

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: CLÍNICA INTEGRADA**

ALESSANDRA DE SOUZA MARTINS

**CONDIÇÃO BUCAL DE ADOLESCENTES AUTORES DE ATO INFRACIONAL
ASSISTIDOS PELO CENTRO DE SOCIOEDUCAÇÃO DE PONTA GROSSA E
FATORES ASSOCIADOS**

**PONTA GROSSA
2012**

ALESSANDRA DE SOUZA MARTINS

**CONDIÇÃO BUCAL DE ADOLESCENTES AUTORES DE ATO INFRACIONAL
ASSISTIDOS PELO CENTRO DE SOCIOEDUCAÇÃO DE PONTA GROSSA E
FATORES ASSOCIADOS**

Dissertação apresentada como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Odontologia pela Universidade Estadual de Ponta Grossa, Programa de Pós Graduação *Stricto Sensu* em Odontologia, Área de concentração Clínica Integrada.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Denise Stadler Wambier
Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Márcia Helena Baldani

**PONTA GROSSA
2012**

Ficha catalográfica elaborada pelo Setor Tratamento da Informação BICEN/UEPG

M386c Martins, Alessandra de Souza
Condição bucal de adolescentes autores de ato infracional assistidos
pelo Centro de Socioeducação de Ponta Grossa e fatores associados /
Alessandra de Souza Martins. Ponta Grossa, 2012.
103f.
Dissertação (Mestrado em Odontologia – área de concentração :
Clinica Integrada), Universidade Estadual de Ponta Grossa.
Orientadora : Profª Drª Denise Stadler Wambier
Co-orientadora : Profª Drª Márcia Helena Baldani

1.Adolescente institucionalizado. 2. Saúde bucal. 3. Condições
sociais. I. Wambier, Denise Stadler. II. Baldani, Márcia Helena. III.T.

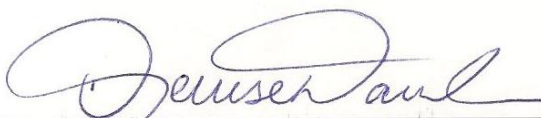
CDD : 617.6

ALESSANDRA DE SOUZA MARTINS

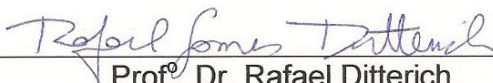
**CONDIÇÃO BUCAL DE ADOLESCENTES AUTORES DE ATO INFRACIONAL
ASSISTIDOS PELO CENTRO DE SOCIOEDUCAÇÃO DE PONTA GROSSA E
FATORES ASSOCIADOS**

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre na Universidade Estadual de Ponta Grossa, no curso de Mestrado em Odontologia – Área de Concentração em Clínica Integrada.

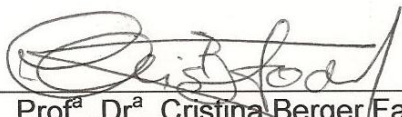
Ponta Grossa, 29 de fevereiro de 2012



Prof^a. Dr^a. Denise Stadler Wambier
Universidade Estadual de Ponta Grossa



Prof. Dr. Rafael Ditterich
Universidade Federal Fluminense



Prof^a. Dr^a. Cristina Berger Fadel
Universidade Estadual de Ponta Grossa

DADOS CURRICULARES

ALESSANDRA DE SOUZA MARTINS

NASCIMENTO	14/05/1982 – Curitiba – Paraná
FILIAÇÃO	Lourismar Martins Dalva de Souza Martins
2001 – 2005	Graduação em Odontologia pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PUCPR
2008 – 2010	Especialização em Saúde Coletiva pela Universidade Positivo – UnicenP
2010 – 2012	Mestrado Acadêmico em Odontologia, Área de Concentração: Clínica Integrada, Linha de Pesquisa: Prevenção em Odontologia, pela Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG

DEDICATÓRIA

*Aos “menínos”,
que mesmo sem fazer ideia do significado que essa pesquisa
tinha para mim, confiaram suas situações mais particulares
a essa “dona” que, como retribuição,
pretende utilizar esse estudo apenas para garantir-lhes um
direito, o direito de sorrir com qualidade e com saúde”.*

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Aos meus pais, **Dalva e Lourismar**, que dedicaram suas vidas para a minha formação; pelo exemplo de humildade e de perseverança que são para mim e por me mostrarem que tudo é possível, desde que acreditemos nos objetivos a serem alcançados.

A minha irmã, **Bruna**, por compartilhar minhas alegrias e tristezas e por me ensinar a viver em simplicidade.

Ao meu amado, **Lucas**, pela paciência que despendeu durante esse período de mestrado (e que não foi pouca...); pela serenidade e tranquilidade que me transmite quando estou ao seu lado e pelas infindáveis madrugadas que passou acordado me apoiando e me auxiliando em tudo o que precisei.

A vocês, agradeço pelo simples fato de existirem, e a **Deus**, agradeço por ter permitido a mim, conviver com pessoas tão especiais a quem posso chamar de família. Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

À **Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG)**, na pessoa de seu reitor, o **Professor Dr. João Carlos Gomes**, pela possibilidade de cursar a pós-graduação em uma instituição pública, gratuita e de qualidade.

À **Professora Dra. Denise Stadler Wambier**, por ter confiado em minhas capacidades e por ter concedido a mim, a oportunidade de conviver com ela, uma profissional amplamente reconhecida na área da Odontologia Preventiva.

À querida **Professora Dra. Márcia Helena Baldani**, pelas constantes orientações, pelos inúmeros e-mails trocados, pela disponibilidade em abraçar esse projeto com os adolescentes do CENSE e principalmente, por ter me proporcionado refletir sobre situações que certamente me fizeram um ser humano melhor.

A minha **Família Pontagrossense**, pelo companheirismo e pelas inúmeras vezes que suportaram as loucuras da “Tia Ale”, principalmente às crianças, que me permitiram contornar todo o estresse e o cansaço com muita brincadeira e diversão.

A minha amiga e chefe, **Gláucia Rennó Cordeiro**, diretora do Centro de Socioeducação de Ponta Grossa, pela flexibilidade que sempre proporcionou a mim perante as situações do mestrado. Sem essa compreensão e apoio, certamente não teria conseguido chegar até aqui.

A todos os **Educadores Sociais** do CENSE, meus companheiros e amigos, que se envolveram de forma esplêndida nessa pesquisa. Agradeço pelo carinho e dedicação que demonstraram para que eu alcançasse essa vitória.

Enfim... Agradeço a todos que de alguma maneira contribuíram para a realização desse estudo e para a concretização de mais uma etapa da minha vida.

*"Um dos grandes deveres da Universidade é implantar suas
práticas profissionais ao seio do povo."*

(Ernesto Guevara de La Serna - Che)

Martins AS. Condição bucal de adolescentes autores de ato infracional assistidos pelo Centro de Socioeducação de Ponta Grossa e fatores associados. [Dissertação Mestrado em Clínica Integrada]. Ponta Grossa: Universidade Estadual de Ponta Grossa; 2012.

RESUMO

O presente trabalho teve por objetivo identificar as condições bucais de adolescentes autores de ato infracional assistidos pelo Centro de Socioeducação de Ponta Grossa (CENSE/PG) e investigar os possíveis fatores socioeconômicos e comportamentais associados. Uma amostra composta por 107 jovens do gênero masculino foi avaliada com auxílio de um formulário próprio e de exames bucais. As variáveis analisadas foram: fatores demográficos e socioeconômicos; fatores comportamentais – hábitos de higiene bucal e uso de drogas lícitas e ilícitas; autopercepção em saúde bucal – necessidade referida de tratamento odontológico e impacto da condição bucal na qualidade de vida, aferida pelo índice Oral Health Impact Profile (OHIP-14). As alterações investigadas foram: cárie dentária, doença periodontal, traumatismo dentário, lesões fundamentais e alterações de normalidade em mucosa bucal. A cárie foi medida por meio do índice CPO-D (dentes cariados, perdidos e restaurados) e a doença periodontal pelo Índice Periodontal Comunitário (CPI), segundo o protocolo da Organização Mundial da Saúde (OMS) adotado pelo levantamento SB Brasil 2010. As associações foram analisadas mediante os testes qui-quadrado, Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. A média de idade dos adolescentes foi de 16,53 anos, e a amostra foi caracterizada como de baixa escolaridade e baixa renda. O uso de drogas ilícitas foi diagnosticado como sugestivo de abuso ou de dependência para 71,0% dos indivíduos. A prevalência de cárie foi de 95,3%, com CPO-D médio de 9,55 e predomínio do componente cariado. Doença periodontal em qualquer grau foi diagnosticada em 88,8% da amostra. Alterações de normalidade e lesões de mucosa bucal afetaram, respectivamente, 68,2% e 36,4% dos adolescentes, e 32,7% tiveram traumatismos dentários. O índice CPO-D e o número de dentes cariados não tratamentos associaram-se inversamente à escolaridade. Maior número de dentes restaurados foi identificado nos adolescentes com maior renda e classe social. Baixa escolaridade, pior higiene bucal, e menor tempo de internação associaram-se à doença periodontal. Tanto a presença de cárie como de doença periodontal relacionaram-se a maior impacto da condição bucal na qualidade de vida dos adolescentes. Cor, condição socioeconômica e uso de drogas (tabaco, álcool e maconha) estiveram relacionados com a presença de alterações de mucosa. Conclui-se que a condição de saúde bucal dos adolescentes assistidos pelo CENSE é precária. Os determinantes sociais, principalmente a baixa escolaridade e a utilização de drogas, associaram-se com a saúde bucal na população estudada.

Palavras-chave: Adolescente institucionalizado. Saúde bucal. Condições sociais

Martins AS. Oral health conditions and associated factors in adolescents authors of infraction acts, assisted by the Center for Social Development and Education of Ponta Grossa (CENSE / PG). [Dissertação Mestrado em Clínica Integrada]. Ponta Grossa: Universidade Estadual de Ponta Grossa; 2012.

ABSTRACT

This study aimed to identify the oral conditions in law offenders adolescents assisted by the Center for Socioeducation of Ponta Grossa – PR (CENSE / PG) and investigate the socioeconomic, environmental and behavioral factors that were associated. The sample of the study was made up of 107 young male that were assessed by means of self-administered questionnaires and clinical examinations. The variables analyzed included: demographic and socioeconomic factors; habitual behavior - oral hygiene practices and the use of licit and illicit drugs; self-perception of oral health - the need for dental care and the impact of dental conditions on patients' quality of life, according to OHIP-14 index (Oral Health Impact Profile). Dental caries, periodontal disease, dental trauma, dental injuries, and changes in the oral mucosa, were investigated. Dental decay was measured by the DMFT index (decayed, missing and filled teeth) and periodontal disease by the CPI (Community Periodontal Index), according to the protocol of the World Health Organization (WHO) adopted by the SB Brazil 2010. The associations were analyzed using chi-square, Mann-Whitney and Kruskal-Wallis. The mean age of the adolescents was 16.53 years, and the sample was define as low education and low income. The use, abuse or dependence of illicit drugs was diagnosed in 71.0% of these individuals. The prevalence of dental caries was 95.3% with mean DMFT of 9.55 and prevalence of tooth decay. Different degrees of periodontal disease were diagnosed in 88.8% of the sample. Changes in the normality and lesions in the buccal mucosa, affected, respectively, 68.2% and 36.4% of these adolescents and 32.7% had dental trauma. The DMFT index and the number of untreated decayed teeth were inversely associated with schooling. The highest number of filled teeth was identified in those with higher incomes and social class. Low education, worse oral hygiene, and shorter arrested stays were associated with periodontal disease. The presence of caries and periodontal disease is related to the impact of oral conditions on their quality of life. Color, socioeconomic status and use of drugs (tobacco, alcohol and marijuana) were related to the mucosal changes. It was concluded that the oral health conditions of the adolescents assisted at the CENSE, in relation to tooth decay, is very precarious. The social determinants, particularly the low educational level and the use of d were associated with the oral health of these individuals.

Keywords: Adolescent institutionalized. Oral Health. Social conditions

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - Vista aérea do Centro de Socioeducação de Ponta Grossa.....	31
GRÁFICO 1 - Distribuição quanto ao uso de drogas lícitas e ilícitas.....	48
GRÁFICO 2 - Distribuição da população estudada segundo o índice CPO-D	53
QUADRO 1 - Pontuação atribuída a cada item investigado por meio do Critério de Classificação Econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)	35
QUADRO 2 - Pontuação atribuída de acordo com o grau de instrução do chefe da família investigado por meio do Critério de Classificação Econômica da ABEP	35
QUADRO 3 - Códigos utilizados durante o exame de condição bucal para o cálculo do índice CPO-D, demonstrando a condição do elemento dentário.....	39
QUADRO 4 - Códigos utilizados para as condições periodontais segundo o Índice Periodontal Comunitário (CPI).....	40
QUADRO 5 - Classificação e descrição das lesões fundamentais.....	42

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Características demográficas e socioeconômicas da população estudada.....	46
TABELA 2 - Características comportamentais da população estudada	47
TABELA 3 - Características referentes à autopercepção da saúde bucal e ao acesso ao tratamento odontológico da população estudada.....	49
TABELA 4 - Impacto da condição bucal na qualidade de vida segundo o índice OHIP.	50
TABELA 5 - Prevalência de cárie dentária, doença periodontal, traumatismos dentários, lesões e alterações de normalidade.	52
TABELA 6 - Prevalência de cárie dentária: Índice CPO-D e distribuição percentual de cada componente índice..	52
TABELA 7 - Análise bivariada entre o índice CPO-D e condições demográficas e socioeconômicas.....	54
TABELA 8 - Análise bivariada entre o índice CPO-D e características comportamentais.....	55
TABELA 9 - Análise bivariada entre o impacto da condição bucal na qualidade de vida (índice OHIP total e por dimensão) e o índice CPO-D.....	56
TABELA 10 - Análise bivariada entre presença de doença periodontal e condições demográficas e socioeconômicas.	59
TABELA 11 - Análise bivariada entre presença de doença periodontal e características comportamentais.....	60
TABELA 12 - Análise bivariada entre o impacto da condição bucal na qualidade de vida (índice OHIP total e por dimensão) e doença periodontal..	61
TABELA 13 - Análise bivariada entre a presença de lesão fundamental ou alterações de normalidade em mucosa bucal e condições demográficas e socioeconômicas...	63
TABELA 14 - Análise bivariada entre a presença de lesão fundamental ou alteração de normalidade em mucosa bucal e características comportamentais.	64
TABELA 15 - Análise bivariada entre a presença de traumatismos dentários e condições demográficas e socioeconômicas	65
TABELA 16 - Análise bivariada entre a presença de traumatismos dentários e características comportamentais.....	66
TABELA 17 - Análise bivariada entre o impacto da condição bucal na qualidade de vida (índice OHIP total e por dimensão), lesões fundamentais, alterações de normalidade em mucosa bucal e traumatismos dentários	67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ASSIST	Alcool, Smoking and Substance Involvement Screening Test
CENSE/PG	Centro de Socioeducação de Ponta Grossa
CPI	Índice Periodontal Comunitário
CPO-D	Índice de dentes Cariados, Perdidos e Restaurados
IASP	Instituto de Ação Social do Paraná
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
OHIP	Oral Health Impact Profile
OMS	Organização Mundial de Saúde
SEDS	Secretaria da Família e Desenvolvimento Social
SECJ	Secretaria de Estado da Criança e Juventude
SIC	Significant Caries Index
SPSS	Statistical Package of the Social Science
SUPERA	Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: intervenção breve, reinserção social e acompanhamento
SUS	Sistema Único de Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REVISÃO DE LITERATURA	17
3 PROPOSIÇÃO	29
4 MATERIAL E MÉTODOS	30
4.1 LOCAL DA PESQUISA	30
4.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO E AMOSTRAGEM	32
4.3 INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS	32
4.3.1 Estudo piloto	33
4.3.2 Características demográficas e socioeconômicas	34
4.3.3 Autopercepção da saúde bucal	36
4.3.4 Comportamento e estilo de vida	37
4.3.5 Cárie dentária	38
4.3.6 Condição periodontal	39
4.3.7 Traumatismos dentários	41
4.3.8 Condição da mucosa bucal	41
4.4 SELEÇÃO DAS VARIÁVEIS E ANÁLISES ESTATÍSTICAS	43
4.5 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	43
5 RESULTADOS	45
5.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS DA POPULAÇÃO-ALVO	45
5.2 CARACTERÍSTICAS COMPORTAMENTAIS E ESTILO DE VIDA	46
5.3 FATORES RELACIONADOS AO ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL E À AUTOPERCEPÇÃO EM SAÚDE BUCAL	48
5.4 CONDIÇÃO BUCAL	50
5.5 ASSOCIAÇÃO ENTRE CONDIÇÕES BUCAIS E AS VARIÁVEIS SELECIONADAS	53
5.5.1 Cárie dentária	53
5.5.2 Doença Periodontal	57
5.5.3 Lesão Fundamental, Alteração de Normalidade e Traumatismo Dentário	62
6 DISCUSSÃO	68
7 CONCLUSÃO	81
REFERÊNCIAS	82
APÊNDICE A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	87
APÊNDICE B – PARECER DA SECRETARIA DE ESTADO DA CRIANÇA E JUVENTUDE	89
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	96
APÊNDICE D – FORMULÁRIO APLICADO NA PESQUISA	98

1 INTRODUÇÃO

As constantes transformações sociais, agregadas a um sistema onde o lucro e o capital apresentam posição de destaque, fazem com que a sociedade e a economia brasileira sejam abaladas e modificadas de forma significativa (Schneider¹ 2007). Apesar de também apresentar situações favoráveis, como o desenvolvimento das tecnologias, a globalização acarretou diversos efeitos perversos à humanidade, destacando-se o aumento da pobreza, o distanciamento entre as classes, o acúmulo das riquezas em poder de poucos e a flexibilização das normas trabalhistas. Em resumo, em virtude da busca desenfreada pelo capital, os direitos humanos, básicos à sobrevivência digna de qualquer pessoa, passaram a não possuir a visibilidade necessária (Schneider¹ 2007).

O sistema econômico ao qual estamos atrelados, por basear-se na exploração, é, em sua estrutura, naturalmente excludente (Silva² 2010). Além disso, partindo-se do princípio de que o pleno emprego é incompatível com o processo de acumulação gerado nas formações sociais capitalistas, uma massa de trabalhadores marginalizados do processo produtivo é gerada. Somado a isso, a redução de gastos sociais, imposto pelo neoliberalismo, restringe a ação do Estado na determinação de diretrizes universalizantes e redistributivas para as políticas públicas e reflete diretamente sobre a situação de vulnerabilidade social da população (Telles et al.³ 2011). Essa fragilidade nas políticas públicas, somado a um Estado desfocado do bem estar social de seus cidadãos evidenciam ainda mais as disparidades socioeconômicas, gerando um contingente expressivo de sujeitos, inclusive adolescentes, excluídos desse sistema do capital, e ferindo o que a Constituição Federal prevê em seu Artigo 227:

“É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão” (Brasil⁴ 2003)

Todo esse contingente, constituído por trabalhadores autônomos, assalariados com rendimentos ínfimos, ou por aqueles que sequer possuem fonte de

rendimento, apresenta condições de subsistência precárias, sem proteção social e, além de toda a exclusão sofrida, ainda são considerados potencialmente perigosos para a sociedade (Silva² 2010). Essas condições, sem dúvida, contribuem com a suscetibilidade desses indivíduos ao cometimento de atos infracionais, porém é importante ressaltar que não somente, e nem todos esses excluídos, sejam envolvidos em atividades ilegais.

Em nossa sociedade, a existência de adolescentes que entram em conflito com a lei não se constitui como novidade, mas a velocidade com que esta demanda vem aumentando constitui sim um advento de significativa importância no cenário social, não somente no que tange à quantidade de delitos cometidos como também à gravidade dos mesmos.

Em uma sociedade centrada no consumo em massa, não falta aos adolescentes autores de ato infracional, bem como aos demais grupos sociais, o desejo de possuir propriedades capazes de oferecer ao sujeito uma posição de visibilidade social. Aliás, Sales⁵ (2007) defende o fator visibilidade como sendo uma condição humana. A autora ainda diz que alguns jovens, pressionados por essa cultura fetichista e pela alienação do desejo a que são obrigados a se submeter na sociedade do capital, resolvem as contradições desse modo de produção, em suas características mais desiguais e excludentes, muitas vezes, de maneira individualista e violenta.

O que ocorre, de fato, é que muitos destes adolescentes, após cometerem atos infracionais, são apreendidos e enviados a centros de socioeducação, impingindo ao Estado a responsabilidade de devolvê-los “transformados” à sociedade, como indivíduos portadores de valores que comungam com os valores éticos aceitos pela sociedade.

A socioeducação tornou-se assunto de extrema relevância para a sociedade contemporânea, uma vez que envolve todos os atores nela presentes e atribui a eles responsabilidades perante a temática do adolescente em conflito com a lei. Além disso, o debate a esse respeito tem tomado espaço na mídia nacional. Questões como maioria penal, perfil, aspectos sociais e psicológicos relacionados ao adolescente autor de ato infracional têm sido discutidas exaustivamente, porém,

ainda são incipientes as discussões e produções científicas acerca do papel dos profissionais de saúde envolvidos no processo socioeducativo. Mais incipientes ainda são as discussões e publicações acerca das condições de saúde, inclusive de saúde bucal, desses adolescentes institucionalizados.

Diante do exposto, a presente pesquisa teve por pretensão investigar as condições de saúde bucal de adolescentes autores de ato infracional assistidos pelo Centro de Socioeducação de Ponta Grossa, e correlacionar as condições encontradas com fatores socioeconômicos, fatores relacionados à drogadição, ao acesso aos serviços de saúde, bem como à autopercepção em saúde bucal. Com o objetivo de incentivar a implementação e o fortalecimento de políticas públicas efetivas e voltadas à saúde bucal do adolescente autor de ato infracional, torna-se essencial que pesquisas como essa sejam realizadas.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A falta de informações epidemiológicas básicas em adultos jovens é uma limitação de nossa realidade. Em consequência, poucas publicações relacionadas à saúde bucal de adolescentes são encontradas na literatura, em especial as que englobam a população brasileira (Gonçalves et al.⁶ 2002). Esse quadro se mostra ainda mais precário quando se relaciona o mesmo tema com o adolescente autor de ato infracional.

Porém, algumas pesquisas tem se voltado à questão da saúde bucal do adolescente, como a de Lisboa e Abbeg⁷ (2007), que investigou os hábitos de higiene bucal e o uso dos serviços odontológicos por adolescentes e adultos do município de Canoas, no estado do Rio Grande do Sul, constatando que a maioria dos jovens avaliados fazia uso dos serviços odontológicos privados e chegando à conclusão de que o serviço público contribui de forma restrita na prestação de serviços odontológicos, situação que implica necessidade de análise das barreiras de acesso.

Gonçalves et al.⁶ (2002) também realizaram seus estudos de forma a conhecer a prevalência e a severidade da cárie bem como a necessidade de tratamento odontológico na população de 18 anos de Florianópolis, Santa Catarina, além de testarem as associações destas com as condições socioeconômicas da população estudada. Nesse estudo, a prevalência de cárie foi de 81% e o índice CPO-D médio foi igual a 4,6. Diferenças estatisticamente significantes foram encontradas na prevalência e severidade da cárie (CPO-D), sendo os piores indicadores verificados nos grupos de menor escolaridade e renda, indicando serem estes grupos, os prioritários para medidas preventivas e assistenciais.

Santos et al.⁸ (2007) caracterizaram a saúde bucal de adolescentes nas cidades de Feira de Santana, Pernambuco e Recife por meio da avaliação de higiene bucal, cárie dentária e doença periodontal. Na avaliação de cárie dentária, a mediana para o CPO-D foi de 1,5 (0 – 3,5), sendo que 35% dos adolescentes apresentaram valores médios de CPO-D maiores que 3,0. Em relação à condição periodontal, 35% dos adolescentes apresentavam sangramento gengival generalizado e quinze adolescentes (37,5%) apresentaram cálculo dentário. Diante

dos dados, os autores concluíram que a frequência da cárie dentária foi baixa, que a maioria dos adolescentes relatou bons hábitos de higiene bucal e que a condição periodontal nos adolescentes se mostrou favorável.

Já Sales Peres et al.⁹ (2008) analisaram a prevalência (CPO-D) e polarização da cárie dentária pelo Significant Caries Index (SiC), bem como as diferenças quanto ao gênero e localização geográfica e a porcentagem de indivíduos livres da cárie no município de Itaí, São Paulo. Por meio dessa pesquisa, os autores concluíram que, no município estudado, está ocorrendo o fenômeno de polarização da cárie dentária entre adolescentes de 12 anos, uma vez que 34% desses adolescentes concentraram 70% da doença. Além disso, a localização geográfica interferiu nas condições de saúde bucal, uma vez que os adolescentes residentes na zona rural de Itaí apresentaram índice mais elevado de CPO-D (3,18) que aqueles que residiam na zona urbana (CPO-D = 2,21).

Crispim et al.¹⁰ (2010) avaliaram a saúde bucal de adolescentes da Escola Agrícola de Camboriú, em Santa Catarina, associando com o estado nutricional e a condição socioeconômica dos mesmos. Os resultados desta pesquisa apontaram a associação do sexo, da idade e da condição socioeconômica dos adolescentes com a saúde bucal, mas não encontraram a mesma associação com o estado nutricional. A maioria dos adolescentes apresentava CPO-D maior que zero (81,2%) e foi classificada como pertencente às classes C e D (49,2% e 38,0%, respectivamente). Na faixa etária de 15 e 16 anos, a média do índice CPO-D foi de 4,9; aos 17 anos, essa média foi de 7,1 e na faixa etária de 18 a 19 anos o CPO-D obteve média de 9,8. Os autores ainda destacaram a necessidade de maior enfoque para a Odontologia preventiva nos serviços de atenção básica em saúde, com o compromisso das ações de saúde coletivas nos diferentes níveis do governo.

De acordo com os achados de Flores e Drehmer¹¹ (2003), os quais avaliaram os conhecimentos, as percepções, os comportamentos e as representações relacionadas à saúde bucal de adolescentes de escolas públicas de dois bairros de Porto Alegre, tanto a doença cárie quanto a gengivite foram consideradas comuns e aceitas como normais entre os adolescentes por eles avaliados, que não consideraram essas patologias nem mesmo como doenças.

Davoglio et al.¹² (2009) realizaram um estudo transversal com adolescentes da sétima série da rede pública municipal de Gravataí, no Rio Grande do Sul, para investigar a associação de fatores sociodemográficos, psicossociais e relacionados ao estilo de vida com hábitos de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos. Os autores encontraram que o uso diário de fio dental está associado à melhor inserção socioeconômica, à busca por serviços privados, à compreensão dos pais e à ausência de sentimento de solidão. A frequência anual de utilização de serviços odontológicos, assim como uma maior busca de serviços por motivo preventivo foram maiores entre aqueles com melhor inserção socioeconômica. Os hábitos de saúde bucal apresentaram associação com inserção socioeconômica familiar e com fatores psicossociais, com exceção à utilização anual de serviços. Quanto ao estilo de vida, o baixo consumo de doces repercutiu positivamente sobre o motivo da visita ao serviço.

Vadiakas et al.¹³ (2011) estimaram a frequência de uso dos serviços de saúde bucal e práticas de higiene bucal entre adolescentes gregos de 12 e 15 anos, investigando possíveis influências desses fatores e de outros parâmetros sociodemográficos sobre a saúde bucal desse grupo de indivíduos. Experiência de cárie e lesões cariosas não tratadas foram significativamente maiores em adolescentes que tinham por hábito consultar o cirurgião-dentista apenas quando apresentavam dor ou que procuravam esse profissional a fim de realizar procedimentos restauradores, quando comparadas com adolescentes que realizam visitas periódicas de prevenção, com aplicações frequentes de fluoretos tópicos. O nível educacional dos pais foi determinante para a experiência de cárie e para os níveis de higiene bucal.

Gesser et al.¹⁴ (2001) realizaram um estudo cujo objetivo era conhecer a prevalência de sangramento gengival, cálculo dentário e de bolsas periodontais em jovens de 18 anos do sexo masculino, alistados no serviço militar, no qual foram investigadas possíveis associações com variáveis socioeconômicas. As prevalências de sangramento gengival, cálculo dentário, bolsas rasas e profundas foram de 86%, 50,7%, 7,7% e 0,3%, respectivamente. O sangramento gengival foi negativamente associado a todas as variáveis socioeconômicas estudadas. O cálculo dentário associou-se negativamente à menor escolaridade do pai e da mãe do alistando e do

próprio alistando. Bolsas periodontais associaram-se à menor escolaridade do pai do alistando. Bolsas periodontais foram raramente observadas na amostra estudada, enquanto a presença de sangramento e cálculo dentário apresentou altas prevalências, sendo maiores nos indivíduos com piores condições socioeconômicas. A condição de saúde periodontal da população estudada foi considerada boa.

Antunes et al.¹⁵ (2008) avaliaram a associação entre condições de saúde gengival e utilização de serviços odontológicos de 1.799 adolescentes de 35 municípios do Estado de São Paulo. A saúde gengival foi avaliada através do Índice Periodontal Comunitário (CPI), que afere a prevalência de sangramento à sondagem, de cálculo dental e de bolsas periodontais. A utilização de serviços odontológicos foi medida por meio do índice de atendimento odontológico para cada município. A prevalência de sangramento gengival à sondagem foi de 21,5% e de cálculo dentário foi 19,4%. Nesse estudo, os participantes do sexo masculino, negros ou de pele escura que viviam em áreas rurais e que mostraram atraso escolar, apresentaram risco significativamente maior do que os seus respectivos homólogos. Municípios com maior utilização de serviços odontológicos mostraram uma menor proporção de adolescentes com sangramento gengival e cálculo dental. Os autores concluíram que a utilização de serviços odontológicos foi significativamente associada a melhores condições de saúde gengival (sangramento e cálculo dentário).

Jenkins e Papapanou¹⁶ (2001), por meio de uma revisão de literatura sobre a epidemiologia da doença periodontal em crianças e adolescentes, concluíram que a gengivite é comum nesse grupo de indivíduos e que sua prevalência e gravidade aumentam com a idade, atingindo um pico na puberdade seguido por um declínio limitado durante a adolescência. A superfície lingual e proximal de molares são, geralmente, as regiões mais frequentemente afetadas tanto pela gengivite quanto pela periodontite. A perda de suporte periodontal, devido à periodontite, é comum na dentição permanente da maioria das populações adolescentes, mas geralmente pequenas quantidades de perda de inserção ou perda óssea são encontradas. Em algumas populações adolescentes foi identificada destruição periodontal substancialmente além do normal. Essas diferenças foram atribuídas à raça, etnia e à variação na disponibilidade e absorção de atendimento odontológico preventivo.

Essa revisão ainda aponta que a periodontite de início precoce afeta aproximadamente 0,1% da população branca e até 2,6% das populações negras e que a periodontite de início precoce localizada afeta mulheres brancas com mais frequência do que homens brancos, e homens negros com mais frequência que mulheres negras. Também concluíram, por meio da revisão, que a deposição de biofilme bacteriano e de cálculo dental além de níveis de gengivite e periodontite são um pouco maiores em meninos do que em meninas. Além disso, as melhorias na higiene bucal na infância e adolescência, acompanhado por reduções nos índices de gengivite, têm sido observadas em alguns países desenvolvidos.

Recentemente, ocorreu o levantamento epidemiológico SB Brasil 2010, que da mesma forma que o SB Brasil 2003, teve por objetivo conhecer as condições de saúde bucal da população brasileira no ano de 2010, assim como no de 2003; subsidiar o planejamento e a avaliação das ações e serviços junto ao Sistema Único de Saúde (SUS) e manter uma base de dados eletrônica para o componente de vigilância à saúde da Política Nacional de Saúde Bucal. Trata-se de uma pesquisa de base nacional, com representatividade para as capitais de estado e distrito federal e para as regiões Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste e compõe um estudo com base em uma amostra de indivíduos residentes em 177 municípios, nos quais foram realizados exames bucais e aplicados questionários para avaliar a prevalência e a gravidade dos principais agravos bucais, assim como fatores relacionados à situação socioeconômica, acesso a serviços odontológicos e percepção de saúde (Brasil¹⁷ 2009).

O levantamento epidemiológico nacional SB Brasil 2003 remeteu dados que mostram a condição inadequada de saúde bucal dos adolescentes brasileiros naquele ano. Esses dados evidenciaram que cerca de 14% desses adolescentes nunca haviam ido ao cirurgião-dentista e que 30,68% dos jovens de 15 a 19 anos que procuraram serviços odontológicos, o fizeram por motivo de dor. Além disso, 44,7% dos adolescentes avaliados consideraram sua situação de saúde bucal péssima e 89% desses apresentaram experiência de cárie dentária, com CPO-D médio de 6,2. Quanto aos achados referentes à condição periodontal dessa população, os dados indicam que 46,18% dos jovens entre 15 e 19 anos não apresentaram qualquer alteração periodontal. Em contrapartida, 18,77%

apresentaram sangramento; 33,4% tiveram cálculo dentário e 1,34 apresentaram bolsa periodontal maior que 4mm (Brasil¹⁸ 2004).

Já outro levantamento realizado em 2010 (SB Brasil 2010), mostrou melhora das condições bucais deste grupo etário, uma vez que 23,9% dos jovens de idade entre 15 e 19 anos apresentavam-se livres de doença cárie. Nesse mesmo grupo, a média de dentes com experiência de doença cárie foi de 4,25 elementos. Desses jovens, 50,9% apresentavam todos os sextantes hígidos no que concerne às alterações periodontais, sendo o cálculo dentário a alteração mais presente nesse grupo (28,4%). Além disso, cerca de 8,8% dos adolescentes apresentavam bolsas periodontais rasas, 0,7%, bolsas profundas e 9,7% apresentaram sangramento à sondagem. Esse levantamento epidemiológico nacional apontou também que 13,6% dos jovens entre 15 a 19 anos nunca foram ao cirurgião-dentista, dado que não diferencia dos encontrados no levantamento de 2003. Apesar disso, a prevalência de adolescentes que procuram o serviço odontológico por motivo de dor, que em 2003 foi de 30,7%, em 2010 passou para 14,5% (Brasil¹⁹ 2011).

Em 2003, 50,44% dos adolescentes avaliados classificaram as próprias condições bucais como boas ou ótimas, Em contrapartida, 10,68% deles disseram que as condições eram péssimas ou ruins (Brasil¹⁸ 2004). Já os dados relacionados à autopercepção de saúde bucal no levantamento de 2010 revelaram que 56% dos adolescentes apresentaram-se satisfeitos ou muito satisfeitos com relação aos seus dentes e boca, indicando melhora em relação à autopercepção em saúde bucal. Porém, 22,7% apresentaram-se insatisfeitos ou muito insatisfeitos com as próprias condições de dentes e boca (Brasil¹⁹ 2011).

No que se refere à morbidade dentária autoreferida, 35,67% dos adolescentes, em 2003, relataram dor nos últimos 6 meses (Brasil¹⁸ 2004), Esse número cai para 24,7% em 2010. Porém, os dados de 2010 também informam que 65,1% dos jovens relataram apresentar necessidade de tratamento odontológico (Brasil¹⁹ 2011).

As desigualdades no acesso e na utilização de serviços odontológicos no Brasil é uma realidade e apesar da reconhecida importância da saúde bucal, uma parcela significativa da população brasileira não tem acesso a serviços odontológicos, sendo

que a participação do Sistema Único de Saúde (SUS) nos atendimentos odontológicos é menor do que na atenção médica (Barros, Bertoldi²⁰ 2002).

Moreira et al.²¹ (2007) realizaram um estudo antropológico que investigou a experiência de doenças bucais no contexto da pobreza no Nordeste do Brasil. Nesse estudo, durante seis meses do ano de 2004, entrevistas etnográficas, narrativas e observação participante foram realizadas com 31 moradores de um bairro de baixa renda em Fortaleza, no Ceará, concluindo-se que precárias condições de vida fazem da saúde uma prioridade difícil e que para os sujeitos da pesquisa, o atendimento odontológico é percebido como um “luxo” e não como um direito. A extração dentária é favorecida em virtude da dificuldade de acesso aos serviços e da baixa qualidade dos procedimentos restauradores. Para esses autores, os problemas odontológicos são uma manifestação das desigualdades sociais existentes, já que ocorre um aumento considerável das doenças bucais nos grupos de baixa renda. Tais autores ainda indicam que a concentração de doenças bucais é inversamente proporcional ao acesso aos serviços de saúde. A associação entre pobreza, má condição bucal e dificuldade de acesso ao serviço, leva a população a uma condição penalizante que potencializa as desigualdades sociais a partir da redução das oportunidades de ascensão na vida, uma vez que as iniquidades existentes deixam marcas bucais que colocam em risco a autoestima e dificultam a inclusão social (Moreira et al.²¹ 2007).

Gushi et al.²² (2005) realizaram um estudo cujo objetivo era investigar os aspectos socioeconômicos e o acesso a cuidados odontológicos, associado com prevalência e gravidade da doença cárie entre 1825 adolescentes de 15 a 19 anos do Estado de São Paulo. Para eles, não estar incluído no sistema formal de educação, ser estudante de escola pública e possuir renda familiar menor que cinco salários mínimos, foram os fatores de risco apontados como indicadores da presença de cárie dentária. Além disso, não ter uma casa própria ou um carro parece ter contribuído para experiência de cárie. No que diz respeito ao acesso aos serviços odontológicos, os adolescentes atendidos em centros públicos tiveram maior experiência de cárie. Assim, os resultados desse estudo mostraram que a privação social está associada com experiência de cárie em adolescentes do Estado de São Paulo. Além disso, foi observada uma insatisfatória consciência preventiva

entre os adolescentes, uma vez que foi observado que o cuidado com a saúde bucal surge somente após a instalação de problemas.

Baldani et al.²³ (2011) avaliaram o papel dos determinantes individuais na utilização recente de serviços odontológicos entre adolescentes e adultos jovens de baixa renda que residiam em áreas assistidas pela Estratégia Saúde da Família no município de Ponta Grossa / Paraná. Nesse estudo, 53% dos participantes da pesquisa relataram consultas odontológicas recentes, as quais foram associadas com maior renda, episódios de dor e com o fato de possuir um profissional cirurgião-dentista regular, o que, na percepção dos autores, reforça a importância da continuidade interpessoal como facilitadora do acesso aos serviços de saúde, uma vez que o fato de possuir esse profissional de maneira regular, aumentou em cerca de 3 vezes a chance dos indivíduos relatarem consulta recente. Os resultados dessa pesquisa também indicam a presença de desigualdades no acesso aos serviços odontológicos relacionadas com as condições socioeconômicas, sendo que em indivíduos com renda familiar de um salário mínimo ou mais, a probabilidade de haver consultado um dentista no ano anterior foi 80% maior do que naqueles que apresentaram menor renda. Para cada indivíduo do grupo de menor renda que foi ao dentista no ano anterior ao estudo, houve cinco do grupo de maior renda que o fizeram.

Moysés²⁴ (2000) designou desigualdades em saúde bucal como termo geral que se refere a distribuições assimétricas de condições de saúde bucal em uma população. Nesse estudo, o autor procurou demonstrar através dos dados apresentados, que existe uma provável relação entre desenvolvimento humano e qualidade de vida com saúde bucal.

Em se tratando de qualidade de vida e saúde bucal, Bastos et al.²⁵ (1996) afirmam que a qualidade de vida decorre dos aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais de uma sociedade. Sendo assim, para os autores, a problemática das doenças que afetam os indivíduos não pode ser explicada baseando-se apenas nos fatores biológicos que as caracterizam. Barbosa et al.²⁶ (2010) afirmam que a qualidade de vida relacionada à saúde é um importante componente auxiliar aos indicadores clínicos na avaliação da saúde do indivíduo, tornando-se cada vez mais necessários instrumentos que auxiliem o cirurgião-

dentista e demais profissionais responsáveis por crianças e adolescentes para avaliar não só a presença da doença bucal, como também a qualidade de vida desses indivíduos. Diante disso, o desenvolvimento de instrumentos que avaliem o bem-estar e a qualidade de vida do indivíduo tem sido cada vez mais necessário (Buczynski et al.²⁷ 2008), uma vez que existem muitas questões a serem debatidas e respondidas, como a necessidade de questionários específicos para diferentes idades, a participação dos responsáveis como respondentes secundários e a avaliação do impacto da saúde bucal da criança e do adolescente na família (Barbosa et al.²⁶ 2010).

Daly et al.²⁸ (2010) avaliaram a relação entre as necessidades de saúde bucal e a qualidade de vida de moradores de rua do sudeste de Londres, avaliando o impacto dessa relação por meio do índice *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14). Nesse estudo, 91% dos avaliados tiveram pelo menos um impacto da condição bucal sobre a qualidade de vida. Os impactos mais comumente relacionados com a qualidade de vida relacionaram-se à dimensão dor, com dor na boca e nos dentes tendo uma prevalência de 65% e desconforto ao comer alimentos, uma prevalência de 62%. Os autores concluíram que as necessidades de cuidados de saúde bucal para esse grupo foram maiores do que as da população geral do Reino Unido.

Biazevic et al.²⁹ (2008) avaliaram as condições de saúde bucal e sua relação com a qualidade de vida de adolescentes entre 15 e 17 anos da cidade de Água Doce, em Santa Catarina. Nesse estudo também foi utilizado o índice OHIP-14 para aferir o impacto da condição bucal na qualidade de vida. A ocorrência de cárie foi observada em 88,26% dos indivíduos, que apresentaram CPO-D médio de 5,40. Quase a metade dos participantes (47,77%) não apresentou sextantes afetados pela doença periodontal. O OHIP médio foi de 3,95, sendo que as seguintes correlações foram observadas: uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre a maior pontuação no OHIP e dentes cariados; uma correlação positiva com significância limiar entre OHIP e CPO-D; e uma correlação inversa entre os dentes intactos e o OHIP. Não foram encontradas associações entre a condição periodontal e o OHIP.

Entre os adolescentes autores de ato infracional, a prevalência de utilização de drogas lícitas e ilícitas é elevada, com possível impacto sobre a condição bucal.

Priuli e Moraes³⁰ (2007) encontraram em seus estudos, que apenas 2% dos adolescentes em privação de liberdade avaliados por eles afirmaram nunca ter experimentado nenhum tipo de droga. Por outro lado, 85,4% afirmaram ser usuários de tabaco; 83,3% de maconha e 66,6% ainda relataram o uso de álcool e *crack*.

Nesse sentido, Woyceichoski et al.³¹ (2008) avaliaram o efeito do *crack* em células escamosas epiteliais da mucosa bucal, revelando que essa droga é capaz de induzir significantes mudanças nessas células. Eles também afirmam que o uso do *crack* normalmente se dá concomitantemente a outras substâncias potencialmente cancerígenas como o álcool e o tabaco, o que aumentaria o risco de desenvolvimento de câncer bucal.

Soares de Lima et al.³² (2007) também investigaram a influência do *crack* sobre o epitélio bucal de usuários da droga e afirmaram que essa substância é capaz de induzir alterações, principalmente inflamatórias, nesse tipo de epitélio. Além disso, por ser o *crack* uma droga fumada, os cachimbos utilizados para essa prática se tornam muito quentes durante o uso. Em consequência disso, a área labial de contato frequente com o cachimbo se torna pálido, queratinizado, fissurado e ulcerado. A hiperqueratose, melanose reativa e eritema também são visíveis nos dedos que seguram os cachimbos de *crack* segundo Bouquot et al.³³ (2009).

Reece³⁴ (2007) investigou os efeitos que algumas drogas promovem à condição dental, comparando uma população dependente de tais substâncias com outra não dependente. Por meio desse estudo, concluiu-se que a dependência de drogas tem um efeito deletério sobre a saúde dental e que o álcool e o tabaco, dentre outras substâncias, contribuem de forma importante para esse efeito. Nesse sentido, Kantorski et al.³⁵ (2007) avaliaram o efeito de uma dieta alcoólica sobre estreptococos do grupo *mutans* e sobre a cárie na cavidade bucal de ratos e concluíram que a dieta com soluções alcoólicas e de sacarose apresentou tendência de aumento na colonização de estreptococos do grupo *mutans* e aumentou a incidência de lesões de cárie de faces livres nos molares de ratos quando comparada à dieta controle.

Pedreira et al.³⁶ (1999) realizaram um estudo sobre as condições de saúde bucal de drogaditos em recuperação, no qual 38 pacientes foram avaliados por meio

de questionários e exames de fluxo salivar, capacidade tampão, e dos índices CPO-D e CPO-S. Com o auxílio desses instrumentos foram avaliados o perfil psicológico e as condições de saúde bucal dos sujeitos da pesquisa. O questionário contava com questões relativas aos dados pessoais e informações específicas sobre a drogadição, tais como: iniciação, fatores desencadeantes, fatores agravantes, tipo e frequência das drogas consumidas, verificação de alguns aspectos de ordem psíquica envolvidos na drogadição, bem como no processo de recuperação. Para os autores, a análise dos resultados do estudo permitiu a conclusão de que problemas familiares, curiosidade, rejeição social e timidez foram os fatores relatados pelos indivíduos estudados como sendo iniciantes para a drogadição. Além disso, os valores de fluxo salivar e capacidade tampão apresentaram-se normais, porém o índice CPO-D mostrou-se elevado, com média de 27,13. Colodel et al.³⁷ (2009), através de uma pesquisa bibliográfica de caráter exploratório-descritiva sobre alterações bucais em dependentes químicos, encontraram alta prevalência de cárie dental e de doença periodontal na população estudada, assim como alterações em tecidos moles.

Ribeiro et al.³⁸ (2002) avaliaram a condição bucal de usuários de drogas em recuperação através da experiência de cárie, placa bacteriana, índice gengival e fluxo salivar. Neste estudo, verificaram que a higiene bucal nesse grupo era, em geral, deficiente, com predominância do hábito de comer entre as refeições, especialmente balas, chicletes e chocolates. Nessa mesma pesquisa, um programa educativo-preventivo foi realizado, diminuindo o índice de placa bacteriana e aumentando o fluxo salivar, revelando que a interação do cirurgião-dentista à realidade do usuário de drogas, inclusive de *crack*, é essencial para a recuperação e reintegração desses indivíduos à sociedade, de forma que auxilia os mesmos na valorização de sua autoestima. Além disso, os autores destacam os efeitos anestésicos que algumas drogas proporcionam ao usuário, fazendo com que a dor seja minimizada ou eliminada. Sabendo que a dor é um sinal clínico bastante importante para que o sujeito procure atendimento odontológico, os autores concluíram que a busca por atendimento, por esses usuários, é reduzida.

Costa et al.³⁹ (2011), para conhecer as necessidades em saúde bucal de pacientes dependentes de drogas, identificaram as condições de saúde bucal desta

população e as relacionaram com fatores físicos, psicológicos e sociais, através de exames clínicos e questionário de anamnese. Os dados encontrados referiram que a população estudada apresenta nível de escolaridade baixo e que a maioria dos dependentes avaliados apresentava saúde bucal deficiente, associada ao descaso com a higiene corporal provocado pelo uso abusivo de drogas. Os autores concluíram que há necessidade de inserir os profissionais da odontologia nos projetos oferecidos aos dependentes de drogas, para realização de programas de promoção e de recuperação de saúde bucal, melhorando, com isso, a qualidade de vida desses pacientes.

Outro estudo realizado com 285 usuários de drogas injetáveis, na Austrália, examinou os efeitos do uso desse tipo de droga, na cavidade bucal. Sessenta e oito por cento da amostra relatou problemas dentários graves que causavam dor de dente. Participantes mais velhos, sem moradia e que relataram injeções constantes de anfetaminas, se mostraram mais propensos a ter problemas dentários. Os autores desse estudo concluíram que problemas bucais em usuários de drogas injetáveis são bastante comuns, mas poucos recebem tratamento. Além disso, aqueles que usam anfetaminas, com condições precárias de habitação, higiene e má nutrição são mais propensos aos riscos (Laslett et al.⁴⁰ 2008).

Hipólito e Martins⁴¹ (2010) avaliaram a prevalência de alterações da mucosa bucal de adolescentes brasileiros institucionalizados em duas unidades socioeducativas. Nesse estudo, 24,24% dos adolescentes avaliados apresentaram alguma lesão fundamental enquanto 78,35% apresentaram alterações de normalidade. Os autores concluíram, através desse estudo, que as informações sobre prevalência de lesões fundamentais e alterações da normalidade em adolescentes confinados são diferentes das encontradas em populações de mesma faixa etária, porém em outro ambiente. Além disso, Hipólito e Martins⁴¹ (2010) também concluíram que algumas lesões fundamentais como placa, erosão e nódulo podem ter sido originadas em virtude das condições psicológicas e emocionais do grupo analisado e do uso de tabaco, já que o uso dessa substância é permitido nas instituições onde o estudo foi realizado.

3 PROPOSIÇÃO

Essa pesquisa teve por objetivo geral identificar as condições de saúde bucal de adolescentes autores de ato infracional que cumprem medida socioeducativa no Centro de Socioeducação de Ponta Grossa e investigar os possíveis fatores socioeconômicos e comportamentais associados às patologias encontradas.

Os objetivos específicos da pesquisa foram assim delimitados:

1. Obter informações relativas à condição bucal dos adolescentes, mediante avaliação da prevalência de lesões fundamentais e alterações de normalidade em mucosa bucal, traumatismo dentário, doença periodontal e experiência de cárie dentária;
2. Descrever as características demográficas e socioeconômicas da população-alvo, obtendo informações relativas à classe social, renda, escolaridade e condição de moradia;
3. Avaliar as informações referentes ao acesso a serviços de saúde bucal e à autopercepção em saúde bucal;
4. Investigar as características comportamentais e de estilo de vida com relação aos hábitos de higiene bucal e uso de drogas lícitas e ilícitas;
5. Identificar as associações entre as variáveis, buscando obter modelos explicativos construídos a partir do referencial teórico.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida no Centro de Socioeducação de Ponta Grossa (CENSE / PG), instituição responsável pela execução de medidas socioeducativas a adolescentes autores de ato infracional, localizada à Rua Olavo de Paula Barbosa, s/nº, Núcleo Pitangui, na cidade de Ponta Grossa / Paraná. Trata-se de um espaço destinado ao atendimento de adolescentes que cumprem as medidas privativas de liberdade, seja de internação provisória, na qual a privação se dá por um período de até 45 dias; internação sanção, na qual a privação ocorre num período de 90 dias ou de internação, com privação de no mínimo seis meses e de no máximo três anos. Na atualidade, o órgão gestor estadual do Paraná responsável pela política de atenção ao adolescente autor de ato infracional é a Secretaria da Família e Desenvolvimento Social, com a qual o CENSE/ PG possui uma ligação direta.

O CENSE / PG foi inaugurado em novembro de 2007 e construído à mesma época que outras quatro unidades do estado (Laranjeiras do Sul, Cascavel, Maringá e Foz do Iguaçu). Todas elas seguiram o mesmo modelo arquitetônico, como uma das ações estratégicas definidas pelo governo do estado do Paraná, na gestão 2003 – 2006, que propôs uma reorganização institucional com o objetivo de consolidar o sistema socioeducativo, estruturando, descentralizando, e qualificando o trabalho de restrição e privação de liberdade. Para isso, essas novas unidades contam com uma estrutura que, de acordo com os Cadernos do Instituto de Ação Social do Paraná (IASP)

“(...) oferece um ambiente seguro, humanizador e educativo (...), contando com ambientes de estrutura material adequada e necessária para o cumprimento das finalidades específicas de cada uma de suas áreas: alojamentos, escola, oficinas, ginásio de esportes, cancha de areia, teatro de arena, área de convívio familiar, área de saúde, serviços de apoio, área administrativa e monitoramento da segurança.” (Instituto de Ação Social do Paraná - IASP⁴² 2006)

Embora tenha como proposta o atendimento a adolescentes da região, o CENSE / PG recebe adolescentes de todo o estado do Paraná e tem capacidade de

atendimento para 88 adolescentes, ficando atualmente restrito aos adolescentes do sexo masculino, porém recebendo adolescentes do sexo feminino de forma esporádica como medida provisória, até que estas sejam encaminhadas à unidade apropriada para tal.

No início de 2012, quando foi concluída a análise dos dados da pesquisa, o CENSE comportava 79 adolescentes do sexo masculino, sendo que 06 deles estavam em internação provisória e 73 em internação. Trinta e nove desses adolescentes (49,37%) estavam cumprido medida em decorrência de homicídio, latrocínio ou tentativa de homicídio; quinze (18,99%) por roubo e nove adolescentes (11,39%) estavam privados de liberdade por tráfico. Estupro, atentado violento ao pudor, porte de arma, assalto e descumprimento de medida socioeducativa eram os atos infracionais praticados pelos demais adolescentes.



FIGURA 1 - Vista aérea do Centro de Socioeducação de Ponta Grossa

Fonte: Arquivos do CENSE/PG

4.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO E AMOSTRAGEM

Para atender ao objetivo proposto, delineou-se um estudo epidemiológico quantitativo exploratório, do tipo transversal, que contou com uma amostra composta por 107 adolescentes do sexo masculino que se encontravam privados de liberdade no CENSE/PG, em cumprimento às medidas socioeducativas designadas pelo poder judiciário, durante o período compreendido entre Julho a Dezembro de 2011. A opção pelo local de estudo e por uma amostra de conveniência foi definida em virtude dos fatores investigados (socioeconômicos, drogadição, etc...) e da população-alvo (adolescentes infratores), que dificilmente seriam aglomerados em outras circunstâncias, se não em locais de cumprimento de medidas socioeducativas, como o Centro de Socioeducação de Ponta Grossa.

O tempo em que os adolescentes encontravam-se privados de liberdade foi observado no delineamento da amostra, sendo consideradas duas categorias: internação de até 5 meses ou mais de 5 meses.

4.3 INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta foi elaborado buscando-se corresponder aos objetivos específicos propostos (Apêndice D), sendo testados em estudo piloto após as aprovações pertinentes. Os dados foram registrados em formulários próprios, que abordavam os seguintes conteúdos:

- 1) Informações demográficas;
- 2) Caracterização socioeconômica;
- 3) Uso de serviços odontológicos;
- 4) Autopercepção da condição de saúde bucal;
- 5) Hábitos de higiene bucal;

- 6) Triagem do uso de álcool, tabaco e outras drogas;
- 7) Lesões fundamentais e alterações de normalidade em mucosa bucal;
- 8) Traumatismo dentário;
- 11) Condição periodontal;
- 12) Cárie dentária.

4.3.1 Estudo piloto

Previamente à coleta de dados, realizou-se o estudo piloto, no qual foram avaliados vinte adolescentes, escolhidos aleatoriamente, internos no Centro de Socioeducação de Ponta Grossa e que se dispuseram, voluntariamente, a participar da pesquisa. Estes adolescentes não foram incluídos na amostra do estudo.

Os dados foram coletados por um único pesquisador. Antes do início do estudo piloto foi realizada a calibração do pesquisador no que condiz ao diagnóstico das lesões fundamentais e de alteração de normalidade de mucosa bucal. Para isso, o pesquisador foi submetido à visualização de vinte diferentes fotografias intrabucais, registrando a classificação de cada uma das lesões ou alterações presentes nas imagens. Em seguida repetiu-se a visualização das mesmas imagens, aleatoriamente dispostas em sequência diferente da adotada na primeira etapa, e novamente registrou-se a classificação das lesões fundamentais ou alterações. Após esse processo foi calculada a concordância percentual e a estatística Kappa, que apresentou valores iguais a 1,0 (concordância perfeita) para ambas as condições.

Para os exames relacionados ao traumatismo dentário, à condição periodontal e à cárie dentária, a calibração e a concordância foram realizadas durante o estudo piloto, seguindo a metodologia proposta pelo Projeto SB Brasil 2010, após treinamento quanto aos critérios de diagnóstico. Para isso, o examinador avaliou os vinte adolescentes, no que concerne aos fatores citados anteriormente, e registrou os diagnósticos observados no formulário. Após 72 horas, os mesmos adolescentes foram reavaliados e um novo registro foi realizado. Também para estas condições bucais foram calculadas a concordância percentual e o índice Kappa. Para o traumatismo, a concordância percentual encontrada foi de 98% e o

índice Kappa foi igual a 0,90 (concordância ótima). Para a condição periodontal os valores encontrados para a concordância percentual foi de 84% e para o índice Kappa foi de 0,73 (concordância boa). Para cárie dentária, foi encontrada concordância de 92% e índice Kappa de 0,85 (concordância ótima) (Liandis, Koch⁴³ 1977).

Os exercícios de calibração e a concordância para todas as condições foram realizados segundo o Manual de Calibração de Examinadores do Projeto SB Brasil 2010 (Brasil⁴⁴ 2009). A concordância intraexaminador também foi obtida por meio de planilha eletrônica especialmente desenvolvida para o Projeto SB Brasil.

Para as informações pertinentes à caracterização socioeconômica, uso de serviços odontológicos, autopercepção da saúde bucal, hábitos de higiene bucal e para a triagem do uso de álcool, tabaco e outras drogas, foi realizada entrevista com cada adolescente, durante a qual o pesquisador registrava os dados revelados pelos sujeitos da pesquisa no formulário. Para o diagnóstico das condições bucais os adolescentes foram submetidos a exame clínico em cadeira odontológica, com luz artificial e com o auxílio de espelho bucal e sonda periodontal *ball point* (modelo OMS), sendo que o pesquisador registrou os achados também no formulário proposto.

4.3.2 Características demográficas e socioeconômicas

Para a obtenção de informações referentes aos itens cor autoreferida, caracterização socioeconômica, morbidade bucal referida e uso de serviços odontológicos, foi seguido o protocolo adotado pelo Projeto SB Brasil 2010, do Ministério da Saúde (Brasil¹⁷ 2009). Pelas próprias características do CENSE, apenas adolescentes do sexo masculino foram avaliados, já que as adolescentes meninas não permanecem nessa instituição. Para a cor autoreferida, as seguintes opções eram plausíveis: branca, preta, amarela, indígena ou parda. O questionário socioeconômico permitiu identificar as seguintes variáveis: a) aglomeração domiciliar (número de indivíduos residentes no domicílio/ número de cômodos que servem de dormitório permanente para os moradores); b) classe social; c) renda familiar mensal; d) escolaridade do adolescente e e) escolaridade da mãe.

Para a caracterização de classe social adotou-se o Critério de Classificação Econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP⁴⁶ 2011), que considera a posse de determinados itens de consumo (televisão em cores, rádio, banheiro, automóvel, empregada mensalista, máquina de lavar, videocassete e/ou DVD, geladeira e freezer) e o grau de instrução do chefe da família. Uma pontuação é atribuída a cada resposta (Quadros 1 e 2), sendo o total comparado à seguinte escala classificatória: entre 0 a 7 pontos - classe E; de 8 a 13 pontos, classe D; de 14 a 17 pontos, classe C2; de 18 a 22 pontos, classe C1; de 23 a 28 pontos, classe B2; de 29 a 34 pontos, classe B1; de 35 a 41 pontos, classe A2 e de 42 a 46 pontos, classe A1.

QUADRO 1 - Pontuação atribuída a cada item investigado por meio do Critério de Classificação Econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)

Item	Quantidade				
	0	1	2	3	4(ou+)
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Vídeo Cassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

Fonte: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP⁴⁵ 2011

QUADRO 2 - Pontuação atribuída de acordo com o grau de instrução do chefe da família investigado por meio do Critério de Classificação Econômica da ABEP

Analfabeto/Primário incompleto	Analfabeto/Até 3ª série fundamental	0
Primário completo / Ginásial incompleto	Até 4ª série fundamental	1
Ginásial Completo/Colegial incompleto	Fundamental completo	2
Colegial Completo/Superior Incompleto	Médio Completo	4
Superior Completo	Superior Completo	8

Fonte: ABEP⁴⁵ 2011

A utilização de serviços odontológicos foi aferida a partir das variáveis: c) consulta odontológica alguma vez na vida; d) data da última consulta odontológica;

e) local da última consulta (serviço público, privado ou plano de saúde); e f) motivo da última consulta.

4.3.3 Autopercepção da saúde bucal

A autopercepção da condição bucal foi verificada a partir da morbidade bucal referida (necessidade referida de tratamento odontológico e relato de dor nos últimos 6 meses), da satisfação com a saúde bucal e do impacto da condição bucal na qualidade de vida, aferido a partir do instrumento *Oral Health Impact Profile* (OHIP), em sua versão curta, com 14 questões. O OHIP trata-se de um indicador subjetivo aplicável a indivíduos maiores de 11 anos de idade, o qual foi desenvolvido por Slade e Spencer⁴⁶ (1994) tendo sua versão em português validada por Oliveira e Nadanovsky⁴⁷ (2005). Este instrumento foi desenvolvido para identificar a autopercepção da saúde bucal, apresentando 14 questões que abrangem situações referentes a limitações funcionais, interações sociais, conforto, dor e satisfação com a aparência (Slader, Spencer⁴⁶ 1994). As questões do OHIP-14 se referem a problemas com dentes, boca ou prótese ocorridos nos últimos seis meses e podem ser observadas no APÊNDICE D.

No OHIP, a cada duas questões, uma dimensão é apontada. A sequência das dimensões abordadas reflete um aumento gradativo do impacto da saúde bucal na qualidade de vida, sendo, sequencialmente assim definidas: limitação funcional < dor física < desconforto psicológico < incapacidade física < incapacidade psicológica < incapacidade social < deficiência.

As respostas possíveis para cada questão do OHIP são: nunca, quase nunca, ocasionalmente, pouco frequente e muito frequente. Para cada resposta, uma pontuação é agregada ao índice, sendo que a resposta “nunca” possui valor igual a zero; “quase nunca”, valor um; “ocasionalmente”, dois; “pouco frequente”, três e para resposta “muito frequente”, a pontuação agregada é quatro. Ao final, realiza-se a somatória dos valores obtidos em cada questão e o índice OHIP apresentará, então, um valor total que pode variar de 0 a 56. Quanto maior a pontuação obtida pelo índice, maior o impacto que a condição bucal está exercendo na qualidade de vida do indivíduo.

4.3.4 Comportamento e estilo de vida

Para a coleta de dados referentes à higienização bucal, cada adolescente respondeu às seguintes questões: 1) Você escova os dentes todos os dias? e 2) Quantas vezes ao dia você escova os dentes? Para a segunda pergunta, as opções de resposta configuraram-se nas seguintes: menos de uma vez ao dia; uma vez ao dia; duas vezes ao dia; três ou mais vezes ao dia (Freire et al.⁴⁸ 2007).

A triagem de uso de álcool, tabaco e outras drogas foi realizada com o instrumento *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST), o qual foi desenvolvido em um projeto multicêntrico coordenado pela Organização Mundial de Saúde para triagem do uso de substâncias psicoativas (Henrique et al.⁴⁹ 2004; Brasil⁵⁰ 2009). Pesquisadores de vários países desenvolveram esse instrumento, que atualmente encontra-se traduzido e validado para várias línguas, inclusive para o português falado no Brasil, tendo sido testado quanto a sua confiabilidade. No Brasil, é utilizado pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas em seu sistema SUPERA (Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento) (Henrique et al.⁴⁹ 2004, Brasil⁵⁰ 2009).

Com o ASSIST foi possível coletar informações pertinentes ao uso de substâncias na vida e nos últimos três meses; problemas relacionados ao uso de substâncias; risco atual ou futuros problemas decorrentes do uso; indícios de dependência e uso de drogas injetáveis. Com esse instrumento, através de uma pontuação específica para cada substância, foi possível verificar o tipo de uso que cada adolescente fazia de cada droga avaliada, categorizando o consumo em: uso ocasional; uso sugestivo de abuso e uso sugestivo de dependência (Henrique et al.⁴⁹ 2004, Brasil⁵⁰ 2009).

O tempo de internação no CENSE/PG ou outros poderia interferir sobre o hábito de higiene bucal ou sobre as respostas ao instrumento ASSIST. Por isso, a variável tempo de internação foi incluída, sendo consideradas duas categorias: internação de até cinco meses ou de mais de cinco meses (em qualquer unidade).

Além do ASSIST, voltado às drogas lícitas e ilícitas, também foi questionado aos meninos, se os mesmos faziam ou não uso de medicação psicotrópica, uma condição não rara entre os adolescentes do CENSE.

4.3.5 Cárie dentária

Para os aspectos pertinentes à cárie dentária, o índice CPO-D foi a ferramenta utilizada, também seguindo os padrões do Projeto SB Brasil 2010 que, por sua vez, segue as recomendações da Organização Mundial de Saúde (WHO⁵¹ 1999). Um dente foi considerado presente na boca quando apresentava qualquer parte visível ou que pudesse ser tocada com a ponta da sonda sem deslocar ou perfurar tecido mole indevidamente (Brasil¹⁷ 2009).

Ao código “0” foram inseridos os elementos dentários considerados hígidos. Também entraram nessa categoria os elementos dentários que apresentaram as seguintes características: manchas esbranquiçadas; manchas rugosas resistentes à pressão da sonda OMS; sulcos e fissuras do esmalte manchados, mas que não apresentassem sinais visuais de base amolecida, esmalte socavado ou amolecimento das paredes, detectáveis com a sonda OMS; áreas escuras, brilhantes, duras e fissuradas do esmalte de um dente com fluorose moderada ou severa; lesões que, com base na sua distribuição ou história, ou ao exame tátil/visual fossem resultado de abrasão (Quadro 3).

Para os elementos dentários cariados foi atribuído o código “1”, e a essa categoria foram incluídos dentes que apresentaram sulco, fissura ou superfície lisa com cavidade evidente, ou tecido amolecido na base, ou descoloração do esmalte ou de parede. Elementos com restauração temporária (exceto ionômero de vidro) também foram considerados cariados e de código “1”. A sonda OMS foi empregada para confirmar evidências visuais de lesão cariada nas superfícies oclusal, vestibular e lingual e quando houve dúvida, o dente foi considerado hígido. Na presença de cavidade originada por cárie, mesmo sem doença no momento do exame, o elemento foi considerado cariado (Quadro 3).

O código “2” foi atribuído aos elementos que apresentaram coroa restaurada, mas acometida de lesão cariada, já para os elementos que apresentaram a coroa restaurada e não cariada, o código atribuído foi o “3”. Ao código “4” foram incluídos

os elementos que haviam sido extraídos devido ao acometimento de lesão cariosa e ao “5” os que foram extraídos por outras razões. Os elementos que apresentavam selante foram incluídos ao grupo de escore “6” e aqueles que se apresentaram como apoio de prótese foram incluídos ao código “7”. Quando o elemento dentário ainda não havia erupcionado na cavidade bucal, o mesmo recebia o código “8” e os elementos excluídos da amostra, por não poderem ser examinados (exemplo: elementos dentários com bandas ortodônticas, com hipoplasia severa, etc...), receberam código “9”. Os elementos acometidos de traumatismos dentários receberam como identificação, o código “T” (Quadro 3).

QUADRO 3 - Códigos utilizados durante o exame de condição bucal para o cálculo do índice CPO-D, demonstrando a condição do elemento dentário

CÓDIGO	CONDIÇÃO DO ELEMENTO DENTÁRIO
0	Hígido
1	Cariado / Restauração provisória
2	Restaurado com lesão cariosa
3	Restaurado sem lesão cariosa
4	Extraído devido à doença cárie
5	Extraído por outras razões
6	Com selante
7	Apoio de prótese
8	Não erupcionado
9	Excluído da amostra
T	Traumatizado

Fonte: Brasil¹⁷ 2009

Após os exames, para o cálculo do índice CPO-D, considerou-se: a) para o parâmetro “C” (cariados), a soma do total de elementos codificados com os escores 1 e 2; b) para o parâmetro “P” (perdidos) os codificados com o escore 4; e c) para o código “O” (obturados), os codificados com o escore 3.

4.3.6 Condição periodontal

A condição periodontal foi identificada por intermédio do índice Periodontal Comunitário (CPI), que permite avaliar a condição periodontal quanto à higidez, sangramento e presença de cálculo ou bolsa (Brasil¹⁷ 2009). Para essa avaliação foi utilizada a sonda periodontal preconizada pela OMS (Organização Mundial de Saúde) e seguido o protocolo do Projeto SB Brasil 2010. A cavidade bucal foi então dividida em sextantes definidos pelos grupos de dentes: 18 a 14, 13 a 23, 24 a 28,

38 a 34, 33 a 43 e 44 a 48. A presença de dois ou mais dentes sem indicação de exodontia (por exemplo, comprometimento de furca, mobilidade etc.), foi pré-requisito para o exame do sextante. Não foi considerado o terceiro molar na contagem de dentes presentes no sextante, na faixa etária de 15 a 19 anos. Para adolescentes de até 19 anos, os dentes índices para cada sextante foram: 16, 11, 26, 36, 31 e 46. Já para adolescentes de 20 anos ou mais, esses dentes índices foram: 17, 16, 11, 26, 27, 37, 36, 31, 46, e 47. Porém, embora dez dentes tenham sido examinados, apenas seis anotações foram realizadas: uma por sextante, relativa à pior situação encontrada. Os resultados foram aferidos segundo a classificação indicada no Quadro 4.

QUADRO 4 - Códigos utilizados para as condições periodontais segundo o Índice Periodontal Comunitário (CPI)

Índice Código	SANGRAMENTO	CÁLCULO	BOLSA
0	Ausência	Ausência	Ausência
1	Presença	Presença	Presença de Bolsa Rasa
2	-	-	Presença de Bolsa Profunda
X	Sextante Excluído	Sextante Excluído	Sextante Excluído
9	Sextante Não Examinado	Sextante Não Examinado	Sextante Não Examinado

Fonte: Brasil¹⁷ 2009

Pelo menos seis pontos foram examinados em cada um dos dez dentes-índices, nas superfícies vestibulares e linguais, abrangendo as regiões mesial, média e distal. Os procedimentos de exame foram iniciados pela área disto-vestibular, passando-se para a área média e daí para a área mésio-vestibular. Após, inspecionou-se as áreas linguais, indo de distal para mesial. A sonda foi introduzida levemente no sulco gengival ou na bolsa periodontal, permanecendo ligeiramente inclinada em relação ao longo eixo do dente e seguindo a configuração anatômica da superfície radicular. Movimentos de vai-e-vem vertical, de pequena amplitude, foram realizados, tendo por parâmetro as recomendações do Projeto SB Brasil 2010, que estabelece que a força de sondagem seja inferior a 20 gramas. Cabe ressaltar

que, seguindo a metodologia da OMS, em adolescentes menores de 15 anos não foram realizados registros de bolsas, uma vez que as alterações de tecidos moles podem estar associadas à erupção e não à presença de alteração periodontal patológica. Bolsas com profundidade entre 4 e 5mm foram consideradas rasas, acima desse valor, profundas.

Para o registro final da condição periodontal, foram considerados os códigos 1, 2, 3 e 4 para: sangramento, cálculo, bolsa rasa e bolsa profunda, respectivamente. Esses códigos foram registrados de acordo com a pior condição encontrada nos sextantes avaliados, considerando a seguinte escala de gravidade: sangramento < cálculo < bolsa rasa (entre 4 e 5mm) < bolsa profunda (mais de 5mm).

4.3.7 Traumatismos dentários

Para a presença de traumatismo dentário também foram obedecidas as orientações do Projeto SB Brasil 2010 (Brasil¹⁷ 2009), sendo utilizados códigos numéricos para a descrição do dano decorrente do trauma: 0- nenhum traumatismo; 1- fratura de esmalte; 2- fratura de esmalte e dentina; 3- fratura de esmalte e dentina com exposição pulpar; 4- ausência do dente devido a traumatismo; 9- exame não realizado. Os elementos dentários avaliados para esse exame foram 12, 11, 21, 22, 32, 31, 41 e 42.

4.3.8 Condição da mucosa bucal:

A inspeção de mucosa adotou os princípios estipulados por Hipólito e Martins⁴¹ (2010), sendo a coleta dos dados realizada por inspeção e palpação, utilizando afastadores de madeira e equipamentos de proteção individual. Assim como nos trabalhos de Hipólito e Martins⁴¹ (2010), as lesões fundamentais seguiram os parâmetros e aspectos clínicos propostos por Neville et al.⁵² (1995) e observados no Quadro 5.

Neste estudo, ainda de acordo com os estudos de Hipólito e Martins⁴¹ (2010), foram também verificadas as seguintes alterações (variações) da normalidade: anquiloglossia, eritema areato migratório, fossetas da comissura labial, grânulos de Fordyce, leucoedema, língua fissurada, pigmentação melânica, *torus* palatino, *torus*

mandibular e úvula bífida. A pigmentação melânica (mácula) e os grânulos de Fordyce (pápula) foram considerados alterações da normalidade e não lesões fundamentais (Hipólito, Martins⁴¹ 2010).

O exame seguiu uma sequência de estruturas anatômicas bucais a serem avaliadas, sendo ela: Semimucosa labial superior; Mucosa labial superior; Mucosa alveolar superior; Gengiva e rebordo superiores; Palato duro; Palato mole; Orofaringe; Dorso da língua; Bordas laterais da língua; Ventre da língua; Assoalho bucal; Gengiva e rebordo inferiores; Mucosa alveolar inferior; Mucosa jugal direita e esquerda; Mucosa labial inferior; Semimucosa labial inferior; Comissuras labiais. (Hipólito, Martins⁴¹ 2010).

QUADRO 5 - Classificação e descrição das lesões fundamentais

Classificação	Descrição
Mácula	área focal, menor que 5mm de diâmetro, com alteração na coloração, sem elevação ou depressão em relação aos tecidos circunjacentes
Mancha	área focal de 5mm ou mais de diâmetro, com alteração na coloração, sem elevação ou depressão em relação aos tecidos circunjacentes
Pápula	lesão sólida e elevada com menos de 5mm de diâmetro
Nódulo	lesão sólida e elevada com 5mm ou mais de diâmetro
Vesícula	lesão elevada de conteúdo líquido com menos de 5mm de diâmetro
Bolha	lesão levada de conteúdo líquido com 5mm ou mais de diâmetro
Placa	lesão ligeiramente elevada e com superfície plana
Erosão	lesão superficial que tem como característica a perda parcial da superfície epitelial, sem exposição do tecido conjuntivo
Úlcera	lesão caracterizada pela perda da superfície epitelial com exposição do tecido conjuntivo subjacente
Fissura	ulceração estreita semelhante a um sulco

Fonte: Neville et al.⁵² (1995)

4.4 SELEÇÃO DAS VARIÁVEIS E ANÁLISES ESTATÍSTICAS

Os dados obtidos foram armazenados em planilha Excel do *Microsoft Office*, sendo posteriormente analisados por meio do programa *Statistical Package for the Social Science (SPSS)*. Na primeira etapa foram obtidas estatísticas descritivas de todas as variáveis. Na segunda etapa foram conduzidas análises bivariadas, buscando identificar as associações independentes entre cada variável de desfecho e os indicadores investigados. Estas foram consideradas significativas quando os valores de p foram menores ou iguais a 0,5 (nível de significância de 5%)

Para as análises de associação foram considerados cinco desfechos, sendo as seguintes variáveis consideradas como dependentes: cárie dentária, doença periodontal, lesão fundamental de mucosa, alteração de normalidade de mucosa e traumatismo dentário. As variáveis explicativas foram alocadas em quatro categorias: demográficas, socioeconômicas, de comportamento e estilo de vida e autopercepção da saúde bucal.

As associações foram analisadas pelo teste Qui-quadrado, para variáveis explicativas categóricas, e os testes Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, para as variáveis contínuas. Optou-se por testes não paramétricos uma vez que, através do teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov, verificou-se que a maioria das variáveis contínuas não apresentava distribuição normal.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

O projeto da pesquisa foi encaminhado à Secretaria de Estado da Criança e Juventude (SECJ) – hoje Secretaria da Família e Desenvolvimento Social (SEDS) - com o objetivo de solicitar permissão para realizar a pesquisa nas dependências do Centro de Socioeducação de Ponta Grossa. O mesmo projeto foi encaminhado também à Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ponta Grossa, sendo aprovado em 24 de fevereiro de 2011 de acordo com o parecer nº 11/2011 (APÊNDICE A). Nessa etapa, ocorreram algumas interferências, uma vez que a Secretaria negava-se a aprovar o projeto sem a aprovação do Comitê de Ética

em Pesquisa, e esse, por sua vez, não aprovava o projeto por necessitar da aprovação da Secretaria. Foi solicitada, então, uma maior flexibilidade por parte do Comitê de Ética, que aprovou a pesquisa com a ressalva de receber o parecer da Secretaria posteriormente. Em 27 de abril de 2011 a Secretaria concedeu parecer favorável ao desenvolvimento da pesquisa, de acordo com o parecer nº02/2011 (APÊNDICE B).

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS DA POPULAÇÃO-ALVO

Todos os 107 adolescentes avaliados eram do sexo masculino. A média de idade encontrada foi de 16,53 ($\pm 1,28$) anos, sendo que 61,7% deles encontravam-se na faixa etária entre 16 e 17 anos. Quanto à cor, predominaram os adolescentes que se declararam pardos (61,7%) e brancos (30,8%) - Tabela 1.

Na Tabela 1 são apresentadas as características socioeconômicas dos adolescentes. Observa-se que 56,1% dos adolescentes declararam que o rendimento familiar encontrava-se na faixa de até R\$ 500,00, enquanto 22% da amostra apontaram uma renda mensal que variava de R\$ 501,00 a R\$ 1.500,00. Verifica-se que 40% dos adolescentes provêm de famílias que vivem em situação de aglomeração domiciliar, com média de 2,22 ($\pm 1,22$) moradores por dormitório. Considerando-se a classificação da ABEP, no entanto, observou-se que a maioria deles pertence às classes social C (31,2% à C1 e 39,8% à C2).

No que concerne ao grau de instrução da mãe ou do sujeito que ocupou essa função social na vida do adolescente, 67% da amostra relatou que a mãe teria o ensino fundamental incompleto. A escolaridade dos adolescentes também se revelou baixa (92,5% havia cursado apenas o ensino fundamental incompleto), com média de 4,93 ($\pm 1,55$) anos de estudo, caracterizando elevada evasão escolar (Tabela 1).

TABELA 1 - Características demográficas e socioeconômicas da população estudada. Adolescentes autores de ato infracional assistidos pelo Centro de Socioeducação (CENSE), Ponta Grossa, 2011.

Variável	N	%
<i>Idade (n=107)</i>		
13 – 15	19	17,8
16 – 17	66	61,7
18 – 19	22	20,6
<i>Cor autoreferida (n=107)</i>		
Branca	33	30,8
Preta	4	3,7
Amarela	1	0,9
Parda	66	61,7
Indígena	3	2,8
<i>Aglomerarção domiciliar (n= 105)</i>		
Não (até dois moradores por dormitório)	63	60,0
Sim (mais de dois moradores por dormitório)	42	40,0
<i>Renda familiar (n=82)</i>		
Até R\$ 250,00	4	4,9
De R\$ 251,00 a R\$ 500,00	42	51,2
De R\$ 501,00 a R\$ 1.500,00	22	26,8
De R\$ 1.501,00 a R\$ 2.500,00	12	14,6
De R\$ 2.501,00 a R\$ 4.500,00	2	2,4
<i>Escolaridade da mãe (n=94)</i>		
Fundamental Incompleto	63	67,0
Fundamental completo	24	25,5
Médio completo	7	7,4
Superior completo	0	0,0
<i>Classe social - ABEP (n=93)</i>		
Classe E	3	3,2
Classe D	15	16,1
Classe C2	37	39,8
Classe C1	29	31,2
Classe B2	9	9,7
<i>Escolaridade do adolescente (n=107)</i>		
Fundamental incompleto	99	92,5
Fundamental completo	8	7,5

Fonte: Dados da pesquisa

5.2 CARACTERÍSTICAS COMPORTAMENTAIS E ESTILO DE VIDA

Fatores relacionados ao estilo de vida, como o hábito de realizar higiene bucal, o uso de medicação psicotrópica ou de drogas lícitas ou ilícitas, foram investigados nessa pesquisa. O hábito de realizar higiene bucal diária foi afirmado por 64,5% da amostra, sendo que 29,9% destes o fazem 3 ou mais vezes ao dia. Quanto ao uso de medicação, 14% dos adolescentes investigados relataram fazer uso de substâncias psicotrópicas por recomendação médica (Tabela 2).

Na tabela 2 também estão explícitas informações referentes à utilização de drogas, lícitas (tabaco e álcool) ou ilícitas antes do ingresso do adolescente no CENSE/PG. O uso sugestivo de abuso ou de dependência de tabaco foi encontrado em 59,9% dos adolescentes, enquanto 48,5% foram diagnosticados com uso sugestivo de abuso ou dependência de álcool. Foi observada elevada prevalência de uso sugestivo de abuso ou dependência de drogas ilícitas (71,0%), sendo as drogas com maiores prevalências de abuso ou dependência a maconha (68,2%) e o grupo de crack/cocaína (41,1%) – Gráfico 1.

TABELA 2 - Características comportamentais da população estudada. Adolescentes autores de ato infracional assistidos pelo CENSE, Ponta Grossa, 2011.

Variável	N	%
<i>Realiza higiene bucal diariamente (n=107)</i>		
Não	38	35,5
Sim	69	64,5
<i>Frequência de higiene bucal diária (n=107)</i>		
Menos de 1 vez ao dia	38	35,5
1 vez ao dia	10	9,3
2 vezes ao dia	27	25,2
3 ou mais vezes ao dia	32	29,9
<i>Uso de medicamentos psicotrópicos (n=107)</i>		
Não	92	86,0
Sim	15	14,0
<i>Histórico de uso de Tabaco (n=107)</i>		
Não uso	16	15,0
Uso ocasional	28	26,2
Abuso	42	39,3
Dependência	21	19,6
<i>Histórico de uso de Álcool (n=107)</i>		
Não uso	4	3,7
Uso ocasional	51	47,7
Abuso	39	36,4
Dependência	13	12,1
<i>Histórico de uso de Drogas Ilícitas (n=107)</i>		
Não uso/Uso ocasional	31	29,0
Abuso/ Dependência	76	71,0
<i>Histórico de uso de Maconha (n=107)</i>		
Não uso	15	14,0
Uso ocasional	19	17,8
Abuso	44	41,1
Dependência	29	27,1
<i>Histórico de uso de Cocaína / Crack (n=107)</i>		
Não uso	41	38,3
Uso ocasional	22	20,6
Abuso	30	28,0
Dependência	14	13,1

Fonte: Dados da pesquisa

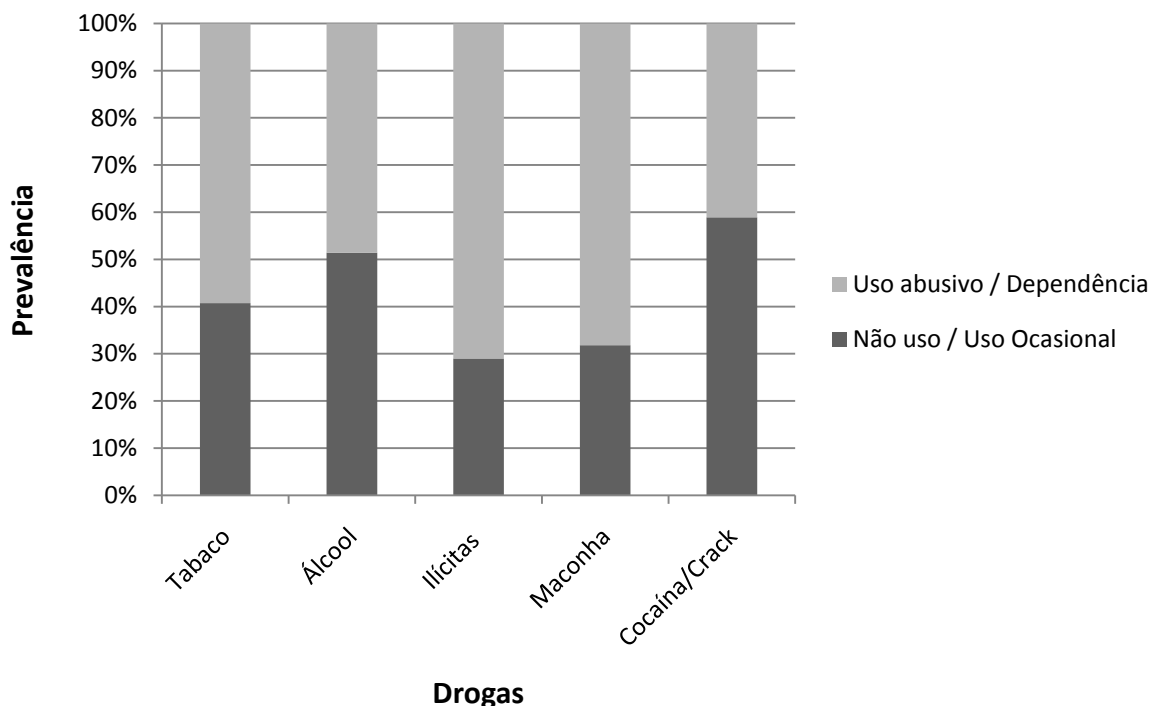


GRÁFICO 1 - Distribuição quanto ao uso de drogas lícitas e ilícitas antes da chegada ao CENSE. Adolescentes autores de ato infracional assistidos pelo CENSE, Ponta Grossa, 2011.

Fonte: Dados da pesquisa

5.3 FATORES RELACIONADOS AO ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL E À AUTOPERCEPÇÃO EM SAÚDE BUCAL

Na tabela 3 encontram-se as informações quanto à utilização de serviços odontológicos e à autopercepção da saúde bucal. Observa-se que a maioria dos adolescentes percebe necessitar de tratamento odontológico (89,7%) e 70,1% deles mostrou-se insatisfeito ou muito insatisfeito com a condição bucal. Os dados indicam elevada prevalência de dor auto referida nos últimos 6 meses (54,2%). Apesar disso, apenas 36,2% referiu haver consultado um cirurgião-dentista no ano anterior, enquanto que 46,6% consultaram há dois anos ou mais e 16,8% dos adolescentes avaliados relataram nunca ter ido ao cirurgião-dentista. Os principais motivos para a

procura por tratamento odontológico foram a extração, referida por 42,1% dos adolescentes, e dor, relatada por 26,2% deles.

TABELA 3 - Características referentes à autopercepção da saúde bucal e ao acesso ao tratamento odontológico da população estudada. Adolescentes autores de ato infracional assistidos pelo CENSE, Ponta Grossa, 2011.

Variável	N	%
<i>Necessidade de Tratamento (n=107)</i>		
Não	11	10,3
Sim	96	89,7
<i>Dor nos últimos 6 meses (n=107)</i>		
Não	49	45,8
Sim	58	54,2
<i>Satisfação com relação aos dentes/boca (n=107)</i>		
Muito satisfeito	1	0,9
Satisfeito	24	22,4
Nem satisfeito nem insatisfeito	6	5,6
Insatisfeito	68	63,6
Muito insatisfeito	7	6,5
Não sabe/Não respondeu	1	0,9
<i>Já foi ao cirurgião-dentista (n=107)</i>		
Não	18	16,8
Sim	89	83,2
<i>Há quanto tempo foi ao cirurgião-dentista (n=105)</i>		
Menos de 1 ano	38	36,2
Um a dois anos	20	19,0
Três anos ou mais	29	27,6
Nunca consultou	18	17,1
<i>Motivo da última consulta (n=107)</i>		
Revisão, prevenção ou <i>check-up</i>	11	10,3
Dor	28	26,2
Extração	45	42,1
Nunca foi	18	16,8
Não sabe/Não respondeu	5	4,7

Fonte: Dados da pesquisa

Os resultados relacionados ao impacto da condição bucal na qualidade de vida seguem descritos na Tabela 4. Para apenas 9,3% da população avaliada, a condição de saúde bucal não oferece qualquer impacto na qualidade de vida. A dimensão desconforto psicológico foi a que apresentou maior prevalência de indivíduos com algum impacto (75,5%). Em seguida, 67,2% da amostra apresentou algum impacto para a dimensão dor física. A incapacidade social e a deficiência, apesar de serem consideradas, em uma escala gradativa, as piores dimensões averiguadas, tiveram algum impacto para 31,7% e 24,3% da população, respectivamente.

TABELA 4 - Impacto da condição bucal na qualidade de vida segundo o índice OHIP. Adolescentes autores de ato infracional assistidos pelo CENSE, Ponta Grossa, 2011.

Dimensão OHIP	Questão	Nenhum impacto		Algum Impacto	
		n	%	n	%
Limitação funcional	Problemas para falar	98	91,6	9	8,4
	Sabor dos alimentos pior	87	81,3	20	18,7
Total limitação funcional		81	75,7	26	24,3
Dor física	Dor	49	45,8	58	54,2
	Incômodo ao comer	54	51,4	52	48,6
Total dor física		35	32,7	72	67,2
Desconforto psicológico	Preocupação	39	36,4	68	63,6
	Nervosismo/ estresse	62	57,9	45	42,0
Total desconforto psicológico		26	24,3	81	75,7
Incapacidade física	Alimentação prejudicada	78	72,9	29	27,1
	Interrompeu refeições	70	65,4	37	34,5
Total incapacidade física		59	55,1	48	44,9
Incapacidade psicológica	Dificuldade em relaxar	83	77,6	24	22,4
	Sentiu-se envergonhado	60	56,1	37	43,9
Total incapacidade psicológica		53	49,5	54	50,5
Incapacidade social	Irritação/ aborrecimento	83	77,6	24	22,4
	Dificuldade em realizar atividades diárias	92	86,0	15	14,0
Total incapacidade social		73	68,2	34	31,7
Deficiência	Sentiu que a vida ficou pior	86	80,4	21	19,6
	Incapacidade para atividades diárias	97	90,7	10	9,3
Total deficiência		81	75,7	26	24,3
Impacto - OHIP total		10	9,3	97	90,7

Fonte: Dados da pesquisa

5.4 CONDIÇÃO BUCAL

Dentre os sujeitos da pesquisa, 95,3% apresentou histórico de cárie (Tabela 5). A média do índice CPO-D registrada para esse estudo foi de 9,55 (Tabela 6). Quase 90% dos adolescentes apresentavam elementos cariados não tratados e

22,4% deles apresentaram elementos perdidos em decorrência da doença cárie. Apenas 43,9% dos adolescentes apresentaram ao menos um dente restaurado (Tabela 5). A média de elementos cariados, perdidos e restaurados encontrada foi de 7,43, 0,49 e 1,63 dentes, respectivamente. Os elementos restaurados somaram apenas 17% do índice CPO-D, enquanto que os cariados, 78% do mesmo índice (Tabela 6). No Gráfico 2 observa-se que a maior parte dos indivíduos apresentava entre 5 e 10 dentes com experiência de cárie.

A presença de doença periodontal em qualquer grau (sangramento, cálculo ou bolsa) foi verificada em 88,8% da amostra (Tabela 5). O sangramento gengival e cálculo foram as condições mais encontradas (71,0% e 60,7% dos indivíduos, respectivamente). Apenas 9,3% dos adolescentes apresentaram alguma bolsa periodontal, sendo que todas apresentaram profundidade de até 5mm (bolsa periodontal rasa) - Tabela 5.

Os traumatismos dentários foram encontrados em 32,7% dos adolescentes. Na tabela 5 observa-se que a maior prevalência obtida foi de fraturas em esmalte (21,5%), seguida de fratura envolvendo esmalte e dentina (10,3%). Traumatismos mas graves como fraturas com exposição pulpar ou ausência de algum elemento dentário foram pouco frequentes.

No que se refere à condição da mucosa bucal apresentada pelos adolescentes da amostra, 36,4% apresentou algum tipo de lesão fundamental, sendo a úlcera a lesão mais frequentemente encontrada (15%). As alterações de normalidade foram registradas em 68,2% da amostra sendo a pigmentação melânica, presente em 48,6%, e o leucoedema, presente em 36,4% da amostra, as mais frequentes (Tabela 5).

TABELA 5 - Prevalência de cárie dentária, doença periodontal, traumatismos dentários, lesões e alterações de normalidade. Adolescentes autores de ato infracional assistidos pelo CENSE, Ponta Grossa, 2011.

Prevalência	Presente		Ausente	
	n	%	n	%
Cárie dentária	102	95,3	5	4,7
Dentes cariados	96	89,7	11	10,3
Dentes perdidos por cárie	24	22,4	83	77,6
Dentes restaurados	47	43,9	60	56,1
Doença periodontal¹	95	88,8	12	11,2
Sangramento	76	71,0	31	29,0
Cálculo	65	60,7	42	39,3
Bolsa rasa	10	9,3	97	90,7
Traumatismos dentários	35	32,7	72	67,3
Fratura em esmalte	23	21,5	84	78,5
Fratura em esmalte e dentina	11	10,3	96	89,7
Fratura com exposição pulpar	4	3,7	103	96,3
Ausência por trauma	2	1,9	105	98,1
Lesões fundamentais em mucosa	39	36,4	68	63,6
Mácula	2	1,9	105	98,1
Nódulo	4	3,7	103	96,3
Pápula	15	14,0	92	86,0
Bolha	1	0,9	106	99,1
Erosão	4	3,7	103	96,3
Úlcera	16	15,0	91	85,0
Alteração de normalidade em mucosa	73	68,2	34	31,8
Pigmentação Melânica	52	48,6	55	51,4
Eritema Areato Migratório	3	2,8	104	97,2
Fosseta da Comissura Labial	4	3,7	103	96,3
Leucoedema	39	36,4	68	63,6
Língua Fissurada	7	6,5	100	93,5
<i>Torus</i> Palatino	2	1,9	105	98,1
<i>Torus</i> Mandibular	1	0,9	106	99,1

Fonte: Dados da pesquisa

¹ Média de sextantes afetados: 3,36 ($\pm 1,97$); ² Média de dentes com traumatismo: 0,46 ($\pm 0,77$)

TABELA 6 - Prevalência de cárie dentária: Índice CPO-D e distribuição percentual de cada componente índice. Adolescentes autores de ato infracional assistidos pelo CENSE, Ponta Grossa, 2011.

Índice	Média	dp	% índice CPO-D
Cariados (C)	7,43	4,80	78
Perdidos (P)	0,49	1,08	5
Restaurados (O)	1,63	2,72	17
CPO –D	9,55	5,17	100

Fonte: Dados da pesquisa

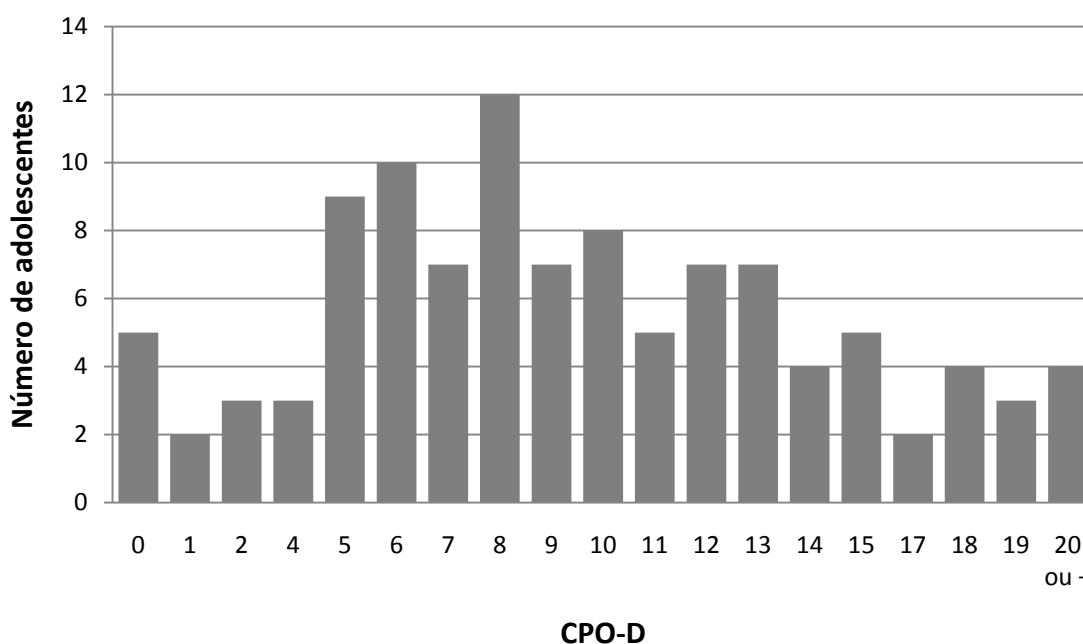


GRÁFICO 2 - Distribuição da população estudada segundo o índice CPO-D. Adolescentes autores de ato infracional assistidos pelo CENSE, Ponta Grossa, 2011.

Fonte: Dados da pesquisa

5.5 ASSOCIAÇÃO ENTRE CONDIÇÕES BUCAIS E AS VARIÁVEIS SELECIONADAS

5.5.1 Cárie dentária

Para o desfecho “Cárie Dentária”, várias associações se mostraram significativas. Entre as condições demográficas e socioeconômicas e o índice CPO-D (Tabela 7), observa-se que os adolescentes com menor escolaridade apresentaram um índice CPO-D duas vezes mais alto do que aqueles com mais anos de estudo. Na Tabela 7 verifica-se que a escolaridade, bem como a aglomeração domiciliar, apresentou associação estatisticamente significativa com o componente ‘dentes cariados’ (C), observando-se maior número médio de dentes cariados e não tratados entre os adolescentes com menor escolaridade e entre os que residiam em domicílios com mais aglomeração. Por sua vez, a renda familiar relacionou-se com o componente ‘dentes obturados’ (O): a média de dentes restaurados no grupo de maior renda foi 1,7 vezes maior do que no grupo de menor

renda (Tabela 7). A mesma associação foi observada para a classe social, com maior média de dentes restaurados no grupo de adolescentes da classe B2.

TABELA 7 - Análise bivariada entre o índice CPO-D e condições demográficas e socioeconômicas. Adolescentes autores de ato infracional assistidos pelo CENSE, Ponta Grossa, 2011.

	Variáveis	CPO-D		C		P		O	
		Média	p	Média	p	Média	p	Média	p
Demográficas	<i>Idade</i> ²		0,800		0,597		0,227		0,547
	13 a 15 anos	9,42		6,79		0,53		2,11	
	16 e 17 anos	9,26		7,68		0,42		1,14	
	18 e 19 anos	10,55		7,23		0,64		2,68	
	<i>Cor auto-referida</i> ¹		0,914		0,941		0,132		0,135
Socioeconômicas	Branco	9,88		7,52		0,79		1,94	
	Não branco	9,41		7,39		0,35		1,21	
	<i>Aglomerarção domiciliar</i> ¹		0,203		0,037		0,631		0,135
	Não	9,17		6,65		0,59		1,94	
	Sim	10,12		8,52		0,36		1,21	
	<i>Renda</i>		0,808		0,150		0,318		0,032
	Até R\$ 500,00	9,98		8,22		0,35		1,39	
	Mais de R\$ 500,00	9,53		6,39		0,72		2,42	
	<i>Classe social (ABEP)</i> ²		0,868		0,368		0,565		0,005
	D e E	10,11		8,89		0,17		1,06	
	C2	9,27		6,97		0,43		1,84	
	C1	9,21		7,48		0,79		0,93	
	B2	10,56		5,11		0,89		4,56	
	<i>Escolaridade</i> ¹		0,013		0,003		0,119		0,505
	Fund. incompleto	9,93		7,82		0,53		1,58	
	Fund. completo	4,88		2,62		0,00		2,25	

Fonte: Dados da pesquisa

¹ Teste Mann Whitney

² Teste Kruskal Wallis

Quanto à autopercepção da saúde bucal observa-se, na Tabela 8, que tanto o índice CPO-D quanto o componente 'dentes cariados' (C) associaram-se com a necessidade de tratamento referida pelo adolescente. O componente 'dentes perdidos' (P), por sua vez, esteve relacionado com a satisfação com a saúde bucal: a média de dentes perdidos entre os que disseram estar satisfeitos foi igual a 0,06, enquanto que entre os que demonstraram insatisfação ou indiferença, a média foi de 0,66 ($p=0,003$) – Tabela 8.

As associações entre cárie dentária e o impacto da saúde bucal na qualidade de vida, aferido pelo índice OHIP e suas dimensões, podem ser verificadas na Tabela 9. Entre os adolescentes que apresentaram maior número de dentes CPO, foram observados maiores níveis de impacto nas dimensões "Desconforto Psicológico" (preocupação e estresse) e "Incapacidade Psicológica" (dificuldade para relaxar e vergonha). A presença de dentes cariados e não tratados (componente C

do índice) associou-se positivamente com o OHIP total e com as dimensões “Desconforto Psicológico” (preocupação e estresse), “Incapacidade Física” (alimentação prejudicada e interrupção de refeições) e “Deficiência” (sentimento de que vida ficou pior e incapacidade para realizar atividades diárias). Os adolescentes que apresentavam dentes cariados e não tratados referiram maior impacto na qualidade de vida: a média do índice OHIP neste grupo foi de 13,11 enquanto que os que não possuíam necessidades restauradoras apresentaram média de 6,09 - Tabela 9.

A perda de elementos dentários também esteve relacionada a maiores níveis de impacto na qualidade de vida, tanto para o OHIP total quanto para as dimensões “Limitação Funcional”, “Dor Física”, “Desconforto Psicológico”, “Incapacidade Psicológica” e “Incapacidade Social” – Tabela 9.

TABELA 8 - Análise bivariada entre o índice CPO-D e características comportamentais. Adolescentes autores de ato infracional assistidos pelo CENSE, Ponta Grossa, 2011

	Variáveis	CPO-D		C		P		O	
		Média	p	Média	p	Média	p	Média	p
Auto-percepção da saúde bucal	<i>Necessidade de tratamento</i> ¹								
	Não	6,45	0,034	3,18	0,001	0,27	0,311	3,00	0,253
	Sim	9,91		7,92		0,51		1,47	
Comportamento/ Estilo de vida	<i>Satisf. c/saúde bucal</i> ¹								
	Sim	8,29	0,214	6,10	0,143	0,06	0,003	2,13	0,385
	Não/ indiferente	10,07		7,97		0,66		1,42	
	<i>Higiene bucal diária</i> ¹								
	Não	10,39	0,210	8,16	0,121	0,39	0,954	1,84	0,323
	Sim	9,09		7,03		0,54		1,51	
	<i>Medic. psicotrópicos</i> ¹								
	Não	9,18	0,068	7,22	0,278	0,47	0,145	1,49	0,158
	Sim	11,80		8,73		0,60		2,47	
	<i>Tabaco</i> ¹								
	Não/ uso esporádico	9,52	0,967	7,02	0,465	0,66	0,120	1,84	0,647
	Abuso/ dependência	9,57		7,71		0,37		1,48	
	<i>Álcool</i> ¹								
	Não/ uso esporádico	10,00	0,313	7,44	0,995	0,55	0,492	2,02	0,227
	Abuso/ dependência	9,08		7,42		0,42		1,21	
	<i>Maconha</i> ¹								
	Não/ uso esporádico	10,29	0,524	7,47	0,912	0,59	0,275	2,21	0,392
	Abuso/ dependência	9,21		7,41		0,44		1,36	
	<i>Cocaína/ crack</i> ¹								
	Não/ uso esporádico	9,52	0,866	7,11	0,367	0,48	0,914	1,92	0,796
	Abuso/ dependência	9,59		7,89		0,50		1,20	
	<i>Tempo de internação</i> ¹								
	Até 5 meses	9,08	0,508	7,39	0,991	0,39	0,222	1,29	0,181
	Mais de 5 meses	9,59		7,22		0,56		1,81	

Fonte: Dados da pesquisa

¹ Teste Mann Whitney

TABELA 9 - Análise bivariada entre o impacto da condição bucal na qualidade de vida (índice OHIP total e por dimensão) e o índice CPO-D. Adolescentes autores de ato infracional assistidos pelo CENSE, Ponta Grossa, 2011.

	OHIP Total		Limitação Funcional		Dor Física		Desconforto Psicológico		Incapacidade Física		Incapacidade Psicológica		Incapacidade Social		Deficiência	
	Média	p ¹	Média	p ¹	Média	p ¹	Média	p ¹	Média	p ¹	Média	p ¹	Média	p ¹	Média	p ¹
<i>CPO-D ≥9*</i>		0,064		0,412		0,967		0,048		0,540		0,004		0,387		0,234
Não	10,66		0,66		2,90		2,41		1,47		1,45		1,00		0,78	
Sim	14,45		1,04		2,94		3,31		1,78		3,00		1,22		1,10	
<i>Cariados (C)</i>		0,038		0,170		0,797		0,016		0,022		0,085		0,344		0,051
Não	6,09		0,18		2,73		1,18		0,36		0,91		0,73		0,00	
Sim	13,11		0,91		2,94		3,01		1,75		2,30		1,15		1,03	
<i>Perdidos (P)</i>		0,014		0,026		0,042		0,022		0,404		<0,001		0,008		0,317
Não	10,58		0,64		2,60		2,49		1,46		1,65		0,88		0,82	
Sim	18,67		1,50		4,00		3,96		2,13		3,92		1,88		1,29	
<i>Restaurados (O)</i>		0,833		0,908		0,959		0,789		0,473		0,604		0,822		0,168
Não	12,47		0,80		2,98		2,77		1,70		1,98		1,13		1,10	
Sim	12,30		0,87		2,83		2,89		1,49		2,38		1,06		0,70	

Fonte: Dados da pesquisa

* Ponto de corte segundo a média na população estudada; ¹ Teste Mann Whitney

5.5.2 Doença Periodontal

Algumas associações significativas foram encontradas entre doença periodontal e as condições socioeconômicas e demográficas. Os resultados encontrados apontaram associação significativa entre a aglomeração domiciliar e a presença de doença periodontal, a qual foi mais prevalente entre os indivíduos que vivem em menor aglomeração domiciliar (Tabela 10). Nesse grupo, 93,7% dos indivíduos apresentaram alguma alteração periodontal; daqueles com maior aglomeração domiciliar, 81,0% apresentou anormalidade. Dentre as alterações periodontais, o sangramento gengival se associou significativamente com a escolaridade do adolescente, e foi menos prevalente entre aqueles que possuíam grau de instrução maior.

Na análise bivariada entre as condições periodontais e a autopercepção da saúde bucal, outras associações também se fizeram evidentes. Tanto a presença de doença periodontal no geral quanto a de sangramento gengival estiveram associados significativamente à satisfação com a saúde bucal referida pelo adolescente. Entre os adolescentes que relataram estar satisfeitos com a própria saúde bucal, 54,8% apresentou sangramento à sondagem e 77,4% apresentou alguma alteração periodontal. Já entre os que se mostraram indiferentes ou insatisfeitos com a condição bucal, 77,6% apresentou sangramento e 93,4% apresentou alguma alteração periodontal (Tabela 11).

Ainda na tabela 11, observa-se que presença de cálculo apresentou associação significativa com o hábito de realizar higiene bucal diariamente, sendo mais prevalente entre os adolescentes que não referiram o hábito de higienizar seus dentes diariamente.

O tempo de internação e o uso de medicação psicotrópica associaram-se significativamente com a presença de doença periodontal (sangramento, cálculo ou bolsa periodontal), mais prevalente entre os adolescentes internos há menos tempo e entre os que não referiram utilização de medicação – Tabela 11. O sangramento gengival esteve relacionado com o tempo de internação (maior entre os meninos internos há menos tempo) e ao uso abusivo ou dependência de maconha (maior

entre os que não referiram ou que utilizam a droga ocasionalmente). Nenhuma variável apresentou associação significativa com a presença de bolsa periodontal.

A relação entre doença periodontal e o impacto da condição bucal na qualidade de vida é apresentada na tabela 12. Algumas dimensões do índice OHIP também apresentaram associação significativa com as condições periodontais encontradas. A presença de cálculo associou-se à dimensão “Deficiência” (sentimento de que a vida ficou pior e incapacidade para realizar atividades diárias): os adolescentes portadores de cálculo apresentaram maiores níveis de impacto nesta dimensão do que os não portadores. A presença de bolsa periodontal relacionou-se a maior impacto nas dimensões “Desconforto Psicológico” (preocupação e estresse), “Incapacidade Psicológica” (dificuldade para relaxar e vergonha) e “Deficiência”. A presença de doença periodontal de qualquer tipo associou-se com a dimensão “Limitação Funcional” do OHIP (problemas para falar e sentir piora no gosto dos alimentos), com maior impacto entre os que apresentaram algum sextante afetado por doença periodontal.

TABELA 10 - Análise bivariada entre presença de doença periodontal e condições demográficas e socioeconômicas. Adolescentes autores de ato infracional assistidos pelo CENSE, Ponta Grossa, 2011.

	Variáveis	N total	Sangramento			Cálculo			Bolsa periodontal			Doença periodontal		
			n	%	p	n	%	p	n	%	p	n	%	p
Demográficas	<i>Idade</i>				0,647			0,253			0,130			0,661
	13 a 15 anos	19	15	78,9		9	47,4		1	5,3		16	84,2	
	16 e 17 anos	66	45	68,2		44	66,7		9	13,6		60	90,9	
	18 e 19 anos	22	16	72,7		12	54,5		0	0,0		19	86,4	
	<i>Cor autoreferida</i>				0,507			0,654			0,510			0,389
Socioeconômicas	Branco	33	22	66,7		19	57,6		4	12,1		28	84,8	
	Não branco	74	54	73,0		46	62,2		6	8,1		67	90,5	
	<i>Aglomerarção domiciliar</i>				0,186			0,568			0,497			0,045
	Não	63	48	76,2		37	58,7		7	11,1		59	93,7	
	Sim	42	27	64,3		27	64,3		3	7,1		34	81,0	
	<i>Renda familiar</i>				0,864			0,462			0,856			0,911
	Até R\$ 500,00	36	34	73,9		28	60,9		3	6,5		40	87,0	
	Mais de R\$ 500,00	46	26	72,2		19	52,8		2	5,6		31	86,1	
	<i>Classe social (ABEP)</i>				0,687			0,772			0,385			0,550
	D e E	18	14	77,8		13	72,2		1	5,6		17	94,4	
	C2	37	26	70,3		22	59,5		2	5,4		31	83,8	
	C1	29	21	72,4		17	58,6		5	17,2		27	93,1	
	B2	9	5	55,6		6	66,7		1	11,1		8	88,9	
	<i>Escolaridade</i>				0,003			0,916			0,750			0,199
	Fund. incompleto	99	74	74,7		60	60,6		9	9,1		89	89,9	
	Fund. completo	8	2	25,0		5	62,5		1	12,5		6	75,0	

Fonte: Dados da pesquisa

*Teste Qui-quadrado; ** Teste Exato de Fisher

TABELA 11 - Análise bivariada entre presença de doença periodontal e características comportamentais. Adolescentes autores de ato infracional assistidos pelo CENSE, Ponta Grossa, 2011.

	Variáveis	N total	Sangramento			Cálculo			Bolsa periodontal			Doença periodontal		
			n	%	p	n	%	p	n	%	p	n	%	p
Auto percepção da saúde bucal	<i>Necessidade de tratamento</i>				0,568			0,836			0,261			0,814
	Sim	96	69	71,9		58	60,4		10	10,4		85	90,9	
	Não	11	7	63,6		7	63,6		0	0,0		10	88,5	
	<i>Satisf. c/ saúde bucal</i>				0,018			0,217			0,940			0,017
Comportamento/ Estilo de vida	Sim	31	17	54,8		16	51,6		3	9,7		24	77,4	
	Não/ indiferente	76	59	77,6		49	64,5		7	9,2		71	93,4	
	<i>Higiene bucal diária</i>				0,183			0,042			0,702			0,080
	Não	38	24	63,2		28	73,7		3	7,9		31	81,6	
	Sim	69	52	75,4		37	56,3		7	10,1		64	92,8	
	<i>Medic. psicotrópicos</i>				0,310			0,228			0,701			0,041
	Não	92	67	72,8		58	63,0		9	9,8		84	91,3	
	Sim	15	10	60,0		7	46,7		1	6,7		11	73,3	
	<i>Tabaco</i>				0,746			0,272			0,154			0,507
	Não usa/ uso esporádico	44	32	72,7		24	54,5		2	4,5		38	86,4	
	Abuso/ dependência	63	44	69,8		41	65,1		8	12,7		57	90,5	
	<i>Álcool</i>				0,650			0,529			0,568			0,918
	Não usa/ uso esporádico	55	38	69,1		35	63,6		6	10,9		49	89,1	
	Abuso/ dependência	52	38	73,1		30	57,7		4	7,7		46	88,5	
	<i>Maconha</i>				0,026			0,259			0,899			0,064
	Não usa/ uso esporádico	34	29	85,3		18	52,9		3	8,8		33	97,1	
	Abuso/ dependência	73	47	64,4		47	64,4		7	9,6		62	84,9	
	<i>Cocaína/ crack</i>				0,588			0,769			0,940			0,056
	Não usa/ uso esporádico	63	46	73,0		39	61,9		6	9,5		59	93,7	
	Abuso/ dependência	44	30	68,2		26	59,1		4	9,1		36	81,8	
	<i>Tempo de internação</i>				0,007			0,529			0,721			0,031
	Até 5 meses	72	57	79,2		45	62,5		7	9,7		67	93,1	
	Mais de 5 meses	27	14	51,9		15	55,6		2	7,4		21	77,8	

Fonte: Dados da pesquisa

*Teste Qui-quadrado

TABELA 12 - Análise bivariada entre o impacto da condição bucal na qualidade de vida (índice OHIP total e por dimensão) e doença periodontal. Adolescentes autores de ato infracional assistidos pelo CENSE, Ponta Grossa, 2011.

	OHIP Total		Limitação Funcional		Dor Física		Desconforto Psicológico		Incapacidade Física		Incapacidade Psicológica		Incapacidade Social		Deficiência	
	Média	p ¹	Média	p ¹	Média	p ¹	Média	p ¹	Média	p ¹	Média	p ¹	Média	p ¹	Média	p ¹
<i>Sangramento</i>		0,594		0,137		0,187		0,573		0,907		0,737		0,317		0,805
Não	12,41		0,17		1,59		1,41		0,79		0,90		0,34		0,41	
Sim	12,38		0,46		1,24		1,19		0,74		1,05		0,59		0,44	
<i>Cálculo</i>		0,515		0,331		0,662		0,603		0,060		0,508		0,179		0,050
Não	10,24		0,22		1,15		1,15		0,58		0,98		0,34		0,22	
Sim	13,73		0,48		1,45		1,32		0,86		1,03		6,34		0,56	
<i>Bolsa periodontal</i>		0,073		0,319		0,251		0,020		0,337		0,018		0,520		0,047
Não	11,75		0,36		1,30		1,15		0,77		0,91		0,50		0,38	
Sim	18,60		0,60		1,70		2,20		0,60		2,00		0,70		0,90	
<i>Doença periodontal</i>		0,508		0,036		0,880		0,693		0,460		0,171		0,219		0,507
Não	9,00		0,00		1,27		1,18		0,73		0,36		0,36		0,27	
Sim	12,78		0,43		1,34		1,26		0,76		1,08		0,54		0,45	

Fonte: Dados da pesquisa

¹ Teste Mann Whitney

5.5.3 Lesão Fundamental, Alteração de Normalidade e Traumatismo Dentário

Na tabela 13 observam-se os fatores relacionados às alterações de mucosa bucal. Com relação à presença de lesões fundamentais, não foram observadas associações com as variáveis demográficas (idade e cor autorreferida). Dentre as variáveis socioeconômicas, verifica-se associação significativa entre a presença de lesões fundamentais e a renda familiar, as quais foram mais prevalentes entre os adolescentes com maior renda familiar (47,2%) do que entre os de menor renda (26,1%).

Para os dados referentes às alterações de normalidade presentes na mucosa bucal dos adolescentes avaliados, foi encontrada associação significativa entre a presença de alteração e a cor autorreferida pelo sujeito. Dos adolescentes não brancos, 78,4% apresentou algum tipo de alteração de normalidade, enquanto que entre os que se declararam brancos, 45,5% apresentou alteração (Tabela 13). Dentre as variáveis socioeconômicas observou-se relação entre alteração de normalidade e aglomeração domiciliar, com maior prevalência entre aqueles que residem em domicílios sem aglomeração (81,0%).

Considerando-se as variáveis comportamentais e de estilo de vida, verificou-se associação entre a presença lesão fundamental e o uso abusivo ou dependente de álcool e maconha. Dos que não utilizavam ou faziam uso esporádico de álcool, 25,5% apresentou algum tipo de lesão de mucosa, e dos que realizavam uso sugestivo de abuso ou de dependência para essa substância, 48,1% apresentou alteração. Para a maconha, entre os adolescentes que não faziam uso ou que a utilizavam de maneira ocasional, 26,5% apresentou algum tipo de lesão fundamental, enquanto que entre os que faziam uso sugestivo de abuso ou de dependência, 41,1% apresentou tal alteração (Tabela 14).

A presença de alteração de normalidade esteve associada significativamente ao uso de tabaco (Tabela 14). Entre aqueles que não faziam uso dessa substância ou o faziam de maneira ocasional, 54,4% apresentou algum tipo de alteração de normalidade, enquanto entre os que faziam uso sugestivo de abuso ou de dependência, 66,7% apresentou tal característica.

Com relação aos dados referentes aos traumatismos dentários encontrados, nenhuma associação se mostrou estatisticamente significativa. Observou-se maior prevalência de traumatismos entre os adolescentes com menor renda familiar, porém com associação no limite da significância estatística de 10% (Tabela 15). Também não foram observadas associações significativas entre a presença de traumatismos e fatores comportamentais ou de autopercepção (tabela 16).

Ainda quanto à autopercepção da saúde bucal, na Tabela 17 verifica-se que não houve associação entre o impacto da condição bucal na qualidade de vida e a presença de lesões fundamentais em mucosa, alterações de normalidade e traumatismos dentários.

TABELA 1 - Análise bivariada entre a presença de lesão fundamental ou alterações de normalidade em mucosa bucal e condições demográficas e socioeconômicas. Adolescentes autores de ato infracional assistidos pelo CENSE, Ponta Grossa, 2011.

	Variáveis	N total	Lesão fundamental			Alteração de normalidade		
			n	%	p	n	%	p
Demográficas	<i>Idade</i>				0,104			0,572
	13 a 15 anos	19	3	15,8		13	68,4	
	16 e 17 anos	66	28	42,4		47	71,2	
	18 e 19 anos	22	8	36,4		13	59,1	
	<i>Cor autodeclarada</i>				0,391			0,001
Socioeconômicas	Branco	33	14	42,4		15	45,5	
	Não branco	74	25	33,8		58	78,4	
	<i>Aglomerado domiciliar</i>				0,284			0,026
	Não	63	26	41,3		34	81,0	
	Sim	42	13	31,0		38	60,3	
	<i>Renda familiar</i>				0,047			0,177
	Até R\$ 500,00	36	12	26,1		28	60,9	
	Mais de R\$ 500,00	46	17	47,2		27	75,0	
	<i>Classe social (ABEP)</i>				0,194			0,230
	D e E	18	5	27,8		16	88,9	
	C2	37	12	32,4		23	62,2	
	C1	29	9	31,0		21	72,4	
	B2	9	6	66,7		6	66,7	
	<i>Escolaridade</i>				0,459*			0,431**
	Fund. incompleto	99	35	35,4	*	66	66,7	
	Fund. completo	8	4	50,0		7	87,5	

Fonte: Dados da pesquisa.

*Teste Qui-quadrado; ** Teste Exato de Fisher

TABELA 2 - Análise bivariada entre a presença de lesão fundamental ou alteração de normalidade em mucosa bucal e características comportamentais. Adolescentes autores de ato infracional assistidos pelo CENSE, Ponta Grossa, 2011.

	Variáveis	N total	Lesão fundamental			Alteração de normalidade		
			n	%	p	n	%	p
Auto-percepção da saúde bucal	<i>Necessidade de tratamento</i>				0,743**			0,583
	Sim	96	36	37,5		44	45,8	
	Não	11	3	27,3		6	54,5	
	<i>Satisf. c/ saúde bucal</i>				0,232			0,288
Comportamento/ Estilo de vida	Sim	31	14	45,2		12	38,7	
	Não/ indiferente	76	25	32,9		38	50,0	
	<i>Higiene bucal diária</i>				0,721			0,477
	Sim	38	26	37,7				
	Não	69	13	34,2		34	49,3	
						16	42,1	
	<i>Medicamentos psicotrópicos</i>				0,787			0,267
	Não	92	5	33,3		9	60,0	
	Sim	15	34	37,0		41	44,6	
	<i>Tabaco</i>				0,406			0,011
	Não usa/ uso esporádico	44	14	31,8		24	54,5	
	Abuso/ dependência	63	25	39,7		49	77,8	
	<i>Álcool</i>				0,015			0,828
	Não usa/ uso esporádico	55	14	25,5		37	67,3	
	Abuso/ dependência	52	25	48,1		36	69,2	
	<i>Maconha</i>				0,143			0,594
	Não usa/ uso esporádico	34	9	26,5		22	64,7	
	Abuso/ dependência	73	30	41,1		51	69,9	
	<i>Cocaína/ crack</i>				0,988			0,403
	Não usa/ uso esporádico	63	23	36,5		41	65,1	
	Abuso/ dependência	44	16	36,4		32	72,7	
	<i>Tempo de internação</i>				0,797			0,256
	Até 5 meses	72	26	36,1		50	69,4	
	Mais de 5 meses	27	9	33,3		18	66,7	

Fonte: Dados da pesquisa.

*Teste Qui-quadrado; ** Teste Exato de Fisher

TABELA 3 - Análise bivariada entre a presença de traumatismos dentários e condições demográficas e socioeconômicas. Adolescentes autores de ato infracional assistidos pelo CENSE, Ponta Grossa, 2011.

	Variáveis	N total	Traumatismo dentário		
			n	%	p*
Demográficas	<i>Idade</i>				0,313
	13 a 15 anos	19	9	47,4	
	16 e 17 anos	66	20	30,3	
	18 e 19 anos	22	6	27,3	
	<i>Cor autoreferida</i>				0,723
Socioeconômicas	Branco	33	10	30,3	
	Não branco	74	25	33,8	
	<i>Aglomerarção domiciliar</i>				0,551
	Não	63	19	30,2	
	Sim	42	15	35,7	
	<i>Renda familiar</i>				0,102
	Até R\$ 500,00	46	18	39,1	
	Mais de R\$ 500,00	36	8	22,2	
	<i>Classe social (ABEP)</i>				0,180
	D e E	18	6	33,3	
	C2	37	14	37,8	
	C1	29	10	34,5	
	B2	9	0	0,0	
	<i>Escolaridade</i>				0,629
	Fund. incompleto	99	33	33,3	
	Fund. completo	8	2	25,0	

Fonte: Dados da pesquisa.

*Teste Qui-quadrado.

TABELA 4 - Análise bivariada entre a presença de traumatismos dentários e características comportamentais. Adolescentes autores de ato infracional assistidos pelo CENSE, Ponta Grossa, 2011.

	Variáveis	N total	Traumatismo		
			n	%	p*
Autopercepção da saúde bucal	<i>Necessidade de tratamento</i>				0,685
	Sim	96	32	33,3	
	Não	11	3	27,3	
	<i>Satisf. c/ saúde bucal</i>				0,696
Comportamento/ Estilo de vida	Sim	31	11	35,5	
	Não/ indiferente	76	24	31,6	
	<i>Higiene bucal diária</i>				0,124
	Não	38	16	42,1	
	Sim	69	19	27,5	
	<i>Medicamentos psicotrópicos</i>				0,516
	Não	92	29	31,5	
	Sim	15	6	40,0	
	<i>Tabaco</i>				0,155
	Não usa/ uso esporádico	44	11	25,0	
	Abuso/ dependência	63	24	38,1	
	<i>Álcool</i>				0,683
	Não usa/ uso esporádico	55	17	30,9	
	Abuso/ dependência	52	18	34,6	
	<i>Maconha</i>				0,697
	Não usa/ uso esporádico	34	12	35,3	
	Abuso/ dependência	73	23	31,5	
	<i>Cocaína/ crack</i>				0,869
	Não usa/ uso esporádico	63	21	33,3	
	Abuso/ dependência	30	14	31,8	
	<i>Tempo de internação</i>				0,547
	Até 5 meses	72	5	6,9	
	Mais de 5 meses	27	1	3,7	

Fonte: dados da pesquisa.

*Teste Qui-quadrado.

TABELA 5 - Análise bivariada entre o impacto da condição bucal na qualidade de vida (índice OHIP total e por dimensão), lesões fundamentais, alterações de normalidade em mucosa bucal e traumatismos dentários. Adolescentes autores de ato infracional assistidos pelo CENSE, Ponta Grossa, 2011.

	OHIP Total		Limitação Funcional		Dor Física		Desconforto Psicológico		Incapacidade Física		Incapacidade Psicológica		Incapacidade Social		Deficiência	
	Média	p ¹	Média	p ¹	Média	p ¹	Média	p ¹	Média	p ¹	Média	p ¹	Média	p ¹	Média	p ¹
<i>Lesão fundamental</i>		0,920		0,718		0,390		0,746		0,512		0,969		0,253		0,846
Não	12,37		0,66		2,90		2,41		1,47		1,45		1,00		0,78	
Sim	12,44		1,04		2,94		3,31		1,78		3,00		1,22		1,10	
<i>Alteração de normalidade</i>		0,376		0,762		0,358		0,965		0,664		0,062		0,997		0,689
Não	13,62		0,71		3,26		2,85		2,00		2,68		1,12		0,91	
Sim	11,82		0,89		2,75		2,81		1,42		1,92		1,10		0,93	
<i>Traumatismo dentário</i>		0,637		0,211		0,881		0,305		0,452		0,762		0,796		0,685
Não	12,89		0,96		2,89		2,96		1,81		2,08		1,17		1,03	
Sim	11,37		0,57		2,97		2,54		1,20		2,31		0,97		0,71	

Fonte: Dados da pesquisa

¹ Teste Mann Whitney

6 DISCUSSÃO

O Centro de Socioeducação de Ponta Grossa é uma instituição que apresenta proposta pedagógica e socioeducativa fundamentada na visão integral do indivíduo. Além disso, possui estrutura física adequada para que os objetivos socioeducativos sejam alcançados, com alojamentos individuais, quadra esportiva, acesso a escolarização e a serviços de saúde, dentre outras características. Mesmo apresentando essa visão e estrutura, certamente o CENSE/PG, bem como as demais instituições responsáveis pela execução de medidas socioeducativas, deveria ser o último lugar em que um adolescente deveria estar. Porém, infelizmente, é quando o menino está privado de sua liberdade que o acesso a seus direitos lhes parece mais palpável, e mesmo assim, em partes. Pela ausência de políticas públicas voltadas a esses jovens, muitos deles acabam se envolvendo em atividades ilícitas, sendo encaminhados a esses centros “ressocializadores”.

Corroborando com essas afirmações, Feijó e Assis⁵³ (2004) relacionam o problema da delinquência juvenil com a exclusão social e as vulnerabilidades da família, afirmando que a exclusão pode acontecer sob várias formas, sendo que uma delas e, talvez a mais grave, pois pode gerar outros tipos de exclusão, é a econômica. Outras formas de exclusão abordadas pelas autoras são a cultural, a territorial e a étnica. Elas definem a segregação cultural como aquela que priva o indivíduo de ter acesso a uma escolaridade que é o instrumento para maiores chances de um emprego com melhor remuneração, assim como, de ter acesso a informações que possibilitem o sujeito a exercer sua cidadania de forma plena. A exclusão territorial é definida por elas como a que afasta o cidadão do convívio com o restante da sociedade, do emprego, da escola e, até, da terra produtiva. Por fim, a segregação étnica é definida por Feijó e Assis⁵³ (2004) como aquela que provoca comportamento de revolta entre os indivíduos, classificando-os como seres inferiores e diferentes, impedindo que usufruam plenamente dos bens de consumo, da escola, de serviços de saúde, excluindo-os do convívio sadio e produtivo na comunidade. Segundo as autoras, todas estas formas de exclusão levam a um conjunto de vulnerabilidades que operam como obstáculos difíceis de superar.

Sobre essa abordagem, Telles et al.³ (2011) refletem sobre o desmoronamento dos princípios de proteção social, previstos pela Constituição

Federal de 1988, assistidos em nossa sociedade moderna. Os autores relatam que essas alterações nas formas de conceber os direitos constitucionalmente garantidos estão relacionadas às mudanças nas relações entre o Estado, a sociedade e o mercado. Conforme Anderson⁵⁴ (2008), o neoliberalismo é uma ideologia teórica e política que objetiva combater o Estado intervencionista e de bem-estar, com medidas estruturais e econômicas, de forma a garantir a abertura total dos mercados, tendo por consequência a “desresponsabilização” estatal com as políticas sociais públicas. Os dados demográficos e socioeconômicos da presente pesquisa, bem como as condições de saúde bucal encontrada entre os adolescentes, nos remetem a algumas reflexões sobre essa desresponsabilização estatal.

De acordo com o que apontou a presente pesquisa, a maioria dos adolescentes privados de liberdade que cumprem medida socioeducativa no CENSE/PG – cerca de 65% da amostra – se declarou de cor preta ou parda. Talvez esse dado represente um reflexo escravocrata ainda presente em nossa sociedade, no qual brancos representam a burguesia intocável, e pretos os delinquentes transgressores da ordem imposta por um sistema de mercado.

Para Sen⁵⁵ (2000) a pobreza nada mais é que a privação das capacidades elementares de um indivíduo. Para ele, a capacidade seria um tipo de liberdade que o indivíduo teria se estivesse adequadamente nutrido, livre de doenças evitáveis e possuísse respeito próprio para participar da vida em comunidade. Para definir a pobreza, no caso brasileiro, mede-se o bem-estar por meio da renda. Essa escolha é justificada pelo fato de que, em uma sociedade de consumo moderna e urbana, é por meio da renda que são obtidos os bens e serviços cujo consumo proporciona bem-estar. Além disso, existem evidências de que a renda está fortemente correlacionada com praticamente tudo o que pode ser considerado fonte de bem-estar em outras dimensões – como o acesso ao saneamento, à saúde, e à educação (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)⁵⁶ 2011).

A renda familiar declarada para a presente pesquisa revela que a maioria das famílias às quais pertencem os adolescentes da pesquisa sobrevive com uma renda de até R\$ 500,00: com uma média de 5,04 habitantes por residência, 51,2% dos adolescentes relataram renda familiar de R\$ 251,00 a R\$ 500,00. Isso significa dizer que uma família inteira sobrevive com menos de um salário mínimo (R\$ 545,00 em

2011 e R\$ 622,00 em 2012), atentando-se ainda ao fato de que em muitas situações, como observado no decorrer da coleta de dados, essa renda provém de fontes ilícitas. Além disso, destaca-se que o provedor da família, em não raros casos, é o próprio adolescente.

Seguindo esse mesmo raciocínio, o Critério de Classificação Econômica da ABEP considera, além do nível de instrução do chefe da família, a quantidade de alguns itens para alocar o indivíduo em classes sociais, sendo eles: televisão em cores, rádio, banheiro, automóvel, empregada mensalista, máquina de lavar, vídeo cassete/DVD, geladeira e freezer. Não se pode descartar a possibilidade de que muitos desses itens sejam adquiridos por meio de atividades ilegais, como furtos, roubos, tráfico de drogas, dentre outras. Talvez por esse fato, 80,7% dos adolescentes foram enquadrados como pertencentes às classes C2, C1 e B2 enquanto apenas 19,3% faziam parte das classes E e D. Por outro lado, também não pode ser descartada a possibilidade de viés de resposta, uma vez que os adolescentes podem ter informado erroneamente, tanto a renda familiar quanto o número de bens, ou a escolaridade do chefe do domicílio.

O nível de instrução dos adolescentes avaliados é um dado que nos remete a uma realidade chocante, uma vez que 92,5% dos meninos relatou apresentar apenas o ensino fundamental incompleto. Ora, se a idade média encontrada na pesquisa foi de 16,53 anos, era de se esperar que esses adolescentes já estivessem cursando o ensino médio, ou no mínimo tivessem concluído o ensino fundamental. No levantamento epidemiológico SB Brasil 2010, a média de anos de estudos encontrada para a faixa etária dos 15 aos 19 anos foi de 9,2 anos (ensino médio incompleto); na região Sul essa média ainda sofre um pequeno acréscimo, apresentando 9,3 anos de aproveitamento escolar (Brasil¹⁹ 2011). Costa et al.³⁹ (2011), ao avaliarem as necessidades em saúde bucal de pacientes dependentes de drogas, encontraram dados que referiram que a população estudada, assim como a deste estudo, também apresentou nível de escolaridade baixo.

Nesse sentido, o relatório da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO)⁵⁷ (2008) revelou que, nos países em desenvolvimento, até mesmo as escolas bem equipadas materialmente e profissionalmente são incapazes de evitar a evasão escolar se o aluno estiver

submetido a uma situação de pobreza ou miséria. Foi ressaltado que diante dos problemas enfrentados pelo aluno (pessoais, familiares, financeiros, de trabalho) as escolas podem evitar sua saída do sistema ao dar-lhe o apoio necessário para lidar com as dificuldades externas à sala de aula, mas essa não é uma realidade vivenciada por adolescentes autores de ato infracional que, via de regra, não encontram apoio na instituição escolar por serem estigmatizados como “garotos problemas”. Apesar de não ter sido foco da pesquisa em questão, durante a coleta de dados foi possível observar que são muitos os adolescentes que relatam a evasão escolar em decorrência do uso de drogas.

O histórico de utilização de drogas lícitas e ilícitas, por sua vez, é uma realidade da população estudada. Dos adolescentes avaliados, 71% faziam uso sugestivo de abuso ou de dependência de drogas ilícitas antes de adentrarem ao CENSE/PG. Seja pela necessidade de ausentar-se da realidade ao menos no período de efeito da droga; seja pela dependência do organismo, ou pelo simples prazer oferecido pela substância, o fato é que adolescentes autores de ato infracional fazem uso sugestivo de abuso ou de dependência para vários tipos de drogas, sendo que as mais citadas são: tabaco, álcool, maconha e cocaína/*crack*.

De acordo com os dados obtidos por meio dessa pesquisa, 58,9% dos adolescentes avaliados fazem uso de tabaco; 48,6% de álcool; 68,2% de maconha e 41,1% de cocaína. Priulli e Moraes³⁰ (2007) apresentaram resultados diferentes para a população estudada por eles, focada em adolescentes autores e vítimas de violência de São José do Rio Preto – SP. Em seu estudo, estes autores encontraram que 85,4% dos adolescentes faziam uso de tabaco, 83,3% de maconha e 66,6% de *crack* e álcool. Porém a metodologia de coleta dos dados em ambos os estudos foi distinta: enquanto no presente estudo foi utilizado o instrumento ASSIST, os autores mencionados apenas observaram se haviam registros do uso de drogas nos prontuários dos adolescentes.

Segundo Dualibe et al.⁵⁸ (2007) o primeiro episódio de consumo de *crack*, por exemplo, acontece na adolescência e parece ser mais provável dentro de contextos marcados pela defasagem escolar; falta às aulas; baixo nível socioeconômico; relacionamento ruim com os pais ou ausência desses e/ou pais permissivos ao uso; presença de maus tratos na infância e juventude; pais separados; e ausência de

prática religiosa. Os adolescentes autores de ato infracional que participaram do presente estudo apresentam várias dessas características, como pode ser verificado na Tabela 1.

Nos últimos tempos, o Brasil tem avançado e vem despertando para a inclusão de estratégias de prevenção, tratamento e reinserção social dos dependentes de drogas. De acordo com Mendonça⁵⁹ (2010), essas atividades devem ser direcionadas à redução dos fatores de vulnerabilidade e risco, e à promoção e fortalecimento dos fatores de proteção à sociedade. Porém o autor é enfático ao relatar que, no Brasil, até mesmo os diagnósticos a respeito do tema drogadição ainda são insuficientes.

Além de serem vulneráveis ao uso de drogas e estarem defasados em sua formação escolar, as condições bucais apresentadas pelos adolescentes assistidos pelo CENSE apenas refletem toda essa situação de exclusão e precariedade social. Desde o acesso aos serviços, até o impacto que essas condições exercem na qualidade de vida dos meninos do CENSE/PG, pode-se observar o quão fora dos padrões encontrados na literatura estão esses jovens.

Para os dados sobre o uso de serviços odontológicos, 53,9% dos jovens brasileiros relataram ao SB Brasil 2010 que foram ao cirurgião-dentista no último ano, enquanto entre os meninos do CENSE, essa porcentagem foi de 36,2%. O motivo da última consulta referido por 42,1% dos adolescentes privados de liberdade foi a extração, seguida pela dor, com 26,2%. No caso do levantamento nacional, as porcentagens para a procura por atendimento para extração e dor foram de 8,5% e 14,5%, respectivamente (Brasil¹⁹ 2011). Além disso, dos 107 adolescentes avaliados no CENSE, 89,7% disseram apresentar necessidade de tratamento odontológico, enquanto 65,1% dos jovens avaliados pelo SB Brasil 2010 apresentaram essa demanda.

A dor nos últimos seis meses foi referida por 54,2% dos jovens internados, já para os dados nacionais, essa porcentagem foi de 24,7% (Brasil¹⁹ 2011). Com relação à dor, apesar de não ter havido correlação significativa, um fato importante de ser ressaltado é a presença desse sintoma em 48,6% da amostra que se encontrava há cinco meses ou menos no CENSE. Entre os internados há mais de

cinco meses, esse percentual foi de 66,7%. Esses dados convergem com os achados de Ribeiro et al.³⁸ (2002), que destacaram os efeitos anestésicos que algumas drogas proporcionam ao usuário, fazendo com que a dor seja minimizada ou eliminada. Ora, quanto menos tempo o adolescente está em abstinência da substância, é de se esperar que a sintomatologia seja diminuída.

Diante de um quadro precário de saúde bucal, não há surpresas ao verificar que 69,2% da população estudada revelaram estar insatisfeita ou muito insatisfeita com seus dentes e boca. Ressalta-se que essa autopercepção foi registrada em 22,7% da população, de mesma faixa etária, avaliada no SB Brasil 2010 (Brasil¹⁹ 2011). Consequentemente, os impactos na qualidade de vida gerados pela condição bucal apresentada pelos adolescentes assistidos pelo CENSE, não poderiam revelar outros dados.

Cerca de 90% (89,03%) dos adolescentes do CENSE apresentaram algum impacto no OHIP. Esse número é bastante aproximado aos do estudo de Daly et al.²⁸ (2010), no qual 91% dos avaliados tiveram algum impacto, porém a idade média da população dessa pesquisa foi de 39,5 anos. Enquanto no presente estudo a média para o OHIP foi 12,39, nos estudos dos autores citados essa média foi igual a 5,9. A dimensão do OHIP mais comumente relacionada com a qualidade de vida dos adolescentes autores de ato infracional, foi o desconforto psicológico, no qual 75,7% deles apresentaram algum impacto. Em seguida, a dimensão dor teve 67,2% dos adolescentes relatando algum impacto. A dor em dentes e boca teve algum impacto para 54,2% da amostra enquanto o incômodo para comer teve 48,6% dos adolescentes apresentando algum impacto. Nos estudos de Daly et al.²⁸ 2010, os impactos mais comumente relacionados com a qualidade de vida foram os na dimensão dor, com dor na boca e nos dentes tendo uma prevalência de 65% e desconforto ao comer alimentos, uma prevalência de 62%.

Já nos achados de Biazevic et al.²⁹ (2008), que também estudaram as condições de saúde bucal e sua relação com a qualidade de vida de adolescentes entre 15 e 17 anos, o OHIP médio encontrado foi de 3,95. Nesse estudo, a dor em dentes e boca foi reportada por 36,18% da população avaliada, enquanto o desconforto para comer esteve presente em 28,34% dos jovens avaliados por eles. Além disso, esses autores, assim como na presente pesquisa, encontraram

correlação positiva e estatisticamente significativa entre a maior pontuação do OHIP e a presença de dentes cariados: entre os indivíduos que apresentaram elementos cariados, a média do OHIP foi de 4,17, enquanto entre aqueles que não apresentavam elementos nessas condições, essa média foi de 2,31 ($p=0,058$). Já nos achados da pesquisa com adolescentes privados de liberdade, essa correlação se deu na medida em que a média para o índice OHIP entre os que apresentavam lesão cariosa foi de 13,11 e entre os que não apresentavam a patologia, essa média foi de 6,09 ($p=0,038$).

Por meio dos resultados pertinentes à cárie dentária, mais uma vez foram encontrados dados que revelam o quão prejudicada encontra-se a saúde bucal dos adolescentes assistidos pelo CENSE/PG. As disparidades encontradas, quando compara-se esses dados com os obtidos por meio do SB Brasil 2010, comprovam o quanto esses adolescentes necessitam de atenção odontológica, seja em suas comunidades ou nos ambientes de privação de liberdade.

Enquanto o levantamento nacional mostrou que 23,9% dos jovens brasileiros inclusos na faixa etária entre 15 e 19 anos apresentou CPO-D igual a zero, no estudo em questão essa porcentagem foi de 4,7%. A média do CPO-D encontrada para os adolescentes daquele estudo foi de 4,25 dentes por indivíduo, já no presente estudo essa média alcançou incríveis 9,55 dentes por adolescente. No levantamento nacional, os dentes cariados, perdidos e restaurados apresentaram médias respectivamente iguais a 1,52, 0,38 e 2,16 dentes. Mas entre os adolescentes internados esses dados apresentaram-se com médias iguais a 7,43, 0,49 e 1,63 para os dentes cariados, perdidos e restaurados, respectivamente (Brasil¹⁹ 2011).

Um elemento importante de ser refletido e discutido é a quantidade ínfima de dentes restaurados entre a população estudada: uma média de 1,63 dentes por indivíduo encontrara-se restaurada. Em contrapartida, os meninos apresentam, em média, 7,43 dentes cariados. Isso quer dizer que os elementos restaurados somaram apenas 17% do índice CPO-D encontrado, enquanto os cariados somaram 78% do mesmo índice. Esse resultado demonstra que, por algum motivo, esses adolescentes não estão tendo acesso aos serviços de atenção odontológica.

Com relação a essa temática, Barros e Bertoldi²⁰ (2002) já afirmavam que, no Brasil, a desigualdade no acesso e na utilização de serviços odontológicos é uma realidade, sendo que uma parcela significativa da população não tem acesso a serviços odontológicos e que a participação do SUS nos atendimentos odontológicos é muito mais baixa do que na atenção médica. Gonçalves et al.⁶⁰ (2010) refletem, dentre outros aspectos, sobre a atenção odontológica que é oferecida à população de Florianópolis na visão do cirurgião-dentista desse município. Os profissionais dessa região destacaram a falta de acesso aos homens e mulheres não gestantes em idade adulta e aos adolescentes, já que a assistência odontológica que é oferecida hoje prioriza o acesso aos grupos vulneráveis, como os bebês, os escolares de até 10 anos de idade, as gestantes e os idosos, além daqueles que apresentem dor. Sendo assim, além de todas as exclusões já sofridas pelo adolescente autor de ato infracional, ele ainda se encontra em uma faixa etária na qual não há prioridade nas atenções em saúde bucal. Talvez devido a esse fato, o número de dentes restaurados seja tão ínfimo dentro da população estudada.

Outros estudos também são comparáveis ao presente estudo, como é o caso da pesquisa realizada por Gonçalves et al.⁶ (2002), que encontraram CPO-D médio igual a 4,6 dentes entre os jovens de 18 anos de Florianópolis, Santa Catarina, uma média bem inferior à encontrada entre os meninos do CENSE/PG. Já os resultados de Crispim et al.¹⁰ (2010) apresentaram mais semelhanças com o estudo em questão, na medida em que encontraram CPO-D maior que zero em 81,2% dos adolescentes da Escola Agrícola de Camboriú, também em Santa Catarina. Nesse estudo, a média do índice CPO-D para os adolescentes incluídos na faixa etária de 15 a 16 anos foi de 4,9 dentes; aos 17 anos essa média foi de 7,1 e na faixa de 18 a 19 anos o CPO-D obteve média de 9,8.

Assim como no levantamento realizado com os adolescentes privados de liberdade, Gonçalves et al.⁶ (2002) encontraram associação entre a escolaridade e a renda familiar com a média de elementos cariados e perdidos: enquanto a média de elementos cariados e perdidos entre aqueles jovens com renda familiar menor que cinco salários mínimos foi de 1,9 e 0,5, respectivamente, entre os de renda maior ou igual a cinco salários, essas médias foram de 0,9 e 0,3. Para aqueles com menos de oito anos de vida escolar as médias encontradas foram iguais a 2,0 e a 0,6,

respectivamente para os elementos cariados e perdidos; porém entre os que permaneceram na escola por oito anos ou mais, essas médias foram de 0,5 e 0,2. No presente estudo a escolaridade foi associada com a média do índice CPO-D e com a média de dentes cariados: adolescentes com ensino fundamental incompleto apresentaram média do índice CPO-D igual a 9,93 e adolescentes com ensino fundamental completo tiveram média desse índice igual a 4,88. Para os elementos cariados as médias foram de 7,82 para os indivíduos com ensino fundamental incompleto e de 2,62 para os com ensino fundamental completo.

Crispim et al.¹⁰ (2010) também encontraram associação significativa entre a condição socioeconômica e a saúde bucal dos adolescentes avaliados, sendo que os adolescentes pertencentes às classes sociais D e E apresentaram valores significativamente mais elevados de CPO-D quando comparados aos de outras classes sociais: 49,2% dos adolescentes que apresentaram CPO-D maior que zero pertenciam às classes D e E; 46,5% à classe C e 4,3% às classes A e B. Cabe ressaltar que o critério de classificação econômica utilizado nesse estudo foi o da Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercados e não o da ABEP.

A classe social também apresentou associação significativa no presente estudo, mas essa associação se deu com os elementos restaurados. Dessa vez, os adolescentes pertencentes à classe C1 obtiveram a menor média encontrada do parâmetro em questão, enquanto os da classe B2 apresentaram a maior média. Adolescentes pertencentes às Classes D ou E apresentaram média de 1,06 dentes restaurados; os da Classe C2 obtiveram média de 1,84; para os indivíduos da Classe C1, a média de dentes restaurados foi de 0,93 e para os da Classe B2, 4,56. Mais uma vez demonstra-se que o acesso aos serviços odontológicos é assimétrico entre as classes sociais.

No que diz respeito às alterações periodontais, grande disparidade entre a condição bucal dos adolescentes assistidos pelo CENSE/PG e o restante da população brasileira com idade entre 15 e 19 anos foi encontrada. No estudo em questão, apenas 11,2% dos adolescentes da amostra apresentaram todos os sextantes hígidos, já no levantamento epidemiológico SB Brasil 2010 (Brasil¹⁹ 2011), esse número foi de 50,9%. Enquanto o sangramento esteve presente em 71,0% dos meninos internados, no Brasil, essa porcentagem cai drasticamente para 9,7%. O

cálculo dentário, presente em 60,7% dos adolescentes em privação de liberdade, foi observado em apenas 28,4% dos adolescentes brasileiros. Os dados referentes à presença de bolsa periodontal rasa foram os únicos que apresentaram maior semelhança entre um estudo e outro: enquanto 8,8% da população avaliada pelo SB Brasil apresentaram tal alteração, ela foi observada em 9,3% dos adolescentes do CENSE/PG.

Os resultados encontrados na pesquisa de Gesser et al.¹⁴ (2001), que avaliaram a prevalência de sangramento gengival, cálculo dentário e de bolsas periodontais nos jovens alistados no serviço militar do Exército Brasileiro de Florianópolis, Santa Catarina, estiveram bem mais próximos aos encontrados no presente estudo, uma vez que encontraram prevalência de 86% para o sangramento gengival, 50,7% para o cálculo dental e 7,7% para bolsas periodontais rasas. Assim no estudo com os adolescentes privados de liberdade, bolsas periodontais foram raramente observadas na amostra estudada. Talvez o motivo para tal situação seja a idade precoce dos jovens avaliados, já que a formação de bolsa periodontal exige mais do fator tempo que as outras alterações periodontais.

Ainda sobre a condição periodontal, encontrou-se associação entre a presença de sangramento gengival e a escolaridade do adolescente ($p=0,003$): entre aqueles que possuíam grau de instrução referente ao ensino fundamental completo, 25,0% apresentou sangramento gengival à sondagem; porém dos que tinham apenas o ensino fundamental incompleto, 74,7% apresentou sangramento. Gesser et al.¹⁴ (2001) também encontraram associação entre a escolaridade dos alistados por eles avaliados e a presença de sangramento e de cálculo dentário: quanto maior a escolaridade, menor a prevalência de sangramento gengival e de cálculo dental. Dos jovens por eles estudados que tinham até 8 anos de escolarização, 92,0% apresentaram sangramento e 59,2% apresentaram cálculo, enquanto entre os que apresentaram mais de 8 anos de escolarização, 81,4% apresentou sangramento e 18,6% cálculo.

Antunes et al.¹⁵ (2008) também identificaram associação entre algumas características sociodemográficas e a presença de sangramento gengival e de cálculo dentário. Para eles, adolescentes do sexo masculino, negros ou de pele

escura, que vivem em áreas rurais, com atraso escolar e que vivem em grandes aglomerados familiares estavam sob maior risco de ambos os desfechos.

Para os dados referentes às lesões fundamentais e às alterações de normalidade, é louvável a afirmação de Hipólito e Martins⁴¹ (2010), quando relatam que, no Brasil, estudos epidemiológicos sobre alterações de mucosa bucal envolvendo adolescentes são raros. Eles destacam ainda a falta de padronização na coleta dos dados, a diversidade de critérios clínicos de diagnóstico e o uso não uniformizado de termos epidemiológicos, tais como prevalência e incidência, que também se constituem em elemento dificultador na comparação dos trabalhos.

Enquanto Hipólito e Martins⁴¹ (2010), que também avaliaram lesões fundamentais e alterações de normalidade na mucosa bucal de adolescentes privados de liberdade, encontraram lesão fundamental em 24,4% dos adolescentes avaliados por eles, a porcentagem de adolescentes autores de ato infracional com algum tipo de lesão foi de 36,4%. A lesão de maior prevalência entre os adolescentes internados foi a úlcera, com 15,0% da amostra apresentando-a, já nos estudos dos autores citados, foi a erosão, que acometeu 21,88% dos adolescentes, seguida pelo nódulo, apresentado por 15,63% da amostra. É possível que essas diferenças se deem pelo fato dos adolescentes avaliados por Hipólito e Martins⁴¹ (2010) terem acesso ao uso de tabaco na instituição, enquanto no CENSE/PG, os meninos permanecem em abstinência de qualquer droga durante a privação de liberdade.

Assim como nos trabalhos de Hipólito e Martins⁴¹ (2010), as alterações de normalidade mais frequentemente encontradas entre os adolescentes do CENSE/PG foram a pigmentação melânica e o leucoedema. Para eles, a porcentagem de adolescentes acometidos por pigmentação melânica foi de 44,71%, enquanto que em nosso estudo esse número foi bastante semelhante (48,6%). O leucoedema esteve presente em 19,45% dos adolescentes deles e em 36,4% dos nossos. A língua fissurada foi encontrada em uma porcentagem bastante aproximada nos dois estudos: nos de Hipólito e Martins⁴¹ (2010) a alteração foi encontrada em 6,14% da amostra, enquanto que no presente estudo, 6,5% dos adolescentes apresentaram tal alteração.

No presente estudo, foi encontrada uma associação significativa entre a renda e a presença de lesão fundamental, já que dos adolescentes que apresentavam renda familiar de até R\$ 500,00, 26,1% apresentou algum tipo de lesão fundamental, enquanto entre os que possuíam renda superior a R\$ 500,00, 47,2% apresentaram lesão. Não foi possível identificar o motivo de tal resultado, já que, como dito anteriormente, os estudos epidemiológicos sobre alterações de mucosa bucal em adolescentes são raros, mas, ao que os dados indicam, para essa população, quanto maior a renda, maiores as chances de apresentar lesão. Nesse mesmo sentido, dos adolescentes que residiam em domicílios com aglomeração menor que três pessoas por dormitório, 81,0% apresentaram alteração de normalidade. Já para aqueles com aglomeração domiciliar superior ou igual a três, o percentual encontrado foi de 60,3%. Ou seja, para a população avaliada, quanto maior a aglomeração familiar, menor a probabilidade do adolescente apresentar alteração de normalidade.

Também foi encontrada associação significativa ($p=0,001$) entre a presença de alteração de normalidade em mucosa bucal e a cor autoreferida pelo sujeito. Dos adolescentes não brancos, 78,4% apresentou algum tipo de alteração de normalidade, enquanto que entre os que se declararam brancos, 45,5% apresentou alteração. Hipólito e Martins⁴¹ (2010) também observaram associação estatisticamente significativa entre a pigmentação melânica fisiológica e a cor da pele do examinado. Dos 231 adolescentes examinados por eles, 131 (56,7%) apresentaram a alteração, sendo 11 deles leucodermas (15,1% de 73 examinados), 58 feodermas (71,6%/81) e 62 melanodermas (80,5%/77). Portanto, a prevalência de pigmentação melânica fisiológica, no citado estudo, foi menor nos leucodermas. No mesmo estudo também foi observada associação estatisticamente significativa entre a presença de leucoedema e a cor da pele do examinado, sendo que a prevalência dessa alteração se mostrou superior nos melanodermas 39,0% (30/77). Os leucodermas apresentaram-se com 17,8% (13/73) e os feodermas com 17,3% (14/81).

Diante das situações descritas, observa-se a situação de vulnerabilidade social e as precárias condições bucais apresentadas pelos adolescentes assistidos pelo CENSE/PG. Sendo assim, é necessária a implantação de políticas públicas que

favoreçam o desenvolvimento das capacidades desses sujeitos, bem como a melhora da qualidade de vida por meio da adequação e restituição da saúde bucal dos mesmos.

7 CONCLUSÃO

De acordo com os resultados da presente pesquisa, pode-se concluir que:

1. As condições de saúde bucal dos adolescentes autores de ato infracional assistidos pelo Centro de Socioeducação de Ponta Grossa são precárias, com alto índice CPO-D, de sangramento gengival e de cálculo dentário;
2. A saúde bucal apresenta algum impacto na qualidade de vida da maioria dos adolescentes avaliados;
3. O uso de drogas lícitas e ilícitas é uma constante entre os adolescentes assistidos pelo CENSE;
4. A cárie dentária associou-se com aglomeração domiciliar, renda, classe social, escolaridade, necessidade de tratamento autoreferida, satisfação com a saúde bucal e com todas as dimensões do índice OHIP; a doença periodontal está associada à aglomeração domiciliar, à escolaridade, à satisfação com a saúde bucal, à higiene bucal diária, ao uso de medicação psicotrópica e de maconha, ao tempo de internação e às dimensões desconforto psicológico, incapacidade social, limitação funcional e deficiência do índice OHIP; a presença de lesão fundamental, nessa população, está associada significativamente com a renda e com o histórico de uso de álcool e de maconha; as alterações de normalidade se associam com a cor e a aglomeração domiciliar.

REFERÊNCIAS

1. Schneider DP. Os efeitos do impacto do processo econômico globalizado e a responsabilidade social empresarial como auxílio às ações governamentais na promoção dos direitos humanos. *Rev Justiça do Direito* 2007; 21 (1): 22-39.
2. Silva MOS. Pobreza, desigualdade e políticas públicas: caracterizando e problematizando a realidade brasileira. *Rev Katal*. 2010, Jul-Dez; 13 (2):155-163.
3. Telles TS, Suguihiro VLT, Barros MNF. Os direitos de crianças e adolescentes na perspectiva orçamentária. *Serv. Soc. Soc* 2011, Jan-Mar; 105: 50-66.
4. BRASIL, Constituição Federal, Código do Processo Penal, Código Penal. Organizador: Luiz Flávio Gomes, 5ª ed. São Paulo: RT; 2003.
5. Sales MA. (In)Visibilidade Perversa: Adolescentes infratores como metáfora da violência. São Paulo: Cortez, 2007. 360 p.
6. Gonçalves ER, Peres MA, Marcenes W. Cárie dentária e condições sócio-econômicas: um estudo transversal com jovens de 18 anos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2002, Mai-Jun; 18(3):699-706.
7. Lisboa IC & Abegg C. Hábitos de higiene bucal e uso de serviços odontológicos por adolescentes e adultos do Município de Canoas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Epidemiol Serv Saude*. 2006; 15(4): 29 – 39, 2006.
8. Santos NCN, Alves TDB, Freitas VS, Jamelli SR, Sarinho ESC. A saúde bucal de adolescentes: aspectos de higiene, de cárie dentária e doença periodontal nas cidades de Recife, Pernambuco e Feira de Santana. *Cienc Saude Colet*. 2007; 12(5):1155-1166.
9. Sales Peres SHC, Carvalho FS, Carvalho CP, Bastos JRM, Lauris JRP. Polarização da cárie dentária em adolescentes, na região sudoeste do Estado de São Paulo, Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2008; 13(Sup 2): 2155-2162.
10. Crispim MGA, Grillo LP, Próspero ENS, Maria AB. Saúde bucal e sua associação com o estado nutricional e a condição socioeconômica em adolescentes. *RGO*. 2010, Jan-Mar; 58 (1): 41-46.
11. Flores EMTL & Drehmer TM. Conhecimentos, percepções, comportamentos e representações de saúde e doença bucal dos adolescentes de escolas públicas de dois bairros de Porto Alegre. *Cienc Saúde Colet*. 2003; 8(3):743-752.
12. Davoglio RS, de Castro Aerts DRG, Abegg C, Freddo SL, Monteiro L. Fatores associados a hábitos de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos

- entre adolescentes. *Cad. Saúde Pública*. 2009, Mar; 25(3):655-667.
13. Vadiakas G, Oulis CJ, Tsinidou K, Mamai-Homata E, Polychronopoulou A. Vadiakas Socio-behavioural factors influencing oral health of 12 and 15 year old Greek adolescents. A national pathfinder survey. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2011, Jun; 12(3):139-45.
 14. Gesser HC, Peres MA, Marcenes W. Condições gengivais e periodontais associadas a fatores socioeconômicos. *Rev Saúde Pública*. 2001; 35(3):289-93.
 15. Antunes JLF, Peres MA, Frias AC, Crosato EM, Biazevic MGH. Gingival health of adolescents and the utilization of dental services, state of São Paulo, Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(2): 1-8.
 16. Jenkins WMM & Papapanou PN. Epidemiology of periodontal disease in children and adolescents. *Periodontology 2000*. 2001; 26: 16–32
 17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – SB Brasil 2010 – Projeto Técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 24 p.
 18. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003 – resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
 19. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2010: pesquisa nacional de saúde bucal – resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
 20. Barros AJD & Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Cien Saude Colet*. 2002; 7(4):709-717.
 21. Moreira TP, Nations MK, Feitosa Alves MS. Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2007, Jun; 23(6):1383-1392.
 22. Gushi LL, Soares MC, Forni TIB, Vieira V, Wada R, Sousa MLR. Relationship between dental caries and socio-economic factors in adolescents. *J Appl Oral Sci*. 2005; 13(3): 305-11.
 23. Baldani MH, Pupo YM, Lawder JAC, Silva FFM, Antunes JLF. Determinantes individuais da utilização recente de serviços odontológicos por adolescentes e adultos de baixa renda. *Pesqui Bras Odontoped Clin Integr* 2011, Jan-Mar; 11(1):91-98.

24. Moysés SJ. Desigualdades em saúde bucal e desenvolvimento humano: um ensaio em preto, branco e alguns tons de cinza. Rev Bras Odontol Saude Coletiva. 2000; 1(1): 7-17.
25. Bastos JM, Saliba NA, Unfer B. Considerações a respeito de SB e classes sociais. Rev Paul Odonto 1996; 38 (4): 38-41
26. Barbosa TS, Mialhe FL, Castilho ARF, Gavião MBD. Qualidade de vida e saúde bucal em crianças e adolescentes: aspectos conceituais e metodológicos. Revista de Saúde Coletiva 2010; 20 (1): 283-300.
27. Buczynski AK, Castro GF, de Souza IPR. O impacto da saúde bucal na qualidade de vida de crianças infectadas pelo HIV: revisão de literatura. Cien saúde Colet 2008; 13 (6): 1797-1805.
28. Daly B, Newton T, Batchelor P, Jones K, Oral health care needs and oral health-related quality of life (OHIP-14) in homeless people. Community Dent Oral Epidemiol 2010; 38: 136-144.
29. Biazevic MGH, Risotto RR, Michel-Crossato E, Mendes LA, Mendes MOA. Relationship between oral health and its impact on quality of life among adolescents. Braz Oral Res 2008; 22 (1): 36-42.
30. Priulli RMA & Moraes MS. Adolescentes em conflito com a lei. Cienc Saude Colet. 2007; 12(5):1185-1192.
31. Woyceichoski IEC, Arruda EP, Resende LG, Machado MAN, Grégio AMT, induced by crack cocaine smoking. Pharmacology (online). 2007; 1: 31-40.
32. Bouquot Azevedo LR, Lima AAS. Cytomorphometric analysis of crack cocaine effects on the oral mucosa. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2008;105:745-9.
33. Soares de Lima AA, Woyceichoski IEC, Batista AB, Grégio AMT, Ignácio SA, Machado MAN, Azevedo LR. Cytopathological changes in oral epithelium
34. JE, Johnson CD, Azideh Afshari MS. The Abused Mouth, Part I: Cocaine-Associated Oral Damage - Review and Case Reports. J G Houst Dent Soc. 2009, Oct: 16-21.
35. Reece AS. Dentition of addiction in Queensland: poor dental status and major contributing drugs. Aust Dent J. 2007; 52:(2):144-149.
36. Kantorski KZ, Souza DM, Yujra VQ, Junqueira JC, Jorge AOC, Rocha RF. Effect of an alcoholic diet on dental caries and on *Streptococcus* of the *mutans* group. Study in rats. Braz Oral Res. 2007;21(2):101-5.
37. Pedreira RHS, Remencius L, Navarro MFL, Tomita NE. Condições de saúde bucal de drogaditos em recuperação. Rev Odontol Univ.1999; 13 (4): 395-399.

38. Colodel EV, Silva ELFM, Zielak JC, Zaiter W, Michel-Crosato C, Pizzato E. Alterações bucais presentes em dependentes químicos. RSBO. 2009; 6 (1): 44-48.
39. Ribeiro EDP, Oliveira JA, Zambolin AP, Lauris JRP, Tomita NE. Abordagem integrada da saúde bucal de droga-dependentes em processo de recuperação. Pesqui Odontol Bras. 2002; 16(3): 239-245.
40. Costa SKP, Godoy GP, Gomes DQ, Pereira JV, Lins RDAU. Fatores sociodemográficos e condições de saúde bucal em droga-dependentes. Pesqui Bras Odontoped Clin Integr. 2011, Jan-Mar; 11(1):99-104.
41. Laslett AM, Dietze P, Dwyer R. The oral health of street-recruited injecting drug users: prevalence and correlates of problems. Addiction. 2008, 103: 1821-1825
42. Hipólito RA, Martins CR. Prevalência de alterações da mucosa bucal em adolescentes brasileiros institucionalizados em dois centros de reeducação. Cienc Saude Colet 2010; 15 (Supl. 2): 3233-3242.
43. Instituto de Ação Social do Paraná (IASP). Cadernos do Iasp: Práticas de socioeducação. Imprensa oficial do Paraná. 2006
44. Landis JR e Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics, 1977; 33: 159-174.
45. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – SB Brasil 2010 – Manual de calibração de examinadores. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 21 p.
46. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - Critério de Classificação Econômica Brasil. Acessado em 26 de Agosto de 2011. Disponível em <<http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=301>>.
47. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. Community Dent Oral Epidemiol. 1994; 11:3-11.
48. Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile - short form. Community Dent Oral Epidemiol. 2005; 33: 307-14.
49. Freire MCM, Sheiham A, Bino YA. Hábitos de higiene bucal e fatores sociodemográficos em adolescentes. Rev Bras Epidemiol. 2007; 10(4): 606-14.

50. Henrique IFS, Micheli D, Lacerda RB, Lacerda LA, Formigoni MLOS. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). *Rev Assoc Med Bras* 2004; 50(2): 199-206.
51. Brasil. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. SUPERA. Detecção do uso abusivo e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas: módulo 3. 3ª ed. Brasília: 2009; 70p.
52. World Health Organization (WHO). Levantamentos básicos em saúde bucal. 4ª ed. São Paulo: Santos; 1999.
53. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Oral & Maxillofacial Pathology*. Philadelphia: W. B. Saunders Company; 1995.
54. Feijó MC, Assis SG. O contexto de exclusão social e vulnerabilidades de jovens infratores e de suas famílias. *Estud Psicol.* 2004; 9(1): 1571-1567.
55. Anderson P. Balanço do neoliberalismo. In: Sader E.; Gentile P. (Orgs.). *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático*. 8a ed. São Paulo: Paz e Terra; 2008.
56. Sen AK. *Desenvolvimento como liberdade*. São Paulo: Cia das Letras; 2000.
57. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. Texto para discussão: Erradicar a pobreza - um objetivo ao alcance do Brasil. Brasília, 2011. 58 p.
58. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). *Education for all by 2015: will we make it? EFA global monitoring report*, EPT; 2008.
59. Dualibi LB, Ribeiro M, Laranjeira R. Perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil. Acesso em 07 jan. 2012. Disponível em: <www.abead.com.br/artigos/arquivos/perfil_usuario_coca_crack.pdf>.
60. Mendonça LOM. Crack, o refúgio dos desesperados à luz do programa nacional de combate às drogas. *Rev. SJRJ* 2010 Dez; 17 (29): 289-308.
61. Gonçalves ER, Ramos FRS, Garrafa V. O olhar da Bioética de Intervenção no trabalho do cirurgião-dentista do Programa Saúde da Família (PSF). *Rev Bioet.* 2010; 18 (1): 225 – 239.

APÊNDICE A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER Nº 11/2011

Protocolo: 18734/10

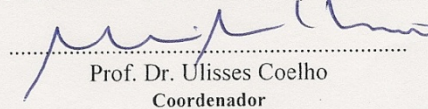
No dia 24 de fevereiro de 2011, a Comissão de Ética em Pesquisa, **APROVOU** o protocolo de pesquisa intitulado "Fatores associados à condição bucal de adolescentes em conflito com a lei assistidos pelo Centro Socioeducação de Ponta Grossa " de responsabilidade da pesquisadora Denise Stadler Wambier.

Conforme Resolução CNS 196/96, solicitamos que sejam apresentados a esta Comissão, relatórios sobre andamento da pesquisa, conforme modelo (<http://www.uepg.br/coep/>).

Data para entrega do relatório Final: Dezembro de 2011.

Ponta Grossa, 25 de fevereiro de 2011.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP


Prof. Dr. Ulisses Coelho
Coordenador

**APÊNDICE B – PARECER DA SECRETARIA DE ESTADO DA CRIANÇA E
JUVENTUDE**

GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA CRIANÇA E DA JUVENTUDE
COORDENAÇÃO DE SOCIOEDUCAÇÃO



Parecer nº 02/2011

Ref: Projeto de Pesquisa no Centro de Socioeducação Ponta Grossa do Estado do Paraná

Pesquisadora: Alessandra de Souza Martins

Instituição: Universidade Estadual de Ponta Grossa

Curitiba, 27 de Abril de 2011.

Prezada Diretora Gláucia Renno,

Informamos que, após análise técnica, o projeto de pesquisa de Alessandra de Souza Martins, sobre "Fatores associados à condição bucal de adolescentes em conflito com a lei assistidos pelo Centro de Socioeducação de Ponta Grossa", obteve parecer FAVORÁVEL da Secretaria de Estado da Criança e da Juventude. Com esta aprovação, a referida pesquisadora efetuará sua pesquisa nesta unidade, a partir da data e em horário compatível com o Cense, a serem combinados entre pesquisador e Direção do Centro de Socioeducação.

Com este projeto de pesquisa, a pesquisadora pretende obter informações relativas à condição bucal, condições de drogadição, de auto-percepção em saúde bucal e acesso aos serviços odontológicos.

Para tanto, serão utilizados formulários estruturados a serem aplicados nos adolescentes em cumprimento de Internação. O campo de pesquisa será o Cense Ponta Grossa, com previsão para finalizar o trabalho no segundo semestre de 2011.

Ressaltamos a importância da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos sujeitos que participarão da pesquisa.

Mediante esta aprovação, estamos enviando o Termo de Compromisso de Pesquisa ao Cense para que seja entregue ao pesquisador. Também solicitamos que nos envie o resultado da pesquisa quando esta estiver finalizada para podermos disponibilizar na Biblioteca da Socioeducação.

Sem mais para o momento, colocamo-nos a disposição para eventuais esclarecimentos.

Atenciosamente,

Assinatura manuscrita de Shanny Mara Neves.

Shanny Mara Neves

Coordenação de Socioeducação



GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA CRIANÇA E DA JUVENTUDE
COORDENAÇÃO DE SOCIOEDUCAÇÃO

REQUERIMENTO E TERMO DE COMPROMISSO DE PESQUISA

À Secretária de Estado da Criança e da Juventude, Sra. Fernanda Bernardi Vieira Richa.

Eu, Alessandra de Souza Martins, brasileiro(a), acadêmico(a) do curso de Mestrado em Odontologia venho por meio deste requerer autorização para realizar pesquisa no(a) Centro de Socioeducação de Ponta Grossa

Celebra-se, desta forma, este Termo de Compromisso de Pesquisa entre a Secretaria de Estado da Criança e da Juventude – SECJ (CONCEDENTE), Instituição de Pesquisa (CEDENTE) e Pesquisador, neste ato representadas pelas partes a seguir nominadas:

CONCEDENTE		
Nome do órgão		CNPJ
Secretaria de Estado da Criança e Juventude		09088839/0001-06
Rua/Avenida		Número
Rua Hermes Fontes		315
Bairro/Distrito	CEP	Município
Batel	80.440-070	Curitiba
E-mail	Telefone (com DDD)	Fax (com DDD)
secj@pr.gov.br	(41)3270-1000	(41)3270-1094
-----Representada por-----		
Nome		Cargo/Função
Fernanda Bernardi Vieira Richa		Secretária de Estado
CEDENTE		
Nome da Instituição (de Ensino ou responsável pela pesquisa)		CNPJ
Universidade Estadual de Ponta Grossa		80.254.355/0001
-----Endereço Comercial-----		
Rua/Avenida	Número	Complemento
Avenida General Carlos Cavalcanti	4748	
Bairro/Distrito	CEP	Município
Uvaranas	84030-900	Ponta Grossa
E-mail	Telefone (com DDD)	Fax (com DDD)
	(42)3220 3000	(42) 3220 3300
-----Representada por-----		
Nome		Cargo/Função
Denise Stadler Wambier		Professor Associado

PESQUISADOR				
Nome do(a) Pesquisador(a)				
Alessandra de Souza Martins				
RG	CPF	Data de Nascimento	Série/Período	Ano/Turma
7941916 8	034.516.029-03	14/05/82		2010
Curso			Matrícula	
Mestrado em Odontologia			310101-05	
Rua/Avenida		Número	Complemento	
Rua Prefeito Coronel Victor Antônio Batista		111	Ap 32	
Bairro/Distrito		CEP	Município	
Neves		84020-360	Ponta Grossa	
E-mail		Telefone (com DDD)	Celular (com DDD)	
alessandraphn@hotmail.com		(42) 3235 2668	(42) 9949 5257	
Outro e-mail para contato		Outros telefones para contato (com DDD)		
alessandramartins@secj.pr.gov.br		(42) 3235 2441 (42) 9135 2343		

Estipulando entre si as cláusulas e condições a seguir estabelecidas:

CLÁUSULA 1ª – O Termo de Compromisso de Pesquisa tem por objetivo formalizar as condições básicas para a realização de pesquisa da CEDENTE junto ao Órgão CONCEDENTE, sendo obrigatória a apresentação do Projeto de Pesquisa explicitando com clareza a justificativa, objetivos, metodologia e cronograma.

CLÁUSULA 2ª – O Termo de Compromisso de Pesquisa firmado entre a CONCEDENTE e Pesquisador (a) tem por objetivo particularizar a relação jurídica especial, caracterizando-se pela não vinculação empregatícia.

CLÁUSULA 3ª – Ficam estabelecidas entre as partes as seguintes condições básicas para a realização da pesquisa:

1. Este Termo de Compromisso de Pesquisa terá vigência de acordo com o período estabelecido no cronograma apresentado no projeto de pesquisa (CLÁUSULA 1ª), podendo ser renunciado a qualquer momento, unilateralmente, mediante comunicação escrita com justificativa;
2. A pesquisa será realizada em horário compatível com o Centro de Socioeducação (Cense), de acordo com escala previamente elaborada pela Direção do Cense.

CLÁUSULA 4ª – No desenvolvimento da pesquisa caberá:

1. À Concedente

- 1.1. Autorizar o (a) Pesquisador (a) a realizar sua pesquisa no Cense, mediante avaliação técnica da Secretaria de Estado da Criança e da Juventude;
- 1.2. Acompanhar o (a) Pesquisador (a) na realização da pesquisa, mediante indicação de um funcionário pela Direção do Cense.

2. Ao(À) Pesquisador(a)

- 2.1. Cumprir com empenho e interesse a programação estabelecida para sua pesquisa;
- 2.2. Elaborar e entregar à Secretaria de Estado da Criança e da Juventude e ao Cense a redação final de sua pesquisa, assim como demais publicações originadas da pesquisa;
- 2.3. Observar e obedecer as normas internas da CONCEDENTE e do Serviço Público Estadual, bem como outras eventuais recomendações emanadas pela Direção do Cense.

3. À Pesquisa

3.1. Conter fundamentos teóricos e éticos, os quais deverão dar sustentação ao tipo de pesquisa a ser realizada;

CLÁUSULA 5ª – Os procedimentos para realização da pesquisa devem observar rigorosamente as normativas do Cense, quanto as rotinas de segurança:

1. Todo acesso do (a) Pesquisador (a) se dará com a prévia autorização da Direção do Cense ou por aquele que estiver respondendo por ela;
2. O acesso do (a) Pesquisador (a) ocorrerá no horário de expediente, previamente agendado com a Direção do Cense;
3. Toda autorização será precedida de identificação e apresentação do motivo do ingresso nas dependências do Cense;
4. Caberá ao vigilante da guarita de rua solicitar o RG ou documento de identificação do (a) Pesquisador (a), conferir e registrar em formulário próprio o nome, o número do documento apresentado, a data e o horário de entrada, o motivo do ingresso na unidade e o setor/pessoa que irá recebê-lo;
5. O (A) Pesquisador (a) será encaminhado ao funcionário elegido pela Direção do Cense que acompanhará a pesquisa.

CLÁUSULA 6ª – A Conduta do (a) Pesquisador (a) deverá seguir as seguintes normas:

1. É dever do(a) Pesquisador(a):

- 1.1. Manter sigilo absoluto sobre procedimentos de segurança, sobre história de vida e situação judicial dos adolescentes;
- 1.2. Primar pelo comportamento ético e moral dentro do Cense, tanto na relação com os adolescentes como com a equipe técnica;
- 1.3. Ser assíduo e realizar suas tarefas com responsabilidade e compromisso profissional;
- 1.4. Respeitar rigorosamente os horários de comparecimento ao trabalho e intervalos estipulados para a refeição;
- 1.5. Manter uma conduta exemplar, de modo a influenciar positivamente os adolescentes;
- 1.6. Submeter-se à revista ao adentrar no Cense, quando exigido;
- 1.7. Zelar pela disciplina geral do Cense;
- 1.8. Apresentar-se ao Cense com vestuário apropriado, bem como em condições devidas de asseio corporal.

2. É vedado ao(à) Pesquisador(a):

- 2.1. Fazer acordos, negociações e troca de favores com adolescentes;
- 2.2. Prestar informações aos adolescentes sobre sua vida pessoal;
- 2.3. Dar aos adolescentes objetos, alimentos, correspondências ou qualquer outro material não previsto na rotina da atividade;
- 2.4. Receber presentes dos adolescentes;
- 2.5. Relacionar-se com os adolescentes de forma diferenciada quanto às exigências ou benefícios;
- 2.6. Usar roupas provocativas, sujas, transparentes, curtas ou que contenham símbolos e/ou logotipos de times esportivos, partidos políticos ou religião;
- 2.7. Fumar nos locais de acesso aos adolescentes;
- 2.8. Portar armas de qualquer espécie e telefones celulares nas áreas de acesso aos adolescentes, seguindo as normas de segurança do Cense;
- 2.9. Fazer pregações políticas ou religiosas dentro do Cense;

- 2.10. Usar apelidos ou adjetivos depreciativos ao se referir aos adolescentes;
- 2.11. Manifestar ou incentivar idéias que não coadunem com as diretrizes do Cense ou que incitem revolta ou reações agressivas nos adolescentes;
- 2.12. Adentrar a área de acesso aos adolescentes com quaisquer objetos ou substâncias desnecessários e não autorizados, que ameacem a segurança e ou possam servir como moeda de troca para os adolescentes;
- 2.13. Assediar e/ou abusar moral ou sexualmente de qualquer pessoa dentro do Cense;
- 2.14. Utilizar qualquer forma de agressão, seja física ou verbal;
- 2.15. Manter envolvimento e/ou relacionamento afetivo com adolescentes;
- 2.16. Fazer uso de álcool ou qualquer substância tóxica antes e/ou durante a realização da pesquisa dentro do Cense.

3. É proibida a entrada dos seguintes materiais no Cense:

- 3.1. Armas de fogo;
- 3.2. Objetos perfuro-cortantes – facas, navalhas, estiletes, canivetes, metais pontiagudos e outros similares;
- 3.3. Drogas;
- 3.4. Bebidas alcoólicas;
- 3.5. Cigarro, charuto ou produto similar;
- 3.6. Fósforos, isqueiros ou similares;
- 3.7. Espiriteiras, fogareiros;
- 3.8. Produtos inflamáveis;
- 3.9. Produtos inalantes e/ou entorpecentes;
- 3.10. Revistas pornográficas e/ou eróticas;
- 3.11. Periódicos que fazem apologia à violência;
- 3.12. Jornais que tragam notícias do mundo do crime;
- 3.13. Telefone celular;
- 3.14. Quaisquer objetos que, a juízo da direção e/ou responsável pela segurança, constituir ameaça à vida, à integridade física, emocional e moral dos internos e funcionários e/ou risco de causar danos ao patrimônio.

CLÁUSULA 7ª – A pesquisa se dará dentro das normas éticas vigentes, de acordo com os Direitos Humanos, Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e complementares.

1. A identificação do adolescente deverá ser preservada, conforme preconizado pelo ECA, em seu artigo 143 e em seu parágrafo único:

Art. 143 – É vedada a divulgação de atos judiciais, policiais e administrativos que digam respeito a crianças e adolescentes a que se atribua autoria de ato infracional.

Parágrafo único – Qualquer notícia a respeito do fato não poderá identificar a criança ou adolescente, vedando-se fotografia, referência a nome, apelido, filiação, parentesco, residência e, inclusive, iniciais do nome e sobrenome.

O não cumprimento deste implicará em penalidades previstas no ECA, em seu artigo 247:

Art. 247 – Divulgar, total ou parcialmente, sem autorização devida, por qualquer meio de comunicação, nome, ato ou documento de procedimento policial, administrativo ou judicial relativo a criança ou adolescente a que se atribua ato infracional:

Pena – multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência.

§ 1º Incorre na mesma pena quem exhibe, total ou parcialmente, fotografia de criança ou adolescente envolvido em ato infracional, ou qualquer ilustração que lhe diga respeito ou se refira a atos que lhe sejam atribuídos, de forma a permitir sua identificação, direta ou indiretamente.

§ 2º Se o fato for praticado por órgão de imprensa ou emissora de rádio ou televisão, além da pena prevista neste artigo, a autoridade judiciária poderá determinar a apreensão da publicação ou a suspensão da programação da emissora até por dois dias, bem como da publicação do periódico até por dois números.

2. Os dados coletados serão de uso específico para o desenvolvimento da pesquisa em questão, conforme as normas vigentes. Caso os dados coletados sirvam para uma outra pesquisa, o pesquisador deverá encaminhar novo projeto para análise da Secretaria de Estado da Criança e da Juventude e autorização.

3. Qualquer alteração, exclusão ou inclusão na pesquisa será comunicada e, se necessário, solicitada a mudança ao Órgão CONCEDENTE.

CLÁUSULA 8ª – Constituem motivos para o cancelamento automático da vigência do presente Termo de Compromisso:

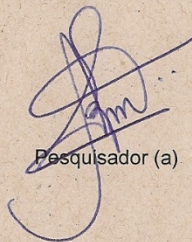
1. Automaticamente, ao término da pesquisa;
2. A qualquer tempo por interesse do Órgão CONCEDENTE ou do Cense, mediante comunicação escrita com justificativa;
3. A pedido do (a) Pesquisador (a), mediante comunicação escrita com justificativa;
4. Em decorrência do descumprimento de qualquer compromisso assumido na oportunidade da assinatura do Termo de Compromisso da Pesquisa;

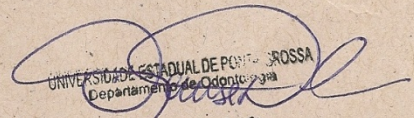
CLÁUSULA 9ª – De comum acordo as partes, fica eleito o foro da cidade de Curitiba-PR, para dirimir qualquer dúvida ou litígio que se origine da execução deste Termo, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

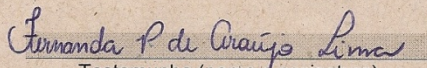
E por estarem de comum acordo com as condições deste Termo de Compromisso de Pesquisa, as partes assinam em 02 (duas) vias de igual teor.

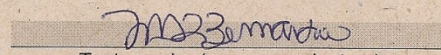
Curitiba, 8 de fevereiro de 2010


Concedente
com carimbo


Pesquisador (a)


UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTE GROSSA
Departamento de Odontologia
Concedente
com carimbo


Testemunha (nome e assinatura)


Testemunha (nome e assinatura)
MARCIO BEZERRA

*(instituição de ensino ou responsável pela pesquisa)

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Por ser um(a) adolescente assistido pelo Centro de Socioeducação de Ponta Grossa, você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa ***“Condição Bucal de Adolescentes Autores de Ato Infracional Assistidos pelo Centro de Socioeducação de Ponta Grossa e Fatores Associados”*** cujo objetivo é investigar os fatores associados às condições de saúde bucal de adolescentes autores de ato infracional assistidos pelo Centro de Socioeducação de Ponta Grossa.

Caso você participe, será necessário responder a um formulário sobre suas condições socioeconômicas, de drogadição, de auto-percepção em saúde bucal e de acesso aos serviços odontológicos. Além disso, você passará por um exame clínico intra-bucal, onde serão apenas observados aspectos relacionados à sua condição bucal, como cárie, dentes perdidos e obturados, doença periodontal, traumatismo dentário e condições de mucosa.

A citada pesquisa não apresenta riscos previsíveis à sua saúde ou à sua vida e qualquer alteração bucal diagnosticada será encaminhada para a realização do tratamento indicado.

Você poderá obter quaisquer esclarecimentos antes, durante ou após a realização da pesquisa e ainda poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Além disso, seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo.

Após ser esclarecido sobre a pesquisa e a sua participação como voluntário, e havendo uma confirmação livre e espontânea em aceitar a participar como voluntário, você deverá assinar ao final deste documento, em duas vias. Uma das vias ficará com você e a outra via permanecerá com o pesquisador responsável.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo.

Diante do exposto eu concordo em participar da pesquisa ***“Condição Bucal de Adolescentes Autores de Ato Infracional Assistidos pelo Centro de Socioeducação de Ponta Grossa e Fatores Associados”***.

Ponta Grossa _____ de _____ de 2011.

Assinatura do Sujeito da Pesquisa

(Adolescente)

Assinatura do Responsável Legal

(Direção do CENSE/PG)

Presenciei a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar da mesma.

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

APÊNDICE D – FORMULÁRIO APLICADO NA PESQUISA

CONDIÇÃO BUCAL DE ADOLESCENTES AUTORES DE ATO INFRACIONAL ASSISTIDOS PELO CENTRO DE SOCIOEDUCAÇÃO DE PONTA GROSSA E FATORES ASSOCIADOS

FORMULÁRIO

INFORMAÇÕES GERAIS

Idade em Anos: _____ Sexo: _____
 Cor/Raça: () Branca Cidade de Origem: _____
 () Preta Tempo de Residência: _____
 () Amarela
 () Parda
 () Indígena Data de Entrada no CENSE: _____

CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA

1. Durante o último ano, onde você residiu na maior parte do tempo?
 () Residência fixa - Com quem? _____
 () Residência não fixa
 () Instituição
 () Rua
 () Outros _____
2. Quantas pessoas, incluindo você, residem na mesma casa? _____
3. Quantos cômodos estão servindo permanentemente de dormitório para os moradores dessa casa? _____
4. Quantos bens tem em sua casa? _____
 (Considerar como bens: televisão, geladeira, aparelho de som, micro-ondas, telefone, telefone celular, máquina de lavar roupa, máquina de lavar louça, micro-computador, e número de carros)
5. No mês passado, quanto receberam, em reais, juntas, todas as pessoas que moram na sua casa incluindo salários, bolsa família, pensão, aluguel, soldo, aposentadoria ou outros rendimentos? _____
 (1- Até 250; 2- De 251 a 500; 3- De 501 a 1500; 4- De 1501 a 2500; 5- De 2501 a 4500; 6- De 4501 a 9500; 7- Mais de 9500; 9- Não sabe/não respondeu)
6. Qual o grau de escolaridade de sua mãe? _____
 (0- Analfabeto/Até 3ª série fundamental; 1- Até 4ª série fundamental; 2- Fundamental completo; 3- Médio completo; 4- Superior completo)

7. Posse de itens:

Ítem	Quantidade				
	0	1	2	3	4(ou+)
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Vídeo Cassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

8. Grau de Instrução do Chefe da Família:

Analfabeto/Primário incompleto	Analfabeto/Até 3ª série fundamental	0
Primário completo/Ginasial incompleto	Até 4ª série fundamental	1
Ginasial Completo/Colegial incompleto	Fundamental completo	2
Colegial Completo/Superior Incompleto	Médio Completo	4
Superior Completo	Superior Completo	8

ESCOLARIDADE, MORBIDADE BUCAL REFERIDA E USO DE SERVIÇOS

1. Até que série você estudou? _____
(Fazer a conversão e anotar o total de anos estudados com aproveitamento – sem reprovação. Marcar 99 para "não sabe/não respondeu")
2. Você acha que necessita de tratamento dentário atualmente? _____
(0- Não; 1- Sim; 9- Não sabe/não respondeu)
3. Nos últimos 6 meses você teve dor de dente? _____
(0- Não; 1- Sim; 8- Não se aplica; 9- Não sabe/não respondeu)
4. Alguma vez na vida você já foi ao consultório do dentista? _____
(0- Não; 1- Sim; 9- Não sabe/não respondeu)
5. Quando você consultou o dentista pela última vez? _____
(1- Menos de 1 ano; 2- Um a dois anos; 3- Três anos ou mais; 8- Não se aplica; 9- Não sabe/Não respondeu)
6. Onde foi a sua última consulta? _____
(1- Serviço público; 2- Serviço particular; 3- Plano de saúde ou Convênios; 4- Outros; 8- Não se aplica; 9- Não sabe/Não respondeu)
7. Qual o motivo da sua última consulta? _____
(1- Revisão, prevenção ou check-up; 2- Dor; 3- Extração; 4- Tratamento; 5- Outros; 8- Não se aplica; 9- Não sabe/Não respondeu)
8. O que você achou do tratamento na última consulta? _____
(1- Muito bom; 2- Bom; 3- Regular; 4- Ruim; 5- Muito ruim; 8- Não se aplica; 9- Não sabe/Não respondeu)

AUTOPERCEPÇÃO E IMPACTOS EM SAÚDE BUCAL

1. Com relação aos seus dentes/boca você está: _____
(1- Muito satisfeito; 2- Satisfeito; 3- Nem satisfeito nem insatisfeito; 4- Insatisfeito; 5- Muito insatisfeito; 9- Não sabe/Não respondeu)
2. Nos últimos seis meses, por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras:
 - 2.1 Você teve problemas para falar alguma palavra?
() muito freqüente () pouco freqüente () ocasionalmente () quase nunca () nunca
 - 2.2 Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado?
() muito freqüente () pouco freqüente () ocasionalmente () quase nunca () nunca
 - 2.3 Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes?
() muito freqüente () pouco freqüente () ocasionalmente () quase nunca () nunca
 - 2.4 Você se sentiu incomodado ao comer algum alimento?
() muito freqüente () pouco freqüente () ocasionalmente () quase nunca () nunca
 - 2.5 Você ficou preocupado?
() muito freqüente () pouco freqüente () ocasionalmente () quase nunca () nunca
 - 2.6 Você se sentiu estressado?
() muito freqüente () pouco freqüente () ocasionalmente () quase nunca () nunca
 - 2.7 Sua alimentação ficou prejudicada?
() muito freqüente () pouco freqüente () ocasionalmente () quase nunca () nunca
 - 2.8 Você teve que parar suas refeições?
() muito freqüente () pouco freqüente () ocasionalmente () quase nunca () nunca
 - 2.9 Você encontrou dificuldade para relaxar?
() muito freqüente () pouco freqüente () ocasionalmente () quase nunca () nunca
 - 2.10 Você se sentiu envergonhado?
() muito freqüente () pouco freqüente () ocasionalmente () quase nunca () nunca
 - 2.11 Você ficou irritado com outras pessoas?
() muito freqüente () pouco freqüente () ocasionalmente () quase nunca () nunca
 - 2.12 Você teve dificuldade para realizar suas atividades diárias?
() muito freqüente () pouco freqüente () ocasionalmente () quase nunca () nunca
 - 2.13 Você sentiu que a vida, em geral, ficou pior?
() muito freqüente () pouco freqüente () ocasionalmente () quase nunca () nunca
 - 2.14 Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias?
() muito freqüente () pouco freqüente () ocasionalmente () quase nunca () nunca

HIGIENE BUCAL

1. Você Escova os dentes todos os dias?
() Sim () Não
2. Quantas vezes ao dia você escova os dentes?
() Menos de 1 vez ao dia () 1 vez ao dia () 2 vezes ao dia () 3 ou mais vezes ao dia

USO DE MEDICAÇÃO

1. Você faz uso de alguma medicação?

() Não

() Sim – Qual? _____

TRIAGEM DO USO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS DROGAS

1. Na sua vida, qual(is) dessa(s) substâncias você já usou? (Somente uso não prescrito pelo médico)	NÃO	SIM
a. Derivados do tabaco	0	3
b. Bebidas alcoólicas	0	3
c. Maconha	0	3
d. Cocaína, Crack	0	3
e. Anfetaminas ou êxtase	0	3
f. Inalantes	0	3
g. Hipnóticos / sedativos	0	3
h. Alucinógenos	0	3
i. Opióides	0	3
j. Outras, especificar	0	3

2. Durante os três últimos meses / Antes de vir para o CENSE, com que frequência você utilizou essa (s) substância(s) que mencionou?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou Quase todos os dias
a. Derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
c. Maconha	0	2	3	4	6
d. Cocaína, Crack	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas ou êxtase	0	2	3	4	6
f. Inalantes	0	2	3	4	6
g. Hipnóticos / sedativos	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos	0	2	3	4	6
i. Opióides	0	2	3	4	6
j. Outras, especificar	0	2	3	4	6

3. Durante os três últimos meses / Antes de vir para o CENSE, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir essa (s) substância(s) que mencionou?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou Quase todos os dias
a. Derivados do tabaco	0	3	4	5	6
b. Bebidas alcoólicas	0	3	4	5	6
c. Maconha	0	3	4	5	6
d. Cocaína, Crack	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas ou êxtase	0	3	4	5	6
f. Inalantes	0	3	4	5	6
g. Hipnóticos / sedativos	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos	0	3	4	5	6
i. Opióides	0	3	4	5	6
j. Outras, especificar	0	3	4	5	6

4. Durante os três últimos meses / Antes de vir para o CENSE, com que frequência seu consumo de (primeira droga, depois a segunda droga, etc.) resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou Quase todos os dias
a. Derivados do tabaco	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcoólicas	0	4	5	6	7
c. Maconha	0	4	5	6	7
d. Cocaína, Crack	0	4	5	6	7
e. Anfetaminas ou êxtase	0	4	5	6	7
f. Inalantes	0	4	5	6	7
g. Hipnóticos / sedativos	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos	0	4	5	6	7
i. Opióides	0	4	5	6	7
j. Outras, especificar	0	4	5	6	7

5. Durante os três últimos meses / Antes de vir para o CENSE, com que frequência, por causa do seu consumo de (primeira droga, depois a segunda droga, etc.) você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou Quase todos os dias
a. Derivados do tabaco	0	5	6	7	8
b. Bebidas alcoólicas	0	5	6	7	8
c. Maconha	0	5	6	7	8
d. Cocaína, Crack	0	5	6	7	8
e. Anfetaminas ou êxtase	0	5	6	7	8
f. Inalantes	0	5	6	7	8
g. Hipnóticos / sedativos	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos	0	5	6	7	8
i. Opióides	0	5	6	7	8
j. Outras, especificar	0	5	6	7	8

6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc.)	Não, nunca	Sim, nos últimos 3 meses	Sim, mas não nos últimos 3 meses
a. Derivados do tabaco	0	6	3
b. Bebidas alcoólicas	0	6	3
c. Maconha	0	6	3
d. Cocaína, Crack	0	6	3
e. Anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. Inalantes	0	6	3
g. Hipnóticos / sedativos	0	6	3
h. Alucinógenos	0	6	3
i. Opióides	0	6	3
j. Outras, especificar	0	6	3

7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc.) e não conseguiu?	Não, nunca	Sim, nos últimos 3 meses	Sim, mas não nos últimos 3 meses
a. Derivados do tabaco	0	6	3
b. Bebidas alcoólicas	0	6	3
c. Maconha	0	6	3
d. Cocaína, Crack	0	6	3
e. Anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. Inalantes	0	6	3
g. Hipnóticos / sedativos	0	6	3
h. Alucinógenos	0	6	3
i. Opióides	0	6	3
j. Outras, especificar	0	6	3

8. Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Apenas uso não médico)	
NÃO, nunca	
SIM, nos últimos 3 meses	
SIM, mas não nos últimos 3 meses	

PONTUAÇÃO PARA CADA DROGA:

Tabaco	
Álcool	
Maconha	
Cocaína	
Anfetaminas	
Inalantes	
Hipnóticos / Sedativos	
Alucinógenos	
Opióides	
Outras, especificar	

INSPEÇÃO DE MUCOSA

LESÕES FUNDAMENTAIS:

Sem lesão: ()

1. Semimucosa Labial Superior
2. Mucosa Labial Superior
3. Mucosa Alveolar Superior
4. Gengiva e Rebordo Superior
5. Palato Duro
6. Palato Mole
7. Orofaringe
8. Dorso da Língua
9. Bordas Laterais da Língua
10. Ventre Lingual
11. Assoalho Bucal
12. Gengiva e Rebordo Inferior
13. Mucosa Alveolar Inferior
14. Mucosa Jugal direita/esquerda
15. Mucosa Labial Inferior
16. Comissuras labiais

A. Mácula
B. Placa
C. Nódulo
D. Pápula
E. Vesícula
F. Bolha
G. Erosão
H. Úlcera
I. Fissura

() - ()
 () - ()
 () - ()
 () - ()
 () - ()
 () - ()
 () - ()

