

O BEIJO COMO MOBILIZADOR PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE: ÊNFASE NA SAÚDE BUCAL DE ADOLESCENTES. RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA

THE KISS AS A MOBILIZER FOR HEALTH EDUCATION: EMPHASIS IN
BUCAL HEALTH OF ADOLESCENTS. AN EXPERIENCE REPORT

*AD Silveira Filho**

*Medeiros IY***

*Justo CMP****

Simone Rennó Junqueira+

Isabel Maria Teixeira Bicudo Pereira++

Pelicioni MCF+++

Silveira Filho AD, Medeiros IY, Justo CMP, Bicudo Pereira IMT, Pelicioni MCF. O beijo como mobilizador para educação em saúde: ênfase na saúde bucal de adolescentes: relato de uma experiência. *Rev Bras Cresc Desenv Hum* 2005; 15(3):57-68.

Resumo: Este trabalho relata a experiência de um grupo de profissionais das equipes de saúde da família que, por meio da Metodologia da Problematização, usaram “o beijo” como tema mobilizador para educação em saúde bucal, com adolescentes da oitava série do primeiro grau das escolas públicas da Regional Bairro Novo em Curitiba no período de 1999 a 2001. Os adolescentes participaram ativamente da construção do problema, levantando dúvidas, discutindo possíveis soluções, expressando desejos, interesses, relacionando a saúde bucal com suas experiências afetivas e sexuais. A estratégia utilizada mostrou-se efetiva, criando um clima de confiança entre a equipe e os adolescentes, tornando-se uma experiência satisfatória e motivadora no campo da educação em saúde bucal.

Palavras-chave: Adolescente. Beijo. Saúde bucal. Higiene bucal.

Romeu (à Julieta)

Então, não vos movais, enquanto recolho o fruto de minhas preces. Assim, mediante vossos lábios, ficam os meus livres de pecado!. (beijando-a)

Julieta: *Deste modo passou para meus lábios o pecado que os vossos contraíram.*

Romeu: *Pecado de meus lábios? Oh! culpa deliciosamente censurada ao pecador! Devolvi-me então meu pecado.*

* Cirurgião Dentista, com Especialização em Saúde da Família e Mestrando em Saúde Pública na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

** Comunicóloga e Mestranda em Saúde Pública na Faculdade de Saúde Pública/USP

*** Farmacêutica e Mestranda em Epidemiologia no Depto Medicina Preventiva na UNIFESP/EPM.

+ Cirurgiã Dentista, Doutoranda em Saúde Pública - Faculdade de Saúde Pública/USP

++ Prof. Dra. do Depto. de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública/USP

+++ Prof. Associada do Depto. de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública/USP

SHAKESPEARE *apud* CAHEN
1997²⁶

INTRODUÇÃO

As ações de saúde bucal coletiva no sistema público brasileiro constituíram sua história, mesmo anterior ao Sistema Único de Saúde (SUS), centradas na atenção à saúde da criança, especialmente dos escolares de sete a doze anos de idade. Pela magnitude da cárie dentária nessa faixa etária e por essa caracterizar-se na principal fase do desenvolvimento das habilidades pessoais e inteligência, a prioridade aos escolares firmou-se pela crença de que as reais transformações nos hábitos e estilos de vida se constroem mais facilmente e se perpetuam a partir dessa fase do desenvolvimento humano.

A promoção da saúde pode ser definida como uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam atingir ações e condições de vida conducentes à saúde¹.

A expressão “condições de vida” permite que a definição de promoção da saúde ultrapasse os limites dos fatores exclusivamente comportamentais para ligar-se a uma rede de interações muito mais complexa, deslocando o foco do comportamento individual e redirecionando as lentes para instituições e atores coletivos como a cidade, a escola, a fábrica, o meio ambiente. Dessa forma, as atividades da promoção da saúde estão voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido num sentido amplo, de ambiente físico, social, político, econômico e cultural, objetivando alcançar uma melhor qualidade de vida².

A educação em saúde é uma das principais estratégias para viabilizar a prática da promoção da saúde, por meio de situações que estimulem o desenvolvimento do potencial do ser humano, numa concepção integrada e sem paternalismo, valorizando e respeitando a au-

suas crenças, valores e aspirações.

A responsabilidade sobre as ações de educação em saúde é da equipe de saúde, entendida aqui como o conjunto de profissionais que trabalha num mesmo local e, justamente pela proximidade com a população de referência, tem condições de planejar e executar atividades educativas em função das necessidades.

No Brasil, ocorreu um significativo declínio na experiência de cárie dentária em crianças nos últimos vinte anos. Conforme dados de levantamentos epidemiológicos nacionais o valor do índice CPO-D (número de dentes cariados, perdidos e obturados) aos 12 anos de idade em 1980 foi 7,3; em 1986 foi 6,7; em 1996 foi 3,1 e, em 2003 foi 2,78. Os três principais fatores relacionados ao fato dizem respeito à presença de flúor nas águas de abastecimento, ao consumo de dentifrícios fluoretados e ao processo de descentralização da saúde, que permitiu aos municípios planejarem ações coletivas de educação e prevenção em saúde bucal voltadas para as necessidades locais⁴.

A cárie dentária e a doença periodontal, se não tratadas ou controladas, podem trazer como conseqüências a dor e, numa situação extrema, a perda do elemento dental. Para alcançar um nível aceitável de saúde bucal entre os adolescentes, a Organização Mundial da Saúde e a Federação Dentária Internacional propuseram, como meta para o ano 2000, que 85% dos jovens de 18 anos de idade tivessem todos os dentes naturais presentes na cavidade bucal⁵; segundo dados do Ministério da Saúde, em 2003, apenas 55,1% dos jovens brasileiros apresentavam todos os dentes.

Ações coletivas em saúde bucal são incentivadas pelas áreas técnicas em saúde bucal do poder público como uma alternativa eficaz no combate 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 pessoas.

Dentre as ações coletivas mais difundidas estão as atividades de educação em saúde bucal, geralmente desenvolvidas em escolas do ensino fundamental. Tradicionalmente, as técnicas utilizadas para abordar os temas de prevenção das patologias bucais e construção de hábitos saudáveis são, (1) reuniões e palestras com metodologia expositiva, através de recursos de multimídia, álbuns seriados, cartazes, macro-modelos bucais etc.; (2) orientação de escovação seguindo alguma técnica de higiene bucal descrita; (3) escovação coletiva e/ou supervisionada a partir da utilização de substâncias que evidenciam a placa dental; (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. Tais procedimentos visam o controle sobre alguns determinantes do processo saúde-doença relacionados à cárie dentária e o estímulo aos cuidados e aos hábitos bucais saudáveis.

No entanto, na faixa etária dos adolescentes, os índices de cárie tendem a aumentar⁶. A ausência de atividades de educação em saúde bucal nas escolas de ensino médio – ou a própria evasão de grande parte desses adolescentes da escola – e a inadequação do tipo de orientação aplicada podem contribuir para o incremento do índice de cárie em adolescentes.

O adolescente, como grupo etário, possui características próprias por passar por um período de pressões de maturação e desenvolvimento biológico, psicológico e social, sendo seu estudo científico um fenômeno do século XX⁷. Segundo Basso⁷, o comportamento do adolescente sobre sua situação de saúde bucal é evidenciado pela indolência, negligência e desinteresse pela manutenção de hábitos higiênicos, associados ao aumento do consumo de

carboidratos, alimento com potencial cariogênico.

A primeira fase da adolescência é negativa, caracterizada pelo fato de se procurar fazer tudo ao contrário do que os pais ou profissionais pedem, quebrando regras impostas com o objetivo de demonstrar independência. Para os adolescentes, a aprovação de seus pares é um poderoso determinante de sua conduta, o que aponta como vantagem o trabalho em ações coletivas⁷.

Em estudo qualitativo sobre a percepção dos adolescentes em saúde bucal, Östberg et al.⁸ relataram que, para essa faixa etária, a saúde bucal está relacionada com a aparência e que sair para uma festa, por exemplo, pode significar uma escovação a mais nos dentes. O estudo apontou para uma grande diferença no desenvolvimento psicológico e de socialização entre os gêneros, sendo que o papel da mãe como “promotora da saúde” pode influenciar esse processo; quanto maior o envolvimento dos pais, que servem como “modelos positivos” para os filhos, melhor a percepção da saúde bucal. A falta de tempo foi apontada como uma das razões para o cuidado insuficiente com a saúde bucal. Sobre os profissionais, os autores sugerem que estes utilizam expressões difusas que confundem os adolescentes, destacando a necessidade de se usar a mesma linguagem quando se for informar e motivar esse público-alvo.

O conceito de adolescência é relativamente novo. Essa época da vida, no entanto, possui características que a definem como uma etapa do desenvolvimento humano, não precisando ser considerada, necessariamente, um simples período de transição entre a infância e a maturidade. Caracteriza-se por uma série de transformações, envolvendo fatores biológicos e culturais. É justamente essa faceta multideterminada que lhe confere o caráter de singularidade na história dos indivíduos⁹.

Alguns autores localizam na transição

entre os séculos XIX e XX o momento em que grupos juvenis passam a adotar comportamentos não usuais, contrários às normas sociais vigentes, problematizando o processo de transmissão das mesmas, fazendo com que a juventude despertasse interesse acadêmico e tivesse maior visibilidade. (Aramo 1994 *apud* ¹⁰).

A adolescência é um período de intensas mudanças físicas e, associadas a essas, mudanças de comportamento com o jovem buscando seu novo papel na sociedade. O grupo de iguais assume uma importância ímpar de apoio e espelho, preenchendo, de certa forma, o espaço que era ocupado pelos pais. É a época de “ensaiar” os papéis sociais sem grandes cobranças, entre eles o da sexualidade.

Pode-se dizer que a sexualidade humana é determinada por dois grupos de fatores principais: o próprio instinto genético de manutenção da espécie, e aqueles condicionados pelas pressões sociais⁹.

O desenvolvimento de relações românticas, associado às mudanças ou dificuldades que ocorrem nas relações sociais existentes, pode trazer importantes conseqüências no desenvolvimento do adolescente, inclusive no processo de formação de identidade, gerando depressão, solidão e problemas de comportamento.

Os adolescentes “ficam” – forma atual de designação dos relacionamentos amorosos eventuais – e esse “ficar” pode atingir vários estágios, incluindo ou não relações sexuais. Embora pareça algo extremamente inovador, o “ficar”, guardando as proporções de seu contexto histórico, sempre fez parte das relações afetivas da adolescência. Porém, em cada momento histórico, o adolescente constrói o seu jeito de “ficar”, quer dizer, em momentos anteriores encontram-se a “paquera”, a “olhadela”, o flerte, a troca de cartas etc.¹¹.

Retornando muito mais no tempo encontra-se, por exemplo, a *maráichinage*, tradição em vigor até o século XIX, na região de Marais des Monts, em Vendéia. Naquela aldeia do sul

da França, os jovens solteiros, em idade de se casar, encontravam-se livremente em certos períodos do ano sob os olhares da comunidade, atendendo a um ritual: o rapaz abordava a moça desejada, puxando seu saiote ou pegando seu guarda-chuva; se aceitasse o convite, ela se deixava conduzir a um local aberto ao controle do grupo. Ao abrigo do guarda-chuva, “os jovens trocavam durante longas horas longos beijos” (Segalen 1981 *apud* ¹²). Esta era a forma, aceita pela sociedade, dos jovens testarem possíveis afinidades sexuais. Nada muito diferente do que ocorre hoje em dia.

Graças aos poetas, escritores e mais tarde ao cinema, o beijo romântico sempre representou no pensamento coletivo a encarnação concreta do amor, da paixão e, mesmo, o simbolismo da relação sexual. O cinema, principalmente, foi responsável pelo fortalecimento dessa imagem. Desde o primeiro beijo imortalizado em filme (*The widow Jones* de Edison, 1896), o cinema nunca mais deixou de colecionar beijos na boca, a ponto de um apaixonado pelas salas escuras acreditar que anticamente era assim que as crianças nasciam¹³.

No imaginário infantil, alimentado pelos imortais contos de fadas, o beijo tem uma representação forte, estando associado à magia, às transformações. Assim, o beijo do Príncipe é aguardado pelas meninas e os meninos esperam que o beijo da Princesa transforme o sapo em príncipe ou que a Bela transmute a Fera beijando-a¹⁴.

Na adolescência o beijo é, normalmente, o primeiro contato mais forte com a sexualidade. Durante gerações, o primeiro beijo sempre foi um acontecimento aguardado ansiosamente. “Aos treze anos, beijar um garoto é uma idéia fixa dos espíritos facilmente exaltáveis”¹⁵.

Esse beijar está fortemente presente em nossos adolescentes, mas de uma forma desmistificada. No seu “ficar” eles, sobretudo beijam, e isto é uma característica cultural que mereceria um estudo mais aprofundado, pois o

relacionamento amoroso é uma preocupação dominante na adolescência e o beijo assume para esses jovens uma importância incontestável.

No caso das ações de saúde bucal, em função da ampliação do trabalho das equipes de saúde na comunidade, seja na clínica, na promoção da saúde ou na prevenção das doenças, faz-se necessária a busca de novos conhecimentos e o desenvolvimento de outras práticas, por meio da apreensão de tecnologias e de metodologias do campo da educação em saúde. Assim, a educação em saúde bucal para adolescentes tornou-se um desafio para as equipes de saúde.

MÉTODOS

Este trabalho traz uma experiência do município de Curitiba, capital do Estado do Paraná que, como todo município brasileiro inserido ao movimento de descentralização do SUS, viu-se desafiado a qualificar as ações de saúde.

O grupo de trabalho em saúde bucal organizou sua estratégia de ação adotando a Metodologia da Problematização, por entender que essa estratégia possibilita a construção do conhecimento partindo-se das vivências e experiências acumuladas por todos os participantes.

A primeira referência dessa metodologia é o Método do Arco, de Charles Maguerez, em esquema apresentado por Bordenave e Pereira¹⁶. Nesse esquema constam cinco etapas que se desenvolvem a partir da realidade ou de um recorte da realidade: Observação da Realidade; Pontos-Chave; Teorização; Hipóteses de Solução e Aplicação à Realidade (prática).

Segundo Bordenave e Pereira¹⁶, a metodologia da problematização considera que o mais importante num mundo de mudanças rápidas é aumentar a capacidade do aluno – participante e agente da transformação social – para detectar os problemas reais e buscar para eles

soluções originais e criativas. A proposta para alcançar esse objetivo passa pela observação da realidade e dos recursos disponíveis, identificação dos obstáculos, indicação das melhores tecnologias culminando com o encontro de uma forma de organização de trabalho, sempre através da ação coletiva.

Os participantes são levados a exercitarem a relação dialética prática-teoria-prática, tendo a realidade social, como ponto de partida e de chegada do processo de ensino e aprendizagem. Aqui se constitui uma nova relação no processo de ensino e aprendizagem. O conhecimento que se pretende não é meramente transmitido, deve ser construído a partir de uma relação dialética entre os diferentes atores com seus saberes. Confrontam-se, somam-se e transformam-se tanto o saber-popular quanto o saber-científico. Significa dizer que o saber-científico não pode mais ser compreendido como uma verdade absoluta, que deve ser imposta a todos os sujeitos, como a única maneira de se construir uma realidade ideal.

A metodologia da problematização trabalha repensando valores de todos os envolvidos no processo educacional. A singularidade do método reside na capacidade de transformar estes valores, por meio da discussão de conceitos e conhecimentos, partindo-se da explicitação dos fatos pelos diferentes olhares sobre eles. Seu propósito é preparar os sujeitos para tomarem consciência do mundo e para atuarem na intenção de transformá-lo para melhor, enfatizando uma vida digna a todos. Seu objetivo é mobilizar o potencial social, político e ético que, como cidadãos e profissionais, são agentes sociais que participam da construção da história de seu tempo, mesmo que em pequena dimensão¹⁷.

Morin¹⁸ (p.12), ao tratar do ensino, afirma que educar: (1) é organizar uma série de atividades didáticas para ajudar os alunos a compreender áreas específicas do conhecimento (ciências, história, matemática); (2) é desco-

brir potencialidades, refazer caminhos, é respeitar a autonomia do educando; (3) é relacionar teoria e prática, é aprender a refletir e refletir junto, é desconstruir a ciência com um novo olhar; (4) é valorizar o que o aluno traz da família, da rua e da sociedade; (5) é trabalhar a emoção, o sensorial, o intelecto e a intuição. O processo educativo deverá, portanto, através do despertar da curiosidade levar à descoberta do novo. A problematização é matéria prima para o processo de educação.

O educador, na metodologia da problematização, assume o papel de facilitador, ou seja, é fundamental que promova a cooperação mútua entre os participantes, atuando como uma ponte entre o aprendiz e sua aprendizagem¹⁹.

Tomaz²⁰ propõe ao facilitador prioritariamente as funções de: (1) manter o fluxo das discussões, buscando garantir o foco sobre o tema proposto; (2) estimular, buscando que as discussões vão à profundidade desejada; (3) fazer perguntas, ajudando na resolução por si mesma dos possíveis equívocos de concepções; (4) promover informações, não devendo “dar” informações, mas breves explicações que possibilitem ao grupo sozinho encontrar o caminho desejado; (5) observar e analisar, e nesse olhar detectar facilidades, pontos positivos e negativos do grupo e as conseqüências sobre o processo de aprendizagem; e, (6) dar *feedback*, informar o grupo sobre os aspectos positivos e negativos, salientar a qualidade dos conteúdos, o objetivo, a participação etc.

Neste projeto, o conhecimento da população, de suas necessidades e de seus interesses são fundamentais para o sucesso do processo educativo e para a seleção dos métodos educativos apropriados à determinada situação. Para estimular a participação e o interesse de adolescentes no processo de educação em saúde bucal, optou-se pela metodologia da problematização e, como tema mobilizador, “o beijo”. A partir desse assunto, buscou-se iniciar uma

discussão sobre saúde bucal.

O Projeto

O trabalho foi elaborado pelo grupo de estudos em saúde bucal composto por representantes das equipes de saúde da família das doze Unidades Básicas de Saúde e do Centro de Referência Especializada em Odontologia, a totalidade dos serviços de saúde bucal que integram o Distrito Sanitário Bairro Novo do município de Curitiba, Paraná, entre os anos de 1999 a 2001.

Os grupos priorizados para os trabalhos foram constituídos pelos alunos da oitava série do primeiro grau das escolas públicas municipais da Regional Bairro Novo, localizado na zona sul do município.

Estabeleceu-se como tarefa do educador/facilitador, problematizar a questão a ser trabalhada para evitar a simples exposição aos educandos. Assim, ficou claro que o objetivo desejado era colocar os adolescentes como sujeitos do conhecimento e não meramente receptores de um conteúdo que lhes fosse entregue pronto²¹.

O passo seguinte foi o de organizar uma seqüência de questões ou estímulos que serviriam como indutores para o conhecimento que se objetivava construir.

Dentre o modo de organização da estratégia destacam-se, (1) nenhum dos profissionais que participasse da ação estaria trajando roupas brancas ou jaleco, ou usaria qualquer outro elemento do vestuário que por si carregasse a simbologia da prática biomédica, isso porque o objetivo primeiro era eliminar qualquer barreira na comunicação entre os profissionais e os adolescentes; (2) inicialmente não seria utilizado nenhum recurso multimídia ou áudio-visual, pois se objetivava o estabelecimento de um diálogo franco e qualquer recurso poderia causar um ruído, um distanciamento nesse início do processo de comunicação; (3) a

estratégia seria apresentada como um “debate sobre o beijo”, o “beijar bem ou não”, o foco da abordagem inicial não seria sobre as questões de saúde bucal, que deveriam surgir no âmago da problematização, para então serem trabalhadas.

Cabe aqui salientar uma tendência verificada no momento de planejamento da ação. O pensamento cartesiano determinado pela formação biomédica dos profissionais de saúde envolvidos demonstrou sua força quando, discutindo as atividades que seriam desenvolvidas com o grupo de adolescentes, surgiu a idéia de que se utilizasse um microscópio para elucidar visualmente o quanto a saliva é contaminada por bactérias. Inicialmente houve uma tendência no grupo de que esta seria uma boa estratégia. Ao se refletir mais profundamente sobre ela, concluiu-se que ela significaria um retrocesso na abordagem que estávamos propondo, em verdade, o uso do microscópio serviria como uma intimidação, um mecanismo de cercear a liberdade, de negar a atitude de beijar como sendo uma expressão livre inerente à vida humana. Esse exemplo reflete significativamente a tendência do modelo de educação pautado apenas e simplesmente na ciência, que valida o conhecimento da microbiologia para reprimir a sociedade, e que impregna boa parte das ações de educação em saúde convencionais, o “não faça”; como se o “correto” socialmente, a atitude saudável, fosse aquela em que os adolescentes não se beijassem, não “trocassem seus fluxos salivares” para evitar “contaminação bacteriana”. Esta seria uma ação, portanto, que desqualificaria todos os nossos investimentos em buscar um processo educacional de valorização da construção de sujeitos responsáveis e aptos ao auto-cuidado. Nossa intenção não era a de reprimir o beijo, mas de resignificá-lo no grupo social trabalhado, os adolescentes, fugindo de uma abordagem pautada na visão “higienista” do mundo, e resgatando seu sentido nas rela-

ções humanas afetivas que sustentam a sociedade.

RESULTADOS

A primeira ação do grupo de trabalhadores da saúde foi eliminar o desenho formal enfileirado de sala de aula e constituir um círculo, onde todos pudessem se sentar e se entreolhar diretamente. Os profissionais, o dentista, o enfermeiro, o técnico em higiene dental e o atendente de consultório dentário sentaram-se separadamente, misturando-se ao grupo.

A atividade teve início com uma apresentação e, devido ao tamanho do grupo, foi proposta uma dinâmica de apresentação que daria a agilidade e a descontração condizentes com o propósito desse primeiro momento; seria o “quebra gelo”. A dinâmica proposta consistia em falar o nome e a idade segurando um palito de fósforo aceso, aquele com que a chama do fósforo se apagasse teria que escolher, dentre os participantes ou alguém de fora do grupo, mas que fosse conhecido de todos (por exemplo, artistas famosos) que, se fosse possível, ele ou ela beijaria. Depois disso, um novo palito de fósforo era aceso até o fechamento da apresentação. A descontração foi geral e, já nesse momento, os profissionais puderam perceber algumas relações de liderança, de poder, de paquera e de namoro, que existiam no grupo dos adolescentes. Cabe salientar que um olhar atento a estas questões é determinante para a condução do processo.

Na seqüência, pediu-se que as pessoas que escolheram a quem beijar justificassem os motivos que os levaram a fazer aquela escolha. É claro que não faltaram brincadeiras e gozações, mas com cordialidade, o grupo de condução manteve o controle e a orientação, e dentre os mais diversos motivos, foram recorrentes expressões como, “a boca é boa”, “a boca é gostosa”. A partir daí foi proposto que cada um,

em cinco minutos, refletisse e escrevesse num pequeno papel distribuído pelo condutor do grupo, o que fazia aquela boca ser “boa” ou “beijável”.

Na exposição dos motivos, surgiram diversas explicações que foram da expressão de desejos, interesses, até as questões diretamente ligadas à saúde bucal. Nesse momento percebeu-se que o maior objetivo começava a ser atingido, despertar o interesse pelas questões do cuidado com a saúde bucal.

Superadas as dificuldades iniciais, o interesse dos adolescentes pelas questões da saúde bucal, superou as expectativas do grupo de condução da estratégia. A saúde da boca havia adquirido um outro significado para o grupo de adolescentes, tinha agora uma importância vital para a conquista do outro, para o desenvolvimento da sua afetividade e sexualidade.

Todas as discussões que seguiram foram propostas pelos profissionais e extraídas das próprias dúvidas dos adolescentes. Puderam ser trabalhadas questões como a etiologia da cárie e da doença periodontal, o controle mecânico-físico da placa bacteriana, a importância do flúor, a prevenção da saburra lingual, o mau-hálito, entre outras como a significação e a valorização do beijo como expressão de afetividade do ser humano. O diálogo fora estabelecido e a relação entre profissionais e adolescentes era franca, íntima e respeitosa.

A condução da estratégia nas escolas foi adequada às disponibilidades das equipes de saúde da família e interesse dos grupos de adolescentes. As escolas, em sua maioria, já dispunham de uma agenda com as equipes de saúde, pois as ações de saúde bucal com escolares em Curitiba já fazem parte da história das práticas de saúde coletiva e integração ensino e saúde no município; o que mudou foi o formato das atividades anteriormente realizadas. Essa nova forma de abordagem levou o grupo de gestores do Distrito Sanitário Bairro Novo (DSBN), composto pela gerência e

coordenações do distrito, juntamente com as autoridades sanitárias locais (chefias das Unidades Básicas de Saúde), a repensarem as demais práticas de Promoção da Saúde, buscando adequação das ações às novas dimensões incorporadas a esse conceito. Desta forma, o compromisso com a continuidade da ação voltada à promoção da saúde bucal tornou-se contínuo, não havendo prazos para acabar, posto que a experiência relatada não se trata apenas de uma ação isolada, mas se instituiu como uma nova lógica na organização das ações de Promoção da Saúde.

DISCUSSÃO

Adotar a temática do “beijo” como tema mobilizador para a problematização das questões de saúde bucal no grupo dos adolescentes foi desafiadora, especialmente para o grupo que conduziu o processo, pois, pela própria natureza da metodologia, o grupo deveria estar preparado para lidar com todas as questões, de diversas naturezas.

Num primeiro momento, houve resistência da própria equipe de saúde na aplicação da metodologia. Logo se percebeu que o bom desempenho da equipe dependia do saber lidar com todas as questões que surgissem de maneira transparente e sincera, desprovidos de preconceitos e de respostas prontas. Compreendeu-se que as respostas deveriam ser construídas coletivamente com o grupo em questão, partindo-se dos seus próprios valores e que seriam oriundas dos diferentes olhares expressos pelos membros do grupo de adolescentes participantes. O grande desafio estava na condução do grupo e no encadeamento das questões e estímulos para a construção do raciocínio sanitário em saúde bucal que se almejavam.

O objetivo final da equipe era a prevenção das patologias bucais (cárie e doença periodontal). Porém, a compreensão de que a

boca também é um meio de expressão de sentimentos, de troca de emoções, de despertar da sexualidade dos adolescentes e não apenas um órgão com funções estéticas, mastigatórias e de comunicação, teve que ser primeiramente trabalhada com os próprios profissionais de saúde.

No estudo de Marcelo²², os maiores entraves apontados pelos profissionais para o desenvolvimento de ações voltadas especificamente para adolescentes foram à própria formação inadequada, e a falta de capacitação e treinamento em serviço para tal propósito.

A partir dessa compreensão, outro grande desafio dos profissionais era superar o modo cristalizado de organização dos encontros para a educação em saúde, as clássicas “palestras educativas”. Esse modelo de educação, além de ser o único modelo conhecido pela maioria dos profissionais de saúde, tem, por outro lado, uma serventia de “proteção”, na medida em que, no seu planejamento, organização e aplicação, pretende-se ter absoluto controle sobre o grupo e sobre as questões que possam surgir. Esta forma de “educar” foi construída na lógica de uma relação de dominador/dominado, onde quem ensina detém o “poder” sobre o outro, por meio do que lhe diferencia: o saber-científico, que é o único aceito dentro de uma racionalidade biomédica. Lidar com as incertezas, característica da própria Metodologia da Problematização gera ansiedade e insegurança nos profissionais de saúde, que se ampliam pela inexperience em sua aplicação.

Quando o grupo se apresentou na sala de aula, a recepção e o interesse foram completamente diferentes de todas as outras vezes em que a equipe de saúde bucal se propôs a fazê-lo.

Um conceito básico na promoção da saúde é o de *empowerment*, ou seja, o fortalecimento da ação comunitária. Isto implica em oferecer informações significativas que possam ser vistas, sentidas e utilizadas pelas pessoas para

a tomada autônoma de decisões.

Para que este fortalecimento se concretize na prática da promoção da saúde, é preciso uma abordagem não coercitiva e dialogal, na qual o profissional de saúde, o indivíduo e a comunidade têm diferentes e válidas maneiras de entender a saúde e seus determinantes²³.

O fortalecimento da ação comunitária e o desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais favoráveis à saúde em todas as etapas da vida dependem do acesso total e contínuo à informação e às oportunidades de aprendizagem sobre as questões de saúde²⁴.

A escolha do tema “beijo” para uma abordagem da saúde bucal em adolescentes vem ao encontro dos princípios levantados por Paulo Freire dentro do processo de aprendizagem, cujo papel da educação é compreendido como um processo para a libertação humana, onde os sujeitos são atores em seu próprio processo de aprendizagem, construindo-se conhecimentos por meio de uma abordagem dialogada, numa apreensão conjunta da realidade com um pensamento crítico na análise dos problemas de saúde. Dentre as razões que motivaram a escolha do tema, o próprio modelo de educação em saúde proposto, destaca o elemento curiosidade, onde, segundo Paulo Freire²⁵:

“O exercício da curiosidade a faz mais criticamente curiosa, mais metodicamente” “perseguidora” de seu objeto. Quanto mais a curiosidade espontânea se intensifica, mas, sobretudo se “rigoriza”, tanto mais epistemológica ela vai se tornando”.

“O exercício da curiosidade convoca a imaginação, a intuição, as emoções a capacidade de conjecturar, de comparar, na busca de perfilização do objeto ou do achado de sua razão de ser”.

Para Freire²¹, seria ingenuidade imaginar que ao educador caberia, simplesmente, transferir ou depositar seus conhecimentos; esse modo estático de entender a aprendizagem não

reconhece o diálogo e a referida presença curiosa perante o mundo como a real fonte de conhecimento. É preciso que haja a reflexão crítica de cada um sobre o ato mesmo de conhecer. Dessa forma, afirma que o aprendizado só se efetua verdadeiramente quando o sujeito se apropria do aprendido e é capaz de vivenciá-lo, aplicando-o em situações concretas. Numa posição oposta, aquele que não é desafiado e sobre o qual são simplesmente “despejadas” informações cujo sentido não consegue penetrar, não consegue aprender. O autor sugere ainda o diálogo problematizador como forma dos educandos desenvolverem o pensamento crítico e suas próprias interpretações do porquê dos fatos:

“Rejeitar, em qualquer nível, a problematização dialógica é insistir num injustificável pessimismo em relação aos homens e à vida. É cair na prática depositante de um falso saber que, anestesiando o espírito crítico, serve a domesticação dos homens e instrumentaliza à invasão cultural”.

Segundo Marcelo²², a educação, em seu sentido mais amplo, se constitui nas bases sobre as quais se estruturam as percepções que os indivíduos apresentam em relação a sua boca e, a partir da qual, estas percepções podem ser desconstruídas e re-construídas cotidianamente, constituindo-se em um privilegiado espaço de produção de valores e hábitos.

Nesse contexto, a partir do ‘beijo’, assunto que desperta mais interesse para os adolescentes, buscou-se iniciar uma discussão sobre saúde bucal. Alguns hábitos nocivos para a saúde bucal como o uso do cigarro, do álcool e das drogas iniciam-se nessa fase da vida, o que aponta para a necessidade de trabalhos de educação em saúde para essa população.

Em se tratando de adolescentes, além de informar, orientar e assistir, deve-se estimular uma mobilização individual e coletiva em direção a um objetivo que seja identificado como algo valioso, pelo qual valha a pena mudar.

CONCLUSÃO

Utilizar “o beijo” como uma estratégia para abordagem de temas de saúde bucal com o grupo de adolescentes, por meio da técnica de problematização, mostrou-se efetivo. Estabeleceu-se uma nova relação pautada na confiança entre equipe e usuários, trouxe satisfação e motivação aos profissionais de saúde, que se sentiram instigados a adquirir novos conhecimentos e a desenvolver métodos para abordagem de outros enfoques nos diferentes grupos da comunidade. A vivência da equipe de saúde bucal dentro dessa nova abordagem sobre a educação em saúde foi positiva e única. Demonstrou que, apesar das dificuldades inerentes à abordagem do tema saúde bucal em diferentes grupos sociais, quando se escolhe um bom tema mobilizador é possível despertar o interesse no assunto, para então se estabelecer um processo de educação, onde o envolvimento emocional é essencial para que ocorram reais mudanças no grupo. Os ganhos com a utilização da abordagem se traduzem na melhoria qualitativa das relações entre educadores e educandos, resultando na produção de novos saberes que visam à proteção e manutenção da saúde, e que são dialeticamente construídos, constituindo-se numa nova prática para a Saúde Pública, a busca da construção de Sujeitos capazes de operarem suas próprias vidas²⁶.

Percebeu-se que a transmissão do conhecimento, por si só, é insuficiente para provocar uma mudança de atitude. Para que ela se concretize, é preciso incorporar valores a ela atribuídos e isto só parece ser possível através do envolvimento emocional, pela troca de experiências no processo de educação em saúde. Processo esse que visa à construção de novos sujeitos, verdadeiros cidadãos capazes de exercer o autocuidado, e de estarem imbuídos pelo espírito da defesa de um mundo melhor, de defesa da vida²⁶.

A proposta desse relato serve de estí-

mulo para que as equipes de saúde bucal incorporem novas abordagens para melhorar o relacionamento entre adolescentes e profissionais, favorecendo assim a interação e o processo de aprendizagem. O trabalho de educação em saúde bucal para adolescentes deve ser aprofundado e melhor discutido entre os profissionais da área, pois se observa que, por algum motivo, deixa-se de executar essas ações em escolas ou mesmo em grupos de jovens que freqüentam Unidades Básicas de Saúde por falta de preparo ou interesse dos grupos de saúde. Por meio da técnica de problematização, usando como tema o beijo, ten-

tu-se enxergar o mundo sob o ponto de vista dos adolescentes e dos sentidos que eles atribuem aos objetos e ações sociais que desenvolvem.

Dedicatória

Dedicamos este artigo a todos os profissionais das Equipes de Saúde da Família do Distrito Sanitário Bairro Novo, município de Curitiba, que colaboraram com a elaboração e execução dessa experiência e, conseqüentemente, contribuíram com a construção da cidadania nessa região.

Abstract: This paper describes an experience undertaken by a team of health care workers, primarily dentists, who were responsible for introducing bucal care practices to teenagers. From 1999 to 2001, health care workers, utilizing the Methodology of Problematization, employed a mobilizing theme called "the kiss" for bucal care education with eighth grade teenage public school students in Curitiba, Brazil. The teenagers worked actively in the construction of the problem by raising doubts, expressing their desires and interests and discussing possible solutions and alternatives. In doing so, the students related their bucal health to their sexual and affectionate experiences. This strategy proved very effective as it created a trustful atmosphere between the team of health care workers and the teenagers, which, in the end, becoming a motivating, satisfactory endeavor in the field of education in bucal health.

Key-words: Teenager. Kiss. Bucal health. Bucal hygiene.

REFERÊNCIAS

1. Candeias NMF. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Rev Saúde Pública* 1997; 31(2): 209-13.
2. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva* 2000; 5(1): 163-77.
3. Fortes PAC. Ética e saúde. Questões éticas, deontológicas e legais. Tomada de decisões. Autonomia e direitos do paciente. Estudos de casos. São Paulo: EPU; 1998.
4. Narvai PC, Frazão P, Castellanos RA. Declínio na experiência de cárie em dentes permanentes de escolares brasileiros no final do século XX. *Rev Odontologia e Sociedade* 1999; 1(1/2):25-9.
5. FDI - Fédération Dentaire Internationale. Global goals for oral health in the year 2000. *Int Dent J* 1982; 32:74-77.
6. Cangussu MCT, Castellanos RA, Pinheiro MF, Albuquerque SR, Pinho C. Cárie dentária em escolares de 12 e 15 anos de escolas públicas e privadas de Salvador, Bahia, Brasil, em 2001. *Pesqui Odontol Bras* 2002; 16(4):379-84.
7. Basso ML. Consideraciones sobre la atención odontológica del adolescente. *Rev Assoc Odont Argent* 1987; 75(4): 141-4.
8. Östberg AL, Jarkman K, Lindblad U, Halling A. Adolescents' perceptions of oral health and influencing factors: a qualitative study. *Acta Odontol Scand* 2002; 3:167-73.
9. Carvalho A, Veloso Pinto M. Ser ou não ser... Quem são os adolescentes? In: Carvalho A, Salles F, Guimarães M, organizadores. *Adolescência*. Belo Horizonte: UFMG; 2002. p.11-29.
10. Couto WGS, Menandro PRM. Imagens da adolescência na Revista Capricho. *Rev Bras*

- Desenv Hum 2003; 3 (1): 63-78.
11. Gonçalves BD, Godoi CMB. Sexualidade e afetividade. In: Carvalho A, Salles F, Guimarães M, organizadores. Adolescência. Belo Horizonte: UFMG; 2002. p.61-82.
 12. Le Breton D. Ritos de intimidade. In: Cahen G, organizador. O beijo. São Paulo: Mandarim; 1997. p.68-77.
 13. Nogueira D. Vinte e poucos beijos de cinema. In: Cahen G, organizador. O beijo. São Paulo: Mandarim; 1997. p.161-70.
 14. Wajsbrot C. Morrer por um beijo. In: Cahen G, organizador. O beijo. São Paulo: Mandarim; 1997. p.110-21.
 15. Dommergues C. É para te comer melhor, minha filha! In: Cahen G, organizador. O beijo. São Paulo: Mandarim; 1997. p.81-8.
 16. Bordenave J, Pereira A. Estratégias de ensino aprendizagem. 4.ed. Vozes: Petrópolis; 1982.
 17. Berbel Nan. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? Interface – Comunicação, Saúde, Educação 1998; 2:139-54.
 18. Morin E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. São Paulo: Cortez Editora; 2001.
 19. Masetto MT. Competência pedagógica do professor universitário. São Paulo: Summus; 2003.
 20. Tomaz JB. O papel e as características do professor. In: Mamed S, Penaforte JC et. al. Aprendizagem baseada em problemas. Fortaleza: Hucitec; 2001. p.157-82.
 21. Freire P. Extensão ou comunicação. 6 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1982.
 22. Marcelo VC. Adolescentes e profissionais de saúde: olhares sobre a saúde bucal. de doutorado [tese. Orient. Pereira IMTB]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2001.
 23. Labonte R. Health promotion and the common good: towards a politics of practice. Critical Public Health 1998; 8(2): 107-29.
 24. Buss PM. Promoção da saúde e a saúde pública: contribuição para o debate entre as Escolas de Saúde Pública da América Latina. Rio de Janeiro; s.n; 1998.
 25. Freire P. Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa. 29 ed. São Paulo: Paz e Terra; 2004.
 26. Campos GEdS. Um método para análise e gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec; 2000.
 27. Cahen G, organizador. O beijo. São Paulo: Mandarim; 1997.

Recebido em 29/06/2005

Modificado em 06/07/2005

Aprovado em 29/08/05