento de doenças por ulcerações e lesões do tecido epitelial; os controles periódicos em consultórios odontológicos e médicos; uma vida regrada sem o risco de sexo inseguro e com o mesmo parceiro/a. Assim, observa-se que higiene bucal é a forma mais simples, menos onerosa e segura de prevenção para inúmeras doenças, cuja porta de entrada é o meio bucal, principalmente quando ulcerado (ALOISE, 2009).

3.3 Prevenção de IST/HIV na adolescência: a escola como espaço promotor de saúde

Percebe-se que os adolescentes ainda têm muitas dúvidas no tocante às infecções sexualmente transmissíveis e que muito do que eles sabem foi repassado pelos amigos ou pela mídia. Às vezes, no ambiente escolar o tema é abordado na disciplina de Ciências. Com isso, observa-se que os professores, muitas vezes, dão pouca ênfase para as IST e para os métodos contraceptivos, necessitando de fato de um apoio da Equipe de Saúde da Família para abordar essa temática com mais afinco. Nessa perspectiva, a escola se torna um *locus* propício para desenvolver atividades voltadas para a Promoção da Saúde e isso proporciona, ao longo do tempo, vários significados que ela representa em seu contexto social e comunitário (CATRIB, 2011).

Tanto a concepção de saúde quanto a visão do processo ensino-aprendizagem foram modificando-se ao longo do tempo, possibilitando uma nova maneira de se considerar educação e saúde. Nesse sentido, os programas de saúde escolar foram sendo organizados, estruturados e desenvolvidos a partir de distintas representações de concepções sobre saúde e educação, repercutindo em práticas de saúde na escola, que assumem diferentes justificativas e permitem a construção de diversos modelos (GOMES, 2012).

Nas escolas, o trabalho de promoção da saúde com os sujeitos precisa ter como ponto de partida “o que eles sabem” e “o que eles podem fazer”, desenvolvendo em cada um a capacidade de interpretar o cotidiano e atuar de modo a incorporar atitudes e/ou comportamentos adequados para a melhoria da qualidade de vida. Assim, dos profissionais de saúde e de educação espera-se que, no desempenho das suas funções, assumam uma atitude

permanente de empoderamento dos estudantes, professores e funcionários das escolas, o princípio básico da promoção da saúde (PORTUGAL, 2006; DEMARZO; AQUILANTE, 2008).

Na maioria dos casos, a escola tem sido um espaço de aplicação de medidas de controle e prevenção de doenças, de intervenções pontuais que tentam enfrentar “questões nosológicas do momento” (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010). Isso porque o setor saúde costuma ver a escola e seus estudantes como um grupo passivo para a realização de ações de saúde (CERQUEIRA, 2007). Observa-se que os conteúdos de saúde devem compor a formação dos estudantes com a abordagem transversal e interdisciplinar, presentes em todos os níveis escolares, com o discurso do cotidiano escolar, conforme preconizado nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010).

O panorama mundial da Promoção da Saúde e a nova visão da Educação em Saúde como prática crítica, reflexiva e empoderadora vêm desafiando o sistema de saúde brasileiro a repensar suas estratégias e investimentos políticos (BRESSAN, 2011). Nesse contexto, a escola surge como um espaço social com grande potencial promotor de saúde, favorecendo o desenvolvimento de atitudes e práticas saudáveis, não apenas entre os escolares, mas extensivo às famílias e à comunidade (BRASIL, 2010a).

Assim o Programa Saúde na Escola (PSE) nasce da necessidade de interagir e integrar os setores saúde e educação, ampliando o resultado das ações de saúde aos estudantes e seus familiares. Para isso, faz-se necessário realizar ações que envolvam a assistência, a promoção da saúde e a prevenção de agravos na Atenção Primária (PAIVA, 2012).

Os principais objetivos do PSE são: articular as ações da rede pública de saúde com as ações da rede pública da Educação Básica, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis; contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos; fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades no campo da saúde e intensificar o vínculo por meio da comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes (BRASIL, 2009).

O PSE além de pautar a lógica do cuidado em saúde que fundamenta a ESF, defende a escola como espaço comunitário coletivo, com importante papel dinamizador de informações e conceitos que poderão contribuir para a consolidação de famílias e comunidades mais saudáveis (SILVA, 2010).

De acordo com Maciel *et al.* (2010), a melhor contribuição que a saúde poderia oferecer à educação reside na possibilidade de uma ação integrada e articulada, de maneira crítica e reflexiva, que possa significar oportunidade de atualização dos educadores, capacitando-os para a tarefa de ministrar o discurso sobre orientação à saúde de forma transversal e interdisciplinar.

Nesse sentido, percebe-se que, quando a escola assume em seu Projeto Político Pedagógico o compromisso com a orientação sexual, pode ser capaz de contribuir para que crianças e adolescentes desenvolvam a comunicação nas relações interpessoais, elaborem valores a partir do pensamento crítico, compreendam o próprio comportamento e tomem decisões responsáveis a respeito da sua vida sexual (FONSECA *et al.*, 2010).

A escola, que tem como missão primordial desenvolver processos de ensino-aprendizagem, desempenha papel fundamental na formação e atuação das pessoas em todas as arenas da vida social. Juntamente com outros espaços sociais, ela cumpre papel decisivo na formação dos estudantes, na percepção e construção da cidadania e no acesso às políticas públicas. Desse modo, pode tornar-se *locus* para ações de promoção da saúde para crianças, adolescentes e jovens adultos (DEMARZO; AQUILANTE, 2008).

As práticas educativas só são efetivas e eficazes quando ocorre a participação crítica dos educandos, por meio da formação de uma consciência crítica, de pensamento reflexivo, em que o sujeito é integrado à sua realidade. Essas características constituem o Modelo Dialógico da pedagogia crítico-social, no qual se destaca a Educação em Saúde. (FREIRE, 2007).

É de fundamental importância a construção de uma nova concepção de “Educação em Saúde”, em que deve ser realizada pelo reconhecimento das desigualdades existentes e no desenvolvimento de ações educativas específicas, direcionadas aos vários grupos populacionais de forma a conscientizá-los, para que possam tomar suas próprias decisões; reafirmando o modelo libertador de Educação em Saúde, como o modelo da “nova” saúde pública (SANTOS; ASSIS, 2006).

Como resultado da ampliação das Equipes de Saúde da Família, observou-se um aumento nas demandas, exigindo mais recursos, responsabilização dos atores envolvidos e a necessidade de instituir processos de formação permanente desses sujeitos. E a este processo de formação é instituído a função de construir competências e habilidades para uma educação significativa e orientada para a transformação das práticas por meio do trabalho em equipe, formação de vínculos, corresponsabilização e participação (CARDOSO; REIS; IERVOLINO, 2008; HORTA, 2010; COSTA *et al.*, 2013).

Tanto os profissionais de saúde quanto os professores necessitam estar preparados para suas intervenções que abordam além do modelo biológico, iniciar discussões e incitar reflexões acerca de assuntos comportamentais enquanto uma dimensão socialmente construída, contemplando as perspectivas físicas, psicológicas, emocionais, culturais e sociais, evitando, contudo, o reducionismo biológico no intuito de estar mais próximo ao adolescente e alcançar com mais pertinência a saúde integral (BORGES; NICHATA; SCHOR, 2006; COSTA; QUEIROZ; ZEITOUNE, 2012).

Assim, temas comportamentais deveriam ser trabalhados transversalmente em todas as disciplinas do currículo escolar, com professores devidamente preparados para essa função, utilizando uma metodologia participativa, com base na necessidade, realidade e manifestação do próprio adolescente (JARDIM; BRÊTAS, 2006; MOIZÉS; BUENO, 2010).

A temática da sexualidade tornou-se um grande dilema para os educadores, englobando vários motivos, como a percepção do professor acerca dessa temática, a sua autoavaliação, a abordagem em sala de aula, a maneira de conduzir as discussões, bem como seus tabus, religiosidade e aspectos culturais (BARCELOS; JACOBUCCI, 2011).

A Lei 60/2009 estabelece a inserção da disciplina de Educação Sexual nas escolas públicas e privadas com a finalidade de valorizar a sexualidade e afetividade entre as pessoas, permitir de um modo geral informações mais seguras sobre sexualidade, bem como reduzir consequências negativas de comportamentos sexuais de risco (BRASIL, 2009).

É preciso, portanto, que o educador se encontre preparado para trabalhar essas questões com seus alunos, de modo que seus conhecimentos estejam mais amplos sobre o conteúdo a ser discutido, para poder esclarecer dúvidas, repassar informações adequadas, sem impor crenças e seus valores, respeitando a autonomia dos escolares para aumentarem seus conhecimentos. Cabe ressaltar que a educação sexual oferecida pela escola não diminui a função que a família possui em instruir seus filhos a respeito da sexualidade, apenas a complementa (RODRIGUES; WECHESLER, 2014).

Sabe-se que a informação não garante o conhecimento, mas é a sua base. O conhecimento se constrói a partir da informação; ele resulta da interação do sujeito com o objeto e tem a ver com a interpretação pessoal, que, pela experiência, confere significado ao objeto, ou seja, é a forma como se apreende a informação e se aprende um conteúdo. Essa apreensão é totalmente individual e pessoal, mas tem um vínculo com o saber universal e com a comunidade científica (WERNECK, 2006).

As informações podem partir de diversas fontes, como família, amigos e escola; porém, alguns estudos indicam que a família não é muito citada como fonte de informação

sobre sexualidade e IST (COSTA *et al.*, 2010). Os estudos de Brêtas (2009) afirmam que os pais têm dificuldades de abordar o tema sexualidade com seus filhos adolescentes, por não terem tido espaço para isso quando mais jovens. Assim, os pais atribuem esse papel à escola e esta, por sua vez, tem dificuldades em cumpri-lo, pois os professores, muitas vezes, se sentem despreparados.

No estudo de Rodrigues *et al.* (2015), percebeu-se que apesar do bom conhecimento pela maioria dos adolescentes sobre a Aids, o mesmo não se refletia na adoção de práticas de uso da camisinha e acesso aos serviços locais especializados para atendimento à saúde.

Sabe-se que as atividades de saúde na escola aproximam crianças e adolescentes do sistema de saúde, principalmente se os conteúdos forem trabalhados juntos como as experiências, anseios e ideais dessa população, constituindo um potencial para o cuidado (GOMES; HORTA, 2010). Por fim, torna-se necessário, portanto, que a atuação das unidades de saúde supere a sua função de porta de entrada do sistema de saúde, incorporando os espaços coletivos da sua área de abrangência e estabelecendo relações com outros setores (SUCUPIRA, 2013).

4 METODOLOGIA

4.1 Caracterização do estudo

Este estudo é do tipo intervenção, longitudinal, descritivo com abordagem quanti-qualitativa. Optou-se pela utilização de diferentes abordagens metodológicas ao longo dele, pois busca compensar possíveis análises que não seriam inteiramente abstraídas somente com uma abordagem. Além disso, o método associa a objetividade da pesquisa quantitativa trazida pelos dados obtidos por meio da aplicação dos questionários, com a subjetividade da pesquisa qualitativa, a partir do desenvolvimento das oficinas educativas a serem realizadas.

O estudo de intervenção também é chamado de ensaio comunitário dentro de uma abordagem predominantemente quantitativa, não randomizada e não concorrente. Assim, nessa modalidade de pesquisa, o investigador introduz uma intervenção em determinado grupo populacional, utilizando um instrumento antes e depois da intervenção para que se possa avaliar o impacto das ações realizadas (POLIT; BECK; HUNGLER, 2010; CRESWELL, 2010).

O estudo longitudinal pode ser de dois tipos: prospectivo ou estudo de coorte concorrente e retrospectivo ou estudo de coorte histórica. São também chamados de estudo de seguimento ou *follow-up* porque o investigador segue os sujeitos da amostra por um determinado tempo (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2012).

Segundo Almeida Filho (2012) afirma que na pesquisa de intervenção o processo de pesquisar é indissociável da intervenção, isto é, o ato de pesquisar traz as práticas interventivas, as quais agem de forma interligada com todas as forças da instituição, de forma que a pesquisa caminhe na complexidade dos acontecimentos investigados.

Do ponto de vista de seus objetivos, a pesquisa científica pode ser considerada descritiva quando o pesquisador observa, registra, analisa, classifica, interpreta e descreve os fatos observados, sem interferir neles, e, ainda, visa a descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Procura descobrir a frequência com que um fato ocorre, sua natureza, suas características, causas, relações com outros fatos. Assim, para coletar tais dados, utiliza-se de técnicas específicas, dentre as quais se destacam a entrevista, o formulário, o questionário, o teste e a observação (PRODANOV; FREITAS, 2013).

A abordagem quantitativa é empregada nos estudos quando se busca a relação efeito-causa entre os fenômenos ou a descrição de determinada hipótese ou problema

complexo, analisando a interação de certas variáveis. A pesquisa quantitativa traduz em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las, requerendo o uso de recursos e técnicas estatísticas (PRODANOV; FREITAS, 2013).

De acordo com Minayo (2011), a abordagem qualitativa também é capaz de incorporar significado e intencionalidade aos atos, às relações e às estruturas sociais, permitindo uma aproximação com a realidade, uma vez que associa significados, motivações, crenças, valores, atitudes e aspirações. Pode-se exemplificar nesse estudo a proximidade do profissional da área da Odontologia com a escola e, ao se aplicar a intervenção por meio das oficinas educativas, foi possível observar as perspectivas, vivências, experiências, significados e sentimentos mencionados pelos adolescentes em relação às temáticas abordadas.

Diante disso, foi realizada uma pesquisa de campo com a coleta de dados referentes aos fatos e fenômenos como ocorrem na realidade e, por meio da expressão oral durante a intervenção educativa obteve-se significados e sentimentos, que caracterizam os fatos segundo a ótica dos participantes, posteriormente, seguiu-se à análise e interpretação desses dados, com base em uma fundamentação teórica consistente, objetivando compreender e explicar o problema pesquisado.

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no período de março a agosto de 2016, em uma escola pública municipal de Carnaubal-CE, localizada na zona urbana. O município de Carnaubal fica localizado na microrregião da Ibiapaba, na região noroeste cearense. Sua população estimada, em 2015, era de 17.463 habitantes (IBGE, 2015). A rede de ensino é composta por 27 escolas municipais, duas estaduais e uma particular. A rede pública municipal possui 3.467 alunos matriculados e todas são de ensino fundamental (SECRETARIA DE EDUCAÇÃO DO MUNICÍPIO DE CARNAUBAL, 2016).

A escolha do local para o estudo foi intencional, uma vez que faz parte da área adscrita que envolve a (ESF- Horácio Fontenele de Sampaio conhecida popularmente como Sede II, a qual a pesquisadora atua na Estratégia de Saúde da Família) e era a única escola pertencente à área que possuía adolescentes matriculados.

A referida escola oferece além das atividades educacionais regimentais, atividades culturais e esportivas, além disso, é favorável à realização de atividades educativas que visem à saúde dos escolares e possui um total de 368 alunos matriculados desde a creche ao ensino

fundamental, segundo dados baseados no quantitativo de alunos matriculados no ano letivo de 2016, obtidos na Secretaria de Educação do Município de Carnaubal-CE. A escola é vinculada à ESF-Sede II por meio do Programa de Saúde na Escola, desde o ano de 2011, quando se avalia a saúde bucal e as condições antropométricas dos estudantes anualmente (SECRETARIA DE EDUCAÇÃO DO MUNICÍPIO DE CARNAUBAL, 2016).

No ano de 2015, no município de Carnaubal-CE, observou-se um elevado índice de gravidez na adolescência, sendo 51 casos em apenas um semestre. Ao avaliar os índices epidemiológicos a respeito IST/HIV, analisou-se que não há nenhuma notificação de adolescentes com o vírus HIV, mas algumas IST têm sido mais recorrentes, tais como: *Candidiade vaginalis* (infecção fúngica) e *Gardnerella vaginalis* (infecção bacteriana), foram notificados 4 e 16 casos respectivamente (SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CARNAUBAL, 2016).

4.3 População e amostra

A população foi constituída de 129 adolescentes, mas apenas 109 compuseram a amostra. Os participantes eram de ambos os sexos, devidamente matriculados na escola. Fizeram parte do estudo os adolescentes que estavam cursando as etapas finais do ensino fundamental, a saber: 7º ano (48 alunos); 8º ano (49 alunos) e 9º ano (29 alunos). Daqueles adolescentes que desistiram, os principais motivos foram religiosos.

Considerou-se como critérios de elegibilidade dos participantes: estar regularmente matriculado e na faixa etária de 12 a 18 anos, segundo a definição de adolescência mencionada no Estatuto da Criança e do Adolescente, participar de todas as atividades educativas do estudo mediante a devolução do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (assinado pelos pais e/ou responsáveis) e do termo de assentimento (TA) (assinado pelos adolescentes).

Os alunos foram convidados a participar da pesquisa de forma voluntária, por meio do preenchimento de uma ficha de inscrição que foi apresentada pela pesquisadora nas salas de aula com data e horário previamente agendados para exposição dos objetivos do estudo.

4.4 Procedimentos para a coleta de informações

Os dados foram coletados por meio da aplicação de dois instrumentos: questionários pré e pós intervenção, com questões fechadas e o preenchimento realizado individualmente por cada escolar, os registros ocorreram por meio das fotografias, gravação de áudios dos participantes durante as atividades educativas e posterior transcrição literal das falas e anotações das inferências dos pesquisados observadas nas dinâmicas de grupo realizadas durante as oficinas educativas. As informações obtidas durante a execução da intervenção foram organizadas de acordo com os aspectos mais relevantes para o estudo e a seguir serão apresentadas detalhadamente as cinco fases que compuseram o estudo:

4.4.1 Fase 1: contato com a escola

Para iniciar o estudo, contatou-se com a diretora da escola e foi previamente agendada uma reunião, de acordo com as disponibilidades dos professores e da pesquisadora, sendo realizada em local privado, no caso na sala dos professores. Houve a divulgação do projeto de pesquisa e apresentação documental que respalda a ética do trabalho a ser realizado com seres humanos e a carta de anuência concedida pela Secretária de Educação do Município de Carnaubal-CE que consentia a pesquisa ser realizada no ambiente escolar, bem como foram citados os objetivos e a metodologia do estudo.

Percebeu-se que no instante da reunião todo o corpo docente mostrou-se solícito com a aceitação do projeto de pesquisa, sentiram-se sensibilizados com o estudo, citaram ser uma experiência oportuna, pertinente e enriquecedora para os adolescentes e se prontificaram em auxiliar a pesquisadora em quaisquer momentos durante o período que estivesse desenvolvendo as atividades intervencionistas.

4.4.2 Fase 2: encontro com os pais ou responsáveis

Posteriormente, foi enviado aos pais e responsáveis um convite informativo de uma reunião na escola realizada em local privado, no espaço da biblioteca, e agendado por horário diferenciado para cada turma. Aos que compareceram foi explicado todos os detalhes sobre a pesquisa e apresentado os materiais de coleta de dados: TCLE, TA e os questionários e ao término houve o esclarecimento das dúvidas. Vale esclarecer que, por parte dos pais faltosos às reuniões, o consentimento ocorreu de maneira processual, a pesquisadora estava

presente no fim dos turnos das aulas na escola com o intuito de esclarecer dúvidas pertinentes sobre a pesquisa e para o recolhimento dos termos de consentimento.

4.4.3 Fase 3: reunião com os escolares

Após pactuações entre pesquisadora, educadores e familiares, foi divulgado o projeto junto aos adolescentes e realizado o preenchimento da ficha de inscrição para aqueles que pretendiam participar do estudo, inclusive foi solicitado o preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido dos pais ou responsáveis e de assentimento por parte deles. O que mais incentivou a participação no estudo por parte dos escolares foi quando se mencionou que iriam participar de uma “*baladinha educativa*”, uma dinâmica idealizada para uma das oficinas educativas.

4.4.4 Fase 4: aplicação do questionário pré-intervenção

Antes de iniciar as atividades educativas, foi aplicado um instrumento, o questionário pré-intervenção, em cada turma com horários e datas previamente agendados na direção escolar, foi baseado em dois temas centrais: saúde bucal e saúde sexual e reprodutiva e era composto por variáveis sobre esses temas com intuito de identificar os conhecimentos prévios dos adolescentes sobre essas temáticas e continham as variáveis sociodemográficas (APÊNDICE D).

Foram aplicados 109 questionários pré-intervenção, assim estabeleceu-se que esse quantitativo seria a amostra final até concluir todas as etapas da pesquisa, vale ressaltar que, para os faltosos, era agendado um dia para que pudessem responder a um dos questionários ou replicar as atividades intervencionistas referentes ao dia em que faltaram. Esse encontro proporcionou a aproximação da pesquisadora e dos adolescentes por meio da explanação do preenchimento do questionário, bem como os esclarecimentos das dúvidas (APÊNDICE D).

4.4.5 Fase 5: o desenvolvimento das oficinas educativas

Foram realizadas quatro oficinas educativas intituladas: “*Espelho, espelho meu... diga quem sou eu...*”, “*Beijoqueiros na Balada*”, “*Isso serve para quê*” e a “*A árvore do saber*”.

As atividades educativas englobaram as seguintes temáticas: autoimagem da

saúde bucal, sexualidade e prevenção das IST/HIV. Foram formuladas de maneira lúdica e problematizadora. Para isso, utilizou-se a técnica das metodologias ativas com o objetivo de que eles pudessem assimilar da melhor maneira possível as informações e os conhecimentos repassados.

As oficinas tiveram duração, em média, de 1h, e foram realizadas nas dependências da própria escola. Considerando a amostra já mencionada, foram formados pequenos grupos, respeitando as características de cada turma, com no máximo 15 participantes, totalizando, aproximadamente, nove grupos que participaram das atividades educativas. Destaca-se que cada um dos nove grupos participou de quatro intervenções educativas.

A ideia de realizar pequenos grupos tinha a finalidade que a pesquisadora pudesse aprofundar junto aos adolescentes as temáticas a serem abordadas por meio das metodologias participativas, oficinas temáticas, vídeos de debates, exposição dialogada e rodas de conversas.

Para a realização da **Oficina 1: “Espelho, espelho meu...diga quem sou eu...”**, houve a explanação da atividade, entregou-se um espelho pequeno, uma ficha de preenchimento e a escala dos sorrisos para cada escolar com a finalidade de que pudesse observar e citar a perspectiva em relação a sua saúde bucal por meio de uma palavra (definindo-a); e, por meio da escala de sorrisos enumerados, que fosse selecionado um número que representaria o seu sorriso (no sentido real) e o que gostariam de ter (no sentido almejado).

Essa escala elucidava oito tipos de sorrisos que exemplificavam as condições de saúde bucal típicas dessa faixa etária, continham sorrisos que se encontram na fase de transição mista dos elementos dentários, com tecido cariado nos elementos dentários anteriores ou nos posteriores, com aparelho ortodôntico e entre outros.

Ao término da dinâmica, a pesquisadora chamava individualmente cada escolar para um local da sala de aula reservado para avaliar a cavidade bucal e preencher o Odontograma (ficha que contém a representação gráfica dos dentes, na qual o odontólogo anota as características dentárias de cada paciente), para isso utilizou-se máscaras, luvas descartáveis, palitos de madeira e luz artificial, por fim foram discutidas as técnicas de higiene bucal com a utilização de um vídeo e do macro modelo.

Essa oficina tinha como proposta contribuir com a identificação e a percepção da autoestima/autoimagem bucal de cada adolescente participante do estudo, como também obter uma análise individual da cavidade bucal desses escolares realizada pela pesquisadora para

posterior comparativo da autoimagem da saúde bucal mencionada por eles e se era condizente com o exame da cavidade bucal realizada pela pesquisadora.

Para adentrar na temática sobre sexualidade, que antecedeu as discussões sobre prevenção de IST, utilizou-se a **Oficina 2: “Beijoqueiros na Balada”** a partir do cuidado com a boca. Dessa forma, foi provocado o diálogo nos grupos, sobre a necessidade de cuidado em higiene bucal e com as formas de prevenção e transmissão via oral das IST, tendo como mote “o beijo”. Cabe destacar que o enfoque do estudo eram as infecções transmitidas oralmente, mas esse fato não restringiu o diálogo sobre as IST que possam ter como formas de infecção a via sexual.

Os escolares foram para uma sala que estava ornamentada para uma festa. Foi entregue para cada um dos participantes uma sacola vermelha, com figuras geométricas distribuídas aleatoriamente pela facilitadora. Para cada grupo de 15 participantes, foram distribuídos 3 tipos de figuras geométricas, sendo: 5 triângulos; 10 círculos e 15 quadradinhos; podendo conter apenas um, dois ou três tipos em cada sacola.

Solicitou-se aos participantes que dançassem e se misturem pela sala com seus colegas e curtissem a festa, com a finalidade de integração. Em um determinado momento, pediu-se aos participantes que trocassem as figuras geométricas com os colegas que estivessem mais próximos com o intuito de quem tivesse mais ganharia um prêmio, isso para estimular as trocas entre eles.

Após o término da atividade, perguntou-se aos adolescentes o que eles achavam que poderia ser o significado das figuras e eles responderam que não imaginavam do que se tratava. Essa reação foi unânime em todas as séries, então a facilitadora explicou a definição de cada figura geométrica que no caso: o quadrado representava uma pessoa sadia, o círculo simbolizava um portador de IST e o triângulo um portador de HIV.

Nesse momento, observou-se o quanto eles ficaram surpresos com o significado da dinâmica que ocorreu de maneira lúdica com o intuito de que as trocas das figuras entre os colegas eram para elucidar as relações casuais e poder, assim, exemplificar para os escolares que não se pode julgar se uma pessoa é infectada por alguma IST apenas pela aparência, por isso a importância do uso do preservativo em todas as relações sexuais.

Posteriormente, enfatizou-se e discutiu-se com os jovens sobre as IST, que, muitas vezes, são transmitidas em relações sexuais casuais e desprotegidas por exemplo. Caracterizou-se cada doença, citando os agentes transmissores, as formas de contágio, os principais sintomas e os tratamentos através de uma aula expositiva por meio da apresentação de slides.

Logo após, iniciou-se a **Oficina 3: “Isso serve para quê”** por meio de uma exposição dialogada que favoreceu o debate sobre os principais métodos contraceptivos: o preservativo, o anticoncepcional e a injeção hormonal. Após exibição e discussão desses métodos aos alunos, apresentou-se e abordou-se também a pílula do dia seguinte e a camisinha feminina. Para finalizar o encontro, a facilitadora demonstrou o passo a passo de como utilizar corretamente o preservativo masculino e feminino, desde a abertura da embalagem até o procedimento a ser realizado ao término da relação sexual. Por fim, esclareceu-se as dúvidas dos escolares.

Essas duas oficinas objetivaram demonstrar como ocorre a transmissão das IST nas relações sexuais desprotegidas e abordar os principais métodos contraceptivos, bem como ensinar o uso dos preservativos: feminino e masculino como forma de prevenção das IST.

Na **Oficina 4: “A árvore do saber”** optou-se que os adolescentes assistissem a dois vídeos de curta duração com tempo de sete minutos e três minutos, respectivamente, com a finalidade de revisar sobre as IST e as práticas sexuais seguras e o outro sobre as técnicas de higiene bucal. Explicou-se que posteriormente eles iriam produzir a árvore do saber com os conhecimentos adquiridos durante as oficinas a partir dessa pergunta norteadora: Como devemos fazer para cuidar da saúde bucal e prevenir as IST.

Após esse momento, gerou-se uma construção colaborativa de todas as experiências, vivências, informações e conhecimentos adquiridos durante as oficinas ministradas pela pesquisadora. Foi solicitada a participação dos escolares, de maneira livre, para eles transcrevessem, nas folhas de papel entregues individualmente para cada participante, seus sentimentos, suas novas impressões e percepções a respeito da saúde bucal e sexual ou o que mais eles haviam aprendido durante as oficinas educativas com a intenção de que essa mensagem fosse posteriormente anexada na árvore do saber.

Objetivou-se por meio dessa oficina promover autorreflexão sobre a saúde bucal e as práticas sexuais seguras, ressaltando os conhecimentos repassados por meio da construção colaborativa grupal, enfatizando as trocas de saberes e os esclarecimentos das dúvidas pertinentes.

4.4.6 Fase 6: aplicação do questionário pós-intervenção

Após a realização das oficinas educativas, com intervalo de 15 dias, foi aplicado o instrumento, pós-intervenção, em cada turma com horários e datas previamente agendadas na direção escolar, foram aplicados 109 questionários pós-intervenção, era baseado em algumas

perguntas utilizadas no questionário pré-intervenção, com intuito de avaliar a efetividade das ações intervencionistas por meio dos conhecimentos adquiridos, sendo possível analisar o nível comportamental, mudanças de hábitos e opiniões dos adolescentes sobre essas temáticas.

4.5 Variáveis e instrumentos do estudo

O instrumento aplicado na etapa da pré-intervenção abordou os dados sociodemográficos, práticas de saúde bucal, conhecimentos sobre sexualidade, IST/HIV e comportamento sexual; e para a construção do instrumento pós-intervenção selecionou-se quatorze variáveis extraídas do primeiro instrumento com a perspectiva de se analisar a efetividade das intervenções educativas.

Destaca-se que para a obtenção dos questionários utilizou-se instrumentos validados previamente por órgãos nacionais como o Ministério da Saúde. Utilizou-se alguns questionamentos da Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na população brasileira de 15 a 68 anos - PCAP 2008. Outras variáveis foram extraídas do questionário da Pesquisa Nacional de Saúde- PeNSE, do ano de 2012, realizada pelo Ministério da Saúde e também foi utilizada para os dados de saúde bucal a escala odontológica proposta como indicador de saúde bucal em crianças e adolescentes HIV+/SIDA (CAMPOS *et al.*, 2010).

As variáveis sociodemográficas abordaram sobre renda familiar, sexo, idade, estado civil, religião, grau de escolaridade dos adolescentes e do chefe da família, raça, com quem e com quantas pessoas residiam e se exerciam alguma atividade remunerada (APÊNDICE D).

Acerca das variáveis sobre as práticas e conhecimentos de sexualidade, pode-se mencionar: a orientação sexual, o primeiro beijo e a idade, a primeira relação sexual e a idade, se o adolescente já havia recebido orientação sobre IST, métodos contraceptivos e gravidez, quais os conhecimentos por parte deles sobre as IST (Herpes, HPV, Hepatite B, HIV, Sífilis, Gonorreia, Candidíase e Cancro Mole) descritas no questionário, se houve o uso do preservativo na última relação sexual, as formas de transmissão e prevenção das IST, sobre o HIV e as infecções de transmissão via oral (APÊNDICE D).

Quanto às variáveis agrupadas sobre saúde bucal, pode-se citar: a frequência de escovação dentária, se cada membro da família possuía escova dental individualizada, a importância da saúde bucal, como o adolescente considerava seu sorriso, se a procura pelo serviço do profissional dentista era anual, se já havia realizado tratamento odontológico, sobre

orientação educativa e preventiva a respeito da saúde bucal, orientação sobre as manifestações bucais decorrentes das IST, observações da cavidade bucal sobre sangramento gengival, cárie dentária, mal posicionamento dos dentes, lesão bolhosa e, por último, se na opinião deles havia possibilidade de contrair IST por meio do beijo, gengivite, *piercing* na língua ou nos lábios e por meio do sexo oral sem proteção (APÊNDICE D).

Para a realização da dinâmica da autoimagem bucal, realizou-se três perguntas: qual é o número que melhor representa a sua saúde bucal atualmente, qual número você gostaria de ser e com uma palavra defina sua saúde bucal. Utilizou-se uma escala que foi idealizada de maneira lúdica que elucidava oito tipos de sorrisos apenas para corroborar com a autoimagem bucal dos escolares. Essas variáveis serviram para fazer um comparativo da autoimagem da cavidade bucal mencionada por eles com a realidade observada pela pesquisadora a fim de avaliar se o que eles citaram em relação a sua condição de saúde bucal era condizente com a realidade (APÊNDICE F).

Com base nas perguntas realizadas no questionário pré-intervenção, idealizou selecionar e reaplicar algumas variáveis no questionário pós-intervenção a fim de se avaliar a efetividade da intervenção educativa. As variáveis selecionadas foram: se na opinião deles havia possibilidade de se contrair IST por meio do beijo, gengivite, *piercing* na língua e nos lábios, e por meio do sexo oral sem proteção, a importância da saúde bucal, as IST de transmissão via oral e as formas de prevenção e transmissão das infecções sexualmente transmissíveis (APÊNDICE E).

4.6 Análise dos dados

Os dados foram analisados perante medições antes e depois da aplicação das atividades educativas. Os dados dos questionários (pré e pós-intervenção) foram tabulados no Microsoft Excel 2010 e exportados para o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 17.0 para Windows, no qual todas as análises foram realizadas, considerando uma confiança de 95% ($p < 0,05$).

A análise dos dados precedeu-se pelo estudo descritivo exploratório das características sociodemográficas, da identificação dos conhecimentos e práticas em relação à prevenção de IST/HIV, e das variáveis relativas à associação e comparação dos efeitos das sessões educativas, mediante uso de distribuições de frequências uni e bivariadas e geração de medidas descritivas (média, desvio padrão, mediana e percentis).

Para verificar as diferenças entre as proporções das características sociodemográficas, dos conhecimentos e práticas frente às IST/HIV e dos efeitos das sessões educativas, utilizou-se o teste *Cochran* pareado para proporção, aplicável a situações do tipo “antes e depois” e que cada indivíduo é observado duas vezes: antes e depois de determinada intervenção com o intuito de testar a eficiência da atividade executada e o (p-valor) com a finalidade de avaliar o grau de confiabilidade e significância das variáveis.

No estudo, o interesse é avaliar a seguinte hipótese usando o teste de *Cochran*:

Hipótese 0: A proporção de Sim (ou aquilo que seria satisfatório na questão) após a intervenção é **igual** a proporção de Sim (minúsculo ou maiúsculo) antes da intervenção.

Hipótese 1: A proporção de alternativa sim após a intervenção **difere** da proporção de alternativa sim antes da intervenção.

Aplicou-se os testes de *Kruskal-Wallis* e o exato de *Fisher*, o primeiro trata-se de um teste não paramétrico que avalia se existe diferença estatística significativa entre as médias k grupos para um dado fenômeno em estudo. No caso, esse teste serviu para comparar as médias entre as avaliações; já o segundo, foi utilizado para verificar as diferenças entre as proporções, aceitando como nível de significância ($p < 0,05$).

Assim, para comparar o conhecimento dos adolescentes antes e depois, mediante o instrumento, aplicou-se o alfa de *Cronbach* para avaliar a confiabilidade ou consistência do instrumento; apesar de ele já ter sido validado por outras fontes como Ministério da Saúde, achou-se relevante rever a confiabilidade. Assim o alfa foi de 0,54, ficando um pouco abaixo do ideal que é de 0,70, o que tem sido frequentemente observado em instrumentos de medidas psicossociais em adolescentes (BARBOSA FILHO *et al.*, 2016).

Sobre o escore dos conhecimentos dos estudantes a respeito da saúde sexual e reprodutiva, optou-se que cada alternativa correta representaria um ponto e desse modo a escala do escore variou de 0 a 22 para todas as 22 alternativas antes e depois.

Salienta-se, também, que foi realizada a comparação entre a diferença na pontuação média referente aos valores antes e depois da intervenção. Para alcançá-los, foram seguidos os seguintes passos: 1) calculou-se a pontuação de cada aluno antes da intervenção e depois da intervenção; 2) para cada aluno, calculou-se a diferença entre a pontuação depois e antes; 3) posteriormente transformou-se a diferença em valores absolutos (ou seja, se a diferença foi negativa, passou a ser positiva).

Por meio desse novo indicador da diferença absoluta entre o antes e depois, aplicou-se o mesmo teste de *Kruskal Wallis* para verificar se a média dessa diferença é igual entre as categorias da variável em análise. Por exemplo, com relação ao sexo feminino e

masculino, a pontuação foi de 7,23 e 6,64, ou seja, é o valor médio adquirido após a intervenção, portanto o grupo das meninas aumentou em média 7,23 pontos após a intervenção; já no grupo dos meninos aumentou em média foi de 6,64. O teste de *Kruskal-Wallis* tem por objetivo comparar se esses dois valores são iguais ou não.

Em relação aos dados qualitativos, preferiu-se organizá-los por temas, por meio da orientação da pesquisadora Minayo (2011) a qual afirma que a técnica de análise de conteúdo foi inicialmente imaginada a partir de uma visão quantitativa, porém passou por inúmeras formas de torná-la efetiva ao longo do século passado.

Segundo Minayo (2012), deve-se conhecer os termos estruturantes das pesquisas qualitativas. Sua matéria-prima é composta por um conjunto de substantivos cujos sentidos se complementam: experiência, vivência, senso comum e ação.

Optou-se pela análise de conteúdo temática para que fossem alcançados os significados latentes e manifestos trazidos pelos sujeitos participantes do estudo. Isso porque, segundo Minayo (2011), é o método que possibilita melhor investigação qualitativa de material referente à saúde, pois a noção de tema remete a uma afirmação que envolve determinado assunto. Esse processo de análise envolve algumas etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

4.7 Aspectos éticos

Em observância à Resolução 466/12 (BRASIL, 2012) o estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará, tendo início a coleta de dados após a sua aprovação. Todos os participantes foram devidamente esclarecidos sobre os objetivos do estudo, e somente incluídos após concordarem em participar de forma voluntária e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Assentimento em que constaram as informações detalhadas sobre o estudo, a garantia do anonimato e de inexistência de prejuízos ou complicações aos participantes.

Foi informado aos sujeitos participantes sobre os possíveis riscos ocasionados pela pesquisa tais como: possível constrangimento de pequena ordem no que tange a abordagem das questões de cunho pessoal, como riscos psicológicos, representado por desconfortos emocionais ou sociais, pelo fato de o adolescente escolar participar de um estudo relacionado à sexualidade, ocorrendo assim interferência nas atividades laborais dos educadores, o que ocasionou atrasos nos planejamentos das aulas e mudanças no cronograma dos docentes; por outro lado, ocorreram também os possíveis benefícios que seriam de ordem

positiva e intelectual por meio dos conhecimentos repassados por meio das oficinas intervencionistas.

Os adolescentes menores de idade tiveram os termos assinados também pelo responsável legal. Para apreender melhor as informações desejadas, foi utilizado o registro dos depoimentos por meio da escrita, a fim de obter maior fidedignidade na transcrição dos dados. Cada um dos participantes da pesquisa recebeu um símbolo diferenciado para preservar o anonimato. Portanto, os escolares foram designados de Aluno A, Aluno B, Aluno C e assim por diante. A pesquisa só foi iniciada após o deferimento deste, por meio do Parecer Consubstanciado de Nº 1.488.289 de 12/04/2016.

5 RESULTADOS

Neste capítulo, serão exibidos os resultados do estudo, apresentando, inicialmente, os aspectos sociodemográficos, reprodutivos e de saúde bucal. Em seguida, serão descritas as intervenções educativas das quais emergiram três categorias intituladas: “dialogando com os adolescentes sobre a percepção da autoimagem da saúde bucal”, “a saúde sexual em evidência tendo como mote o beijo” e “a árvore do saber – construção colaborativa dos saberes adquiridos”. Ao final, serão apresentadas as associações das variáveis do estudo com o conhecimento dos adolescentes antes e após as oficinas educativas.

No total, foram convidados 129 adolescentes escolares para participarem da pesquisa, mas somente 109 participaram de todas as etapas da pesquisa e compuseram a amostra de estudo. Daqueles que desistiram, no caso 20 alunos, os principais motivos mencionados foram religiosos.

5.1 Caracterização dos sujeitos da intervenção

Dos 109 participantes do estudo, 55 (50,5%) eram do gênero feminino, a maioria cursava a 7ª série 43 (39,4%) e a faixa etária compreendeu entre 12 anos (idade mínima) e 17 anos (idade máxima), sendo a média das idades 13,7 anos.

Segundo o estado civil, verificou-se que 93 (85,3%) eram solteiros, 12 (11,0%) tinham namorado(a) e apenas 4 (3,7%) vivenciavam união estável com o companheiro(a).

Sobre a religião, analisou-se que a maioria afirmou seguir a doutrina católica, ou seja, 90 (82,6%); e quanto à raça observou-se que a maior parte 59 (54,1%) considerava-se pardos.

Acerca dos familiares com quem o adolescente residia, constatou-se que 87 (79,8%) residiam com ambos os pais e uma minoria 16 (14,7%) apenas com a mãe. Em relação ao grau de instrução do chefe da família, percebeu-se que grande parte 52 (47,7%) possui o ensino fundamental completo, outros 40 (36,7%) eram analfabetos e apenas 5 (4,5%) apresentam o ensino superior.

Ao perguntar se o aluno estava estagiando ou exercendo alguma atividade remunerada, notou-se que 92 (84,4%) não exerciam nenhuma atividade remunerada.

Sobre se o adolescente já havia “ficado” com alguém, 68 (62,4%) responderam que sim e 41 (37,6%) alegaram não ter “ficado” com ninguém; quanto à idade que aconteceu

o primeiro beijo, observou-se que a média foi de 11,6 anos. Sobre a orientação sexual dos participantes, constatou-se que 108 (99,1%) alegaram ser heterossexuais.

A maioria dos adolescentes, 93 (85,3%), afirmou não ter iniciado a vida sexual. Por sua vez, ela, a sexarca, foi confirmada por 11 (68,8%) entre os adolescentes do gênero masculino e 5 (31,3%) do gênero feminino. Entre os que já iniciaram, a média de idade da primeira relação sexual foi de 13,2 anos. Em relação ao uso do preservativo na última relação sexual, 12 (11%) alegaram que usaram e uma minoria 3 (2,8%) que não se lembrava de ter usado algum método contraceptivo, conforme pode ser visualizado, detalhadamente, na Tabela 1.

Tabela 1 – Características sociodemográficas, sexuais e reprodutivas dos adolescentes. Carnaubal-Ceará, 2016.

Características	N	%
Série		
7	41	37,6
8	43	39,5
9	25	22,9
Sexo		
Feminino	55	50,5
Masculino	54	49,5
Estado civil		
Solteiro(a)	93	85,3
União Estável/vive com companheiro	4	3,7
Tenho namorado/namorada	12	11,0
Qual a sua religião		
Católico(a)	90	82,6
Evangélico(a)	15	13,8
Espírita	1	0,9
Sem religião	3	2,8
Raça		
Branca	42	38,5
Preta	2	1,8
Parda(morena)	59	54,1
Não sabe	6	5,5

Continua.

Tabela 1 – Características sociodemográficas, sexuais e reprodutivas dos adolescentes. Carnaubal-Ceará, 2016. (Conclusão)

Características	N	%
Com quem você mora atualmente?		
Com ambos os pais	87	79,8
Apenas com a mãe	16	14,7
Apenas com o pai	2	1,8
Com outros responsáveis	3	2,8
Mora com namorado ou marido	1	0,9
Instrução do chefe da família		
Analfabeto	40	36,7
Ensino fundamental	52	47,7
Ensino médio incompleto	12	11,0
Ensino superior	5	4,6
Você está trabalhando, estagiando ou exercendo alguma atividade remunerada?		
Sim	17	15,6
Não	92	84,4
Você já “ficou” com alguém?		
Sim	68	62,4
Não	41	37,6
Sobre sua orientação sexual, você se considera:		
Heterossexual	108	99,1
Homossexual	1	0,9
Você já teve relações sexuais alguma vez?		
Sim	16	14,7
Não	93	85,3
Na última vez que você teve relação sexual (transou), você ou seu (sua) parceiro (a) usaram camisinha (preservativo)?		
Nunca tive relação sexual	92	84,4
Sim	12	11,0
Não	3	2,8
Não lembro	2	1,8

Fonte: Elaboração própria. Dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual

5.2 Perfil da saúde bucal dos escolares

Ao questionar para os participantes sobre o hábito de escovar os dentes, analisou-se que 105 (96,3%) responderam que sim. Sobre a variável se cada membro da família possuía sua própria escova dentária, verificou-se que a maioria 103 (94,5%) possuía de maneira individualizada. Em relação à importância da saúde bucal, observou-se que 105 (96,3%) consideravam importante. Quanto à pergunta se o adolescente procurava o serviço do profissional dentista anualmente, grande parte 82 (75,2%) afirmou que sim.

Quanto à orientação ou ao atendimento educativo preventivo sobre saúde bucal, constatou-se que 87 (79,8%) disseram que já haviam recebido esse tipo de orientação.

Sobre se algum dentista já orientou sobre as manifestações bucais decorrentes das IST, percebeu-se que 39 (35,8%) responderam sim. Quando se questionou sobre se o cirurgião-dentista fazia orientação na escola sobre saúde bucal e a prevenção das IST, a maioria 97 (89%) afirmou que sim.

Acerca de o adolescente já ter observado se tinha mau hálito, a maioria 59 (54,1%) alegou que já havia percebido. Sobre o sangramento gengival, analisou-se que 74 (67,9%) não apresentaram esse sintoma. Quanto à cárie dentária, 54 (49,5%) afirmaram que já tiveram essa patologia. E a respeito dos dentes mal posicionados 58 (53,2%) já tinham observado.

Quanto à pergunta se já tinham tido lesão bolhosa na boca ou lábios, a maioria 71 (65,1%) alegou que não. E sobre quem já havia feito tratamento odontológico, percebeu-se que a metade 52 (47,7%) já tinha realizado, conforme pode ser observado na Tabela 2.

Tabela 2 – Caracterização da saúde bucal dos adolescentes. Carnaubal-Ceará, 2016.

Variável	Sim		Não	
	N	%	N	%
Hábito de escovar os dentes diariamente?	105	96,3	4	3,7
Cada membro da família tem sua própria escova de dente?	103	94,5	4	3,7
Você considera a saúde bucal importante?	105	96,3	4	3,7
Você procura o dentista anualmente?	82	75,2	26	23,9

Continua.

Tabela 2 – Caracterização da saúde bucal dos adolescentes. Carnaubal-Ceará, 2016. (Conclusão)

Variável	Sim		Não	
	N	%	N	%
Você já recebeu algum tipo de orientação e/ou atendimento educativo preventivo sobre a saúde bucal?	87	79,8	22	20,2
Algum dentista já orientou sobre as manifestações bucais decorrentes das IST?	39	35,8	70	64,2
Você acha importante o cirurgião-dentista fazer orientação na escola sobre saúde bucal e a prevenção das IST?	97	89,0	12	11,0
Você já observou se tem mau hálito?	59	54,1	50	45,9
Você já observou se tem sangramento gengival?	35	32,1	74	67,9
Você já observou se tem cárie dentária?	54	49,5	55	50,5
Você já observou se tem mal posicionamento dos dentes?	58	53,2	51	46,8
Você já teve lesão bolhosa na boca ou lábios (tipo afta ou herpes labial)?	38	34,9	71	65,1
Você já fez tratamento odontológico?	52	47,7	57	52,3

Fonte: Elaboração própria. Dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual.

Sobre a pergunta “como você considera sua saúde bucal”, percebeu-se que 48 (44%) optaram pela palavra bom para descrevê-la, já 34 (31,2%) a definiram com a palavra excelente e os outros alunos escolheram a palavra regular 26 (23,9%).

Quanto à frequência diária da escovação dentária, obteve-se a seguinte sequência: 98 (89,9%) escovavam três vezes ou mais e em torno de duas vezes apenas 9 (8,3%) por dia.

Em relação às experiências de Educação em Saúde na escola sobre a orientação de saúde bucal, observou-se que a maioria 96 (88%) afirmou que sim; já a respeito da prevenção de gravidez, analisou-se que a maior parte 79 (72,5%) afirmou que já havia recebido alguma orientação sobre essa temática; e acerca das orientações sobre IST percebeu-se que 87 (79,8%) alegaram que sim.

5.3 Desvelando a intervenção educativa

Nesta seção, serão descritas as peculiaridades das intervenções educativas com os escolares e será mencionado a respeito da execução das oficinas, dos conhecimentos

adquiridos por parte deles durante as atividades, enfatizando as trocas de experiências e vivências relacionadas a essa temática e às inferências observadas pela pesquisadora.

Como já foi referido na metodologia, ao total realizou-se quatro oficinas intituladas: “Espelho, espelho meu...diga quem sou eu...”, “Beijoqueiros na Balada”, “Isso serve para quê” e “A árvore do saber”. Com o desígnio de esclarecer aos adolescentes sobre as práticas sexuais seguras e as IST, tendo como mote a saúde bucal.

5.3.1 Dialogando com os adolescentes sobre a percepção da autoimagem da saúde bucal

Durante a realização da primeira oficina, solicitou-se que os escolares ficassem sentados confortavelmente; além de, ao longo da dinâmica, não conversassem entre si e respeitassem as opiniões dos colegas. Foi pedido que fizessem uma análise minuciosa do seu sorriso, que abrissem a boca frente ao espelho e observassem todos os elementos dentários antes de descreverem no papel suas impressões.

Alguns adolescentes, no entanto, utilizaram-se da expressão oral para simbolizar suas satisfações ou insatisfações, que haviam descritos no papel, a respeito do seu sorriso e da sua condição de saúde bucal, ao proferir uma palavra que representasse seus sentimentos perante ao grupo. Dentre as palavras, as mais citadas foram “bom” e “regular”.

Muitos dos escolares, nesse momento da atividade, citaram que queriam usar aparelho ortodôntico por julgarem ser mais bonito, outros mencionaram que queriam ter os dentes mais brancos porque deixava o sorriso mais lindo e outros comentaram que prefeririam não ter cárie dentária ou perder os elementos dentários permanentes.

Dentre os depoimentos os mais marcantes foram:

Não gosto do meu sorriso, porque tenho dentes tortos e amarelados (ALUNO A-12 anos)

Odeio quando vem aplicar flúor na gente, tem gosto muito ruim....mas sei que é para meu bem (ALUNO B-13 anos)

Sei que a cárie dentária que antes era a cobra que comia meu dente, é uma bactéria que se não se cuidar, o dente vai doer...uma dor terrível....e pode até perder...como aconteceu comigo (ALUNA C-15 anos)

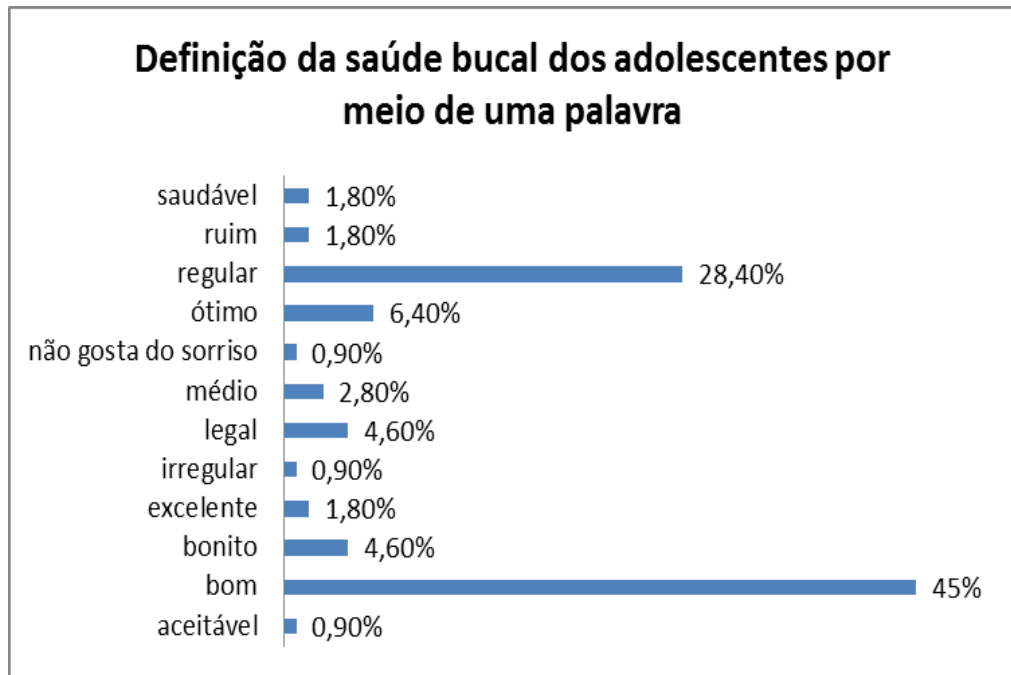
Meu sonho é usar aparelho...mas disseram que não vão me encaminhar para o CEO porque não tenho nada...será que agora preciso Dra Dentista.... (ALUNA D-12 anos)

Queria que meus dentes fossem brancos como o branco da porta...é muito feio meu sorriso...quando crescer vou fazer clareamento (ALUNA E-13 anos)

Para melhor entender o fenômeno de estudo, recorreu-se à análise descritiva, a fim de encontrar possíveis padrões nos dados coletados, além de facilitar o resumo do estudo. Ao

solicitar a definição da saúde bucal dos adolescentes por meio de uma palavra, pode-se ter como respostas 12 palavras sendo que as mais citadas: 49 (45%) descreveram utilizando a palavra bom, 31 (28,4%) opinaram que era regular e apenas 2 (1,8%) citaram que possuíam uma saúde bucal excelente, conforme pode ser visualizado no Gráfico 1 a seguir.

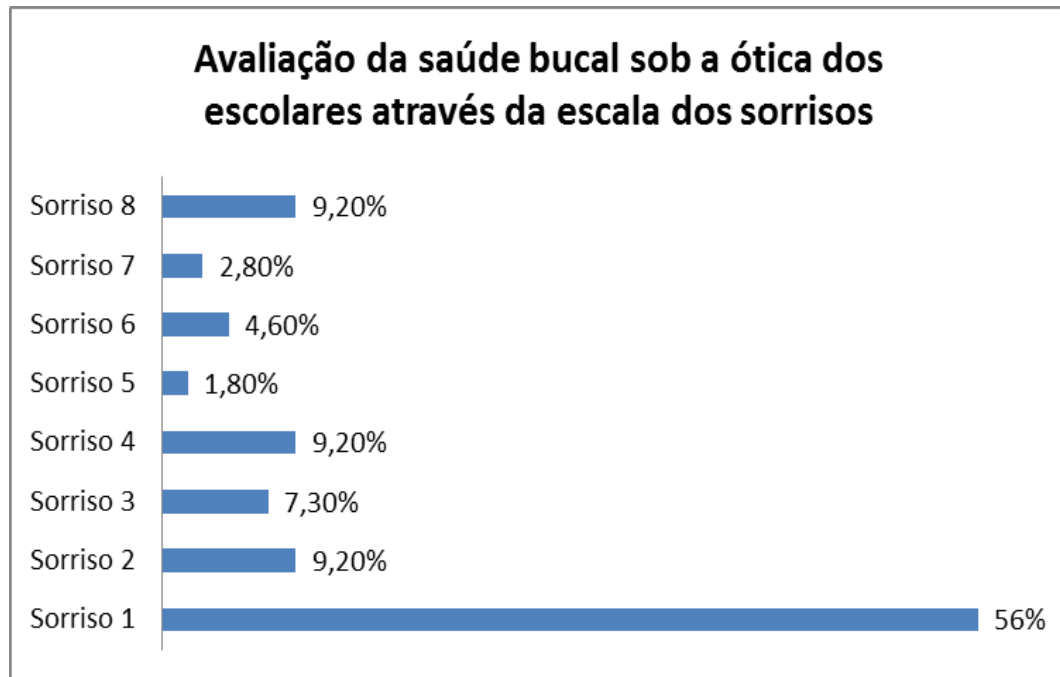
Gráfico 1 – Definição da saúde bucal dos adolescentes por meio de uma palavra. Carnaubal-Ceará, 2016.



Fonte: Elaboração própria. Dados expressos em forma de frequência percentual.

Sobre a avaliação bucal realizada durante a intervenção, pode-se inferir que em relação à primeira pergunta (qual nº representa sua saúde bucal baseado na escala de sorrisos): 61(56%) adolescentes escolheram o nº 1 para definirem sua saúde bucal que é considerado um sorriso excelente e sem cárie dentária, 10 (9,9%) opinaram pelo nº 4 que representa a fase da transição mista dos elementos dentários, outros 10 (9,2%) optaram pelo nº 2 que evidencia um sorriso com a presença de cárie dentária apenas nos elementos dentários anteriores superiores e inferiores e 10 (9,2%) escolares citaram o nº 8 que significa que na cavidade bucal tem elementos dentários posteriores cariados, conforme pode ser observado no gráfico abaixo:

Gráfico 2 – Avaliação da saúde bucal sob a ótica dos escolares através da escala dos sorrisos. Carnaubal-Ceará, 2016.



Fonte: Elaboração própria. Dados expressos em forma de frequência percentual.

Quanto à segunda pergunta, observou-se que 61 (56%) escolares gostariam de ter um sorriso elucidado pelo nº 1 que é o sorriso com excelente condição de saúde bucal, 46 (42,2%) queriam usar aparelho ortodôntico e 2 (1,8%) preferiram o nº 10 que era ter cárie dentária apenas nos elementos dentários posteriores.

Percebeu-se, durante a realização do exame epidemiológico, que a maioria dos escolares não apresentavam problemas periodontais como gengivites e periodontites, um fator a ser mencionado é a importância da escovação dentária diária realizada por eles. Os problemas bucais observados foram: cárie dentária, raízes residuais com necessidade de exodontias e maloclusões do tipo Classe 2 e 3.

Figura 1 – Alunos analisando a autoimagem bucal durante a Oficina 1: “Espelho, espelho meu...diga quem sou eu...”. Carnaubal-Ceará, 2016.



Fonte: Elaboração própria.

Nessa figura, percebe-se o desenvolvimento da primeira atividade educativa realizada com os alunos da 7ª série acerca da autoimagem da saúde bucal com a utilização do espelho e da escala dos sorrisos.

5.3.2 A saúde sexual em evidência tendo como mote o beijo

Para adentrar na temática da sexualidade, que antecederia as discussões da prevenção das IST, utilizou-se a Oficina 2: “Beijoqueiros na Balada” por meio de uma dinâmica que elucidava a importância da prevenção nas relações causais, posteriormente realizou-se a Oficina 3: “Isso serve para quê” com a finalidade de corroborar com os conhecimentos sobre as IST e métodos contraceptivos. Dessa forma, foi provocado o diálogo nos grupos e enfatizou-se que a boca pode ser uma alternativa na transmissão sexual via oral das IST.

Após o término da atividade, a facilitadora explicou a definição de cada figura, sendo perceptível como os escolares ficavam pensativos e reflexivos quando percebiam o real sentido da dinâmica e alguns, ao se expressarem oralmente, citaram:

Realmente ninguém conhece ninguém....não dá para saber quem tem doença...tem que se cuidar....não está escrito na testa... (ALUNO F-15 anos)

Meu Deus peguei HIV nessa brincadeira e nem sabia...realmente não dá para adivinhar quem tem doença ou não...(ALUNA G-13 anos)

Vou para a balada todo sábado e às vezes esquenta o clima...isso acontece...se a gente não fizer nada...a menina diz que vc não é homem...mas tem que usar

camisinha...não quero pegar doença....principalmente quando vc não conhece...não é nem minha namorada...pode ter vários e isso é perigoso...(ALUNO H-17 anos)

Adorei a festa....me diverti muito...muitos amigos pegaram doenças msm de brincadeirinha...todos rimos uns dos outros principalmente quando íam mostrar o que tinha dentro das suas sacolas... aprendemos que a melhor maneira é se prevenir...tem que usar camisinha...(ALUNA I-15 anos)

Posteriormente, a pesquisadora iniciou a oficina 3 com uma exposição dialogada a respeito das IST e métodos contraceptivos e os escolares que demonstraram ter mais curiosidades e dúvidas foram os da 8ª e 9ª séries.

Ao se expressarem oralmente, pode-se destacar as seguintes falas:

Achei interessante a dinâmica, além de ser bem divertida....me senti em uma festa de verdade...pude aprender muito sobre os cuidados para não ter uma gravidez não esperada e IST...(ALUNA J-12 anos)

Pensei que não pegava HIV pelo beijo...mas aprendi que se na boca tiver algum ferimento e do outro também posso pegar o vírus se beijar alguém que tiver HIV...(ALUNO L- 16 anos)

Não conhecia metade dessas doenças...se não conhece o ficante é melhor se cuidar....porque às vezes não tem cura....e não está escrito na cara quem tem a doença.... ” (ALUNA M- 14 anos)

Aprendi que se na hora do rala e rola se eu olhar para a parte íntima dela e tiver algo estranho...digo opa como disse a Dra...tenho que me cuidar...porque tem algo estranho acontecendo ali e não quero pegar doença....(ALUNO N-16 anos)

Tenho um amigo que gosta de homem...será que tem que usar camisinha...(ALUNA O- 12 anos)

Achei muito difícil para a menina colocar a camisinha feminina....(ALUNA P-13 anos)

Quando usar a pílula do dia seguinte e o anticoncepcional...tenho dúvida nisso...soube que se eu tiver relação sem camisinha e ficar com medo de engravidar tomo a pílula...(ALUNA Q-15 anos)

Se o menino despejar o líquido entre as pernas da menina engravidada....(ALUNA R-14 anos)

Na primeira vez pode usar camisinha...isso não vai ser pior para perder a virgindade...(ALUNA S- 13 anos)

Qual o período que a mulher engravida um dia antes de descer a menstruação...(ALUNA T- 14 anos)

Essa intervenção educativa permitiu esclarecer aos alunos algumas dúvidas e questionamentos sobre a possível transmissão de HIV pelo beijo, citando os casos específicos; além disso, pode-se discutir sobre as IST que eles desconheciam, perguntaram se os homoafetivos do gênero masculino tinham que usar o preservativo para sexo anal, as meninas aprenderam sobre os principais métodos contraceptivos e julgaram difícil a utilização da camisinha feminina; além disso, queriam saber a respeito do uso da pílula do dia seguinte e do anticoncepcional, questionaram se, quando o menino gozava, caso o líquido fosse

despejado entre as pernas da menina, se ela engravidaria; se na primeira relação sexual teria que usar camisinha e qual o período fértil. Nessa atividade, os meninos foram mais participativos do que as meninas das séries maiores.

Figura 2 – Escolares trocando as figuras geométricas com os colegas durante a execução da Oficina 2: “Beijoqueiros na balada”. Carnaubal-Ceará, 2016.



Fonte: Elaboração própria.

Figura 3 – Pesquisadora ministrando aula expositiva sobre saúde sexual e reprodutiva na realização da Oficina 3: “Isso serve para quê”. Carnaubal-Ceará, 2016.



Fonte: Elaboração própria.

Nas figuras 2 e 3, respectivamente, retrata a execução da oficina 2 por meio das trocas entre os escolares das figuras geométricas para uma posterior discussão sobre a importância do autocuidado e prevenção das IST e a exposição dialogada sobre as IST e os métodos contraceptivos durante a terceira intervenção educativa.

5.3.3 A árvore do saber: construção colaborativa dos saberes adquiridos

Nessa última oficina, observou-se em cada série que se despertou a valorização de si por meio do autocuidado e da autoimagem bucal, promoveu-se a autorreflexão sobre a saúde bucal e as práticas sexuais seguras, ressaltou-se que houve novos aprendizados que foram repassados de forma satisfatória, mensurados por meio da expressão oral dos conhecimentos adquiridos analisados na construção colaborativa grupal.

Pode-se inferir, ao término dessa intervenção, alguns depoimentos e sentimentos:

Queria mais atividades como essa...que fez com que a gente crescesse e amadurecesse sobre o início na vida amorosa... (ALUNA U- 12 anos)

Gostei da árvore...ficou linda...deu para ver o saber sendo construído...podemos tirar as dúvidas...os vídeos foram ótimos...morro de medo de ter uma dessas doenças....(ALUNA V- 14 anos)

Não sabia que podia ir para o posto para fazer prevenção e começar a me planejar para ter relação sexual...e que posso pegar as pílulas lá....(ALUNA X- 15 anos)

Não sabia que HIV era diferente de Aids..uma é o vírus...e a outra a doença...(ALUNO W- 15 anos)

Achava que se os espermatozoides ficassem ali por fora a mulher podia engravidar...(ALUNA AB-14 anos)

Pensei que só brincar com meu namorado podia engravidar, mas pode pegar algumas das infecções sexuais...(ALUNA CD-13anos)

Os métodos mais perigosos que achei foram o coito para os meninos e a tabela para as meninas...é gravidez na certa...tem que ter muito cuidado....melhor usar a camisinha ou o anticoncepcional....(ALUNO EF-15 anos)

Figura 4 – Alunas compartilhando com os colegas seus aprendizados adquiridos durante as intervenções educativas na execução da última oficina educativa. Carnaubal-Ceará, 2016.



Fonte: Elaboração própria.

Nessa figura, observa-se as alunas da 9ª série compartilhando com os colegas seus aprendizados adquiridos durante as intervenções educativas na última oficina educativa (construção colaborativa dos conhecimentos).

5.4 Análise comparativa das práticas sexuais e conhecimentos sobre IST dos adolescentes antes e após as intervenções

Ao interrogar os alunos antes da intervenção educativa sobre o uso do preservativo pela via vaginal, oral e anal, observou-se que a maioria referiu utilizá-lo ou conhecer que seu uso era sempre necessário, principalmente para a prática sexual via vaginal 75 (68,8%). Já sobre a prática do uso do preservativo no sexo oral e anal a maioria dos adolescentes 69 (63,3%) e 71 (65,1%), respectivamente, não tinham opinião ($p < 0,001$).

Após a intervenção educativa, observou-se melhoria no conhecimento sobre o uso do preservativo em diferentes práticas sexuais com destaque para a prática sexual via vaginal 101 (92,7%), havendo melhoria no conhecimento no sexo oral 69 (63,3%) e sexo anal 82 (75,2%) ($p < 0,001$).

Portanto, ao se comparar as respostas dos participantes nos dois momentos da pesquisa, observou-se diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$), conforme pode ser verificado na Tabela 3.

Tabela 3 – Comparação das opiniões dos escolares pré e pós-intervenção quanto à necessidade do uso do preservativo pelas vias sexuais vaginal, oral e anal. Carnaubal-Ceará, 2016.

Variáveis		Antes			Depois			p-valor
		é sempre necessário	é desnecessário	não tem opinião	é sempre necessário	é desnecessário	não tem opinião	
Vaginal	N	75	5	29	101	0	8	<0,001*
	%	68,8	4,6	26,6	92,7	0,0	7,3	
Oral	N	16	24	69	69	16	24	<0,001*
	%	14,7	22,0	63,3	63,3	14,7	22,0	
Anal	N	22	16	71	82	4	23	<0,001*
	%	20,2	14,7	65,1	75,2	3,7	21,1	

Fonte: Elaboração própria. Dados expressos em valores absolutos e percentuais. Teste estatístico: Cochran * p-valor < 0,005.

Ao analisar os conhecimentos prévios por parte dos escolares sobre as infecções sexualmente transmissíveis, pode-se verificar que eles, ao assinalarem a alternativa não sei, evidenciaram pouco conhecimento sobre as seguintes IST: Gonorreia 90 (82,6%), Cancro Mole 93 (85,3%) e Candidíase 88 (80,7%) ($p\text{-valor} < 0,001$).

Posteriormente à intervenção, verificaram-se novos resultados sobre a transmissão via oral das infecções sexuais e pode-se analisar que a maioria passou a afirmar que isso poderia acontecer apenas para as IST: Herpes 70 (64,2%) e Sífilis 51 (46,8%). E julgaram que não havia transmissão por via oral no caso das seguintes IST: HPV 62 (56,9%), HIV 51(46,8%), Gonorreia 60 (55%), Cancro Mole 56 (51,4%) e Candidíase 59 (54,1%) ($p\text{-valor} < 0,001$).

Entretanto, ao se comparar as respostas dos participantes nos dois momentos da pesquisa, verificou-se, portanto, que houve um aumento significativo nas porcentagens de quase todas as variáveis ($p\text{-valor} < 0,001$). Ressalta-se que somente em relação à IST Candidíase não houve diferença significativa ao se comparar as respostas positivas antes e após a intervenção ($p=0,307$), esses dados podem ser analisados detalhadamente na Tabela 4.

Tabela 4 – Conhecimentos dos adolescentes sobre as IST que são transmitidas pela via sexual oral, pré e pós-intervenção. Carnaubal-Ceará, 2016.

IST	Antes			Depois			p-valor
	Sim	Não	Não sei	Sim	Não	Não sei	
Herpes	N	17	8	84	70	23	<0,001*
	%	15,6	7,3	77,1	64,2	21,1	
HPV	N	10	15	84	24	62	0,020*
	%	9,2	13,8	77,1	22,0	56,9	
Sífilis	N	12	10	87	51	37	<0,001*
	%	11,0	9,2	79,8	46,8	33,9	
HIV	N	17	12	80	32	51	0,032*
	%	15,6	11,0	73,4	29,4	46,8	
Gonorréia	N	6	13	90	18	60	0,023*
	%	5,5	11,9	82,6	16,5	55,0	
Cancro Mole	N	2	14	93	23	56	<0,001*
	%	1,8	12,8	85,3	21,1	51,4	
Candidíase	N	9	12	88	15	59	0,307
	%	8,3	11,0	80,7	13,8	54,1	
Hepatite B	N	6	16	87	38	38	<0,001*
	%	5,5	14,7	79,8	34,9	34,9	

Fonte: Elaboração própria. Dados expressos em valores absolutos e percentuais. Teste estatístico: Cochran * p-valor < 0,005.

Ao perguntar, inicialmente, sobre a opinião dos adolescentes a respeito das seguintes variáveis: pode contrair *IST por meio do beijo* constatou-se que grande parte 58 (53,2%) respondeu que sim; em relação à variável *piercing na língua e nos lábios pode contrair IST*, percebeu-se que a maior parte 63 (57,8%) alegou que não haveria transmissão de IST e sobre o *que era a gengivite* percebeu-se que a maioria 57 (52,3%) afirmou que não sabia.

Ao questioná-los sobre *quem tem gengivite pode contrair IST*, constatou-se que a maioria 72 (66,1 %) julgou que não. Quanto à variável *pode contrair IST por meio do sexo*

oral sem proteção, percebeu-se que a maior parte 67 (61,5%) respondeu que sim. Quanto ao *observar o sorriso quando ia beijar “ficar”*, notou-se que 88 (80,7%) afirmaram que sim.

Posteriormente à intervenção, analisou-se novamente as respostas dos participantes que foram as seguintes em relação às mesmas variáveis: *pode contrair IST por meio do beijo* constatou-se que a maioria 101 (92,7%) respondeu que sim; em relação ao *piercing na língua e nos lábios pode contrair IST*, percebeu-se que grande parte 104 (95,4%) alegou que sim e sobre o *que era gengivite*, verificou-se que a maioria 96 (88,1%) citou que sim.

Ao perguntá-los *quem tem gengivite pode contrair IST*, as respostas foram que 100 (91,7%) mencionaram que sim. Quanto à variável *pode contrair IST por meio do sexo oral sem proteção*, notou-se que 97 (89%) afirmaram que sim. Quanto ao *observar o sorriso quando ia beijar “ficar”*, percebeu-se que 96 (88,1%) afirmaram que sim.

Ao se comparar as respostas dos participantes nos momentos inicial e posterior das oficinas educativas, usou-se como alternativa comparativa a opção “sim”. Percebeu-se, portanto, que houve aumento significativo nas porcentagens de quase todas as variáveis (p -valor $< 0,001$). Porém, em relação à última variável, constatou-se que não houve diferença significativa ao comparar as respostas positivas antes e após a intervenção ($p=0,087$), conforme pode ser verificado detalhadamente na Tabela 5.

Tabela 5 – Conhecimentos e atitudes dos participantes sobre as transmissões de IST, antes e após a intervenção. Carnaubal-Ceará, 2016.

Pergunta	Antes				Depois				p-valor
	Sim		Não		Sim		Não		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Pode pegar IST por meio do beijo?	58	53,2	51	46,8	101	92,7	8	7,3	<0,001*
Piercing na língua e nos lábios pode pegar IST?	46	42,2	63	57,8	104	95,4	5	4,6	<0,001*
Você sabe o que é gengivite?	52	47,7	57	52,3	96	88,1	13	11,9	<0,001*
Quem estiver com gengivite pode pegar IST?	37	33,9	72	66,1	100	91,7	9	8,3	<0,001*
Pode contrair IST por meio do sexo oral sem proteção?	67	61,5	42	38,5	97	89,0	10	9,2	<0,001*
Observa o sorriso quando vai “ficar”?	88	80,7	21	19,3	96	88,1	11	10,1	0,087

Fonte – Elaboração própria. Dados expressos em valores absolutos e percentuais. Teste estatístico: Cochran * p -valor $< 0,005$.

Sobre as formas de transmissão e prevenção das IST, perguntou-se aos alunos, por meio de algumas variáveis, *qual das formas não previne a infecção para IST*, tendo como alternativas as seguintes respostas: uso do preservativo, pílula do dia seguinte, não

compartilhamento de seringas e não ter vários parceiros sexuais. Pode-se inferir que a maioria assinalou a alternativa correta **a pílula do dia seguinte**, nos dois momentos da pesquisa, vale ressaltar que no pós-intervenção, ao comparar as porcentagens, houve um aumento significativo 78 (71,6%) (p-valor < 0,001).

Acerca de qual das formas não transmite IST/HIV, ao questionar os escolares tendo como alternativas as seguintes respostas: prática sexual sem preservativos, transmissão vertical, compartilhamento de seringas e utilizar bebedouros públicos, verificou-se que a maioria escolheu a opção correta **bebedouros públicos**. Constatou-se que não houve diferença significativa ao comparar as porcentagens nos pré e pós-intervenção (p-valor=0,188).

Sobre a transmissão das IST/HIV, ao perguntá-los por meio das alternativas: não utilizar preservativo durante o sexo oral, o sexo anal não transmite IST/HIV, tomar banho após a relação previne às IST e o coito interrompido não é forma de prevenir IST, percebeu-se que a maioria dos escolares opinou por meio da alternativa correta **o coito interrompido não é forma de prevenir IST**. Logo, houve um aumento significativo principalmente no pós-intervenção 79 (72,5%) (p-valor < 0,001).

Em relação ao vírus HIV, os adolescentes tiveram como opções as alternativas: muitos parceiros sexuais não aumenta o risco, o leite materno de uma mãe com o vírus não transmite para o seu filho, pode causar Sífilis e uma pessoa pode ter o HIV mesmo parecendo não estar com o vírus. Observou-se que os estudantes assinalaram a alternativa correta **uma pessoa pode ter o HIV mesmo parecendo não estar com o vírus** houve um aumento significativo principalmente no pós-intervenção 65 (59,6%), (p-valor < 0,010).

Sobre as formas que previnem às IST/HIV, os alunos tiveram como opções as alternativas: método tabelinha, tomar anticoncepcional, utilizar o preservativo nas relações sexuais e realizar apenas sexo oral. Observou-se que a maioria escolheu a alternativa correta **utilizar preservativo nas relações sexuais**. Constatou-se que não houve diferença significativa ao comparar as porcentagens no pré e pós-intervenção (p-valor=0,424). Portanto, houve um aumento significativo nas porcentagens de quase todas as variáveis (p-valor < 0,001). Porém, em relação à segunda e à última variável, constatou-se que não houve diferença significativa ao comparar as porcentagens, conforme pode ser verificado detalhadamente na Tabela 6.

Tabela 6 – Avaliação dos conhecimentos dos participantes sobre prevenção e transmissão das IST no pré e pós-intervenção. Carnaubal-Ceará, 2016.

Pergunta	Antes		Depois		p-valor
	N	%	N	%	
Qual das formas abaixo NÃO previne a infecção por IST/HIV?					
Uso do preservativo feminino	22	20,2	9	8,3	<0,001*
Pílula do dia seguinte	44	40,4	78	71,6	
Não compartilhamento de seringas	12	11,0	8	7,3	
Não ter vários parceiros sexuais	31	28,4	14	12,8	
Qual das formas abaixo NÃO é uma forma de transmissão das IST/HIV?					
Prática sexual sem preservativo	15	13,8	12	11,0	0,188
Transmissão vertical	8	7,3	8	7,3	
Compartilhamento de seringa	4	3,7	16	14,7	
Utilizar bebedouros públicos	82	75,2	73	67,0	
Em relação à transmissão das IST/HIV					
Não utilizar preservativo durante o sexo oral	22	20,2	12	11,0	<0,001*
O sexo anal não transmite IST/HIV	15	13,8	7	6,4	
Tomar banho após a relação previne às IST.	30	27,5	11	10,1	
O coito interrompido não é uma forma de prevenir às IST/HIV	42	38,5	79	72,5	
Sobre o vírus do HIV					
Muitos parceiros sexuais não aumenta o risco.	6	5,5	3	2,8	0,010*
Uma pessoa pode ter o HIV mesmo parecendo não estar com o vírus.	83	76,1	65	59,6	
O leite materno de uma mãe com o vírus não transmite para o seu filho.	8	7,3	32	29,4	
Pode causar a Sífilis.	12	11,0	9	8,3	
Formas que previnem às IST/HIV?					
Método da Tabela	5	4,6	2	1,8	0,424
Tomar o anticoncepcional corretamente	9	8,3	7	6,4	
Utilizar preservativo nas relações sexuais	92	84,4	97	89,0	
Realizar apenas o sexo oral	3	2,8	3	2,8	

Fonte – Própria. Dados expressos em valores absolutos e percentuais. Teste estatístico: Cochran *p-valor < 0,005.

5.5 Comparação entre os dados sociodemográficos, sexuais e reprodutivos e os conhecimentos dos adolescentes antes e após a intervenção

Ao se fazer o comparativo da pontuação média dos aspectos sociodemográficos *versus* os conhecimentos dos participantes antes e após a intervenção, observou-se que a pontuação média do conhecimento das meninas e dos meninos, apesar de não apresentar associação estatística, aumentou no pós-intervenção, visto que a pontuação média se elevou de 8 para 14 pontos. Além disso, em relação à variável sobre o início das relações sexuais, a pontuação média foi maior após a intervenção entre aqueles que já tiveram relação sexual ($p = 0,018$), sendo estatisticamente significativo ($p < 0,001$), conforme pode ser verificado detalhadamente na Tabela 7.

Como o p-valor foi maior que 0,05, pode-se afirmar que não houve diferença no aumento da pontuação entre os sexos, ou seja, ambos os sexos aumentaram o nível de conhecimento, porém, de maneira igual.

Vale ressaltar que em quase todas as comparações o p-valor foi maior que 0,05; portanto, o aumento na pontuação ocorreu de maneira similar em cada categoria de cada variável sociodemográfica.

Tabela 7 – Comparação da pontuação média dos dados sociodemográficos e conhecimentos dos participantes antes e depois da intervenção. Carnaubal-Ceará, 2016.

Variável	Antes	p-valor	Depois	p-valor	Diferença Depois -Antes	p- valor
Sexo						
Feminino	8,15	0,805	14,50	0,849	7,23	0,357
Masculino	8,41		14,57		6,64	
Já teve relações sexuais						
Sim	8,94	0,291	16,19	0,018	7,63	0,385
Não	8,16		14,24		6,81	
Renda						
Até 800	8,40	0,709	14,50	0,793	6,86	0,874
Acima 800	8,13		14,57		7,02	
Série						
7 ^a	7,78	0,244	14,03	0,106	6,95	0,998
8 ^a	8,33		14,36		6,95	
9 ^a	9,00		15,74		6,87	

Continua.

Tabela 7 – Comparação da pontuação média dos dados sociodemográficos e conhecimentos dos participantes antes e depois da intervenção. Carnaubal-Ceará, 2016. (Conclusão)

Variável	Antes	p-valor	Depois	p-valor	Diferença Depois -Antes	p- valor
Estado civil						
Solteiro(a)	8,22		14,34		6,89	
União Estável/vive com companheiro	8,25	0,808	15,50	0,373	7,25	0,931
Tenho namorado/namorada	8,75		15,73		7,18	
Religião						
Católico(a)	8,33		14,47		6,93	
Evangélico(a)	8,20	0,756	14,87	0,983	6,80	0,921
Espírita	7,00		16,00		9,00	
Sem religião	7,33		14,33		7,00	
Idade quando ficou pela primeira vez (n=82)						
até 12 anos	8,56	0,708	14,60	0,618	6,82	0,979
acima de 12 anos	8,77		15,07		6,82	
Idade da primeira relação sexual (n=15)						
até 13 anos	8,27	0,085	16,36	0,388	8,09	0,293
acima de 13 anos	11,00		15,00		5,50	

Fonte: Elaboração própria. Dados expressos em forma de pontuação média. Teste estatístico: Kruskal-Wallis

Ao se fazer a comparação do nível educacional do chefe familiar com a atividade remunerada do escolar, para avaliar se houve associação entre essas duas variáveis, aplicou-se o teste de *Fisher* com o intuito de validar ou não essa hipótese. Observou-se p-valor acima de 5% ($p=0,292$), logo a instrução escolar do pai ou da mãe e a atividade remunerada do aluno não estão relacionadas, ou seja, o fato do grau de instrução do chefe não influencia o aluno estar trabalhando (Tabela 8).

Tabela 8 – Comparativo da instrução do chefe de família do escolar e a atividade remunerada do adolescente. Carnaubal-Ceará, 2016.

Grau de instrução do chefe	Trabalhando?		p-valor
	Sim	Não	
Analfabeto	4	36	0,292
Ensino fundamental	9	43	
Ensino médio incompleto	2	10	
Ensino superior	2	3	

Fonte: Elaboração própria. Dados expressos em frequência absoluta. Teste estatístico: Fisher

Ao comparar a iniciação sexual do escolar com o gênero, pode-se inferir que 11 (68,8%) eram masculinos e 5 (31,3%) femininos. Em relação ao uso do preservativo na última relação sexual e o gênero, verificou-se que, dos que utilizaram o preservativo, 8 (66,7%) eram masculino e 4 (33,3%) feminino (Tabela 9).

Tabela 9 – Comparação das práticas sexuais com o gênero. Carnaubal-Ceará, 2016.

Variável	Gênero						p-valor
	Feminino		Masculino		Total		
	N	%	N	%	n	%	
Você já teve relações sexuais alguma vez?							
Sim	5	31,3	11	68,8	16	100,0	0,112
Não	50	53,8	43	46,2	93	100,0	
Na última vez que você teve relação sexual (transou), você ou seu (sua) parceiro(a) usaram camisinha (preservativo)?							
Nunca tive relação sexual	50	54,3	42	45,7	92	100,0	0,374
Sim	4	33,3	8	66,7	12	100,0	
Não	1	33,3	2	66,7	3	100,0	
Não lembro	0	0,0	2	100,0	2	100,0	

Fonte: Elaboração própria. Dados expressos em frequência absoluta e relativa. Teste estatístico: Fisher

No estudo, o pós-intervenção demonstrou ainda a associação estatisticamente significativa dos dados sociodemográficos com o aprendizado dos adolescentes que estão cursando as etapas finais do ensino fundamental, que residem no interior, solteiros e que não experienciaram a primeira relação sexual, uma vez que possuem renda familiar menor ou igual a um ou a dois salários mínimos e chefes de família com baixo nível de escolaridade que podem apresentar maior dificuldade ao acesso à assistência à saúde e ao diálogo sobre sexualidade com os filhos.

6 DISCUSSÃO

6.1 Caracterização dos sujeitos do estudo

Acerca dos dados sociodemográficos, houve predomínio de adolescentes do sexo feminino, com faixa etária entre 12 e 17 anos. Em alguns estudos relacionados a essa temática, realizados no Brasil, com adolescentes, prevalece o sexo feminino, inclusive tem se percebido que os estudos priorizam mais esse gênero, ficando os meninos, muitas vezes, desassistidos pelas principais políticas de saúde (PETROSKI; PELEGRINI; GLANER, 2012; SPURR; BERRY; WALKER, 2013; BIBILONI *et al.*, 2013). Neste estudo, optou-se por trabalhar ambos os gêneros juntos, sem criar grupos específicos para meninas ou para meninos, pois acreditou-se que a discussão entre eles seria importante para superar desigualdades de gênero.

A faixa etária predominante foi a adolescência inicial, idade entre 12 e 14 anos, o que correspondente ao final do ensino fundamental e às mudanças puberais, etapa da vida em que ocorrem as principais mudanças biológicas e psicossociais, evidenciando a necessidade de se trabalhar precocemente com esse público para reduzir vulnerabilidades (MARTINS *et al.*, 2010; HONG *et al.*, 2015). Muitas vezes, os profissionais de saúde têm receio de trabalhar sobre sexualidade nessa fase da vida, mas quando respeitadas as peculiaridades da comunidade, escola e família, é possível reforçar o conhecimento dos escolares, gerando empoderamento.

Observou-se que houve maior prevalência dos adolescentes cursando a 7ª (39,4 %) e 8ª (38,5%) séries. No estudo de Fidelix *et al.* (2013), com adolescentes escolares, constatou-se que 85,4% dos escolares participantes estavam nas séries pertencentes ao ensino fundamental.

No estudo de Marmot (2011), ressaltou-se que a escolaridade é um importante marcador de posição social. Sendo assim, a alta escolaridade está associada à obtenção de melhores empregos, maior renda e melhor moradia, que, por sua vez, influenciam melhores atitudes em relação à saúde, maior acesso a alimentos mais saudáveis e ao consumo de produtos para higiene bucal.

Neste estudo, destaca-se o estado civil que predominou um quantitativo de jovens solteiros e sem parceiro fixo. Em sua maioria, os adolescentes residiam com seus pais e apenas uma minoria morava com o parceiro. Esses achados evidenciam tipo familiar nuclear.

Morar com os pais/família parece ser a realidade da maioria dos adolescentes, o que é esperado para essa fase da vida cercada de incertezas e indefinições, quando o jovem ainda está construindo sua identidade pessoal e profissional. Esse também foi o achado do estudo de Chaves *et al.* (2014), desenvolvido em Fortaleza-CE, em que 71,1% dos adolescentes também moravam com os pais e apresentavam renda familiar média de até três salários mínimos.

Quanto à raça, constatou-se que a maioria se consideram pardos. Como observado na população brasileira, houve um predomínio de pardos, seguidos de brancos e de negros (IBGE, 2011).

A religião praticada predominantemente pelos alunos foi a católica. É importante considerar que a experiência religiosa exerce influência também sobre outros aspectos da formação da identidade do adolescente. Da mesma forma, pode-se entender a religião como fator cultural que gera impacto no comportamento sexual (PAIVA *et al.*, 2008; HUGO *et al.*, 2011).

No que se refere à escolaridade dos pais, destaca-se uma grande proporção de analfabetos, ato preocupante, pois estudos referem que um maior nível de escolaridade dos pais pode contribuir para a discussão e orientação de diversos assuntos relacionados ao período da adolescência, além de influenciar para que ocorra a redução no processo de propagação da desigualdade de renda entre gerações (ALMEIDA; CENTA, 2009; BAGGIO *et al.*, 2009; REIS; RAMOS, 2011). Assim, pais pouco escolarizados tendem a não dialogar tanto com os seus filhos, principalmente sobre temas relacionados à sexualidade, o que pode influenciar na falta de conhecimentos dos adolescentes sobre os cuidados acerca das atitudes relacionadas à prevenção de IST.

Caso a comunicação entre pais e filhos seja favorável ao diálogo, isso pode influenciar na obtenção de informações corretas e em uma relação de confiabilidade com o filho adolescente (BRÊTAS *et al.*, 2011). Assim, entende-se que esse determinante social para os adolescentes do estudo encontra-se desfavorável, haja vista que se evidenciou baixa escolaridade dos chefes de família dos adolescentes, os quais se situaram entre analfabetos e com ensino fundamental incompleto.

Infere-se que, em vista disso, entre os escolares há baixa renda familiar, pois a maioria deles referiram ganhar até um ou dois salários mínimos. O nível econômico dos adolescentes desse estudo inseriu-se na classe C (87%), corroborando com o estudo realizado em Gravataí, Rio Grande do Sul, em que 51,5% também estavam nessa categoria de acordo

com a classificação da ABEP (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa) AERTS *et al.*, 2011).

Além disso, para Gomes e Horta (2010), as condições econômicas e de estilo de vida estão diretamente relacionadas com determinantes do processo saúde-doença, pois essas questões dizem respeito às condições materiais para a subsistência, sendo a nutrição, a convivência, o saneamento e as condições ambientais constituídos basicamente pela capacidade de consumo social.

Em relação à atividade remunerada, a maioria não exercia nenhum tipo de atividade. Corroborando com o estudo, Vonk *et al.* (2013) ressaltam que mais do que as meninas, os meninos adolescentes possuíam atividades remuneradas em um estudo realizado em 2012. Esse fato pode ter influência no maior tempo de permanência na escola e na maior escolarização das mulheres; e, sobre que atividades exerciam, eles informaram serem auxiliares de mecânicos, pintores, ajudantes de mercado, babás e auxiliares de serviços gerais.

Acerca do primeiro beijo, uma significativa parcela já havia “ficado”. Segundo o estudo de Silva *et al.* (2013), em relação à vida afetiva e sexual, 85% dos adolescentes tiveram experiência de namorar ou “ficar”, mas somente 26,8% das meninas e 38,4% dos meninos tinham experiência sexual, evidenciando a importância de distinguir os conhecimentos, atitudes e práticas do adolescente com o intuito de promover comportamentos mais saudáveis.

Sobre a orientação sexual dos alunos, a maioria afirmou ser heterossexual; apenas um escolar citou ser homafetivo. Destaca-se que, durante a aplicação do questionário pré-intervenção na escola, foi explicado o significado desses termos, heterossexual e homossexual, pois alguns alunos não os conheciam, embora alguns já estivessem na etapa final do ensino fundamental. O fato de a maioria dos adolescentes terem mencionado ser heterossexuais, pode também evidenciar que muitos jovens ainda têm medo de socializar sua orientação sexual, muitas vezes por receio do preconceito.

Esse último dado reflete a reprodução por parte dos alunos dos padrões de comportamento que a sociedade incorporou como normalidade em se tratando de relações afetivas, ou seja, a heterossexualidade. Segundo à concepção da OMS, a saúde sexual reconhece o desejo de indivíduos e casais de todas as orientações sexuais (WHO, 2010).

Constatou-se que a maioria dos participantes do estudo ainda não havia iniciado atividade sexual e apenas (11%) referiram ter tido relações sexuais. O estudo de Jardim *et al.* (2013) apontou que a população de adolescente sexualmente ativa na escola pública é maior se comparada à escola particular, cujos adolescentes iniciaram sua vida sexual em faixas

etárias mais tardias, inferindo que o nível socioeconômico parece influenciar na primeira relação sexual. Corroborando, Hugo *et al.* (2011) afirma-se o início precoce da experiência sexual está relacionado diretamente ao baixo nível socioeconômico, menor escolaridade, além da prática religiosa.

A iniciação sexual (sexarca), no presente estudo, foi confirmada em maior quantidade entre os adolescentes do gênero masculino do que o feminino e nenhuma escolar relatou experiência de gravidez. Pode-se inferir que os meninos foram mais sexualmente ativos do que as meninas. Os mesmos achados foram observados no estudo de Oliveira (2013) que verificou que os meninos iniciaram atividade sexual em maior número do que as meninas.

Para Chaves *et al.* (2014), crenças e atitudes diversas em torno do preservativo, de que este reduz o prazer ou inibe o desempenho sexual, ainda existem fortemente entre os jovens e contribuem com esta vulnerabilidade.

Diante dessa realidade, destaca-se a importância das atividades educativas em saúde sexual e reprodutiva com adolescentes escolares com a parceria dos profissionais de saúde e de educação, ainda em idades mais tenras, haja vista a precocidade das relações sexuais, na maioria das vezes, desprotegidas (SILVA, 2016).

A partir desse pressuposto, no estudo, aponta-se a necessidade da implantação, e implementação de ações e/ou programas de educação continuada para os professores, já que, no Projeto Político Pedagógico, o tema transversal sexualidade é para ser debatido anualmente, e essa medida os capacitaria para fazerem uma abordagem plausível e contínua com os alunos, diferentemente das aulas de Ciências que se estuda os órgãos genitais e, às vezes, os métodos de contracepção, sem enfatizar as IST, as práticas sexuais seguras e sem esclarecer as dúvidas dos escolares sobre sexualidade.

Os Centers for Disease Control and Prevention – CDC (2012) nos EUA investigaram os comportamentos de risco dos adolescentes. Dos 49,2% que tiveram relação sexual, 6,2% iniciaram relações sexuais antes dos 13 anos de idade, em que 33,7% eram sexualmente ativos no momento da pesquisa e desses 60,2% fizeram uso do preservativo na última relação sexual, apenas 18,0% usaram a pílula anticoncepcional e 84% já tinham recebido informações sobre Aids ou infecção pelo HIV na escola.

No Brasil, a menarca ocorre, em média, aos 12 anos, podendo variar de 9 a 15 anos (BRASIL, 2008), sendo o evento que marca a iniciação da fertilidade feminina, que deve ser o parâmetro para que esse público-alvo seja atraído para o serviço de anticoncepção e orientações sobre métodos contraceptivos e sexualidade, ao invés da idade da adolescente, pois também é nesta fase em que inicia a vida sexual (TELES *et al.*, 2010).

O estudo transversal nacional de base escolar apontou que há heterogeneidade nas prevalências de iniciação sexual e uso de métodos contraceptivos entre os adolescentes brasileiros, a depender de sua idade, de onde vivem e do tipo de escola que frequentam. Adolescentes mais novos e residentes na região Norte parecem ser os mais vulneráveis às consequências das práticas sexuais não protegidas (BORGES *et al.*, 2016).

Em Imperatriz - MA, estudo com adolescentes na faixa etária de 15 a 17 anos, registrou que (44,1%) já tiveram sua primeira relação sexual, sendo que 20% responderam que a primeira relação foi por curiosidade (COSTA *et al.*, 2013).

Em relação ao uso do preservativo utilizado pelos adolescentes do estudo na última relação sexual, verificou-se que, dos que usaram o preservativo, 8 (66,7%) eram do gênero masculino e 4 (33,3%) do feminino. Em pesquisa realizada por Valim *et al.*, 2015) com adolescentes de escolas públicas de uma cidade do interior de Minas Gerais também foi verificado que a maioria dos adolescentes conversava sobre sexo, eles consideravam que o preservativo masculino evitava IST, assim os escolares sexualmente ativos informaram utilizar o preservativo.

Entre os motivos do não uso do preservativo entre os adolescentes, no estudo de Jardim *et al.* (2013) os pesquisados alegaram que há diminuição do prazer na hora do ato sexual, por julgarem desconfortável, ou por não lembrarem de usá-lo, mesmo tendo-os disponíveis para uso, o que pode ser explicado pela imaturidade e falta de preparo do jovem. Segundo Chaves *et al.* (2014) chamam a atenção para o fato de os adolescentes acabarem por usar menos o preservativo quando utilizam outros métodos contraceptivos, mais comumente a pílula anticoncepcional pela parceira.

O estudo apontou que o uso do preservativo é mais frequente entre os meninos, o que pode estar associado a muitos fatores como: o maior número de parceiras, o maior conhecimento da técnica de uso ou o maior controle sobre a maneira como será realizada a relação sexual (ANJOS *et al.*, 2012).

Por sua vez, uma pesquisa realizada com 234 adolescentes de uma escola, em Fortaleza-CE, como também se verificou neste estudo, mostrou que 46,6% já haviam iniciado a vida sexual; 40,7% e 29,5% não usaram preservativo na primeira nem na última relação sexual respectivamente, em decorrência de diversos motivos, como não ter o preservativo no momento (27,3%); uso de pílula anticoncepcional (15,2%) e confiança no(a) parceiro(a) (15,2%). Além disso, identificou que os meninos têm iniciado suas atividades sexuais mais cedo do que as meninas (CHAVES *et al.*, 2014).

Carvalho e Araújo (2013) reforçam que a adesão ao uso do preservativo masculino é influenciada por crenças e tabus disseminados no meio social em que vive o adolescente, os quais podem aumentar as chances de gravidez ou infecção pelas IST. No entanto, é necessário maior esclarecimento sobre a dupla proteção que o método oferece.

Um estudo realizado em João Pessoa - PB, também identificou que jovens de escolas públicas não fazem uso regular e consistente do preservativo em todas as relações sexuais, justificando o não uso do preservativo em função da rapidez do momento, da confiança no parceiro(a) e a exclusividade sexual, com parcerias fixas e estáveis, como medida preventiva (ALMEIDA *et al.*, 2014).

Apesar da população jovem apresentar cada vez melhor nível de conhecimento sobre as IST e sobre o uso do preservativo, ainda é relativamente alto o número daqueles que não usam o preservativo masculino durante as relações sexuais, fazendo com que a prevalência de pessoas infectadas pelo vírus HIV, nessa faixa etária, continue aumentando (BRUM; CARRARA, 2012). A literatura enfatiza que realmente as meninas são mais vulneráveis do que os meninos porque, ao terem relações sexuais, usam menos os métodos contraceptivos. Com isso, recaem sobre elas consequências como gravidez, mortalidade materna e outros riscos como IST / HIV (UNICEF, 2011b; BRASIL, 2010).

Os índices elevados, evidenciados em muitos estudos, chamam a atenção pelo grande número de adolescentes, especialmente as mulheres, expostas a uma gravidez precoce e/ou IST/HIV por realizarem o sexo desprotegido. Como se trata de um preservativo utilizado pelo homem, muitas vezes, cabe a ele próprio decidir sobre o uso deste. As mulheres acabam, por vezes, não negociando sobre a importância do sexo protegido. Mesmo aqueles que se iniciam sexualmente com o uso da camisinha, tendem a abandoná-la em virtude do estabelecimento de confiança com o parceiro, expondo-se também a situações de riscos (COSTA *et al.*, 2013; COSTA *et al.*, 2015).

Nos achados deste estudo, percebeu-se que os escolares sexualmente ativos se preocupavam em utilizar o preservativo, pois estavam conscientes de que serviria como medida preventiva para as IST e para a gravidez não planejada. Segundo um estudo realizado por Taquetti *et al.* (2015), constatou-se que os relatos sobre o uso do preservativo pelos adolescentes eram mencionados pouca utilização ou de forma errada, não foram raros os entrevistados que referiram ter o preservativo estourado na hora da relação, incomodar ou simplesmente que o parceiro não quis usar. Muitos também alegaram que ter o preservativo não é garantia de usá-lo e outros reclamaram de pouco acesso a este insumo e sugeriram sua distribuição facilitada.

Nenhum dos adolescentes participantes do estudo têm filhos, apesar dos resultados mostrarem que alguns poderiam estar expostos a uma gravidez precoce ou a alguma IST devido à falta de conhecimentos prévios suficientes sobre as práticas sexuais seguras, posteriormente percebeu-se um aumento significativo dos conhecimentos adquiridos sobre saúde sexual e reprodutiva dos escolares após as intervenções educativas, o que poderá contribuir para a diminuição das vulnerabilidades no grupo amostral.

6.2 Características da saúde bucal dos escolares

Em relação a essas características, não foi observada negligência com a saúde bucal por parte dos estudantes, a maioria procurava o profissional dentista pelo menos uma vez ao ano e metade da amostra já havia realizado tratamento odontológico. Quanto ao acesso aos serviços odontológicos, corroborando com o estudo, Volpato *et al.* (2010) relataram que, em relação ao tempo da última visita ao dentista, a maior frequência foi há menos de 1 ano para adolescentes (60,1%), adultos (47,9%) e há mais de 3 anos (58,5%) para idosos. Diferentemente do estudo de Turroni *et al.*, (2012), que se referia a um aspecto bem evidenciado em adolescentes que é a negligência com a saúde bucal. Em decorrência disso, é significativa a incidência de doenças bucais como a cárie dentária, a gengivite, as doenças periodontais, e ainda, o mau hálito nessa população.

Corroborando com a pesquisa, o estudo de Aragão (2016) reafirmou a ausência dos adolescentes nos serviços de APS e que eles procuram os serviços de saúde nas seguintes situações: tratamento odontológico, vacinação, consultas médicas e recebimento de medicamentos e negligenciam outro tipo de atendimento em saúde, relacionado à saúde sexual e reprodutiva, por exemplo.

No local de estudo, observou-se que há procura dos adolescentes pelos serviços odontológicos em maior quantidade do que para os outros serviços ofertados na atenção primária. Quanto à saúde bucal do grupo amostral analisada pela CD foi considerada boa no cômputo geral e isso se deve ao interesse por parte deles de procurarem o tratamento odontológico prestado na rede pública do município e que o acesso é facilitado porque há uma cobertura da ESF praticamente na maioria das localidades, aliado a isso as ações de educação em saúde bucal que ocorrem de maneira permanente no âmbito escolar que favorecem a conscientização dos cuidados com a higiene bucal e, conseqüentemente, incentivam indiretamente a busca pelo serviço odontológico.

Semelhantemente, outro estudo também identificou que apenas uma pequena parcela dos adolescentes escolares relatou procurar um serviço de saúde, sendo que (83%) nunca procuraram o serviço de saúde para obter esclarecimentos sobre os temas relacionados à saúde bucal, à sexualidade ou para a obtenção de preservativos (BRUM; CARRARA, 2012).

Acerca da observação da cavidade bucal sobre mau hálito, sangramento gengival, cárie dentária, mal posicionamento dos dentes e presença de lesão bolhosa nos lábios, a maioria afirmou que já havia observado alguns desses problemas na boca. No que diz respeito aos agravos bucais, a presença de cárie dentária não tratada, o sangramento gengival e o apinhamento dentário têm sido associados ao impacto negativo na qualidade de vida em crianças e adolescentes (CASTRO *et al.*, 2011).

Além disso, o impacto das condições de saúde bucal e sua distribuição na população de adolescentes é pouco conhecido na literatura. Estudar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de jovens é particularmente importante. Essa faixa etária é mais sensível aos diferentes impactos do que os indivíduos adultos no que se refere à percepção da aparência e da dor, podendo afetar não somente a qualidade de vida, mas, também, o desenvolvimento psicológico e as interações sociais desses indivíduos (BRASIL, 2010).

Vale ressaltar que, na pesquisa SBBrasil 2010, (39,4%) dos adolescentes de 15 a 19 anos de idade apresentaram ao menos um impacto negativo em sua qualidade de vida devido às condições bucais. Os do sexo feminino, os pretos, os pardos, os amarelos, os indígenas, os menos escolarizados e os em desvantagem econômica relataram, expressivamente, pior qualidade de vida do que aqueles em situação mais favorecida, caracterizando um quadro de iniquidade social (BRASIL, 2010).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem se empenhado nos últimos dez anos em enfatizar a importância das condições de saúde bucal como parte importante e indissociável da saúde geral e da qualidade de vida das pessoas. Pesquisas têm evidenciado o papel dos agravos bucais como a dor e a perda dentária, além de graves problemas de oclusão, no absenteísmo escolar e no trabalho. Além disso, problemas relacionados à aparência bucal foram associados às manifestações de *bullying* em escolares (RONCALLI *et al.*, 2012).

Conhecer as condições de saúde dos adolescentes de forma integral possibilita descrever a magnitude e a distribuição de importantes fatores de risco e proteção à saúde atual e futura, essencial para orientar políticas públicas voltadas para este público (REIS *et al.*, 2013).

Outro aspecto importante perguntado aos adolescentes foi sobre a orientação ou atendimento educativo preventivo de saúde bucal, gravidez não planejada e IST, a maioria respondeu que tinha recebido algum tipo de informação no ambiente escolar.

Sobre as atividades educativas na escola, dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), em uma parceria do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), Ministério da Educação e Ministério da Saúde, em 2009, mostraram que (87,5%) dos alunos da rede pública e (89,4%) dos estudantes da rede privada haviam recebido informações sobre IST em atividades na escola ou em suas comunidades (UNICEF, 2011). Em 2012, essa pesquisa apontou que (89,1%) receberam orientações sobre infecções sexualmente transmissíveis e Aids, (82,9%) dos estudantes receberam informações sobre prevenção de gravidez e (69,7%) foram orientados sobre como conseguir preservativos gratuitamente (IBGE, 2013).

No presente estudo, alguns fatores contribuíram para essa mudança de paradigma na ressignificação da importância dos cuidados com a higiene bucal na população adolescente desde a escovação dental até a busca pelo serviço odontológico na UBS da área adscrita pertencente à escola, entre eles pode-se mencionar: a importância das visitas periódicas da cirurgiã-dentista na escola, isso favoreceu positivamente para a promoção da saúde bucal desses alunos, seja por meio de palestras educativas enfatizando as instruções de higiene oral, por causa da aplicação tópica de flúor como medida preventiva para reduzir a incidência da doença cárie dentária, devido às escovações supervisionadas, ou por conta dos exames epidemiológicos que permitia selecionar os casos que mais necessitavam de assistência odontológica prioritária e de urgência. Isso contribuiu para conscientizar os adolescentes da importância do autocuidado com a cavidade bucal para evitar possíveis doenças bucais.

Para a compreensão da autoavaliação da saúde bucal devem ser levados em consideração fatores sociais, clínicos e subjetivos. É muito frequente a presença de discrepâncias entre as condições bucais encontradas nos exames epidemiológicos e a autopercepção relatada pelo examinado quando da entrevista ou questionário (PERES *et al.*, 2009).

6.3 Desvelando a Intervenção Educativa

Quanto à realização das intervenções educativas no ambiente escolar, percebeu-se que elas proporcionaram vivências e trocas de saberes entre os adolescentes reunidos nos círculos de discussão, bem como que a pesquisadora atuou de forma dinâmica e participativa

com o intuito de empoderar os escolares a respeito das temáticas que foram objetos do estudo. As atividades educativas facilitam o caminho para que o aprendizado ocorra com autonomia, favorecendo a discussão sobre as dificuldades vivenciadas (FREIRE, 2011; FONSECA *et al.*, 2011a; FIGUEIREDO; QUEIROZ, 2012).

Especula-se que, quanto mais cedo forem proporcionadas atitudes de promoção de saúde, explicativas e ativas na busca do conhecimento acerca das condições de saúde, tais ações podem possibilitar uma mudança no cenário atual sobre saúde dos adolescentes, projetando adultos mais saudáveis (VIERO *et al.*, 2015).

Na categoria *Dialogando com os adolescentes sobre a percepção da autoimagem da saúde bucal*, pode-se dialogar inicialmente acerca da autoimagem bucal. Por meio da Oficina: “Espelho, espelho meu...diga quem sou eu...”, os adolescentes colaboraram escrevendo em um papel ou relataram por meio da expressão oral suas insatisfações, até mesmo os mais introvertidos relataram suas queixas principais sobre o seu sorriso. Nesse momento, os participantes tiveram a oportunidade de fazer a autoanálise da saúde bucal e a palavra citada predominantemente foi regular, sendo os principais motivos mencionados e discutidos: o apinhamento dentário e a maloclusão dentária que, nesses casos, expressavam o anseio de fazer o tratamento ortodôntico corretivo; e a cor dos dentes amarelados, pois os adolescentes alegavam a necessidade de fazer o clareamento dentário.

Os mesmos achados foram encontrados no estudo de Volpato *et al.* (2010) quando perguntado sobre a condição de saúde bucal dos adolescentes as respostas foram: (27%) mencionaram que era regular, (49%) como boa e (22%) como ótima. As condições de saúde bucal dessa faixa etária também foram pesquisadas por Campos *et al.* (2009) tendo como repostas: (37%) julgaram como regular, (26%) boa e (17%) ótima. Se compararmos esses dados aos do estudo, observou-se que a percepção da maioria dos adolescentes sobre a sua saúde bucal também era entre boa e regular em muitos relatos, sendo um resultado controverso pelo fato de que, por meio do exame epidemiológico, analisou-se que os pesquisados apresentavam, no cômputo geral, excelente condição de saúde bucal, mas muitos ainda narraram ter vergonha do seu sorriso por motivos estéticos.

Já no estudo de Volpato (2010) a autopercepção da saúde bucal apresentou dados positivos para os adolescentes e adultos que apresentaram condições clínicas mais favoráveis. Quando foram avaliadas as condições clínicas com relação à carie dentária, verificou-se que os adolescentes apresentaram mais dentes restaurados, o que pode refletir pela maior procura pelo reparo e manutenção da saúde bucal.

Vale ressaltar que os fatores estéticos da autoimagem bucal foram considerados relevantes nesse estudo, sendo relatado que isso poderia interferir na autoestima dos estudantes de maneira significativa até mais do que as patologias como cárie dentária, lesões bucais e periodontites, que nesse estudo eles nem mencionaram. Segundo uma pesquisa de Fonseca *et al.* (2015), verifica-se que, entre os adultos, antes desconheciam a importância sobre o cuidado com os dentes, porque a prática dominante era a extração dentária. Atualmente, esses adultos valorizam os dentes para não sofrerem os constrangimentos sociais como consequências da boca malcuidada; contudo, para os filhos, percebe-se haver melhor acesso à informação e ao cuidado.

Com relação à autopercepção, os resultados encontrados foram semelhantes aos do SB Brasil 2010, em que (39,6%) de adolescentes não estavam satisfeitos com a aparência de seus dentes e gengivas (BRASIL, 2010). Apesar de um significativo aumento no número de investigações sobre o impacto das condições bucais na qualidade de vida em adolescentes, em geral, esses estudos são restritos a populações específicas, como escolares, e são raros aqueles relativos ao contexto brasileiro (PERES *et al.*, 2013).

Corroborando com os achados dessa fase da pesquisa, observou-se no estudo de Nehmy *et al.* (2015) que os participantes não faziam separação nítida entre a saúde bucal, que se refere à função biológica dos dentes, e a dimensão estética, enfatizando mais o aspecto da aparência. Consequentemente, no estudo de Fidelix *et al.* (2011), verifica-se que todos os adolescentes participantes estavam expostos à insatisfação com a imagem corporal, independentemente da idade, percebendo-se que as insatisfações por parte dos adolescentes em relação à autoimagem ocorrem no cômputo geral seja bucal ou corporal muitas vezes.

Nesse sentido, a autoestima de um indivíduo influenciará positivamente na percepção de saúde e em um comportamento saudável, além da relação sujeito-mundo. Dessa forma, é possível também o desenvolvimento da independência do sujeito em relação ao autocuidado (MACEDO *et al.*, 2012).

Há alusão em vários momentos nas falas dos escolares que gostariam de ter um sorriso com aparelho ortodôntico para que aparentassem excelente condição de saúde bucal. De acordo com uma pesquisa realizada por Marques *et al.* (2009), o desejo de tratamento ortodôntico manifestado pelo adolescente por meio da percepção foi de (87,7%).

Corroborando com o estudo, Gibilini *et al.* (2010) ressaltaram que apesar de a maioria perceber sua saúde bucal como boa e ótima, (9%) dos escolares pesquisados ainda afirmaram ter vergonha de suas condições bucais. A percepção da má posição dos dentes foi observada em (73%) da amostra. O percentual dos adolescentes pesquisados que afirmaram

fazer a higiene bucal com frequência de três a quatro vezes ao dia foi alto, em concordância com a literatura.

No estudo, observou-se controvérsias sobre a opinião dos escolares a respeito da autopercepção da sua condição de saúde bucal e do exame epidemiológico realizado pela pesquisadora, haja vista que pode-se inferir que terça parte dos escolares julgava ter uma condição de saúde bucal regular por conta de motivos estéticos e não patológicos, e na realidade, a maioria não apresentavam sinais clínicos patológicos como cárie dentária e gengivites, sendo considerados, portanto, com saúde bucal excelente, o que pode ser conferido ao ter sido realizado o exame epidemiológico de cada escolar.

Corroborando com os achados desta pesquisa Sacerdote *et al.* (2010) mencionam que a adolescência, em relação à saúde bucal, é uma fase de risco, pois há maior consumo de alimentos açucarados e as medidas adequadas de higiene oral podem entrar em conflito com o estilo de vida, já que nessa fase os adolescentes não mais aceitam a supervisão dos adultos.

Semelhantemente ocorreu no estudo de Turrione *et al.* (2012) que avaliou as ações de educação na saúde bucal de adolescentes dentro da Estratégia de Saúde da Família aplicando um questionário e realizando exame clínico para avaliar o biofilme e a inflamação gengival em 80 adolescentes antes e depois das intervenções. Pode-se observar melhora na higiene oral e aumento significativo na frequência de escovação no grupo o que favoreceu para diminuir a inflamação gengival dos participantes que apresentavam essa patologia.

O mesmo não foi observado neste estudo, que segundo Sacerdote *et al.* (2010), os quais citaram que o traumatismo e as doenças gengivais, em especial a gengivite, apresentam-se com altos índices nesta fase da vida, sendo os fatores comportamentais inerentes a esta faixa etária um dos maiores responsáveis por este quadro.

Reforçando a respeito das intervenções educativas, o estudo de Pucca *et al.* (2010) relatam que programas educativos em saúde bucal que aplicam metodologia participativa têm fundamental importância na mudança de hábitos de higiene bucal em adolescentes, independentemente de sua inserção social.

Ratifica-se a necessidade de diálogo permanente e estratégias de ações integradas entre serviços de saúde e comunidade escolar, incluindo pais e mães e outros atores da comunidade, aspecto que poderia ser favorecido pela menor dimensão das cidades interioranas, respeitando os aspectos culturais e religiosos que são muitos arraigados para discutir sobre esse assunto.

Sobre a segunda categoria: *A saúde sexual em evidência tendo como mote o beijo*, os adolescentes demonstraram satisfação e alegria por participarem das Oficinas:

“Beijoqueiros na balada” e “Isso serve para quê” (essa última foi realizada posteriormente a primeira), observou-se que os estudantes, mesmo os mais tímidos, foram participativos e atenciosos, acredita-se que tenha sido pelo fato de que a oficina nº 2 ter tido ornamentação de uma festa, e isso contribuiu para integrá-los e serviu para deixá-los mais interessados pelos temas no segundo momento quando ocorreu a exposição dialogada, percebeu-se que a ambiência e a dinâmica desenvolvida na oficina nº 2 favoreceu o processo de ensino-aprendizagem acerca da saúde reprodutiva.

Por isso, percebe-se que há necessidade de investir na saúde do adolescente, destinando dias específicos para esse público seja no âmbito escolar ou no próprio serviço de saúde por parte da Equipe de Saúde da Família, dessa maneira favoreceria consideravelmente a diminuição das vulnerabilidades, iria fortalecer o vínculo adolescente-profissional de saúde, esclarecer dúvidas pertinentes sobre sexualidade e outros temas e haveria melhor distribuição dos métodos contraceptivos e planejamento familiar precoce nesta faixa etária.

Acrescenta-se a isso o fato de que alguns desses profissionais podem fazer parte do círculo de conhecimentos dos escolares por meio PSE por exemplo, que se fosse bem articulado à díade saúde-escola seria um mecanismo primordial para a garantia da educação sexual aos adolescentes, ampliando seus conhecimentos, fortalecendo suas práticas de cuidados e promovendo autorreflexão sobre a saúde, favorecendo o bem-estar e a qualidade de vida dos jovens.

Por isso, considera-se que essa pesquisa de intervenção junto a outros estudos é de grande importância para fomentar os conhecimentos sobre sexualidade e nortear os adolescentes para tomada de atitudes saudáveis para o início das práticas sexuais e prevenção das IST, além de enfatizar a importância dos cuidados preventivos com saúde bucal como ocorreu nesse estudo por meio da articulação da saúde bucal e sexual.

O espaço escolar é visto como o melhor ambiente para trabalhar ações de educação sexual com os adolescentes, pois é onde eles passam tempo considerável, levam suas dúvidas e esperam que estas sejam respondidas. É dentro do espaço escolar também que o adolescente se sente mais confortável para discutir certos assuntos, já que estão no grupo de iguais com o qual tem afinidade (CHAVES *et al.*, 2014).

Corroborando com este estudo, Silva (2015) relatou, ao realizar uma pesquisa intervencionista com adolescentes de uma escola pública para avaliar o nível de conhecimento sobre IST antes e após a intervenção, um aumento da porcentagem de respostas corretas dos alunos, o que demonstra que ela foi eficaz. Assim, estratégias dessa natureza realizadas por diferentes profissionais de saúde, incluindo o cirurgião-dentista, são relevantes.

Outro estudo apontou que os adolescentes demonstram conhecimentos sobre sexualidade obtidos por meio de programas televisivos, palestras, orientações com a família ou amigos, *Internet* e com os profissionais nas UBS (ARAÚJO *et al.*, 2012). É preciso reforçar hábitos adequados para o adolescer saudável, oportunizando o diálogo com os adolescentes nos diferentes espaços sociais, principalmente na família, escola e entre os próprios adolescentes (MARTINS *et al.*, 2012).

Nos últimos tempos, os escolares estão tendo maiores curiosidades sobre sexualidade e IST/HIV e, muitas vezes, os professores não sabem lidar com o assunto, (CHAVES *et al.*, 2014), por isso a importância da parceria com os profissionais de saúde, que pode ser muito oportuna para alcançar maior proporção de adolescentes com informações capazes de melhorar seu conhecimento sobre contracepção e evitar a gravidez indesejada e IST, que podem ter repercussões importantes sobre o futuro do jovem (HARTMANN; CESAR, 2013).

As ações educativas que visam à promoção e à prevenção da saúde dos jovens podem ser realizadas em parceria com os profissionais de saúde, de educação e a comunidade para que os adolescentes passem a ser sujeitos ativos da sua saúde, pois a desinformação e o desconhecimento sobre a transmissão do HIV e seus métodos de prevenção são alguns dos fatores que tornam os adolescentes mais vulneráveis à infecção pelo HIV e outras IST (CHAVES *et al.*, 2014).

Acerca da terceira categoria *A árvore do saber: construção colaborativa dos saberes adquiridos*, os escolares referiram individualmente por meio da escrita sobre os conhecimentos adquiridos aprendidos e compartilhados durante as oficinas. Posteriormente, todos fixaram seus relatos na árvore do saber e os menos tímidos, posicionavam-se no centro da roda de discussão e liam para o grupo as suas considerações. Essa dinâmica foi bastante significativa devido à construção colaborativa que tinha como finalidade o empoderamento final das temáticas discutidas.

O estudo de Sfair *et al.* (2015) revelou que grande parte da população adolescente está nas escolas e a sexualidade não pode ser deixada de ser estudada. Os alunos manifestaram, de diferentes formas, seu interesse por sexo e assuntos relacionados, criando oportunidades para ações, tornando possível problematizar concepções, comportamentos, preconceitos, diversidade sexual, e outros assuntos, incrementando qualitativamente a maneira como vivem sua sexualidade. Diante disso, é imprescindível oferecer incentivo e subsídios para os educadores permitindo que o assunto seja abordado em sala de aula.

Vale ressaltar que a efetividade das ações intervencionistas será mediada por três

fatores primordiais conforme foi observado no estudo: quando se dá autonomia aos adolescentes desde a escuta dos seus conhecimentos prévios sem julgamentos por parte dos profissionais de saúde ou educadores até o instante de conquistar sua confiança com o objetivo de saber das suas percepções e por meio do vínculo (palestrante e escolar) que irá favorecer positivamente a dialética. Essas atividades devem ser planejadas de forma integrativa e inovadora com uso de preferência das metodologias ativas, isso irá corroborar juntamente com o fortalecimento do vínculo entre esses profissionais e os adolescentes para que haja eficácia das atividades propostas, isso é comprovado principalmente quando se pode mensurar os conhecimentos adquiridos por parte dos escolares após as intervenções.

Diversos autores indicam a escola como cenário privilegiado para a promoção da saúde. Na pesquisa de Bressan (2011) destaca-se o ambiente escolar como espaço pedagógico por excelência e importante equipamento social do território, reunindo parcela significativa das crianças e jovens da comunidade. Araújo, Cassiano e Holanda (2013) retratam a escola como ambiente propício ao esclarecimento e à troca de saberes, favorável ao estímulo de hábitos e práticas saudáveis, os quais, além de serem mais facilmente assimilados durante a infância, proporcionam maiores benefícios quanto mais precocemente adotados.

No trabalho de Figueiredo, Machado e Abreu (2010) a escola é entendida como espaço onde se constrói, destrói ou se perpetua uma ideologia por meio da transmissão de valores e crenças, sendo um ambiente potencializador para o trabalho direcionado e permanente de Educação em Saúde. Para Gomes (2012) analisa a escola como espaço de intensas interações sociais onde os determinantes da saúde podem ser problematizados a partir de cada realidade e onde a saúde pode ser trabalhada como parte integrante da vida das pessoas.

No estudo de Costa *et al.* (2013) lembram que as ações de saúde propostas para o ambiente escolar frequentemente são planejadas pelos profissionais do setor de saúde, comunicando aos profissionais de educação o que devem fazer e sem vínculo com os conteúdos do currículo escolar.

Vale destacar que a inserção dos profissionais de saúde em ambientes fora dos “espaços de saúde” vem mostrando-se indispensável para o desenvolvimento de ações educativas, que necessitam abordar múltiplas dimensões, requerendo esforços intersetoriais. Outro aspecto importante diz respeito à importância da continuidade dessas ações e da formação de vínculos efetivos entre esses diversos âmbitos da sociedade (ARAÚJO; CASSIANO; HOLANDA, 2013).

Sabe-se que compete aos profissionais de saúde acolher e prestar assistência aos adolescentes, ressalta-se a Enfermagem como protagonista desse cuidado, haja vista que pratica o aconselhamento por meio da Educação em Saúde em vários aspectos. Por meio disso, surgiu como estratégia mediadora que a Odontologia, como parte integrante da Equipe de Saúde da Família, pudesse realizar ações intervencionistas por meio da Educação em Saúde, no caso deste estudo, com o objetivo de articular a saúde bucal e a saúde sexual no ambiente escolar, pelo fato de que algumas IST podem ser transmitidas pela via oral.

Pode-se observar, durante a execução das oficinas educativas que os escolares da 7ª série foram pouco participativos, principalmente quando era para se expressarem oralmente perante ao grupo. Acredita-se que um dos motivos seja o fato de que a maioria não terem experienciado o primeiro beijo e ao se falar de saúde sexual e reprodutiva os deixava, às vezes, constrangidos ou envergonhados, apesar de ter sido usada uma linguagem mais lúdica.

Esses escolares eram mais observadores e ficavam tímidos no momento de elucidarem suas dúvidas. A oficina que ocasionou maior participação por parte deles foi a nº 1, sobre a percepção da saúde bucal, porque muitos tiveram a oportunidade de se expressarem por meio do diálogo a respeito das suas satisfações, insatisfações e percepções sobre a sua condição bucal, sobre a autoestima e autoimagem do seu sorriso.

Quanto aos alunos da 8ª e 9ª série, pode-se observar que eram os mais participativos durante as atividades, pois a maioria havia experienciado o primeiro beijo e a minoria a primeira relação sexual. Mesmo assim, os adolescentes ficavam mais instigados a participarem e, até mesmo, no instante de solicitar esclarecimentos sobre as dúvidas pertinentes acerca da temática. Acredita-se que isso ocorreu por terem mais maturidade cognitiva do que o outro grupo.

As oficinas que ocasionaram maior participação por parte desse grupo foram as de nº 2 e 3; diante disso, pode-se perceber que eles corroboraram de maneira expressiva no momento da execução das dinâmicas que reportava sobre a saúde sexual e reprodutiva, o autocuidado e prevenção das doenças.

Por meio da última intervenção educativa, muitos descreveram suas impressões corretamente sobre as IST e sobre outros ensinamentos adquiridos, a maioria cooperou de maneira satisfatória e singela na construção colaborativa dos conhecimentos.

Ao fazer com que os adolescentes se apropriem dos conceitos fundamentados cientificamente a respeito das práticas sexuais seguras e saudáveis baseados concomitante com a construção coletiva dos saberes congregados por meio das vivências e das experiências dos profissionais de saúde, educadores e deles próprios, observa-se um empoderamento

intenso das informações e conhecimentos repassados, sendo essa tríade fundamental para favorecer as relações horizontais no processo ensino-aprendizagem principalmente ao se utilizar as metodologias ativas que os auxiliam a problematizar sobre o assunto, tornando-os protagonistas e autônomos, além de sensibilizar o senso crítico dos adolescentes para as mais diversas situações de vulnerabilidades como: as práticas sexuais desprotegidas, a gravidez não planejada e as IST.

Pelas narrativas, observou-se a conscientização dos escolares a respeito das IST e da importância do autocuidado por meio dos métodos contraceptivos. Como também foi enfatizado, o fato de que não se pode identificar pelo aspecto físico do parceiro(a) sexual, fixo ou casual, algum tipo de infecção sexual, sendo a prevenção a melhor escolha para não contrair IST.

6.4 Análise comparativa das práticas e conhecimentos sobre saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes antes e após a intervenção

Ao fazer a análise comparativa das práticas sexuais e conhecimentos sobre IST dos adolescentes antes e após a intervenção percebeu-se que ao interrogar os alunos antes da intervenção educativa sobre o uso do preservativo pela via vaginal, oral e anal, observou-se que a maioria referiu utilizá-lo ou conhecer que seu uso era sempre necessário principalmente para a prática sexual via vaginal (68,8%). Já sobre a prática do uso do preservativo no sexo oral e anal, a maioria dos adolescentes (63,3%) e (65,1%) respectivamente não tinham opinião. Verificou-se conhecimento deficiente por parte dos participantes sobre a necessidade do uso do preservativo em diferentes práticas sexuais no primeiro momento da pesquisa (pré-intervenção).

Semelhante aos achados do estudo, os dados da PCAP reiteram as evidências encontradas ao descrever que aproximadamente (96%) dos indivíduos residentes em áreas urbanas e (94%) daqueles residentes em áreas rurais declararam concordar que podem ser infectados nas relações sexuais sem o uso de métodos preventivos de barreira, o preservativo masculino (FERRAZ *et al.*, 2011). Situações de vulnerabilidade podem ocorrer entre os adolescentes uma vez que ainda não adotaram medidas preventivas, como a proteção individual, e não foram despertados com informações sobre como se cuidar (PIRES, 2014).

No entanto, após a intervenção educativa, observou-se aumento no conhecimento sobre o uso do preservativo em diferentes práticas sexuais com destaque para a prática sexual via vaginal (92,7%), havendo melhoria no conhecimento no sexo oral (63,3%) e sexo anal

(75,2%). Considerando a fase da intervenção que discutia a importância do preservativo, o processo de ensino-aprendizagem facilitado por meio da demonstração do uso e que articulou a importância do uso para as diversas vias sexuais foi válido, haja vista que foi constatado que os adolescentes aumentaram seus conhecimentos.

Corroborando com o estudo, a Pesquisa sobre Conhecimento de Atitudes e Práticas da População Brasileira (PCAP), realizada pelo Ministério da Saúde, em 2008, apontou que (61%) dos jovens de 15 a 24 anos fizeram uso do preservativo masculino na primeira relação. Em torno de (32,6%) disseram que usaram o preservativo em todas as relações sexuais, independentemente da parceira ser fixa ou não e o percentual atingiu (55%) quando indagado sobre o uso desse método contraceptivo na última relação sexual. Os jovens mantêm-se como a faixa etária que mais faz uso de preservativos nas relações sexuais. Os homens utilizam mais esse método contraceptivo quando comparados às mulheres (BRASIL, 2010).

Sobre a conscientização dos escolares para o uso do preservativo para as vias vaginal e anal ou barreiras de plástico para a mucosa oral para o sexo oral, que é considerado algumas vezes para os adolescentes o primeiro ato sexual, o debate foi essencial, possibilitando aumentar o nível de conhecimentos dos participantes e possíveis mudanças de comportamentos sexuais, porque a maior parte acreditava que era para usar o preservativo pela via vaginal.

No estudo de Antunez *et al.* (2013) reforçam que o sexo oral corresponde ao contato direto da boca, dos lábios e da língua com os órgãos genitais, e é considerado preliminar importante na prática sexual, porém deve ser acompanhado de medidas preventivas para evitar a transmissão das IST por meio da cavidade oral devido ao poder de infectividade que depende da integridade das mucosas.

O fenômeno da juvenização das infecções está associado ao início cada vez mais precoce da vida sexual, a instabilidade das relações afetivo-sexuais (o “ficar”) e, ainda, relacionado a questões de gênero como na negociação do uso do preservativo nesta faixa etária (BRÊTAS *et al.*, 2011; SAMPAIO *et al.*, 2011).

O comportamento individual é fator determinante na vulnerabilidade da infecção de transmissão sexual, bem como a outros agravos, e o não uso de preservativos continua sendo uma das principais formas de vulnerabilidade dos adolescentes (COSTA *et al.*, 2013a).

No entanto, o problema maior é a falta de conscientização dos jovens ao iniciarem sua vida sexual quanto às formas preventivas, pois de acordo com estudos só há mudança de atitude com resultados positivos se houver adesão aos métodos preventivos associados à

aquisição de informações corretas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; 2011; TAQUETTE; MEIRELLES, 2012).

As lacunas deixadas pelos serviços de saúde em relação ao seu papel como fonte de informação, orientação e meio para obter métodos contraceptivos também foi evidenciada nesse estudo, muitos dos participantes desconheciam que a UBS fornecia gratuitamente o preservativo e os anticoncepcionais, que ainda podiam receber orientações e esclarecimentos com o profissional de saúde e as meninas podiam fazer o exame de prevenção ginecológica antes ou depois da primeira relação sexual. É comum observar nas UBS do município que foi realizada a pesquisa, que muitas vezes as adolescentes buscam o serviço de saúde quando já estão grávidas para realizarem o exame de pré-natal ou o serviço odontológico (para fazerem o pré-natal odontológico ou quando não estão grávidas o tratamento odontológico). É provável que, em contextos como este, haja maiores dificuldades em relação ao receio por parte do adolescente, em especial das meninas, sobre o sigilo, a privacidade, o medo e a vergonha de se exporem perante ao público que frequenta à UBS e ao profissional de saúde por falta de vínculos.

No meio rural, a vulnerabilidade da população adolescente e jovem para aquisição de agravos à saúde pode ser exacerbada, conforme as condições de vida e acesso aos serviços públicos de saúde, considerando que são populações que estão longe dos centros urbanos (CARNEIRO *et al.*, 2008); que apresentam uma grande dificuldade de acesso ao sistema de educação formal (SILVA, 2002; PAULA; OLIVEIRA; RIBEIRO, 2012); e que apresentam uma tendência, cada vez maior, à antecipação da vida adulta (SILVA, 2002).

Corroborando com Ribeiro, Silva e Saldanha (2011), reforça-se que, enquanto o uso de preservativo aumenta para o gênero masculino (14%), cai para o gênero feminino (4%), ou seja, durante o transcurso da vida sexual, os meninos passam a usar mais o preservativo, enquanto as meninas descartam o seu uso. No estudo de Hugo *et al.* (2011), mostrou ser relevante a diferença de proporções com relação ao uso do preservativo na última relação sexual. Os jovens que não fizeram uso do preservativo na última relação apresentaram iniciação sexual cedo.

Percebeu-se que o diálogo entre pais e filhos do interior e que são da rede pública de ensino sobre sexualidade ainda não é tão favorecido, em alguns relatos pode-se perceber que há maior orientação por parte dos pais para os meninos incentivando o uso do preservativo com o intuito maior de evitarem apenas uma gravidez não planejada e que as meninas são pouco instruídas pelos pais porque acreditam-se que é um papel da mãe orientá-las, que muitas vezes isso não acontece por vergonha, e outro fator mencionado para que essa

orientação não aconteça que pode ser uma forma de estimulá-las para o início das relações sexuais precocemente.

Em âmbito nacional, (63%) dos indivíduos de 15 a 24 anos de idade residentes em áreas urbanas declaram uso de preservativo na primeira relação, proporção cerca de (17%) maior do que a observada entre os residentes de áreas rurais (BRITO *et al.*, 2011). Sampaio *et al.* (2011) afirmam que a assimetria de gênero nas relações entre os adolescentes é percebida na negociação, quando as meninas não sugerem o uso do preservativo com medo de perder o parceiro, provocando assim o término do relacionamento. Dessa forma, as relações de gênero são decisivas na busca pela melhoria na saúde sexual e reprodutiva dos jovens, a partir do empoderamento das meninas e sensibilização dos meninos (OPAS, 2008).

No estudo de Neto, Piovezan e Galato (2013), realizado com estudantes matriculados em duas escolas particulares e duas escolas públicas em Tubarão-SC, comparando os alunos dos diferentes tipos de escolas com o comportamento sexual, observou-se a alta prevalência do uso de preservativo na primeira relação sexual por adolescentes de escolas particulares.

Foram investigados os conhecimentos dos adolescentes acerca das IST. A relevância dessa investigação possibilita aos profissionais de saúde e educação terem um diagnóstico das informações desse grupo, para, a partir daí, proporem intervenções focadas nas necessidades apresentadas. Dentre as IST pesquisadas, o HIV/Aids foi a doença mais informada, seguida por Herpes e Sífilis.

Evidenciou-se pouco conhecimento prévio por parte dos participantes sobre as IST por parte dos escolares sobre as infecções sexualmente transmissíveis a seguir: Gonorreia (82,6%), Cancro Mole (85,3%) e Candidíase (80,7%). Observou-se que as doenças que eles mais conheciam eram HIV, Herpes e Sífilis.

Em outro estudo, no que se refere ao conhecimento dos adolescentes sobre as IST, (98,5%) relataram que em algum momento já ouviram falar que infecções podem ser transmitidas durante a relação sexual. O HIV (91,2%), o Herpes (72,8%) e o HPV (70,6%) foram as patologias mais citadas (GARBIN *et al.*, 2010).

Após a intervenção, foram verificados novos resultados sobre a transmissão via oral das infecções sexuais e pode-se analisar que a maioria passou a afirmar que isso poderia acontecer apenas para as IST: Herpes (64,2%) e Sífilis (6,8%). E julgaram que não havia transmissão por via oral no caso das seguintes IST: HPV (56,9%), Gonorreia (55%), Candidíase (54,1%), Cancro Mole (51,4%) e HIV (46,8%).

Os autores Barreto e Santos (2009) ressaltaram, em um estudo qualitativo sobre a vulnerabilidade das IST entre adolescentes, que eles não gostavam de conversar sobre sexualidade, provavelmente, deve-se a preconceitos e tabus em relação ao HIV, e das raízes culturais oriundas da educação que receberam na infância, tornando-se assim deficientes de informações importantes para sua proteção, ou estão informados, mas não dialogam com ninguém a respeito do assunto, processando mal a informação, fazendo com que ela não se revele como um poder na hora da prevenção.

Na amostra estudada, observou-se que o conhecimento do HIV era generalizado e, em menor proporção, conheciam outras IST e as formas de contágio. Entretanto, também puderam ser evidenciadas as dúvidas devido à falta de informações sobre as formas de transmissão das IST, como se há possibilidade de contágio por meio das carícias íntimas, beijo na boca, sangramentos gengivais, sexo oral e anal, o uso do *piercing* na língua e entre outras.

O aumento do conhecimento dos adolescentes no pós-intervenção sinaliza a necessidade de maior investimento nas habilidades de professores, profissionais de saúde e familiares para transmitir informações corretas e desconstruir mitos e preconceitos, pois só assim os adolescentes estarão preparados para vivenciar suas experiências sexuais sem riscos para a sua saúde e a dos seus parceiros(as) (VONK *et al.*, 2013).

Quanto às atividades educativas, as metodologias de ensino-aprendizagem utilizadas durante as intervenções foram: a exposição dialogada, as oficinas educativas e a construção colaborativa dos conhecimentos adquiridos. Com isso, reflete que há necessidade de recursos disponíveis nas escolas para utilização das metodologias ativas/problematizadoras como o uso de materiais didáticos específicos como: álbuns seriados temáticos, quadros demonstrativos de métodos contraceptivos e as próteses masculina e feminina, bem como a capacitação dos professores.

Ainda que as instâncias governamentais estejam envolvidas em incorporar temáticas relacionadas à sexualidade humana no cotidiano escolar, verifica-se ainda uma grande lacuna entre o ideal e o real. Alguns autores referem que os professores não possuem experiência na temática, não recebem capacitações e apresentam dificuldades com o tema e têm necessidade de se capacitar, que por sua vez implica a não realização de atividades voltadas à sexualidade humana em sala de aula (RUFINO *et al.*, 2013).

Cabe ressaltar que a educação e a informação não pressupõem mudanças rápidas de atitudes para o fenômeno da gravidez na adolescência e das doenças de transmissão sexual, no entanto são facilitadoras nos processos comportamentais, podendo contribuir para a adesão

de práticas sexuais mais seguras entre os adolescentes (CHAVEIRO *et al.*, 2015). Dessa forma, a promoção da saúde, por meio das instruções e ações preventivas de saúde e da atuação efetiva dos profissionais de saúde e educadores ao abordar sobre sexualidade, tem grande responsabilidade na formação de adolescentes saudáveis.

A construção de parcerias interinstitucionais na formação de uma rede integrada de saúde e educação já foi relatada como importante, pois poderá reduzir possíveis problemas de saúde e colaborar na formação de futuros cidadãos saudáveis. Assim, é importante que se estabeleça parcerias entre escola, família e unidades de saúde visando o fortalecimento da promoção da saúde dos adolescentes, de forma a minimizar as vulnerabilidades a que estão expostos frente à epidemia das doenças de transmissão sexual e gravidez precoce, realidade ainda bastante presente nas instituições públicas brasileiras de ensino (PIRES *et al.*, 2012).

A intervenção pedagógica em sexualidade deve estar voltada a atender as necessidades dos alunos, pautada na problematização e reflexões gerais que o tema demanda, desvinculando-se de crenças, tabus e valores pessoais, associada a uma postura ética em sua atuação (GESSER *et al.*, 2012). Assim, o professor deve desenvolver algumas habilidades que favoreçam a interação e a confiança do educando. Sobretudo, deve estabelecer o diálogo, sendo problematizador, a fim de desenvolver um sujeito com pensamento crítico-reflexivo, transformar-se e ser sujeito de sua própria ação, sobretudo que ele exerça a cidadania plena como ser também corresponsável pela sua saúde sexual e reprodutiva (SOUZA *et al.*, 2010).

Os autores Ribeiro, Silva e Saldanha (2011) reforçam em seu estudo que, enquanto o uso de preservativo aumenta para o gênero masculino (14%), cai para o gênero feminino (4%), ou seja, durante o transcurso da vida sexual, os meninos passam a usar mais o preservativo, enquanto as meninas descartam o seu uso.

A prática sexual precoce, entre os adolescentes, está cada vez mais evidente. Eles tentam expor sua nova fase, sua evolução, mostrando que cresceram e que “não são mais crianças”, quando iniciam as relações sexuais. Na maioria das vezes, essas atitudes não têm um desfecho adequado, pois podem ser expostos às IST/HIV e à gravidez não planejada, com isso algumas vezes há a culpabilização dos pais por uma suposta negligência ao abordar sobre sexualidade por diversos motivos (TAQUETTE; MEIRELLES, 2012).

Segundo Camargo e Ferrari (2009), realizaram uma pesquisa sobre o conhecimento acerca da sexualidade de adolescentes antes e após a realização de uma oficina educativa, observou-se que não houve acréscimo de conhecimento sobre as atitudes de risco e os métodos de transmissão das IST/Aids após a intervenção, concluindo ser necessário um

trabalho preventivo/educativo sistemático, a médio ou a longo prazo para alcance de resultados positivos nessa área com adolescentes.

Portanto, deve-se incentivar a adoção de metodologias participativas e inclusivas entre todos os sujeitos envolvidos nas ações, a fim de que os educandos possam realizar escolhas mais favoráveis à saúde e de serem, portanto, protagonistas do processo de produção da própria saúde, buscando melhoria de sua qualidade de vida (BRASIL, 2011a).

Com isso, pode-se fazer um comparativo que se a educação sexual fosse abordada como a educação em saúde bucal é realizada de forma sistemática como ocorre no local do estudo, muitos alunos teriam maior conhecimento sobre sexualidade e isso contribuiria positivamente como uma maneira estratégica para diminuir as vulnerabilidades as quais estão expostos, para isso requereria um cuidado mais ampliado e investimento em palestras e dinâmicas por parte da ESF para esse público como medida de prevenção de agravos.

No entanto, ainda, verifica-se a necessidade de ampliação das atividades de promoção da saúde para fortalecimento da saúde do adolescente. O ambiente escolar é um local propício para atuação dos profissionais da área da saúde da Estratégia Saúde da Família, que possuem habilidades específicas, sendo inerentes a sua formação como o conhecimento em relação à sexualidade humana e a integralidade do cuidado como componente essencial adquirido durante a graduação, podendo facilitar a prática no contexto escolar. Sendo assim, o profissional de saúde pode tornar-se um grande aliado dos professores, no sentido de conscientizar e capacitar sobre essa temática os escolares (CHAVEIRO *et al.*, 2015).

Ressalta-se a precariedade do sistema educacional nacional em relação ao acesso à recursos tecnológicos de ensino, tal como a Internet, ainda que a utilização de recursos didáticos seja indispensável e fundamental para uso no ambiente escolar. Ainda, o uso de metodologias modernas, participativas, dialógicas e motivadoras em trabalhos educativos com o público jovem são importantes ferramentas no processo de ensino aprendizagem, pois ao mesmo tempo em que promovem reflexões, oportuniza a participação, a socialização de informações e as vivências podendo facilitar o aprendizado (BARBOSA *et al.*, 2010).

Segundo Vieiro *et al.* (2015) é fundamental que essas ações ocorram de maneira contínua, com conteúdo e metodologias diversificadas, que respeite as características locais, bem como tenham formas de avaliar a efetividade das ações, verificando a mudança de comportamento e/ou o autoconhecimento por meio da aquisição de conhecimentos, incentivando os adolescentes a adotar uma vida mais saudável.

Vale salientar o papel primordial da escola no processo ensino-aprendizagem dos adolescentes sobre educação sexual, principalmente, por ser considerado o local mais propício

para abordar esse tema e por poder ocorrer de forma conjunta e articulada por meio da díade (saúde-escola). Esse fato foi observado nas reuniões destinadas aos pais no início do estudo, pois muitos deles, por terem vergonha, baixo nível de escolaridade ou por motivos religiosos, sentiam-se despreparados para falarem com seus filhos sobre sexualidade, ficando essa missão exclusivamente para a escola ou para outros meios como a mídia.

7 LIMITAÇÃO DO ESTUDO

Apesar dos cuidados necessários para a redução de vieses, esse estudo pode ter sofrido interferência de fatores comportamentais dos estudantes, como a não veracidade de algumas respostas, devido à timidez e/ou vergonha proporcionadas pela temática.

Enfrentou-se dificuldade para iniciar a pesquisa por causa que a temática gerou receio para alguns pais que ficaram apreensivos para assinarem os TCLE autorizando a participação dos seus filhos; porém, a mudança de opinião de alguns pais ocorreu após as reuniões na escola, com a apresentação dos benefícios e propostas de aprendizagem, esclarecimentos de dúvidas, com o apoio da direção escolar e do corpo docente. Ressalta-se ainda que uma das maiores limitações do estudo foi o motivo religioso que impediu a participação de alguns adolescentes na pesquisa, já que alguns pais não autorizaram a participação dos filhos por causa do tema a ser abordado, o qual poderia confrontar os seus preceitos religiosos.

Por parte dos escolares, teve-se dificuldades para eles assinarem os TA por causa da temática também, expressaram estarem com medo de participarem das atividades, necessitando o apoio e incentivo do corpo docente, explicação de que os questionários respondidos por eles seriam sigilosos e sem identificação nominal e que eles participariam de uma festa que fazia parte de uma das dinâmicas. As dificuldades que surgiram no percurso inicial da pesquisa foram porque ainda há muitos tabus arraigados culturalmente para abordar sobre sexualidade, principalmente por ser uma cidade interiorana de pequeno porte.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pôde-se compreender, por meio deste estudo, os conhecimentos, as experiências e as práticas, no âmbito da saúde bucal e reprodutiva dos adolescentes escolares de um interior de pequeno porte.

Verificou-se que os participantes apresentaram menor percentual sobre o início das práticas sexuais, sendo considerados poucos adolescentes que são sexualmente ativos, quando comparados com outros estudos comunitários ou de representatividade nacional. Do mesmo modo, houve diferença entre meninos e meninas no que diz respeito ao início da primeira relação sexual e ao uso do preservativo. Partindo desse pressuposto, isso contribuiu para alertá-los durante as oficinas educativas sobre a prevenção das IST e gravidez não planejada principalmente para os que ainda não iniciaram atividade sexual, que muitas vezes estão desprovidos de informações coerentes sobre o assunto e o pouco conhecimento adquirido advém das conversas com os amigos ou através da *Internet*.

Os resultados em relação às condições de saúde bucal dos escolares foram considerados relevantes, fator que reflete positivamente devido ao monitoramento permanente por meio dos exames epidemiológicos e da educação em saúde bucal por causa das palestras realizadas pela odontóloga ou técnica em saúde bucal no ambiente escolar. Investigou-se que esses adolescentes apresentaram boas condições de saúde bucal, apesar de que em relação à autoimagem bucal a maioria ter relatado estar insatisfeito por conta dos fatores estéticos.

O estudo evidenciou que as estratégias com a utilização das dinâmicas de maneira inovadora e problematizadora são condescendentes meios de desenvolvimento do aprendizado, uma vez que buscam favorecer a fixação dos temas, ainda estimulam a expressão de sentimentos, a construção colaborativa do saber e a autorreflexão por parte dos escolares. Vale ressaltar que, no estudo, foi possível observar que, quanto mais criativa a atividade intervencionista, maior o poder de interação e consequentemente de gerar empoderamento sobre esses temas nos escolares, favorecendo para o aumento do nível de conhecimentos e criticidade. Constatou-se também que o aprendizado era favorecido por conta da ambiência e da maneira lúdica ao abordar sobre sexualidade durante as oficinas educativas.

Novas experiências serão válidas para descrever os conhecimentos prévios e adquiridos sobre IST, sexualidade e saúde bucal correlacionando com a autoimagem bucal dos adolescentes escolares do interior que estudam em uma escola pública, por meio de questionários e oficinas educativas, e surge a pretensão, desde já, que em futuras pesquisas

possam ser aplicadas as mesmas estratégias metodológicas com o intuito de se avaliar os adolescentes residentes na capital e que estejam estudando em uma escola pública, buscando-se, posteriormente, realizar um comparativo.

Nesse contexto, constata-se que há necessidade de políticas públicas voltadas para incluir a Educação Sexual no ambiente escolar, novas estratégias mediadoras, parcerias e pactuações entre os serviços de saúde, educação e familiares destinadas à saúde do adolescente, em especial para instruí-los sobre sexualidade, utilizando uma abordagem interativa e por meio de tecnologias leves, favorecendo para que o adolescente possa ter atitudes saudáveis, mudanças comportamentais e de paradigmas, diminuindo assim os agravos e as vulnerabilidades a que estão expostos.

REFERÊNCIAS

- AERTS, D. *et al.* Percepção da imagem corporal de adolescentes escolares brancas e não brancas de escolas públicas do município de Gravataí, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 20, n. 3, p. 363-372, jul./set. 2011.
- ANDRADE P. M., SILVA M. A. M., SIQUEIRA D. D. Promoção da saúde sexual e reprodutiva de puérperas adolescentes: abordagem educativa baseada nos círculos de cultura de Paulo Freire. **SANARE**, Sobral, v.11. n.1, p. 38-44, jan./jun., 2012.
- ANTUNEZ, Maiztegui. *et al.* Saúde oral e doenças sexualmente transmissíveis **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, p. 78-79, abr. 2013
- ARAÚJO, Y. P.; DIMENSTEIN, M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.11, n.1, p.219-27, 2006.
- BARBOSA FILHO, Valter Cordeiro. *et al.* Validade e fidedignidade de escalas sobre fatores intrapessoais, interpessoais e ambientais associados à atividade física em escolares brasileiros do ensino fundamental. **Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum**, v. 18, n. 2, p. 207-221, 2016.
- BARBOSA, S. M. *et al.* Jogo educativo como estratégia de educação em saúde para adolescentes na prevenção às DST/AIDS. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]; v.12, n.2, p.337-41, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a17.htm>>. Acesso em: 20 ago. 2016.
- BARRETO, A. C. M; SANTOS, R. D. S. A vulnerabilidade da adolescente às doenças sexualmente transmissíveis: contribuição para a prática de enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v.13, n. 4, p. 809-816, 2009.
- BECHARA AMD, GONTIJO DT, MEDEIROS M, FACUNDES VLD. “Na brincadeira a gente foi aprendendo”: promoção de saúde sexual e reprodutiva com homens adolescentes. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v.15, n.1, p. 25-33, 2013.
- BERQUÓ E., GARCIA S., LIMA L. Reprodução na juventude: perfis sociodemográficos, comportamentais e reprodutivos na PNDS 2006. **Rev. Saúde Pública**, v.46, n.4, p.685-693, 2012.
- BORGES, A.; MATOS, M. G.; DINIZ, J. A. Processo adolescente e saúde positiva: âmbitos afetivo e cognitivo. **Psicol. Reflex. Crit.**, v. 24, n. 2, p. 281-291, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens.** Brasília: MS; 2006.
- _____.Presidência da República. **Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 5 dez. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde de Adolescente e Jovem. **Caderneta de Saúde do Adolescente**. Brasília, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b (Cadernos de Atenção Básica, n.24).

_____. Lei Federal **no 8.069**, de 13 de julho de 1990. O Estatuto da Criança e do Adolescente. Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, Goiânia, Goiás, 2010.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil (2010)**. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde na escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c. Disponível em: <http://portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=29109&janela=1> Acesso em: 03.mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: 24.ed**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009d, p. 93. (Textos Básicos de Saúde). Departamento de Atenção Básica.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Passo a passo PSE: Programa Saúde na Escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 5, de 19 de junho de 2013. Dispõe sobre as regras do processo de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013-2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRESSAN, A. **A participação juvenil no Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas: contribuições da análise documental para a identificação de estratégias de promoção da saúde**. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011. 237 p.

BRILHANTE, A. V. M. **Educação sexual na escola pública como estratégia de Promoção em Saúde**. Dissertação. Mestrado em Saúde Coletiva. Fortaleza, 2012, p. 30.

BRITO, I. *et al.* Práticas sexuais relacionadas à transmissão do HIV. In: **Ministério da Saúde, editor**. Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. p.39-58.

BRITO, I. PASCOM, A. R. P; ARRUDA, M. R. Uso de drogas. In: **Ministério da Saúde, editor.** Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. p. 71-9.

CDC, Centers for Disease Control and Prevention. **Youth Risk Behavior Surveillance** – United States. MMWR. v. 61, n. 4, p.168, 2012.

CAMARGO, E. A. I; FERRARI, R. A. P. Adolescentes: conhecimentos sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 937-946, 2009.

CAMPAGNA, V. M; SOUZA, A.S.L **Corpo e imagem corporal no início da adolescência feminina**. Boletim de psicologia, v. LVI, n. 124: 09-35, 2006.

CAMPOS, J. A. D. B., LOFFREDO L.C.M. Reprodutibilidade de uma escala odontológica proposta como indicador de saúde bucal em crianças e adolescentes HIV+/SIDA. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.4, p. 2181-2187, 2010.

CARNEIRO, F. F. *et al.* Saúde de famílias do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra e de bóias-frias, Brasil, 2005. **Revista de Saúde Pública**. v.42, p.757-63, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000400024&nrm=isso>. Acesso em: 14 abr. 2016.

CARVALHO, A. M. C; ARAÚJO, T. M. E. Fatores associados à cobertura vacinal em adolescentes. **Acta paul. enferm.** [Internet]. v. 23, n. 6, p. 796-802, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/apv/v23n6/13.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2016.

CHAVEIRO, L. G. *et al.* Análise da temática sexualidade no contexto escolar com professores da educação básica. **Rev Rene.**, v.16, n. 5, p.690-8, set-out 2015.

CHIZOTTI, A. **Pesquisas em ciência humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1995.

COSTA, A. C. P. J. *et al.* Vulnerabilidade de adolescentes escolares às DST/HIV, em Imperatriz – Maranhão. **Rev. Gaúcha Enferm.** v.34, n.3, set. 2013.

COSTA, A. C. P. J. *et al.* Protagonismo de adolescentes na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. **Acta Paul Enferm.**, v. 28, n. 5, p. 482-7, 2015.

COSTA, L. C. F.; VASCONCELOS, F. A. G. Influência de fatores socioeconômicos, comportamentais e nutricionais na insatisfação com a imagem corporal de universitárias em Florianópolis, SC. **Rev Bras Epidemiol**, v. 13, n. 4, p. 665-676, 2010.

COSTA, R. M. **Caracterização do processo de trabalho do cirurgião-dentista na Estratégia de Saúde da Família do município de Parnamirim-RN**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2009, 80p.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa-métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CRUZEIRO A. L. S. *et al.* Comportamento sexual de risco: fatores associados ao número de parceiros sexuais e o uso de preservativo em adolescentes. **Cienc. Saúde Colet.**, v.15, n.1, p. 1149-1158, 2010.

CURIE, C. *et al.* Social determinants of health and well-being among young people: Health Behaviour in School-aged children (HSBC) study: international report from the 2009/2010 survey. **Copenhagen: WHO Regional Office for Europe**; 2012.(Health Policy for Children and Adolescents, n.6).

DERMAZO M.M.P., AQUILANTE A.G. Saúde escolar e escolas promotoras de saúde. IN: Programa de Atualização em Medicina da Família e Comunidade. Porto Alegre: **Artmed/Pan-Americana**; v. 3, 2008.

ELIAS, M.S. *et al.* A importância da saúde bucal para adolescentes de diferentes estratos sociais do município de Ribeirão Preto. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online].v.9, n.1, 2001.Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692001000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 jun. 2015

FELICIANO, I. P.; AFONSO, R. M. Estudo sobre a autoestima em adolescentes dos 12 aos 17 anos. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v.13, n.2, p. 252-265, 2012.

FERREIRA, J. O; JARDIM, P. C. B. V; PEIXOTO, M. R. G. Avaliação de projeto de promoção da saúde para adolescentes. **Rev Saúde Pública.**, v. 47, n. 2, p. 257-65, 2013

FONSECA, L. L. V.; NEHMY, R. M. Q.; MOTA, J. A. C. O Valor Social dos Dentes e o Acesso Aos Serviços Odontológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.10, p. 3129-3138, 2015.

FREIRE, T; TAVARES, D. Influência da autoestima, da regulação emocional e do gênero no bem-estar subjetivo e psicológico de adolescentes. **Rev Psiq Clín**, v.38, n.5, p. 184-8, 2011.

FIDELIX, Y. L. *et al.* Insatisfação com a imagem corporal em adolescentes de uma cidade de pequeno porte: associação com sexo, idade e zona de domicílio. **Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum**, v. 13, n. 3, p. 202-207, 2011.

FIDELIX, Y. L. *et al.* Dados sociodemográficos, estado nutricional e maturação sexual de escolares do sexo masculino: exposição à insatisfação com a imagem corporal. **Rev. Educ. Fis/UEM**, v. 24, n. 1, p. 83-92, trim. 2013.

GARBIN, C. A. S. *et al.* Percepção de Adolescentes em relação a doenças Sexualmente Transmissíveis e Métodos Contraceptivos. **DST – J bras Doenças Sex Transm.**, v. 22, n. 2, p. 60-63, 2010.

GOES, R.; CAETANO G.; FINKLER, J. C. Avaliação do Impacto da Saúde Bucal no Cotidiano de Adolescentes de uma Instituição de Ensino no Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, v. 7, n. 2, p. 82-92, 2014.

GOMES, L. C. **O desafio da intersectorialidade:** a experiência do Programa Saúde na Escola (PSE) em Manguinhos, no município do Rio de Janeiro. Dissertação de mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012, 173p.

GOMES, C. M.; HORTA, N. C. Promoção de saúde do adolescente em âmbito escolar. **Rev. APS.**, v. 13, n. 4, p. 486-499, 2010.

GUBERT, F. A. *et al.* Escalas para medida de comportamento preventivo em meninas adolescentes frente às dst/hiv: revisão integrativa. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS); v.31, n.4, p. 794-802, dez 2010.

GUBERT, F. A. *et al.* Tradução e validação da escala Parent-adolescent Communication Scale: tecnologia para prevenção de DST/HIV. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.21, n.4, p. jul.- ago. 2013.

HAIKAL, D. S. *et al.* Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: uma abordagem quanti-qualitativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.7, p. 3317-3329, 2011.

Hawe, P.; Shiell, A.; Riley, T. Theorising Interventions as Events in Systems. **Am J Community Psychol**, v.43, p. 267–276, 2009.

HONG, S. C. *et al.* Prevalence of distorted body image in young Koreans and its association with age, sex, body weight status, and disordered eating behaviors. **Neuropsychiatr Dis Treat.**, v. 11, p. 1043–1049, abr. 2015.

HUGO, T. D. O. *et al.* Fatores associados à idade da primeira relação sexual em jovens: estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 11, p. 2207-2214, nov. 2011.

IBGE. (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar**, 2012. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. 256 p. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=230340&search=|carnaubal>>> Acesso em: 03. ago.2015.

ISER, M. P. B. *et al.* Condição socioeconômica, frequência de escovação dentária e comportamentos em saúde em adolescentes brasileiros: uma análise a partir da *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar* (PeNSE). Socioeconomic status, tooth brushing frequency, and health-related behaviors in adolescents:an analysis using the PeNSE database. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, 28 Sup: S101-S113, 2012.

JARDIM, D. P.; BRÊTAS, J. R. S. Orientação sexual na escola: a concepção dos professores de Jandira - SP. **Rev. bras. enferm.** [Internet]. v.59, n. 2, p.157-162, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n2/a07.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2016.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Metodologia Científica**. São Paulo: Editora Atlas, 2000, p. 66.

LIMA, V.; RAMOS, M.; GESSINGER, R. Metanálise dos processos analíticos presentes em dissertações de um programa de pós-graduação em Educação em Ciências e Matemática. **Indagatio Didactica**, v. 6, n. 3, p.125-139, 2014.

MAIA, L.A. **Atenção à Saúde Bucal:** Arranjos e dispositivos operados no cuidado às pessoas que vivem com HIV/AIDS em Fortaleza-Ce. [Dissertação] Mestrado em Saúde da Família. Fortaleza, 2014, p. 24.

MANTOVANI, D. G. *et al.* Comparação de dúvidas sobre sexualidade entre crianças e adolescentes. **CONTEXTO & EDUCAÇÃO**. Editora Unijuí Ano 29, n.92, p. 72-90, Jan./Abr. 2014.

MARTINS, C. R. *et al.* Insatisfação com a imagem corporal e relação com estado nutricional, adiposidade corporal e sintomas de anorexia e bulimia em adolescentes. **Rev Psiquiatr**, v. 32, n. 1, p. 19-23, 2010.

McNAUGHT, C.; LAM, P. Using Wordle as a Supplementary Research Tool. **The Qualitative Report**, v.15, n.3, p. 630-643, 2010.

MENDONÇA, B. de. O. M. **Dissertação Conhecimentos e Comportamentos Vulneráveis em Sexualidade entre Adolescentes de um Município do Oeste Goiano Goiânia, 2014** [Dissertação] Dissertação Apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás para Obtenção do Título de Mestre Em Enfermagem, 2014.

MESQUINI, M. A; MOLINARI, S. L.; PRADO, I. M. M. Educação em saúde bucal: uma proposta para abordagem no Ensino Fundamental e Médio. **Arq Mudi**, v.10, n.3, p. 16-22, 2006.

MINAYO S. C. M. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

MORAES, R.; GALIAZZI, M. C. Análise Textual Discursiva: Processo reconstrutivo de múltiplas faces. **Ciência e Educação**, v.12, n.1, p.117-128, 2006.

MORAES, S. P.; VITALLE, M. S. S. Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência. **Rev. Assoc. Méd. Bras.**,v. 58, n.1, p. 48-52, 2012.

MOREIRA, R. M. F.; MENDES, S. S.; MARTINS, C. B. G. O Adolescer e a Sexualidade: o conhecimento do próprio corpo. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.38, n.2, p.370-386 abr./jun. 2014.

MOREIRA, T. P. *et al.* Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1383-1392, jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2007000600013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Aug. 2015.

MORETTI, A.C.; *et al.* Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). **Ciênc Saúde Coletiva**, v.15, sup. 1, p.1827-34, 2010.

NETO, C. R.; PIOVEZAN, A. P.; GALATO, D. Comportamento sexual de estudantes do ensino médio de escolas públicas e particulares de um município catarinense. **Arq Catarin Med.**, v. 42, n. 2, p. 38-43, 2013.

OLIVEIRA, J. F. "Qualidade de vida de crianças e adolescentes infectados pelo hiv/Quality of life of children and adolescents infected with hiv." **Ciência, Cuidado e Saúde** 14.1 (2014): 879-884.

OLIVEIRA, R.C., N.A. Acesso a informações sobre como evitar problemas bucais entre escolares da Rede Pública de Ensino. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 85-94, 2015.

PAIVA, G., M. **Análise do Programa Saúde na Escola do Município de Fortaleza.** [Dissertação] Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2012, p. 140.

PEREIRA M.A.S., GONÇALVES S.R.J., OLIVEIRA C.C.C., SANTOS CNA. Aspectos psicossociais dos adolescentes de Aracaju (SE) relacionados à percepção de saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(Supl. 1):1621-1628, 2011.

PEREIRA, E.F. *et al.* Percepção da imagem corporal e nível socioeconômico em adolescentes: revisão sistemática - **Rev Paul Pediatr**, v.29, n.3, p. 423-429, 2011.

PEREIRA, S. M.; BARRETO, M. L. Estudos de intervenção. In: ALMEIDA, F. N.; BARRETO, M.L. **Epidemiologia e Saúde. Fundamentos, Métodos, Aplicações.** Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2011.

PETROSKI, E. L.; PELEGRINI, A.; GLANER, M. F. Motivos e prevalência de insatisfação com a imagem corporal em adolescentes. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 4, p.1071-1077, 2012.

PIRES, L. M. **Conhecimento E Comportamento Sexual Entre Adolescentes De Área Rural E Urbana De Goiás Goiânia, 2014** [Dissertação] *Dissertação Apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás para Obtenção do Título de Mestre Em Enfermagem.*

PIRES, L. M. *et al.* A enfermagem no contexto da saúde do escolar: revisão integrativa da literatura. **Rev enferm.** UERJ; v. 20, esp1, p. 668-75, 2012.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: método, avaliação e utilização.** 7th ed. Porto Alegre: Artmed, 2011, p.406-26.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico.** Novo Hamburgo: Feevale, 2. Ed., 2013.

RAMIRO, L. *et al.* Educação sexual, conhecimentos, crenças, atitudes e comportamentos nos adolescentes. **Rev. Port. Sau. Pub**; v. 29, n. 1, p.11-21, 2011.

REIS, M. C.; RAMOS, L. Escolaridade dos pais, desempenho no mercado de trabalho e desigualdade de rendimentos. **Rev. Bras. Econ. [online]**, v.65, n.2, p. 177-205, 2011.

RIBEIRO, K. C. S; SILVA, J; SALDANHA, A. A. W. Querer é Poder? A ausência do uso de preservativo nos relatos de mulheres jovens. **DST – J bras Doenças Sex Transm.**, v. 23, n. 2, p. 84-89, 2011.

ROUQUAYROL, M. Z, ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 6. ed., 2006.

SABÓIA, V. P. A. Programa Odontológico Preventivo para Gestantes Adolescentes - Projeto Sorridente: Relato De Experiência. **Extensão em Ação**, v. 2, n. 7, p. 140-152, 2015.

SANTOS, C. A. C.; NOGUEIRA, K. T. Gravidez na adolescência e Saúde, v.6 , n.1, p. 48-56, 2009.

SANTOS, K. A. Teenage pregnancy contextualized: understanding reproductive interventions in a brazilian shantytown. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.4, p.655-64, abr 2012.

SFAIR, S. C.; BITTAR, M; LOPES, R. E. Educação sexual para adolescentes e jovens: Mapeando Proposições Oficiais. **Saúde Soc.** São Paulo, v.24, n.2, p.620-632, 2015

SILVA, Eulália Maria Martins da. *et al.* Mudanças fisiológicas e psicológicas na velhice relevantes no tratamento odontológico. **Revista Ciência em Extensão**, v.2 n.1, 2005, p. 1679-4605.

SILVA, Expedita Sinhara Sampaio da, SANTOS, Iolanda Maria de Souza; IBIAPINA, Ylanne Araújo de Medeiros. Oficina do beijo: promovendo a saúde bucal e saúde sexual de adolescentes e jovens através do PSE em Fortaleza. Anais do 11º Congresso Internacional da Rede Unida. Suplemento **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação** (Botucatu) [online], supl. 3, 2014.

SILVA, L; TONETE, V. L. P. A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e cuidado. **Rev. Latino am. Enfer.**, Ribeirão Preto, v.14, n. 2, p. 199-206, 2010.

SILVA, Maria Teresa. *et al.* Infecções sexualmente transmissíveis e fatores de risco nos adolescentes e jovens: dados de um centro de atendimento a jovens. **Nascer e Crescer – Revista de pediatria do centro hospitalar do Porto**. V. XXIV, n. 2, 2015.

SOUZA, M. M. *et al.* Qualificação de professores do ensino básico para educação sexual por meio da pesquisa-ação. **Cienc Cuid Saude.**, v. 9, n.1, p. 91-98, jan/mar 2010

SME (Secretaria Municipal de Educação de Carnaubal). **Relação dos matriculados**. Fortaleza: SME. Célula da E.E.F. Aquiles Peres Mota, 2015.

SMSC (Secretaria Municipal de Saúde de Carnaubal). **Relatórios Mensais de Atestos**. Fortaleza: SMSF. Célula de Atenção às Doenças Sexual Transmissíveis, 2014.

_____. **Relatório Anual 2015- 1º quadrimestre**. Carnaubal: SMSC. Célula de Atenção Primária à Saúde, 2015.

TONELLI, S. Q. Manifestações bucais em pacientes pediátricos infectados pelo HIV-uma revisão sistemática da literatura. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, v. 18, n. 3, 2014.

TAQUETTE, S. R; MEIRELLES, Z. V. Convenções de gênero e sexualidade na vulnerabilidade às DST/AIDS de adolescentes femininas. **Adolesc. Saúde**, v.9, n. 3, p. 56-64, 2012.

TURRIONI, A. P. S. Avaliação das Ações de Educação na Saúde Bucal de Adolescentes dentro da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.7, p.1841-1848, 2012.

UNICEF. **FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA**. O direito de ser adolescente: oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades. Brasília: UNICEF; 2011.

VALIM, E. M. A. *et al.* Utilização de Preservativo Masculino entre Adolescentes de Escolas Públicas na Cidade de Uberaba (Mg), Brasil: Conhecimentos E Atitudes. **Caderno Saúde Coletiva**, Rio De Janeiro, 23 v.1, p. 44-49, 2015.

VIERO, V. dos S. F. Educação em Saúde com Adolescentes: Análise da Aquisição de Conhecimentos sobre Temas de Saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.19, n.3, jul-set, 2015.

VONK, A. C. R. P.; BONAN, C.; SILVA, K. S. da. Sexualidade, Reprodução e Saúde: Experiências de Adolescentes que Vivem em Município do Interior de Pequeno Porte **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.6, p. 1795-1807, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global recommendations on physical activity and health**. Geneva: WHO; 2010.

**APÊNDICE A – OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO DE CARTA DE ANUÊNCIA PARA
REALIZAÇÃO DE PESQUISA E APRECIÇÃO DE PROJETO**

À Lúcia Helena Lopes Pinto

(Secretária de Educação do Municipal de Carnaubal-Ce)

**OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO DE
CARTA DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA
E APRECIÇÃO DE PROJETO**

Eu, Gemimma de Paiva Rêgo, cirurgiã-dentista (CRO-CE 7190) e discente do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará (UFC), encaminho o projeto de pesquisa intitulado, **EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL COMO ESTRATÉGIA PARA PROMOÇÃO DA AUTOIMAGEM E PREVENÇÃO DE IST/HIV EM ADOLESCENTES ESCOLARES**, sob orientação da Profa. Dra. Fabiane do Amaral Gubert, para apreciação.

Tornando ciência de que a metodologia deste estudo será desenvolvida conforme os princípios da ética em pesquisa com seres humanos vigentes no país, conhecendo e cumprindo as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012, venho solicitar Carta de Anuência da Secretaria Municipal de Educação de Carnaubal-Ceará, enquanto instituição co-participante deste projeto de pesquisa.

Carnaubal, ____ de outubro de 2015.

Secretaria Municipal de Educação de Carnaubal

Gemimma de Paiva Rêgo – Pesquisadora Responsável

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AO RESPONSÁVEL LEGAL

Você está sendo convidado por (Gemimma de Paiva Rêgo – pesquisadora) para participar de uma pesquisa na escola de seu filho (a) que tem o título **EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL COMO ESTRATÉGIA PARA PROMOÇÃO DA AUTOIMAGEM E PREVENÇÃO DE IST/HIV EM ADOLESCENTES ESCOLARES**, tendo como objetivo geral desenvolver intervenção educativa em saúde bucal como estratégia para promoção da autoimagem e prevenção das IST/HIV em adolescentes escolares do município de Carnaubal-CE. Gostaria se possível, da sua autorização para que o seu filho(a) participe desta pesquisa, para responder algumas perguntas sobre o conhecimento e os comportamentos dele(a) relacionados à prevenção de IST/HIV via transmissão oral e algumas perguntas correlacionadas com a saúde bucal. A pesquisa será individual e seu filho (a) somente participará com a sua autorização. Não deve participar contra a sua vontade ou do próprio escolar. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Garanto ao senhor (a) que as informações fornecidas por seu filho(a) serão utilizadas apenas para a realização desta pesquisa, e seu nome e de seu filho(a) não serão identificados. Caso o senhor (a) queira poderá ter acesso ao questionário da pesquisa ou tirar dúvidas sobre a pesquisa na hora que quiser. O senhor (a) tem o direito de retirar a sua autorização durante a pesquisa, sem nenhum problema. A participação do (a) seu filho (a) será voluntária, ele (a) não receberá pagamento para participar da pesquisa.

Como seu filho (a) responderá a perguntas sobre prevenção de IST/HIV poderá ter risco psicológico, representado por desconfortos emocionais ou sociais pelo fato de participar de um estudo relacionado às IST/HIV. Será garantido ao senhor (a) que as informações serão apenas para esta pesquisa, e serão guardadas, sem identificar seu filho, sendo minha a responsabilidade de guardá-las.

Como benefício a pesquisa pode contribuir para a promoção da saúde dos adolescentes, além de auxiliar a melhorar as atividades educativas em saúde na escola para práticas e atitudes saudáveis em relação à sexualidade e à saúde bucal. A divulgação das informações conseguidas pela participação de seu filho será realizada, sem identificá-lo por nome, apenas entre os profissionais estudiosos do assunto.

Gostaria muito de poder contar com a participação de seu filho (a), e desde já lhe agradeço. Caso o senhor (a) autorize seu filho (a) participar da pesquisa, peço que o senhor (a)

e o seu filho (a) rubriquem todas as folhas e coloquem as suas assinaturas na última página deste Termo de Consentimento. Assim como o senhor (a) também rubricarei e assinarei as folhas deste Termo de Consentimento, deixando uma cópia comigo e outra cópia com o senhor(a). Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição e quando finalizar ficarão arquivados comigo, responsável pela pesquisa. A pesquisadora possui inteira responsabilidade sobre os procedimentos para realização de tal trabalho, bem como está ciente de tais responsabilidades e disponível para quaisquer esclarecimentos a respeito do projeto.

Endereço da responsável pela pesquisa:

Gemima de Paiva Rêgo. Endereço: Centro-Carnaubal-Ce ou Universidade Federal do Ceará: Rua Alexandre Baraúna, 1115, Bairro: Rodolfo Teófilo, Fortaleza-CE. Fone: (85) 3366-8464.

ATENÇÃO: se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a participação do seu filho na pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000, Bairro: Rodolfo Teófilo, Fortaleza-CE. Fone: (85) 3366-8344.

O abaixo-assinado _____, _____ anos, RG _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está autorizando a participação do seu filho como voluntário da pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que após sua leitura tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro ainda receber uma cópia assinada deste termo.

Carnaubal, ____ / ____ / ____.

Nome do responsável legal

Data

Assinatura

Nome da pesquisadora

Data

Assinatura

Nome da testemunha

Data

Assinatura

(se o responsável legal não souber ler)

APÊNDICE C – TERMO DE ASSENTIMENTO DO ADOLESCENTE

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa **EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL COMO ESTRATÉGIA PARA PROMOÇÃO DA AUTOIMAGEM E PREVENÇÃO DE IST/HIV EM ADOLESCENTES ESCOLARES** tendo como objetivo geral desenvolver intervenção educativa em saúde bucal como estratégia para promoção da autoimagem e prevenção das IST/HIV em adolescentes escolares do município de Carnaubal-CE. O objetivo que nos leva a estudar esse assunto é aprimorar os conhecimentos por parte dos adolescentes escolares sobre saúde bucal e saúde sexual e reprodutiva. Será aplicado na escola um questionário sobre conhecimentos e comportamentos de adolescentes em relação às IST/HIV (saúde sexual e reprodutiva) e à saúde bucal. O motivo da realização desta pesquisa está relacionado ao aumento no número de casos de infecções provocadas por IST/HIV em adolescentes. Para participar desta pesquisa, o seu responsável deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer pagamento com a sua participação. Você será esclarecido (a) sobre o que deseja saber da pesquisa e estará livre para participar ou se recusar. O seu responsável poderá retirar a autorização ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e caso você se recuse em participar não haverá qualquer mudança na forma em que é atendido (a) pela pesquisadora que guardará a sua identidade. Você não será identificado em nenhuma publicação.

Neste estudo, você responderá a perguntas sobre saúde sexual e reprodutiva e saúde bucal que poderá ter risco mínimo representado por desconfortos emocionais ou sociais pelo fato de você participar de um estudo relacionado às IST/HIV. Como benefício a pesquisa pode contribuir para a promoção da saúde dos adolescentes, além de auxiliar a melhorar as atividades educativas em saúde na escola para práticas e atitudes saudáveis. A divulgação das informações concedidas pela participação de seu filho na pesquisa será realizada, sem identificá-lo por nome, apenas entre os profissionais estudiosos do assunto.

Para este estudo adotaremos o(s) seguinte(s) procedimento(s):

1ª etapa: Apresentação da proposta e convite para participação das atividades com dinâmicas de integração e sensibilização;

2ª etapa: Avaliação odontológica e a oficina: “Espelho, espelho meu...diga quem sou eu” (auto-estima);

3ª etapa: Oficina 2: Beijoqueiros na Balada (IST);

4ª etapa: Exposição dialogada oficina 3: “Isso serve para que” e a oficina 4: “A árvore do saber” construção colaborativa dos conhecimentos adquiridos;

5ª etapa: Após 15 dias da realização das atividades educativas, será aplicado o pós-intervenção.

Serão utilizados diversos recursos disponíveis, a fim de promover uma maior interação dos participantes com os temas abordados. Por meio da Educação em Saúde a fim de que o conhecimento possa ser adquirido de forma coletiva e individualizada.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando a pesquisa terminar e ficarão arquivados comigo, responsável pela pesquisa. Este termo de assentimento está em duas cópias, deverá ser assinado pela pesquisadora responsável e por você, sendo que uma cópia ficará com a pesquisadora responsável e a outra ficará com você. Os dados e os instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de 5 anos e, após esse tempo, serão destruídos. Este termo de assentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma via será arquivada pela pesquisadora responsável, e a outra será fornecida a você.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato:

CEP- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ– Rua Coronel Nunes de Melo, 1000, Bairro: Rodolfo Teófilo, Fortaleza-CE. Fone: (85) 3366-8344.

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: GEMIMMA DE PAIVA REGO; CARNAUBAL (CE) - CEP: 62375000, FONE: (88)996265180 / E-MAIL: gemimmarego@bol.com.br

Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade _____, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei pedir novas informações, e o meu responsável poderá mudar a decisão da minha participação se quiser. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Carnaubal, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do(a) participante

Assinatura da pesquisadora

**APÊNDICE D – MODELO DO QUESTIONÁRIO A SER UTILIZADO NA PESQUISA
(PRÉ-INTERVENÇÃO)**

Título da Pesquisa:

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL COMO ESTRATÉGIA PARA
PROMOÇÃO DA AUTOIMAGEM E PREVENÇÃO DE IST/HIV**

EM ADOLESCENTES ESCOLARES

(Questionário pré-intervenção)

Nº Identificação

1. Qual a sua idade? _____	
2. Qual o seu sexo: 1. Feminino 2.masculino	
3. Estado Civil: 1. Solteiro (a); 2. União Estável/vive com companheiro; 3. Tenho namorado/namorada; 4.Outro _____	
4. Série que estuda: _____	
5. Escolaridade/total de anos de estudo:	
6. Qual a renda aproximada da família (número de salários mínimos)?	
7. Quantas pessoas vivem em sua casa? _____	
8.Qual a sua religião: 1. Católico (a); 2. Evangélico (a); 3. Espírita; 4. Sem religião	
9. Entre as seguintes alternativas, qual você escolheria para definir a sua cor ou raça? 1.branca 2. preta 3.parda (morena) 4.indígena 5.não sabe	
10. Com quem você mora atualmente? 1. Com ambos os pais; 2. Apenas com a mãe; 3. Apenas com o pai; 4. Com outros responsáveis; 5 . Mora com namorado ou marido; 6 . Mora com a namorada ou esposa	

11. Qual o grau de instrução do chefe da família do seu domicílio? 1 () Analfabeto; 2 () Ensino fundamental; 3 () Ensino médio incompleto; 4 () Ensino superior	
12. Você está trabalhando, estagiando ou exercendo alguma atividade remunerada? 1. Sim 2. Não	
13. Você já “ficou” com alguém? 1. Sim 2. Não	
14. Que idade você tinha quando “ficou” pela primeira vez? _____	
15. Sobre sua orientação sexual, você se considera: 1 () heterossexual 2() homossexual 3() bissexual	
16. Você já teve relações sexuais alguma vez? 1. Sim 2. Não	
17. Em que idade você teve sua primeira relação sexual? _____	
18. Na última vez que você teve relação sexual (transou), você ou seu (sua) parceiro(a) usaram camisinha (preservativo)? ☐ Nunca tive relação sexual ☐ Sim ☐ Não ☐ Não lembro	
19. Na escola, você já recebeu orientação sobre prevenção de gravidez? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei	
20. Na escola, você já recebeu orientação sobre IST/HIV? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei	
21. Na escola, você já recebeu orientação sobre como cuidar dos dentes? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei	
22. Você sabe quais as IST são transmitidas pela via oral (boca)? 1. Herpes ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei 2. HPV ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei 3. Sífilis ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei 4. HIV ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei 5. Gonorreia ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei 6. Cancro Mole ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei 7. Candidíase ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei 8. Hepatite B ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei	
23. Quando se deve utilizar a camisinha (preservativo) na relação sexual: 1. Vaginal: () é sempre necessário () é desnecessário () não tem opinião 2. Oral: () é sempre necessário () é desnecessário () não tem opinião 3. Anal: () é sempre necessário () é desnecessário () não tem opinião	
24. Qual das formas abaixo NÃO previne a infecção por IST/HIV? 1. Uso do preservativo feminino e masculino* 2. Pílula do dia seguinte 3. Não compartilhamento de seringas 4. Não ter vários parceiros sexuais	
25. Qual das formas abaixo NÃO é uma forma de transmissão das IST/HIV? 1. Prática sexual sem preservativo	

2. Transmissão vertical 3. Compartilhamento de seringa 4. Utilizar bebedouros públicos	
26. Em relação à transmissão das IST/HIV, marque a alternativa CORRETA. 1. Não é necessário utilizar preservativo durante o sexo oral, pois não há chance de se infectar por IST/HIV por meio desta atividade sexual. 2. O sexo anal não transmite IST/HIV 3. Tomar banho após a relação previne às IST/HIV 4. O coito interrompido não é uma forma de prevenir às IST/HIV	
27. Sobre o vírus do HIV marque a opção CORRETA 1. Ter muitos parceiros sexuais não aumenta o risco de pegar o HIV. 2. Uma pessoa pode ter o HIV mesmo parecendo não estar com o vírus. 3. O leite materno de uma mãe com o vírus do HIV não transmite este vírus para o seu filho. 4. O vírus do HIV causa a sífilis.	
28. Qual das formas abaixo previne às IST/HIV 1. Método da Tabela 2. Tomar o anticoncepcional corretamente 3. Utilizar preservativo nas relações sexuais 4. Realizar apenas o sexo oral	
SAÚDE BUCAL	
29. Você tem hábito de escovar os dentes diariamente? ☐ Sim ☐ Não ☐	
30. Você escova os dentes quantas vezes por dia: ☐ 1 vez ☐ 2 vezes ☐ 3 vezes ou mais	
31. Na sua casa, cada membro da família tem sua própria escova de dente? ☐ Sim ☐ Não ☐	
32. Você considera a saúde bucal importante? ☐ Sim ☐ Não ☐	
33. Você procura o dentista anualmente? ☐ Sim ☐ Não ☐	
34. Nos serviços de saúde, você já recebeu algum tipo de orientação e/ou atendimento educativo preventivo sobre a saúde bucal? ☐ Sim ☐ Não ☐	
35. Algum dentista já orientou sobre as manifestações bucais decorrentes das IST? ☐ Sim ☐ Não ☐	

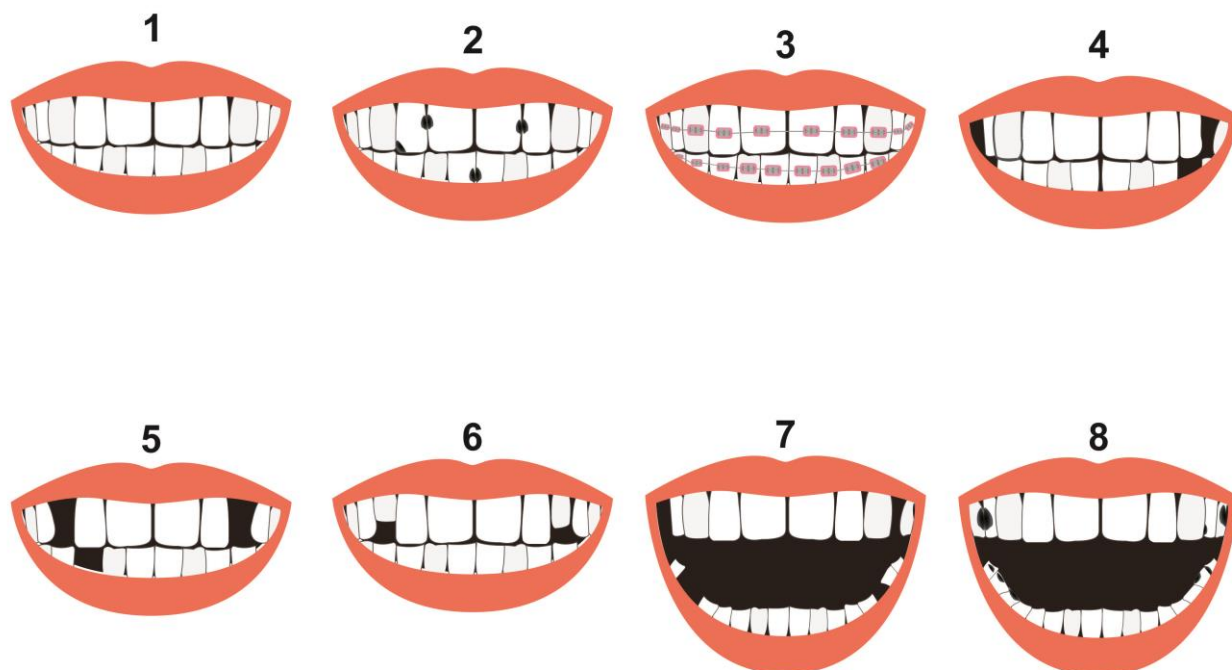
36. Você acha importante o cirurgião-dentista fazer orientação na escola sobre saúde bucal e a prevenção das IST? ☐ Sim ☐ Não	
37. Você considera seu sorriso: ☐ Excelente ☐ Bom ☐ Regular ☐ Péssimo	
38. Você já observou se tem mau hálito: ☐ Sim ☐ Não	
39. Você já observou se tem sangramento gengival: ☐ Sim ☐ Não	
40. Você já observou se tem cárie dentária: ☐ Sim ☐ Não	
41. Você já observou se tem mal posicionamento dos dentes: ☐ Sim ☐ Não	
42. Você já teve lesão bolhosa na boca ou lábios (tipo afta ou herpes labial): ☐ Sim ☐ Não	
43. Você já fez tratamento odontológico: ☐ Sim ☐ Não	
44. Você acha que pode pegar IST através do beijo: ☐ Sim ☐ Não	
45. Você acha que quem tem <i>piercing</i> na língua e nos lábios pode pegar IST: ☐ Sim ☐ Não	
46. Você sabe o que é gengivite: ☐ Sim ☐ Não	
47. Você acha que se estiver com gengivite pode pegar IST: ☐ Sim ☐ Não	
48. Você acha que pode contrair IST através do sexo oral sem proteção: ☐ Sim ☐ Não	
49. Quando você vai “ficar” com alguém você observa o sorriso: ☐ Sim ☐ Não	
50. Você considera sua saúde bucal: ☐ Excelente ☐ Boa ☐ Regular ☐ Péssima	

**APÊNDICE E – MODELO DO QUESTIONÁRIO PÓS INTERVENÇÃO EDUCATIVA
(PÓS-INTERVENÇÃO)**

(Questionário pós-intervenção)

1.Você acha que pode pegar IST através do beijo: ☐ Sim ☐ Não ☐	
2.Você acha que quem tem <i>piercing</i> na língua e nos lábios pode pegar IST: ☐ Sim ☐ Não ☐	
3.Você sabe o que é gengivite: ☐ Sim ☐ Não ☐	
4.Você acha que se estiver com gengivite pode pegar IST: ☐ Sim ☐ Não ☐	
5.Você acha que pode contrair IST através do sexo oral sem proteção: ☐ Sim ☐ Não ☐	
6.Você considera sua saúde bucal: ☐ Excelente ☐ Boa ☐ Regular ☐ Péssima	
7.Quando você vai “ficar” com alguém você observa o sorriso: ☐ Sim ☐ Não ☐	
8. Você sabe quais as IST são transmitidas pela via oral (boca)? 1. Herpes ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei 2. HPV ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei 3. Sífilis ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei 4. HIV ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei 5.Gonorreia ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei 6.Cancro Mole ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei 7.Candidíase ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei 8.Hepatite B ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei	
9. Quando se deve utilizar a camisinha (preservativo) na relação sexual: 1.Vaginal: () é sempre necessário() é desnecessário () não tem opinião 2.Oral: () é sempre necessário () é desnecessário () não tem opinião 3.Anal: () é sempre necessário () é desnecessário () não tem opinião	
10. Qual das formas abaixo NÃO previne a infecção por IST/HIV? 1. Uso do preservativo feminino 2. Pílula do dia seguinte 3. Não compartilhamento de seringas 4. Não ter vários parceiros sexuais	
11. Qual das formas abaixo NÃO é uma forma de transmissão das IST/HIV? 1. Prática sexual sem preservativo 2. Transmissão vertical 3. Compartilhamento de seringa 4. Utilizar bebedouros públicos	

12. Em relação à transmissão das IST/HIV, marque a alternativa CORRETA. 1. Não é necessário utilizar preservativo durante o sexo oral, pois não há chance de se infectar por IST/HIV por meio desta atividade sexual. 2. O sexo anal não transmite IST/HIV 3. Tomar banho após a relação previne às IST/HIV. 4. O coito interrompido não é uma forma de prevenir às IST/HIV	
13. Sobre o vírus do HIV marque a opção CORRETA 1. Ter muitos parceiros sexuais não aumenta o risco de pegar o HIV. 2. Uma pessoa pode ter o HIV mesmo parecendo não estar com o vírus. 3. O leite materno de uma mãe com o vírus do HIV não transmite este vírus para o seu filho. 4. O vírus do HIV causa a Sífilis.	
14. Qual das formas abaixo previne às IST/HIV 1. Método da Tabela 2. Tomar o anticoncepcional corretamente 3. Utilizar preservativo nas relações sexuais 4. Realizar apenas o sexo oral	

APÊNDICE F – MODELO DA ESCALA DOS SORRISOS

1. Qual é o número que melhor representa a sua saúde bucal atualmente (real): _____

2. Qual o número você gostaria de ser: _____

3. Com uma palavra defina sua saúde bucal: _____

APÊNDICE G – FICHA DE DIAGNÓSTICO (CPO-D) E ODONTOGRAMA

Odontograma

[illegible]

APÊNDICE H – PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA

Estrutura das Oficinas
• Cada oficina terá duração de 1hora. Serão adequadas conforme o planejamento das atividades escolares para que a intervenção não ocasione interrupção das ações preconizadas pelos educadores. • Haverá orientações a respeito das IST de forma lúdica e teórica, tendo como mote o beijo, outros temas abordados serão práticas sexuais seguras e saúde bucal. • As atividades serão conduzidas pela pesquisadora com auxílio da ASB (Auxiliar de Saúde Bucal) incluindo reuniões com professores e coordenadores, pais ou responsáveis dos alunos e com os adolescentes escolares, avaliação clínica, dinâmicas, vídeos, rodas de conversa, discussões e oficinas. • Terá a avaliação da cavidade bucal pela CD, posteriormente os escolares irão citar sua perspectiva em relação a sua saúde bucal utilizando a dinâmica do espelho e uma escala que utiliza 8 tipos de sorrisos que os ajudarão a mencionar como eles se percebem nesse quesito envolvendo a autoestima. • Os temas serão pré-estabelecidos conforme cronograma da pesquisadora.
PÚBLICO ALVO
• Direcionado para adolescentes escolares
OBJETIVOS
• Desenvolver intervenção educativa em saúde bucal para promoção do autocuidado e prevenção das IST/HIV, tendo como mote o beijo, em adolescentes escolares do município de Carnaubal-Ce.
TEMAS
• Autoestima e saúde bucal (Oficina: Espelho, espelho meu...diga quem sou eu”)

- IST via transmissão oral e vertical (Oficina: Beijoqueiros na Balada e Oficina: Isso serve para que)
- Práticas sexuais seguras (Oficina: Árvore do Saber)

METODOLOGIA

As etapas serão divididas em 5:

1ª etapa: Apresentação da proposta e convite para participação das atividades com dinâmicas de integração e sensibilização;

2ª etapa: Avaliação odontológica e dinâmica “Espelho, espelho meu...diga quem sou eu” (autoestima)

3ª etapa: Dinâmica - Beijoqueiros na Balada (IST)

4ª etapa: Exposição dialogada “Isso serve para que” e a construção da árvore do saber (participação colaborativa) (práticas sexuais seguras)

5ª etapa: Após as atividades educativas, 15 dias, será aplicado o pós-teste.

Serão utilizados diversos recursos disponíveis, a fim de promover uma maior interação dos participantes com os temas abordados. Por meio da educação em saúde, com ilustrações para que o conhecimento possa ser adquirido de forma coletiva e individualizada.

RECURSOS DIDÁTICOS:

Vídeos, banner, Datashow, bonecos, textos e entre outros.

ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE

À Lúcia Helena Lopes Pinto
(Secretária de Educação do Municipal de Carnaubal-Ce)

**OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO DE
CARTA DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA
E APRECIÇÃO DE PROJETO**

Eu, Gemimma de Paiva Rêgo, cirurgiã-dentista (CRO-CE 7190) e discente do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará (UFC), encaminho o projeto de pesquisa intitulado *Educação em Saúde Bucal como estratégia mediadora para prevenção de DST/HIV/AIDS contemplando a autoimagem e a sexualidade em adolescentes escolares*, sob orientação da Profa. Dra. Fabiane Gubert do Amaral, para apreciação.

Tornando ciência de que a metodologia deste estudo será desenvolvida conforme os princípios da ética em pesquisa com seres humanos vigentes no País, conhecendo e cumprindo as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012, venho solicitar Carta de Anuência da Secretaria Municipal de Educação de Carnaubal-Ceará, enquanto instituição co-participante deste projeto de pesquisa.

Carnaubal, 05 de outubro de 2015.

Gemimma de Paiva Rêgo

Gemimma de Paiva Rêgo – Pesquisadora Responsável


Lúcia Helena Lopes Pinto
Secretária Municipal de Educação
Portaria: 155/2014

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL COMO ESTRATÉGIA PARA PROMOÇÃO DA AUTOIMAGEM E PREVENÇÃO DE DST/HIV EM ADOLESCENTES ESCOLARES

Pesquisador: Gemimma de Paiva Rêgo

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 53918315.9.0000.5054

Instituição Proponente: Universidade Federal do Ceará/ PROPESQ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.488.289

Apresentação do Projeto:

Pesquisa quantitativa de caráter intervencionista. A coleta de dados se dará por meio de questionário e ações educativas, com aplicação de questionário pós teste para se verificar a efetividade da ação intervencionista.

Objetivo da Pesquisa:

Desenvolver intervenção educativa em saúde bucal como estratégia para promoção da autoimagem e prevenção da DST/AIDS em adolescentes do município de Carnaubal-CE.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Possível constrangimento de pequeno porte aos adolescentes; atraso na atividade laboral dos educadores.

Benefícios: Incentivo ao conhecimento sobre a doença, práticas sexuais seguras e melhorias na promoção e educação em saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância para a área.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos foram entregues corretamente.

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

CEP: 60.430-275

E-mail: comepe@ufc.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ**



Continuação do Parecer: 1.488.289

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma pendência.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_608312.pdf	07/03/2016 21:24:34		Aceito
Outros	CARTADEANUENCIAASSINADAGemimma.pdf	07/03/2016 21:23:30	Gemimma de Paiva Rêgo	Aceito
Outros	CURRICULOLATTESGemimma.pdf	05/03/2016 13:25:09	Gemimma de Paiva Rêgo	Aceito
Outros	APENDICEHPROPOSTAGemimma.pdf	05/03/2016 13:24:42	Gemimma de Paiva Rêgo	Aceito
Outros	APENDICEGFICHAGemimma.pdf	05/03/2016 13:24:11	Gemimma de Paiva Rêgo	Aceito
Outros	APENDICEFESCALASORRISOGemimma.pdf	05/03/2016 13:23:34	Gemimma de Paiva Rêgo	Aceito
Outros	APENDICEEQUESTIONARIOPOSGemimma.pdf	05/03/2016 13:23:05	Gemimma de Paiva Rêgo	Aceito
Outros	APENDICEDQUESTIONARIOPREGemimma.pdf	05/03/2016 13:22:39	Gemimma de Paiva Rêgo	Aceito
Outros	APENDICEAOFICIOGemimma.pdf	05/03/2016 13:21:52	Gemimma de Paiva Rêgo	Aceito
Outros	CARTADEAPRECIACAOAOCEPGemimma.pdf	05/03/2016 13:20:34	Gemimma de Paiva Rêgo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICECASSSENTIMENTOGemimma.pdf	05/03/2016 13:20:02	Gemimma de Paiva Rêgo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICEBTCLEGemimma.pdf	05/03/2016 13:19:46	Gemimma de Paiva Rêgo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCOMPLETOGemimma.pdf	05/03/2016 13:19:22	Gemimma de Paiva Rêgo	Aceito
Orçamento	ORCAMENTOASSINADOGemimma.pdf	05/03/2016 13:19:03	Gemimma de Paiva Rêgo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAODECONDORDANCIAGemimma.pdf	05/03/2016 13:17:51	Gemimma de Paiva Rêgo	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMAGemimma.pdf	05/03/2016 13:17:28	Gemimma de Paiva Rêgo	Aceito

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



Continuação do Parecer: 1.488.289

Folha de Rosto	FOLHADEROSTOASSINADAGemimma.pdf	05/03/2016 13:16:40	Gemimma de Paiva Rêgo	Aceito
----------------	---------------------------------	------------------------	--------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 12 de Abril de 2016

Assinado por:

FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br