



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

MARCELA APARECIDA TASSO PEREIRA

**USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E CONDIÇÕES DE
SAÚDE BUCAL DE ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A
LEI**

Londrina
2012

MARCELA APARECIDA TASSO PEREIRA

**USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E CONDIÇÕES DE
SAÚDE BUCAL DE ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A
LEI**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós
Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Coletiva da
Universidade Estadual de Londrina para a obtenção
do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Dinarte Ballester

Londrina
2012

**Catlogação elaborada pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da
Universidade Estadual de Londrina.**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

P436u Pereira, Marcela Aparecida Tasso.

Uso de substâncias psicoativas e condições de saúde bucal de adolescentes em conflito com a Lei / Marcela Aparecida Tasso Pereira. – Londrina, 2012.
77 f. : il. + apêndice e anexo no final da obra.

Orientador: Dinarte Alexandre Prietto Ballester.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina,
Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2012.

Inclui bibliografia.

1. Adolescentes – Saúde pública – Teses. 2. Adolescentes – Saúde bucal – Teses. 3. Adolescentes – Uso de drogas – Teses. 4. Odontologia sanitária – Teses. I. Ballester, Dinarte Alexandre Prietto. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU 616-053.6

MARCELA APARECIDA TASSO PEREIRA

**USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E CONDIÇÕES DE SAÚDE
BUCAL DE ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós
Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Coletiva da
Universidade Estadual de Londrina para a obtenção
do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Dinarte Ballester

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Dinarte A. Pietro Ballester
UEL – Londrina - PR

Prof. Dr. Juliano Pessan
UNESP – Araraquara - SP

Prof. Dr. Arthur Eumann Mesas
UEL – Londrina - PR

Londrina, 02 de março de 2012.

*Marido, Pai, Mãe, Irmãos, Família, Amigos ...
cada um com seu jeito de amar me ajudaram a
chegar aqui.*

AGRADECIMENTOS

Á Deus, força e amor que me impulsionam todos os dias a tentar ser melhor.

Á minha família pelo apoio e amor de sempre, mesmo nos momentos dolorosos pelos quais passamos nos últimos tempos. Vó obrigada pelo seu amor por nós.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Dinarte Ballester pela paciência, por sempre acreditar em mim, pelas palavras generosas na hora do desânimo, pela sabedoria na condução deste trabalho.

Aos titulares da banca examinadora Prof. Dr. Juliano Pelim Pessan e Prof. Dr. Arthur Eumann Mesas, e aos suplentes Profa. Dra. Regina Melchior e Profa. Dra. Sandra Vargas pela disponibilidade e contribuições valiosas a este trabalho.

Aos professores do Mestrado em Saúde Coletiva da UEL pela amizade o profissionalismo que conduziram este período desvelando a realidade a nossa volta, modificando nosso jeito de ver o mundo, tornando-nos com certeza seres humanos melhores. E que isto possa ser transmitido sempre a outras pessoas por todos nós.

Aos amigos do mestrado pelo riso e pelo choro, pela companhia e compreensão nas horas difíceis e pela celebração dos momentos de vitória. Em especial Kécia e Cybele.

Às amigas Cris e Daly por me recebido durante um ano todo, pela troca e pela amizade que ficou.

Aos colegas do CENSE que contribuíram para o desenvolvimento desta pesquisa em seu dia a dia de trabalho sempre com um sorriso no rosto. Em especial ao Diretor Vandir Soares da Silva e as minhas amigas Guerta e Amanda.

Aos adolescentes que aceitaram participar da pesquisa muitas vezes sem entender direito porque tantas perguntas, porém sempre dispostos a colaborar.

À Clari e Bia pelas quintas de conversas, Mel e Pipinha pelo companheirismo e amor incondicional.

E por fim ao grande amor da minha vida, meu marido Saulo, que sempre me fez olhar pra frente e enxergar um amanhã melhor.

*“Para tudo há um tempo, para cada coisa há
um momento debaixo dos céus.”*

Eclesiastes, 3.1

PEREIRA, Marcela Aparecida Tasso. **Uso de substâncias psicoativas e condição de saúde bucal de adolescentes em conflito com a lei.** 2011. 77p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina – PR, 2012.

RESUMO

O despertar para a adolescência e as mudanças de hábito implicam em riscos para a saúde bucal. O objetivo deste estudo foi de verificar as condições de saúde dos adolescentes do CENSE(Centro de Socioeducação)-Foz do Iguaçu com ênfase no uso de substâncias psicoativas e sua influência na saúde bucal. O estudo transversal foi realizado com participantes de 12 a 18 anos de idade (n=114), em internação provisória entre os meses de outubro de 2010 e março de 2011. Foram realizadas entrevistas e exames por um cirurgião dentista calibrado, buscando avaliar as condições socioeconômicas, o uso de substâncias psicoativas e aspectos de saúde bucal através dos índices CPOD (conforme recomendações da OMS) e o instrumento utilizado para mensurar o impacto das condições bucais na qualidade de vida dos adolescentes no último ano foi o Oral Health Impact Profile (OHIP-14). Foi feita análise descritiva dos dados e aplicação do teste qui-quadrado. A maioria dos entrevistados (62,3%) era de pardos ou negros, com renda familiar até um salário mínimo (50,9%) e não freqüentava a escola (63,2%). Entre os entrevistados, 78,1% fez uso de substâncias psicoativas no mês anterior à apreensão. As substâncias consumidas por mais dias no mês foram o tabaco (12 dias) e a maconha (11 dias), e a idade média de início de uso foi de 13,5 anos (DP±1,18). Com relação à saúde bucal 31,2% nunca foram ao dentista, o índice CPOD médio encontrado foi 5,16 (DP±3,34), 12,3% eram livres de cárie e 29,9% apresentaram índice CPOD maior que 6,0. Entre os adolescentes entrevistados 90% apresentou algum tipo de impacto da saúde bucal na qualidade de vida referida, medido pelo OHIP-14, 60% relatou já ter sentido dor nos dentes ou boca e 62% já se preocupou com os problemas bucais. A variável renda familiar baixa (p=0,01) e a presença de conflitos familiares (p=0,01) apresentaram significância com relação ao uso de substâncias psicoativas. Nesta pesquisa os indivíduos que faziam uso de substâncias psicoativas apresentaram proporcionalmente um maior impacto referido da saúde bucal na qualidade de vida, e ainda quanto maior o consumo durante o mês maior foi o impacto na saúde bucal entre os adolescentes do CENSE-FI. Clinicamente os indivíduos que não fizeram uso de substância apresentaram maior proporção de elementos dentais livres de cárie, enquanto os que fizeram uso apresentaram número maior de problemas dentais. Conclui-se que os adolescentes em internação provisória no CENSE-FI apresentaram uma condição de saúde bucal pouco satisfatória, com alta prevalência de impacto na qualidade de vida em decorrência de problemas bucais. O uso de substâncias psicoativas entre os adolescentes avaliados pode ter influenciado negativamente a saúde bucal.

Palavras-chave: Adolescentes. Saúde bucal. Uso de substâncias psicoativas.

PEREIRA, Marcela Aparecida Tasso. **Use of psychoactive substances and adolescents' oral health condition in conflict with the law.** 2011. 77p. Dissertation (Master in Collective Health) – State University of Londrina – PR, 2012.

ABSTRACT

The awakening for the adolescence and the changes in habits imply in risks for the oral health. The aim of this study was to verify the conditions of health of adolescents belonging to CENSE (Socio-education Center) - Foz do Iguaçu with emphasis on the use of psychoactive substances and its influence on oral health. The transversal study occurred with participants aged 12 to 18 years of age (n=114), under temporary hospitalization between the months of October 2010 and March 2011. Interviews and exams were carried out by a calibrated dentist, aiming at evaluating the socio-economical conditions, the use of psychoactive substances and aspects of the oral health through CPOD indexes (according to OMS recommendations) and the instrument utilized to measure the impact of oral conditions on the adolescents' quality of life; the last one showed last year was the Oral Health Impact Profile (OHIP-14). The descriptive data analysis and the chi-square test were performed. Most of the people interviewed (62,3%) were brown or black skinned, with a family income of a maximum of a minimum wage (50,9%) and did not use to go to school (63,2%). Among the people interviewed, 78,1% made use of psychoactive substances in the previous month to the apprehension. Substances consumed more days in a month were the tobacco (12 days) and the marijuana (11 days), and the average age of beginning using them was 13,5 years of age (DP±1,18). Regarding oral health, 31,2% never went to the dentist. The CPOD average index found was 5,16 (DP±3,34), 12,3% were free of caries and 29,9% presented a CPOD index over 6,0. Among the adolescents interviewed, 90% presented a certain type of impact onto the oral health in the referred quality of life, measured by OHIP-14, 60% reported they have already had toothache or pain in the mouth of any kind, and 62% have already felt concerned in what regards oral problems. The variable low family income (p=0,01) and the presence of familiar conflicts (p=0,01) presented themselves as being a risky factor for the use of psychoactive substances. In this research, the individuals who used psychoactive substances, presented proportionally a larger referred impact of oral health into their quality of life, and yet the larger the consumption was during the month, the larger the impact on oral health was among the adolescents belonging to CENSE-FI. Clinically, the individuals who did not make use of any substance, presented a larger proportion of free of caries dental elements, while those who made use of them presented a larger number of oral problems. It may be said that those adolescents under temporary hospitalization at CENSE-FI presented a low oral health condition, with a high prevalence of impact in the quality of life, due to oral problems. The use of psychoactive substances among the adolescents evaluated may have a negative influence to oral health.

Keywords: Adolescents. Oral health. Disorders of substance use.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Códigos para a definição da condição extra bucal	35
Figura 2 - Códigos para Lesão de Mucosa e Localização da Lesão.....	36
Figura 3 - Códigos e critérios utilizados para registrar as condições da coroa para cárie dentária.....	37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos adolescentes em conflito com a lei, em internação provisória do CENSE - Foz do Iguaçu – PR, 2011	40
Tabela 2 – Características quanto a frequência escolar dos adolescentes em conflito com a lei, em internação provisória do CENSE - Foz do Iguaçu – PR, 2011	41
Tabela 3 - Caracterização Familiar e de moradia dos adolescentes em conflito com a lei, em internação provisória do CENSE - Foz do Iguaçu – PR, 2011.....	42
Tabela 4 – Dias de uso de substâncias psicoativas nos últimos 30 dias dos adolescentes em conflito com a lei, em internação provisória do CENSE - Foz do Iguaçu – PR, 2011	43
Tabela 5 - Uso de substâncias psicoativas na vida, antes do último mês, dos adolescentes em conflito com a lei, em internação provisória do CENSE - Foz do Iguaçu – PR, 2011	44
Tabela 6 - Características sobre o uso de substâncias psicoativas dos adolescentes em conflito com a lei, em internação provisória do CENSE - Foz do Iguaçu – PR, 2011	45
Tabela 7 - Percepção quanto uso de substâncias psicoativas dos adolescentes em conflito com a lei, em internação provisória do CENSE - Foz do Iguaçu – PR, 2011	46
Tabela 8 - Caracterização o consumo de substâncias psicoativas, por substância, dos adolescentes em conflito com a lei, em internação provisória do CENSE – Foz do Iguaçu – PR, 2011	47
Tabela 9 - Confiabilidade do examinador quanto às respostas dadas pelos adolescentes em conflito com a lei, em internação provisória do CENSE - Foz do Iguaçu – PR, 2011	48
Tabela 10 - Características de saúde bucal dos adolescentes em conflito com a lei, em internação provisória do CENSE - Foz do Iguaçu – PR, 2011	49
Tabela 11 - Frequência do impacto relatado em cada item do OHIP-14 entre os adolescentes em conflito com a lei, em internação provisória do CENSE - Foz do Iguaçu – PR, 2011	50

Tabela 12 – Prevalência de impacto relatado das alterações bucais na qualidade de vida e escores do OHIP-14 entre os adolescentes em conflito com a lei, em internação provisória do CENSE - Foz do Iguaçu – PR, 2011.....	51
Tabela 13 - Comparação entre as variáveis sociodemográficas, familiares e escolares entre os adolescentes que fizeram uso de substâncias psicoativas na vida e os que não fizeram, que estão em conflito com a lei, em internação provisória do CENSE - Foz do Iguaçu – PR. 2011	52
Tabela 14 - Distribuição da frequência dos adolescentes em conflito com a lei de acordo com as variáveis relacionadas ao USP na vida e o impacto da SBRQV, que estão em internação provisória do CENSE - Foz do Iguaçu – PR. 2011	53
Tabela 15 - Distribuição do impacto de saúde bucal referido na qualidade de vida(OHIP 14), segundo uso de cada substâncias nos últimos 30 dias dos adolescentes em conflito com a lei, em internação provisória do CENSE - Foz do Iguaçu – PR, 2011.	54
Tabela 16 - Comparação do Índice CPOD e seus componentes entre os adolescentes que fizeram uso de substâncias psicoativas na vida e os que não fizeram, que estão em conflito com a lei, em internação provisória do CENSE - Foz do Iguaçu –PR, 2011	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atendimento Psicosocial
CEBRID	Centro Brasileiro de Estudos Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas
CENSE – FI	Centro de Socioeducação de Foz do Iguaçu - PR
CPOD	Índice de Dentes Cariados Perdidos e Obturados
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FEBEM	Fundação do Bem Estar do Menor
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial da Saúde
OHIP – 14	Oral Health Impact Profile
SBRQV	Saúde Bucal Referida na Qualidade de Vida
SDSP	Síndrome de Dependência de Substâncias Psicoativas
SINASE	Sistema Nacional de Socioeducação
SUPERA	Sistema para detecção de Uso abusivo de dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento
USP	Uso de Substâncias Psicoativas

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1	MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS.....	20
2.2	ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE.....	21
2.3	ADOLESCENTES E USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	22
2.4	USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E SAÚDE BUCAL	25
3	OBJETIVOS	31
3.1	OBJETIVO GERAL	31
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	31
4	METODOLOGIA	32
4.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA	32
4.2	LOCAL DO ESTUDO	32
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	31
4.4	COLETA DE DADOS	32
4.5	VARIÁVEIS	32
4.5.1	Investigação Socioeconômica e de Uso de Substâncias Psicoativas	32
4.5.2	Investigação de Saúde Bucal.....	34
4.5.3	Condição Extra Bucal	35
4.5.4	Lesão de Mucosa Bucal	36
4.5.5	Cárie Dentária	36
4.5.6	Impacto da Saúde Bucal na Qualidade de Vida.....	40
4.5.7	Processamento e Análise dos dados.....	41
4.6	COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS.....	41
5	RESULTADOS	40
5.1	CONDIÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS	40
5.2	CARACTERIZAÇÃO DO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	42

5.3	CARACTERIZAÇÃO DA SAÚDE BUCAL	51
5.4	ASSOCIAÇÕES ENTRE VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E O USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS.....	51
5.5	ASSOCIAÇÕES ENTRE E SAÚDE BUCAL E O USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	52
6	DISCUSSÃO	55
6.1	CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS	55
6.2	SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS.....	61
6.3	SAÚDE BUCAL.....	59
6.4	A SAÚDE BUCAL E O USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS.....	60
7	CONCLUSÕES	62
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
	REFERÊNCIAS	65
	APÊNDICES	69
	APÊNDICE A	70
	APÊNDICE B.....	71
	ANEXO	76
	ANEXO A	77

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1999), adolescência compreende a segunda década da vida, de 10 a 19 anos e considera que a juventude se estende dos 15 aos 24 anos.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) foi instituído pela Lei 8.069 no dia 13 de julho de 1990 e regulamenta os direitos das crianças e dos adolescentes inspirado pelas diretrizes fornecidas pela Constituição Federal de 1988. O ECA reconhece as crianças e adolescentes como pessoas em condição peculiar de desenvolvimento físico, psicológico e moral, define adolescente como pessoa entre 12 e 18 anos completos (BRASIL, 1990a).

A adolescência é uma fase de transição envolvendo intenso crescimento e maturação do Sistema Nervoso Central, sendo a passagem da infância para a idade adulta. Envolve o crescimento físico, amadurecimento psicológico e da sexualidade, assim como mudanças nas relações como a família (BRASIL 2005).

A mudança da neurobiologia na adolescência pode ser um dos fatores que colabora com o aumento dos comportamentos de alto risco e desinibição associados com o desenvolvimento da Síndrome de Dependência de Substâncias Psicoativas (SDSP) (SCHEPIS; ADINOFF; RAO, 2008).

O início do uso de substâncias psicoativas, que causam dependência, para Schepis, Adinoff e Rao (2008) parece ser um fenômeno adolescente, a SDSP pode estar relacionada com a necessidade de afirmação dos pares, a diminuição do monitoramento dos pais e a necessidade de correr riscos. Segundo estes autores, quase 60% dos indivíduos que fazem uso frequente de substâncias psicoativas iniciaram a experimentação antes de 18 anos, e 80% dos que fizeram uso de álcool e cigarro nesta faixa etária tornaram-se usuários, fazendo uso no mínimo uma vez por semana.

Na adolescência, a autoafirmação e a união em grupos onde os membros devem seguir um determinado comportamento para serem aceitos, pode acarretar um maior risco para se cometer um ato infracional.

Segundo o ECA:

- ✓ Art. 103. Considera-se ato infracional a conduta descrita como crime ou contravenção penal.
- ✓ Art. 106. Nenhum adolescente será privado de sua liberdade senão em flagrante de ato infracional ou por ordem escrita e fundamentada da autoridade judiciária competente (BRASIL, 1990a).

Dependendo da gravidade do ato infracional, o adolescente deverá cumprir uma medida socioeducativa:

- ✓ Art. 112. Verificada a prática de ato infracional, a autoridade competente poderá aplicar ao adolescente as seguintes medidas:
 - I – Advertência;
 - II – Obrigação de reparar o dano;
 - III – Prestação de serviço à Comunidade;
 - IV – Liberdade Assistida;
 - V – Inserção em regime de semiliberdade;
 - VI – Internação em estabelecimento educacional;
 - VII – Qualquer uma das previstas no art. 101, I a VI.

A cidade de Foz do Iguaçu fica na tríplice fronteira entre Brasil, Paraguai e Argentina, uma região que é uma região com alto índice de tráfico para o tráfico de armas e drogas. Em pesquisa realizada pela Secretaria Nacional de Direitos Humanos, a cada coorte de 1.000 crianças que chegam aos 12 anos de idade, em Foz do Iguaçu, cerca de 12 seriam vítimas de homicídio antes de completar 19 anos, sendo a primeira cidade em risco de homicídios de adolescentes do sexo masculino no Brasil (IHA, 2010).

Dos adolescentes que praticaram ato infracional e estão em conflito com a lei, grande parte tem experiência com o uso de drogas. Cavalieri (2002) cita que 85,6% faziam uso de entorpecentes antes da apreensão, especialmente, de maconha (67,1%), álcool (32,4%), cocaína/crack (31,3%) e inalantes (22,6%).

A dependência do uso de substâncias psicoativas é considerada uma doença causada por fatores biopsicossociais. A OMS (2001) recomenda a seguinte classificação para as pessoas que fazem uso: Não usuário - nunca utilizou; Usuário leve - utilizou substâncias psicoativas, mas no último mês o consumo não foi diário ou semanal; Usuário moderado - utilizou substância psicoativa semanalmente, mas não diariamente no último mês; Usuário pesado - utilizou substância psicoativa diariamente no último mês.

O uso de substâncias psicoativas por crianças e adolescentes está ligado a atos infracionais e violências. Entre estudiosos (ASSIS, 2005; CARLINI, 2010; CAVALIERI, 2002) existe um consenso de que as atividades para obter dinheiro, comprar as drogas e o tráfico de drogas por si só geram atos infracionais e comportamentos violentos. Assim os profissionais da saúde devem estar atentos para compreender e conhecer este cenário a fim de prestar um atendimento integral e de qualidade a esses indivíduos como rege a Lei Orgânica

da Saúde 8.080 de 1990, já que este contexto é hoje no Brasil um grave problema de saúde pública (BRASIL, 1990b).

O problema de álcool e drogas neste país tem sido endereçado aos ambulatórios especializados, às inúmeras comunidades terapêuticas de orientação religiosa, aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) para álcool e drogas, aos hospitais psiquiátricos e aos hospitais gerais. A espera para um atendimento nessa área leva, em média, de três a cinco meses e, para o adolescente, o acesso torna-se bem mais difícil, pelo número reduzido de serviços para essa faixa etária (PILLON; MARTINS, 2008).

Na odontologia, o atendimento aos pacientes que fazem uso de substâncias psicoativas é pouco estudado, principalmente no Brasil, apesar do crescente aumento deste fenômeno social. Para Shetty e Mooney (2010) existe uma desconexão entre os pesquisadores da saúde bucal e do uso de substâncias psicotrópicas. Tomita et al. (2002) afirmam que muitos cirurgiões-dentistas desconhecem como atuar sobre essa parcela da população.

O uso de substâncias psicoativas, além de comorbidades como hipertensão, distúrbios mentais, distúrbios neurológicos, distúrbios sensoriais entre outros têm implicações diretas na saúde bucal dos usuários. Os problemas frequentemente encontrados por Shetty e Mooney (2010) foram baixa autoestima com a aparência dental, dentes quebrados pelo apertamento e erosão dental. Além disso, usuários de substâncias psicoativas apresentaram maior perda dental que a população em geral, assim como uma pobre higiene oral.

Tomita et al. (2002) citam algumas consequências do uso abusivo de drogas para a saúde bucal, dentre as quais se destacam xerostomia, índice de Dentes Cariados Perdidos e Obturados (CPOD) elevado, diminuição do fluxo salivar e capacidade tampão, bruxismo, doença periodontal, gengivite, queilite angular e estomatite. Também ocorre um mascaramento da dor, devido ao efeito analgésico dos narcóticos. Tomita et al. (2002) dizem ainda que a odontologia, além de aliviar a dor, pode contribuir para a reabilitação desses pacientes, auxiliando no desenvolvimento da autoestima e ampliando a interação social.

A sensibilização da presente autora quanto a esse assunto surgiu da experiência profissional de cinco anos, como odontóloga da unidade socioeducativa de Foz do Iguaçu. O atendimento aos internos é sempre um grande desafio, seja pela peculiaridade do ser adolescente, pela condição de institucionalizados, pelo alto consumo de substâncias psicoativas ou ainda pela condição precária de saúde bucal.

Essa experiência despertou a necessidade de um atendimento diferenciado a esses pacientes no que se refere à sua saúde bucal negligenciada durante toda a vida. Para a grande parte dos indivíduos, é a chance de realizar um tratamento odontológico que responda

às suas necessidades, tanto estéticas e psicológicas quanto biológicas.

A revisão bibliográfica apresentada a seguir aborda aspectos de saúde geral dos adolescentes, aspectos de institucionalização, saúde bucal e uso de substâncias psicoativas, bem como o papel da atuação do profissional de odontologia no enfrentamento a esses graves problemas de saúde pública da adolescência.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS

Em seu artigo 227, a Constituição Brasileira prevê que 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 cultura, 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 (BRASIL, 1988).

Os artigos 1º e 3º do ECA afirmam que crianças e adolescentes gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral, assegurando-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade (BRASIL, 1990a).

Freddo e Aerts (2008) citam a adolescência como sendo um período da vida importante para a formação do indivíduo e nesta etapa, a saúde geral dos indivíduos é bastante satisfatória. Porém, os hábitos de vida pouco saudáveis durante a adolescência constituem-se em fatores de risco para doenças principalmente na vida adulta.

O perfil dos adolescentes que cometeram infrações, conforme Neto, Moreira e Sucena (2001), é caracterizado pelo pouco estudo, múltiplas reprovações, defasagem escolar, trabalho infantil com baixa remuneração e exclusão de direitos trabalhistas, todos esses fatores colaborando para a baixa autoestima.

As unidades socioeducativas são locais destinados ao atendimento de adolescentes apreendidos com idade entre 12 e 18 anos, enquanto aguardam decisão judicial quanto ao ato infracional cometido. O tempo de apreensão para os adolescentes em regime de internação provisória é de 45 dias, no máximo. Após decisão judicial de internação, o tempo de medida socioeducativa pode variar de 6 meses a 3 anos. Essa variação de tempo está relacionada ao ato infracional praticado e ao comportamento do adolescente, ou seja, de acordo com a progressão do adolescente dentro da unidade de socioeducação. Conforme o ECA, artigo 121 (inciso 2º) a medida não comporta prazo determinado, devendo sua manutenção ser reavaliada mediante decisão fundamentada, no máximo, a cada seis meses (BRASIL, 1990a). Essa fundamentação deve ser elaborada por equipe multiprofissional que conhece e trabalha com esse adolescente.

As questões de assistência social no país, durante a maior parte do século XX, foi tratada como “questão de polícia”. De modo gradativo, a área da assistência social trouxe para a esfera dos direitos, lutando por estabelecer uma compreensão dos processos de exclusão como determinantes da questão social. No entanto, do ponto de vista das políticas de juventude, a visibilidade que ocorre origina-se, sobretudo, dos adolescentes pobres, em situação de rua ou em conflito com a lei.

Segundo Sposito, Silva e Souza (2006), ao analisar-se as políticas federais voltadas para a juventude, verifica-se que a emergência das ações ocorreu na segunda gestão do governo Fernando Henrique Cardoso, sobretudo a partir de 1997. Nesse momento, foi intensa a repercussão pública do assassinato do índio Galdino por jovens de camadas socioeconômicas médias, e a associação entre juventude e violência fez-se mais forte. Mas é preciso considerar, também, que o clima decorrente das rebeliões de jovens em conflito com a lei nas dependências de várias unidades estaduais da Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor (FEBEM) aparece largamente retratado pela imprensa a partir de meados da década de 1990, induzindo a uma visibilidade perversa de vários segmentos de adolescentes pobres.

Para normatizar o atendimento a esses jovens, a Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República e o Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente apresentam o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE que busca consolidar o adolescente como sujeito de direitos, em condição peculiar de desenvolvimento; busca o respeito à diversidade étnico-racial, gênero e orientação sexual no atendimento; a garantia de atendimento especializado para adolescentes com deficiência e em sofrimento psíquico; a afirmação da natureza pedagógica e sancionatória da medida socioeducativa; primazia das medidas socioeducativas em meio aberto; reordenamento das unidades em meio fechado mediante parâmetros pedagógicos e arquitetônicos (BRASIL, 2006).

A portaria 647 de novembro de 2008, que prevê a implantação de ações de prevenção e cuidados específicos, com prioridade para o desenvolvimento integral da adolescência, em particular, a saúde mental; a atenção aos agravos psicossociais, a atenção aos agravos associados ao uso de álcool e outras drogas, sob a perspectiva da redução de danos, a saúde sexual e saúde reprodutiva, a atenção às DST/HIV/Aids e às hepatites e a atenção aos adolescentes com deficiências. A lei reforça a necessidade de proteção à criança e ao adolescente (BRASIL, 2008a).

2.2 ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DOS ADOLESCENTES

Adolescentes e jovens são considerados pessoas saudáveis e assim não recebem a devida atenção à saúde, com excessão dos aspectos da saúde reprodutiva. Hoje, porém, as condições de saúde desse grupo populacional tornaram-se um diferencial que evidencia sua vulnerabilidade frente às diferentes formas de violência e à crescente mortalidade. As causas externas ocupam o primeiro lugar entre jovens de 10 a 19 anos (70,7%), sendo que as agressões, com 58,7%, foram a principal causa de morte para adolescentes de 15 a 19 anos de idade. De 1996 a 2006, os homicídios na população com idade entre 15 e 24 anos passaram de 13.186 para 17.312, com aumento de 31,3%. Esse crescimento foi superior aos homicídios na população total, que aumentaram em 20% nesse período (BRASIL, 2010b).

A odontohebiatria em saúde pública surgiu para reorganizar a prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) aos adolescentes. As doenças e agravos em saúde bucal devem ser considerados problemas de saúde pública pela sua alta prevalência. Além de elevada demanda aos serviços públicos, grande impacto sobre a vida dos indivíduos, principalmente em termos de dor, desconforto, limitação, deficiência social e funcional as quais interferem sobre a qualidade de vida das comunidades (ROUQUAYROL, 2003).

Souza et al. (2010) em levantamento no Estado de São Paulo para descrever a experiência de cárie e o acesso aos serviços de saúde bucal entrevistou 1824 adolescentes, 9,5% estavam livres de cárie, 68% relatou precisar de atendimento odontológico. Aqueles que relataram não necessitar de tratamento odontológico, que classificaram de forma positiva a saúde bucal, a mastigação, a fala, responderam que a saúde bucal não afetava seus relacionamentos e não tiveram dor, foram os que apresentaram menor experiência de cárie.

Ramos-Jorge et al. (2007) investigaram o impacto do tratamento de dentes fraturados nas atividades diárias de adolescentes brasileiros. A amostra foi composta de 40 adolescentes entre 10 e 19 anos, que tinham se submetido a tratamento restaurador para fratura dental há mais de seis meses. O grupo controle foi composto de 160 adolescentes que não apresentavam história de traumatismo dentário. Entre os adolescentes com história de tratamento restaurador de dentes fraturados, 40% apresentaram pelo menos uma atividade diária afetada negativamente. No grupo controle apenas 16,9% relataram algum impacto da condição bucal nas atividades diárias. Adolescentes com histórico de traumatismo dentário apresentaram maior prevalência de impacto negativo relatado na

qualidade de vida relacionado às condições bucais, mesmo após o tratamento restaurador, em comparação com adolescentes sem história de traumatismo dentário.

Biazevic et al. (2008) avaliaram a condição de saúde bucal e sua relação com a qualidade de vida em 247 adolescentes brasileiros entre 15 e 17 anos. Os participantes realizaram exames clínicos para determinar a prevalência de cárie 18 dentária, doença periodontal e fluorose. Foi encontrada alta prevalência de cárie (88% dos participantes) e correlação positiva deste agravo com o OHIP. Não houve associação entre doença periodontal e fluorose com impacto negativo na qualidade de vida.

Com a divulgação dos principais resultados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal - SB BRASIL 2010 concluiu-se que o Brasil entrou no grupo de países com baixa prevalência da cárie dentária na faixa etária de 12 anos de idade. Segundo classificação da Organização Mundial de Saúde, o índice CPOD (Dentes Cariados Perdidos e Obturados) nessa faixa etária deve estar situado entre 1,2 e 2,6 e em nosso país o índice é atualmente 2,1 (Brasil, 2010a). Para a faixa etária de 15 a 19 anos o índice mudou de 6,1 em 2003 para 4,2 em 2010 uma redução significativa que mostra o avanço da política nacional de saúde bucal. Porém, ainda é preciso melhorar o acesso dos adolescentes aos serviços de saúde.

2.3 ADOLESCENTES E USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

O padrão descrito pela OMS para uso em epidemiologia sobre o uso de substâncias psicoativas é: uso na vida alguma vez na vida; uso no ano - uso, ao menos uma vez, nos últimos 12 meses; uso no mês - uso, ao menos uma vez, nos últimos 30 dias; uso frequente - uso, em 6 ou mais vezes, nos últimos 30 dias; uso pesado - uso, em 20 ou mais vezes, nos últimos 30 dias; uso abusivo - padrão de uso que tenha causado um dano real à saúde física ou mental do usuário, mas a pessoa ainda não preenche critérios para ser considerada dependente; dependência - conjunto de sinais e sintomas que determinam que a pessoa está dependente da substância (Brasil, 2008b).

As bebidas alcoólicas, entre as substâncias psicoativas ocupam o topo da lista de consumo por adolescentes, tornando-se assim um problema de saúde pública (BRASIL, 2010b). O I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira de 2007 aponta que o início do consumo entre adolescentes de 14 a 17 anos, é de 13,9 anos. Entre os jovens com idade de 18 aos 25 anos, a idade média de início foi de 15,3 anos. Com relação ao consumo regular, observa-se que os adolescentes (14-17 anos) adquiriram este comportamento em média aos 14,6 anos. Já os jovens (18-25 anos)

começaram por volta de 17,3 anos (LARANJEIRA, ZALESKI, 2010). Ou seja, os jovens estão iniciando a experimentação e o consumo desta substância cada vez mais cedo.

A adolescência tem suas características peculiares como as flutuações de humor; a atemporalidade; o imediatismo e a impulsividade; o pensamento mágico e a onipotência; a ambivalência ou as manifestações contraditórias de conduta; a rebeldia; a emancipação e os conflitos familiares (BRASIL, 2005). Estas características que fazem parte da passagem da infância para a vida adulta e veem acompanhadas por enormes mudanças, confirmando-se assim esta como uma idade de grande vulnerabilidade. Uma série de circunstâncias podem estar associadas ao consumo das bebidas alcoólicas por adolescentes, destacando-se maior aceitação pelos pares, estímulo ao consumo em doses maiores, adoção de atitudes com baixa percepção de riscos, maior exposição a acidentes, violência e doenças sexualmente transmissíveis, entre outros (BRASIL, 2008b). Assim, o abuso de drogas seria um dos mecanismos utilizados para escapar das dificuldades enfrentadas pelo adolescente e um gatilho que disparara a criminalidade.

Para Cavalcante et al. (2008), a adolescência deve ser observada não apenas sob o ponto de vista biológico, mas também social e, principalmente, psicológico. Nessa fase, o conceito de interação grupal é perceptível, e o adolescente busca pertencer a um grupo com o qual se identifica. Este terá a capacidade de influenciar suas ações e fará com que adote atitudes as quais serão a prova de sua aceitação na “tribo”. Justamente em um período em que o grupo de amigos é fundamental, os conflitos familiares atingem o pico, fazendo com que os pais percam um pouco do seu poder de controle sobre os filhos, que buscam a imagem de adulto independente no grupo de amigos no qual estão inseridos, o que é uma tendência natural dos adolescentes.

Conforme Fonseca (2009) entre os prejuízos causados pelo uso de substâncias psicoativas na adolescência, estão prejuízos ao cérebro, danos em órgãos importantes, doenças contagiosas (HIV, hepatite, doenças sexualmente transmissíveis, etc), o não uso de métodos anticoncepcionais levando a gravidez na adolescência, envolvimento em atividades criminosas, e fracasso escolar.

O fenômeno do uso de substâncias psicoativas se constitui hoje no mundo numa questão de saúde pública. É tratado como um problema social com impactos diretos na saúde do indivíduo, família, comunidade e sociedade em geral. Os problemas originados das drogas são complexos e dinâmicos. Assim, toma-se como pressuposto que as relações que envolvem o uso e abuso de substâncias lícitas e ilícitas constituem um cenário de vulnerabilidade à violência. Por tanto, configura-se como um problema dos mais complexos e

desafiantes enfrentados pelos governantes dos países desenvolvidos e principalmente dos países em desenvolvimento no mundo (ABREU; LEAL; GARCIA, 2007).

Pillon e Martins (2008), em pesquisa com adolescentes cumprindo medidas socioeducativas, encontraram que os adolescentes tinham idade média de 12 anos quando experimentaram maconha, cigarro e álcool pela primeira vez, 63,3% relataram que, apesar de estarem na presença dos amigos, tinham experimentado por vontade própria. As drogas mais usadas pelos adolescentes eram, em primeiro lugar, a maconha 82%, seguida pelo álcool 73,3% e tabaco 77%. E ainda, quanto mais novo fez uso de álcool e maconha pela primeira vez, mais novo cometeu delitos.

Muitas vezes a droga é consumida por jovens que vivem na rua, onde há ausência de suporte social eficaz. Eles praticam delitos para adquirir o que desejam, têm relação estreita com violências como sexual e policial, convivem com a debilidade física causada pela alimentação escassa e irregular. “Predominam usuários jovens, do sexo masculino. O uso pelo grupo que vive em situação de rua é até 12 vezes maior que pelo restante da população. Em alguns contextos mais graves, crianças muito jovens, de até 8 anos, podem ser induzidas ao consumo”(MACHADO, 2010).

Conforme Ferigolo e Barbosa (2004), indivíduos do sexo masculino e albergados por atos infracionais apresentam maior probabilidade de já terem utilizado drogas ilícitas. Levantamentos sobre consumo de drogas entre crianças em situação de rua, albergadas em abrigos especiais não-governamentais, de seis capitais brasileiras revelaram que o uso experimental de drogas, além do álcool e tabaco, fica em torno de 90%. Em Porto Alegre, o uso de solventes prevaleceu (64%), seguido pelo uso de maconha (39%) e cocaína (28%). Por outro lado, crianças que ficam pelas ruas por algumas horas do dia, mas que moram com a família e vão à escola, afirmaram ter usado drogas ilícitas em frequência menor do que 12%, ou seja, próximo do que é relatado pelas crianças que estudam em escolas públicas. Menores moradores de sem contato com a família e que não frequentam escola têm índices quatro vezes maiores de uso de drogas ilícitas, em torno de 68%.

Sanchez et al. (2005) realizaram uma pesquisa que mostra a taxa de desistência escolar entre adolescentes não usuários de substâncias psicoativas de 35% enquanto no grupo dos usuários o número é de 70%, mais uma comprovação do prejuízo destas substâncias. Carlini et al. (2010) comparando dois levantamentos domiciliares sobre o uso de drogas no Brasil em 2001, 19,4% dos entrevistados relataram ter usado algum tipo de droga e, em 2004, foi 22,8% de uso na vida de drogas, um aumento estatisticamente significativo.

Para Minayo (2005) está claro que um adolescente que usa maconha em princípio busca prazer e não dor e sofrimento. Em geral, busca extroversão, prazer, novas sensações, compartilhamento grupal, diferenciação, autonomia e independência em relação à família, dentre outros efeitos. Os profissionais que atuam na prevenção precisam ter conhecimento sobre o assunto, sob pena de não desenvolverem uma compreensão suficientemente ampla e profunda do fenômeno do uso de drogas.

A primeira lei antidrogas do Brasil é a lei 6368/76, de caráter puramente repressor tanto à comercialização, quanto ao consumo de drogas. Já a Lei n. 11.343, de 23 de agosto de 2006, denominada “Nova Lei de Drogas”, instituiu mudanças sensíveis na normatização no que diz respeito ao consumo de drogas reconhecendo o usuário como portador de um distúrbio e não apenas um criminoso.

Dentre as várias formas de participação da sociedade civil, Abreu et al. (2008) colocam o controle social possível de ser desenvolvido pelos Conselhos Antidrogas (nos três níveis de poder) na arbitragem dos interesses em jogo e acompanhamento das decisões segundo critérios pactuados. Cria-se uma nova perspectiva na qual, ao se democratizarem decisões, configura-se a presença de sujeitos que se contrapõem, têm força e presença para pressionar e ter protagonismo.

Sendo assim, existem desafios urgentes como oferecer um tratamento público digno aos dependentes químicos, desenvolver ações amplas, profundas e imediatas para a prevenção ao uso de todos os tipos de drogas para toda a população, controlar a publicidade das drogas lícitas e envolver toda a sociedade na discussão de como enfrentar o fenômeno das drogas, valorizando a saúde e a vida.

No Brasil, até muito recentemente, o uso e abuso de drogas se constituía num problema à parte dos serviços de saúde e, portanto, do âmbito de serviços especializados. A maioria dos Estados brasileiros não possuía Centros de Referência para atenção aos usuários de drogas e para a capacitação de novos profissionais. Somente nos últimos anos é que, por meio de várias Portarias, o Ministério da Saúde tem estendido a atenção ao uso e abuso de drogas aos Serviços de Saúde em geral, inclusive aos Programas de Atenção Básica à Saúde (Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS e Programa de Saúde da Família - PSF). As consequências da falta de uma rede de atendimento a usuários de substâncias psicoativas incluem desconhecimento da real dimensão do problema, ou seja, não se sabe quantas pessoas no Brasil fazem uso, abusam ou são dependentes de drogas; o estigma e os estereótipos relacionados às pessoas que usam drogas, sobretudo, as ilícitas, que as afastam dos serviços de saúde; e a falta de profissionais de saúde com treinamento mínimo

necessário para realizar os cuidados básicos e o encaminhamento adequado dessa população (BRASIL, 2008).

Hoje o objetivo central da política de álcool e outras drogas do SUS é ampliar o acesso ao tratamento mudando o antigo modelo assistencial (centrado no hospital psiquiátrico), reduzindo a exclusão e a falta de cuidados e evitando internações desnecessárias e os adolescentes precisam estar incluídos nestas políticas.

2.4 USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E SAÚDE BUCAL

Anderson e Farrow (1998) pesquisaram os problemas de saúde mais frequentes entre adolescentes. Nos centros de detenção permanente, as visitas mais recorrentes ao centro de saúde foram em decorrência de problemas bucais/dentais (65,9%), seguido por transtornos psiquiátricos (44,9%), afecções dermatológicas (44,1%) e respiratórias (35,6%). Outro estudo em que também foram pesquisados os problemas de saúde mais comuns entre adolescentes em conflito com a lei, foi realizado na cidade de Zaragoza, Espanha. O vício e o abuso de substâncias psicoativas ilícitas foram os problemas mais comumente relatados, seguidos de comportamentos sexuais de risco e problemas dentais (OLIVAN, 2001).

Dados preliminares do “VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental” realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) no ano de 2010, 33% dos estudantes do ensino médio disseram ter tomado cinco doses de bebida alcoólica ou mais em uma única ocasião, no mês da pesquisa. O álcool foi a primeira droga experimentada pelos adolescentes, seguida de tabaco e inalantes. Os adolescentes experimentam álcool por volta dos 12 anos de idade; e tabaco, por volta dos 13 anos. O tabaco foi a segunda droga mais consumida pelos entrevistados, 23% dos meninos e 25% das meninas fumaram uma vez na vida.

Para Mezzich e Walter (2007), consumo de álcool e de tabaco são os comportamentos de risco mais fortemente relacionados à pobre saúde bucal. Shetty (2010) mostra que usuários de substâncias psicoativas têm saúde bucal ruim e ressaltam que as implicações na saúde oral levam à crescente preocupação com a saúde pessoal e gera sérias consequências à saúde pública. Tem-se uma grande parcela de adolescentes fazendo uso precoce (antes dos 15 anos) de álcool e outras substâncias o que pode levar à dependência. Além disso, sabe-se que o abuso de álcool e drogas, de forma independente ou em

combinação, é deletério para a saúde global e para a saúde bucal. A compreensão da verdadeira natureza do efeito destas exposições prejudiciais para vários componentes da experiência de cárie dental é digno de mais investigação científica (DASANAYAKE et al., 2010).

Não há publicação de estudos sobre o impacto do uso de substâncias psicoativas na saúde bucal de crianças. Porém adultos dependentes de substâncias psicoativas têm mais dentes ausentes, traumatizados, cariados e extraídos, bem como mais cálculo e doença periodontal (FONSECA, 2009).

Alguns fatores que podem contribuir para aumento do risco de doença dental entre os usuário de substâncias psicoativas: falta de uma adequada higiene oral, boca seca, cáries rampantes, dieta induzida por drogas (alto consumo de carboidratos), consumo de medicamentos, aumento da acidez na cavidade oral pelo consumo de drogas, vômitos, uso de alimentos muito açucarados, excessivo desgaste dentário (ROBINSON; ACQUAH, 2005).

Em estudo qualitativo com a realização de grupos focais (Robinson e Acquah, 2005), encontrou-se em relatos de pacientes usuários de substâncias psicoativas no sul de Londres que maioria dos indivíduos usuários de substâncias psicoativas fazia apertamento diurno, bruxismo noturno e apresentavam desordem temporomandibular, dificuldade em abrir a mandíbula ou mastigar devido à dor. Os indivíduos relataram ainda que muitas vezes foram ao hospital por quebrar ou perder os dentes durante acidentes e brigas.

Dasanayake et al. (2010) em pesquisa, na cidade de Londres, com 300 usuários de álcool e outras drogas e 363 usuários de álcool concluiu que o grupo “álcool e drogas” tinha um risco 38% maior de ter dentes cariados e também um risco maior de ter elementos dentais faltando em comparação com o grupo “álcool apenas”. Abusadores de álcool e drogas podem sentir a boca seca durante a noite, e existe a negligência tanto do cuidado pessoal ao não cuidarem da escovação quanto a ausência de cuidados profissionais. Usuários também podem consumir níveis mais elevados de carboidratos refinados para satisfazer as suas "laricas" (fome causada pelo consumo de algumas drogas) aumentando o risco da cárie.

Ainda sobre o hábito de fumar cigarro: o tabagismo afeta a composição do microfora oral devido a uma diminuição na tensão de oxigênio nas bolsas periodontais e pode levar a uma seleção de bactérias anaeróbias. Também pode afetar a capacidade de resposta das células imunológicas e com isso alterar a genética celular para susceptibilidade à doença periodontal. O tabagismo foi associado com menos dentes remanescentes em uma infinidade

de estudos transversais e à taxa elevadas de perdas dentais em estudos longitudinais com várias populações. Podendo chegar a uma chance de perda até três vezes maior nos fumantes em comparação com indivíduos que nunca fumaram. Estudos mostram que mesmo após a cessação do tabagismo o risco de perda dental continua elevado por anos, sendo maior nos primeiros anos e pode chegar a ser de 10 e 13 anos de risco aumentado. A função salivar assim como a capacidade tampão da saliva, que exerce um papel protetor importante contra a doença cárie, também são afetadas pela fumaça do cigarro. O tabagismo causa ainda manchamento nos dentes, restaurações e dentaduras, alteração de paladar e olfato, prejudica a cicatrização pós cirúrgica, aumenta a susceptibilidade à candidose oral e além de causar halitose. (DIETRICH et al, 2010).

Outra questão importante é o comportamento do paciente no consultório odontológico. Comorbidades psiquiátricas são frequentemente associadas com síndrome do uso de substâncias, transtornos de ansiedade, medo de dentistas, fobia, baixa tolerância à dor e agulha não são incomuns nesta população (FONSECA, 2009). Desmarcações ou cancelamentos são freqüentes devido à baixa prioridade dada à saúde bucal em relação à necessidade de obter drogas, falta de dinheiro (gasto principalmente em drogas), e um estilo de vida caótico (ROBINSON; ACQUAH, 2005).

Dores de dentes podem ser mascaradas por efeitos farmacológicos de certas substâncias (por exemplo, cocaína), atrasando a intervenção apropriada e ainda a resposta destes pacientes à anestesia local pode ser reduzida (SHETTY; MOONEY, 2010). Anestésicos locais contendo epinefrina ou levonordefrina devem ser administrados com cautela em pacientes que recentemente usaram drogas que produzem vasoconstrição (por exemplo, cocaína, maconha, ecstasy), devido à possibilidade de uma perigosa interação entre a droga e adrenalina que poderia levar a uma grave crise hipertensiva, infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral. Idealmente, o procedimento deve ser adiado por pelo menos 6 horas após o uso de drogas, se isso não for possível, o uso de um anestésico local sem vasoconstritor é indicado (FONSECA, 2009).

É por meio da boca que o ser humano se comunica, dá um sorriso, e também se beija. Portanto, é natural que seja esta, um motivo de preocupação para os adolescentes. A boca está intimamente relacionada com a sexualidade, seja através do beijo, através do aroma do hálito em conversas mais próximas, ou ainda via contato sexual (ELIAS et al., 2001).

Sendo a cárie uma doença bucal, Kriger et al. (2008) definem como determinantes do processo saúde-doença bucal os fatores biológicos, as condições socioeconômicas e os estilos de vida. Os fatores biológicos referem-se às questões da placa

bacteriana, dos processos de desmineralização e remineralização, da capacidade de recomposição do PH (capacidade tampão), da presença constante de flúor no meio bucal, do ciclo biológico e a exposição aos fatores de risco. As condições de vida referem-se ao saneamento básico, acesso à água fluoretada, o acesso aos serviços de saúde e educação, a organização destes serviços, ao poder aquisitivo, ao tipo de moradia, as políticas públicas. Os estilos de vida referem-se ao autocuidado (escovação, fio dental e alimentação), aos aspectos culturais (valores e conceitos), acesso e uso da informação, motivação, autoestima, as oportunidades para fazer escolhas e às experiências anteriores acumuladas. Portanto, interferem nos determinantes do processo saúde-doença bucais dimensões de ordem coletiva e individual, e atuando sobre esta diversidade é que devem se organizar as práticas das equipes de saúde bucal, e as políticas públicas em saúde.

Para Fonseca (2009), o profissional odontólogo pode ajudar a prevenir e detectar casos suspeitos de síndrome de uso de substâncias psicoativas dos pacientes atendidos, bem como os muitos aspectos comportamentais e orais presentes em adolescentes que usam substâncias ilícitas. O exame físico do paciente, bem como o acompanhante adulto podem revelar substâncias químicas no ar, rosto, cabelo, boca e roupas, ataxia, as infecções por via subcutânea, e /ou marcas de pista nos braços e pernas, exantema perioral, ulceração oral e nasal, sangramento nasal, e olhos vermelhos. A cada consulta o pacientes de ser investido sobre o uso de substâncias psicoativas.

Shetty e Mooney (2010), em pesquisa com 301 usuários de substâncias, encontraram que estes tinham higiene oral pobre e piores condições de saúde que o grupo control. Concluíram que doenças dentárias graves são uma das principais comorbidades médicas para se distinguir os usuários de substâncias.

Para que o profissional esteja apto a lidar com pacientes hebiatras drogados é necessário que conheça os tipos de drogas mais comumente encontradas na rotina do consultório ou ambulatório, para também saber detectar, por meio de exame clínico e físico, as possíveis alterações que possam estar ocorrendo na saúde geral e bucal (BUSSADORI; MASUDA, 2005).

A população de jovens cumprindo medida socioeducativa é formada por jovens que tiveram pouco acesso as necessidades básicas como educação e saúde. Em sua admissão na instituição, o indivíduo deve ser atendido de forma integral, pois a vida do ser humano é um verdadeiro labirinto, repleto de passagens e veredas que criam inúmeros caminhos possíveis de serem trilhados.

Ao profissional de odontologia cabe fazer um diagnóstico de saúde bucal

que deve dar conta de investigar as causas objetivas e subjetivas dos agravos bucais, buscando a promoção e prevenção em saúde. Daí a necessidade de se traçar um perfil de saúde deste jovem, conhecendo a condição de saúde bucal não só sob a ótica clínica, mas também através de um olhar multidimensional. Este permitirá aos profissionais envolvidos com esta realidade, o planejamento e a prática de programas de prevenção e promoção, em saúde bucal e ações quanto ao uso de substâncias psicoativas para os adolescentes em conflito com a lei.

Despertar o olhar do profissional para as peculiaridades do paciente que faz uso de substâncias psicoativas. Demonstrar a importância do Cirurgião Dentista para um atendimento integral e diagnóstico precoce do uso de substâncias, assim como para o processo de reabilitação deste paciente, na reconstrução da autoestima.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Verificar condições de saúde dos adolescentes do CENSE-Foz do Iguaçu com ênfase no uso de substâncias psicoativas e sua relação com a saúde bucal.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Descrever o perfil sócio demográfico dos adolescentes
- ✓ Descrever o perfil de uso de substâncias psicoativas
- ✓ Verificar condições clínicas de saúde bucal
- ✓ Investigar aspectos subjetivos da saúde bucal sobre a vida destes indivíduos
- ✓ Analisar a relação entre aspectos clínicos e subjetivos de saúde bucal e o uso de substâncias psicoativas

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Este é um estudo transversal, descritivo que verificou o perfil do uso de substâncias psicoativas e de saúde bucal dos adolescentes em internação provisória no CENSE - Foz do Iguaçu.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no município Foz do Iguaçu, localizado na tríplice fronteira entre Brasil, Argentina e Paraguai, região oeste do estado do Paraná, com população total de 250.918. A população de adolescentes, entre 10 e 19 anos, do sexo masculino no município foi estimada em 22.000, segundo o Censo de 2010 (IBGE, 2011).

Foz do Iguaçu possui uma rede de proteção ao adolescente chamada Rede Proteger que conta com a colaboração de várias instituições públicas e privadas da cidade, visando ao atendimento de crianças e adolescentes em situação de risco.

O atendimento no CENSE-FI também extrapola os muros da unidade e tem a colaboração das seguintes instituições no atendimento integral aos adolescentes: Conselho Tutelar, Comunidade Sagrada Família, Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), Programa Aprendiz, comunidade terapêutica CORDEAL (Centro de Orientação e Reintegração ao Dependente de Álcool e Drogas, Comunidade Terapêutica Esperança em Cristo, Hospital Dia Renascer, CAPS AD (Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas), CAPS – Saúde Mental, Hospital Vera Cruz, APPADOM (Associação de Pais, Parentes e Amigos de Doentes Mentais), Casa Ofício, Grupo AA, Vira-Vida, Hospital Municipal, Poliambulatório Nossa Senhora Aparecida, UPA (Unidade de Pronto Atendimento).

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Todos os adolescentes, entre 12 e 18 anos, do sexo masculino, atendidos na internação provisória do CENSE-FI no período de Outubro de 2010 a Março de 2011, sendo que não houve recusas, pois os indivíduos entendiam ser muito positivo para eles participarem da pesquisa. Os exames foram realizados no início da internação provisória, até o décimo dia

de internamento. Sendo assim obtivemos uma amostra de conveniência, colhida num período contínuo de 5 meses sendo entrevistados 114 indivíduos.

4.4 COLETA DE DADOS

As entrevistas e os exames foram realizados de segunda a sexta-feira no período diurno, na sala de visitas da internação provisória, sempre monitoradas pelos educadores sociais que deslocavam os adolescentes até a sala e faziam a supervisão de todo o procedimento.

A entrevista utilizando os questionários sobre condições socioeconômicas, uso de substâncias, saúde bucal e OHIP-14 foram aplicados pela pesquisadora e as respostas referidas pelos adolescentes. Em seguida foi realizado o exame para levantamento das condições de saúde bucal sob luz natural, com o auxílio de espátula de madeira, os sujeitos da pesquisa na posição sentada com a cabeça levantada e o examinador em pé a frente do sujeito. Os dados clínicos foram observados e anotados no formulário pela pesquisadora.

O formulário elaborado foi previamente testado em entrevistas com 10 adolescentes, o que resultou na modificação de algumas questões do formulário de coleta de dados, adaptando-o melhor ao perfil e realidade das entrevistas.

4.5 VARIÁVEIS

4.5.1 Investigação Socioeconômica e de Uso de Substâncias Psicoativas

O questionário foi baseado no formulário do manual do curso SUPERA (Sistema para detecção de uso abusivo de dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento, de 2009) (BRASIL, 2008) e seu objetivo foi avaliar a gravidade do uso de substâncias psicoativas em adolescentes, bem como problemas em outros aspectos de sua vida como situação escolar, relações familiares, fornecendo assim informações importantes que podem contribuir para o entendimento do uso abusivo e/ou dependência de substâncias psicoativas no mês anterior e também durante toda a vida do adolescente. Também foram incluídas duas questões preenchidas pela pesquisadora quanto à confiabilidade e compreensão das perguntas pelos adolescentes.

As seguintes variáveis sócio demográficas foram consideradas:

- a) Cor (categorizado conforme os critérios do IBGE BRASIL (2011):
Branco; Negro; Pardo; Índio; Amarelo
- b) Trabalho: não; sim (formal/informal)
- c) Renda familiar: valor em reais
- d) Escola: não; sim
- e) Série escolar: em anos
- f) Anos de estudo: em anos
- g) Faltas à escola no último mês: número de dias no mês
- h) Punições na escola no último mês: não; sim (qual?)
- i) Situação de moradia: com ambos os pais; com só um dos pais; com outros membros da família; com amigos; com namorado(a) ou cônjuge; sozinho
- j) Tempo nesta moradia: tempo em anos
- k) Satisfação com a moradia: não; sim
- l) Conflitos familiares: mãe; pai; irmãos; outros membros da família; responsável
- m) Sofreu agressões no último mês: nada; pouco; moderadamente; muito; demais

Para o uso de substâncias foram consideradas as variáveis:

- a) Uso de substâncias psicoativas nos últimos 30 dias, para as seguintes substâncias: álcool, tabaco, maconha, cocaína/crack, inalantes e outros
 - Número de dias que fez uso da substância no último mês
 - Idade de início do uso: em anos
 - Via de administração: via oral; nasal; fumada; injeção não endovenosa; injeção endovenosa.
- b) Uso de substâncias psicoativas durante a vida com exceção do último mês, para as seguintes substâncias: álcool, tabaco, maconha, cocaína/crack, inalantes e outros;
 - Idade de início: em anos
 - Idade de término do uso: em anos
 - Número de dias que fazia uso durante o mês
- c) Para classificar o uso de substâncias foi utilizada a seguinte

classificação(BRASIL, 2008b):

- Não usuário: nunca utilizou
 - Leve: já utilizou, mas no último mês o consumo não foi diário ou semanal
 - Moderado: uso semanal
 - Pesado: uso diário
- d) *Blackout* e *overdose*: não; sim. Sendo considerado blackout como um esquecimento do ocorrido na ocasião em que usou droga e overdose se já foi hospitalizado alguma vez pelo uso excessivo de substâncias psicoativas.
- e) Dinheiro gasto nos últimos 30 dias com uso de substâncias: valor em reais gasto com álcool, tabaco e outras drogas.
- f) Forma de obtenção das drogas ou do dinheiro para as drogas: favores sexuais; atividades ilegais (roubos, furtos...); amigos/familiares; traficante (conseguiu direto com o traficante ou trafica drogas)
- g) Incômodo por ter usado drogas nos últimos 30 dias, sendo perguntado sobre o álcool, tabaco e outras drogas categorizados: nada; pouco; moderadamente; muito; demais.
- h) Que importância teria um tratamento para o uso de drogas hoje para o indivíduo, sendo perguntado sobre o álcool, tabaco e outras drogas categorizados: nada; pouco; moderadamente; muito; demais.
- i) Avaliação da confiabilidade das respostas dadas:
- Resposta propositalmente errada: não; sim
 - Incapacidade de compreensão da resposta pelo indivíduo: não; sim.

4.5.2 Investigação de Saúde Bucal

Para a OMS (1993), os objetivos da padronização e calibração de examinadores são pertinentes para assegurar a interpretação, entendimento e aplicação uniformes dos critérios para as doenças e condições a serem observadas e registradas.

A autora deste trabalho foi a única examinadora em todas as fases da pesquisa. Assim para a calibração intra-examinador realizou-se uma revisão teórica do procedimento, códigos e critérios para uso do formulário da OMS para o índice CPOD.

Para verificação de concordância intra-examinador, utilizou-se o índice de concordância Kappa. Foram realizados exames clínicos nos adolescentes da internação, o período de tempo médio adotado entre as duas avaliações foi de 15 dias. Os procedimentos de calibração foram realizados até que se obteve excelente concordância intra-examinador de 0,90.

Durante a coleta de dados foi reexaminada 10% da amostra, a cada 10 adolescentes examinados voltava-se a examinar o primeiro. Durante o estudo a confiabilidade, medida pelo teste de Kappa foi de 0,95 para o índice CPOD.

Os aspectos de saúde bucal auto relatados pelos entrevistados foram:

- a) Já foi ao dentista: não; sim (público/ privado).
- b) Número de escovações diárias: 1; 2; 3 ou mais; nenhuma.
- c) Conhece alguma doença bucal: não; sim (qual?)

Outros aspectos foram avaliados através dos critérios e códigos descritos a seguir.

4.5.3 Condição Extra Bucal

Foram utilizados os códigos conforme preconiza a OMS (1999) observados no quadro abaixo:

Figura 1 - Códigos para condição extra bucal

Código	Condição Extra Bucal
0	Aparência extra bucal normal
1	Ulceração, feridas e lesões, fissuras (cabeça, pescoço, membros)
2	Ulceração, feridas erosões, fissuras (nariz, bochechas e mento)
3	Ulceração, feridas, erosões fissuras (comissura labial)
4	Ulceração, feridas, erosões, fissuras (vermelho dos lábios)
5	Cancrum Oris
6	Anormalidades nos lábios superior e inferior
7	Linfonodos enfartados (cabeça, pescoço)
8	Outros inchaços da face e maxilares
9	Sem registro

4.5.4 Lesão de Mucosa Bucal

Foram utilizados os códigos conforme preconiza a OMS (1999), observados no quadro abaixo:

Figura 2 - Código para Lesão de Mucosa e Localização da Lesão

Código	Lesão de Mucosa	Localização da Lesão
0	Ausência de condições anormais	Vermelhão dos lábios
1	Tumor maligno (câncer bucal)	Comissura Labial
2	Leucoplasia	Lábios
3	Líquem Plano	Sulcos
4	Ulceração (afta, herpes, trauma)	Mucosa vestibular
5	Gengivite necrosante aguda	Assoalho de boca
6	Candidíase	Língua
7	Linfonodos enfartados (cabeça, pescoço)	Palato mole e/ou duro
8	Outros inchaços da face e maxilares alveolares/gengiva	Rebordos alveolares/gengiva
9	Não registrado	Não registrado

4.5.5 Cárie Dentária

Índice CPOD

Para o estudo apresentado somente o estado das coroas dentárias foi registrado, os códigos e condições dentárias podem ser observados no quadro abaixo:

Figura 3 - Códigos e critérios utilizados para registrar as condições da coroa para cárie dentária.

Códigos		Condição Dentária
Coroa de dentes decíduos	Coroa de dentes permanentes	
A	0	Hígido
B	1	Cariado
C	2	Restaurado com cárie
D	3	Restaurado sem cárie
E	4	Perdido por cárie
-	5	Perdido por outras causas
F	6	Selante
G	7	Apoio de ponte ou coroa
-	8	Não erupcionado
T	T	Trauma
-	9	Excluído

Foram seguidos os critérios da OMS quanto à presença ou não de cárie. Manchas escuras em região de fóssulas ou fissura, com aparência de cárie inativa, foram classificadas como dente hígido. As lesões de mancha branca não foram avaliadas neste estudo. Quanto aos elementos perdido por cárie, perdido por outras causas e não erupcionado, o indivíduo era questionado quando havida dúvida se já havia extraído algum elemento dental, se já sofreu alguma queda ou se este dente não irrompeu.

O cálculo do índice CPOD de um indivíduo se dá pela somatória dos componentes C (“cariados”), P (“perdidos” ou extraídos por cárie) e O (“obturados” ou restaurados) nos dentes permanentes (OMS, 1999). Os componentes e a medida global de CPOD dos indivíduos examinados podem ser calculados através do seguinte procedimento:

- Componente C: contagem dos dentes classificados nos códigos 1e 2 (conforme figura 3);
- Componente P: contagem dos dentes classificados nos códigos 4 (conforme figura 3);
- Componente O: dentes código 3 (conforme figura 3).
- Índice CPOD: soma dos componentes C, P e O.

Os resultados do índice CPOD foram categorizados pelos tercís encontrados nos resultados:

- 0: livre de cárie
- 0,1 a 4,0
- 4,1 a 6,0
- 6,1 ou mais

4.5.6 Impacto da Saúde Bucal na Qualidade de Vida

Questionário “Oral health impact profile (OHIP-14)”

O questionário de impacto das condições de saúde bucal sobre a qualidade de vida (OHIP-14) foi utilizado como instrumento para verificar a experiência vivida pelo sujeito de pesquisa nos últimos 12 (doze) meses anteriores ao exame bucal. O instrumento foi aplicado em forma de entrevista. As dimensões de impacto na qualidade de vida acessadas por este questionário são: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e deficiência.

As respostas foram feitas numa escala de código que são: 0 = nunca; 1 = dificilmente; 2 = às vezes; 3 = quase sempre; 4 = sempre. Para os resultados foram utilizados os valores das respostas sendo o valor máximo de cada pergunta igual a 4, de cada dimensão 8. O índice OHIP-14 variou então de 0 a 56. A variável foi dicotomizada em presença de impacto na qualidade de vida (pelo menos uma resposta “às vezes”, “quase sempre” ou “sempre”) e ausência de impacto (apenas respostas “nunca” e “dificilmente” em todos os itens). Assim, quanto menor o valor tanto menor é o impacto negativo da saúde bucal sobre a qualidade de vida, o inverso também é verdadeiro, ou seja, quanto maior o valor do índice maior o impacto negativo da saúde bucal sobre a qualidade de vida. O mesmo raciocínio é válido para cada dimensão.

4.5.7 Processamento e Análise dos Dados

Os dados foram duplamente digitados em banco de dados criado no Epi info, versão 3.5.1 para Windows. Os arquivos foram comparados, os dados discrepantes corrigidos para obtenção do banco de dados final de análise. A análise foi realizada pelo SPSS (Statistical Package for the Social Science, versão 15.0).

Foram realizadas análises descritivas. A variável dependente dicotômica USP na vida foi comparada pelo teste qui-quadrado com as variáveis independentes de caracterização dicotomizadas: idade (acima/abaixo de 15 anos), raça (branco/ negros e pardos), trabalho (sim/não), renda (até 1 salário mínimo/maior que 1 salário mínimo), situação de moradia (pais/outros), satisfação com a moradia (sim/não), conflitos familiares (sim/não), agressão física por familiares (sim/não), está estudando (sim/não).

A variável USP na vida foi considerada independente com relação às variáveis de saúde bucal e foi aplicado o teste qui-quadrado.

O impacto da saúde bucal referido na qualidade de vida foi dicotomizado em sem impacto e com impacto. E foi considerado variável dependente na aplicação do teste qui-quadrado com a variável dependente USP na vida.

Para a variável dias de USP no mês foi utilizada a comparação de médias.

Em todos os procedimentos estatísticos foi adotado nível de significância de 5% ($p < 0,050$).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Após autorização da Secretaria de Estado da Criança e Juventude do Paraná para a realização da pesquisa, que tem a custódia dos adolescentes internados em unidades socioeducativas no Paraná, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina (CAE no 0186.0.268.000-10), seguindo seus requisitos e recomendações, sendo aprovado.

Foi explicado aos adolescentes os objetivos e os passos para a realização da pesquisa e que o consentimento em participar da pesquisa poderia ser retirado a qualquer momento. Todos aceitaram participar. Os termos de consentimento livre e esclarecido foram assinados em duas vias, uma para a pesquisadora e uma para o adolescente que ficou arquivada em sua pasta de documentos.

Tendo em vista que a guarda legal é do Estado, e os adolescentes aceitaram participar não se fez necessária a autorização dos pais para participação neste inquérito.

5 RESULTADOS

5.1 CONDIÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

Foram entrevistados 114 adolescentes do sexo masculino em internação provisória no CENSE-FI, a idade média foi de 16,5 anos (DP±1,18).

A tabela 1 mostra que 100 (87,7%) adolescentes tinham quinze anos ou mais, 72 (62,3%) eram pardos e negros. A grande maioria 100 (87,7%) relatou trabalhar e destes 86 (86%) em trabalho informal. A renda familiar em 58 (50,9%) famílias era menor que um salário mínimo, segundo os entrevistados.

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos adolescentes em conflito com a lei, em internação provisória do CENSE - Foz do Iguaçu – PR, 2011.

Característica	n (114)	%
Idade		
13 e 14 anos completos	14	12,3
15 e 16 anos completos	54	47,4
17 anos ou mais	46	40,3
Cor		
Branco	42	36,8
Negro	6	5,30
Pardo	66	57,9
Índio	-	-
Amarelo	-	-
Trabalho		
Não	14	12,3
Sim	100	87,7
Natureza do Trabalho		
Formal	14	14,0
Informal	86	86,0
Renda Familiar		
Até 1salário mínimo*	58	50,9
Entre 1e 2 salários mínimos*	43	37,7
2 ou mais salários mínimos*	13	11,4

*salário mínimo vigente em outubro de 2010: R\$510,00

Na tabela 2, observamos a alta evasão escolar destes jovens, sendo que 71 (62,3%) não frequentavam a escola quando se deu a apreensão.

Entre os que estavam estudando, nenhum relatou ter sofrido qualquer tipo de punição na escola no último mês.

Na análise dos dados observa-se déficit escolar, pois 72 (63,2%) estão atrasados em relação à idade escolar e 42 (36,8) estão em idade escolar normal.

Tabela 2 – Características quanto a frequência escolar dos adolescentes em conflito com a lei, em internação provisória do CENSE - Foz do Iguaçu – PR, 2011.

Característica quanto à escolaridade	n	%
Frequentando a Escola (n=114)		
Sim	43	37,7
Não	71	62,3
Escolaridade (n=114)		
1ª a 4ª ano ensino fundamental	25	21,9
5ª a 8ª ano ensino fundamental	72	63,2
Ensino Médio	10	8,8
Supletivo (5ª a 8ª)	7	6,1
Anos de Estudo		
Até 4 anos de estudo	9	7,9
De 5 a 10 anos de estudo		
1ª a 4ª ano ensino fundamental	14	12,3
5ª a 8ª ano ensino fundamental	67	58,8
Ensino Médio	9	7,9
Supletivo (5ª a 8ª)	7	6,2
11 anos de estudo ou mais		
1ª a 4ª ano ensino fundamental	-	-
5ª a 8ª ano ensino fundamental	7	6,2
Ensino Médio	1	0,7
Supletivo (5ª a 8ª)	-	-

A tabela 3 mostra que 87 (76,4%) dos adolescentes entrevistados moram com um ou ambos os pais e 105 (92,1%) se declaram satisfeitos com essa moradia, embora 30 (26,3%) afirmaram ter algum tipo de conflito familiar e 113 (99,1%) declararam ter sofrido algum tipo de agressão por familiares.

Tabela 3 - Caracterização familiar e de moradia dos adolescentes em conflito com a lei, em internação provisória do CENSE - Foz do Iguaçu – PR, 2011.

Característica	n (114)	%
Situação de Moradia		
Ambos os pais	37	32,5
Um dos pais	50	43,9
Outros membros da família	19	16,7
Com amigos	1	0,8
Namorado ou cônjuge	2	1,7
Sozinho	5	4,4
Tempo nesta moradia		
Dois anos ou mais	65	57,0
Menos de dois anos	49	43,0
Satisfação com essa moradia		
Insatisfeito	9	7,9
Satisfeito	105	92,1
Conflitos familiares*		
Sem conflitos	84	73,7
Com mãe	7	6,1
Com pai	11	9,6
Com irmãos	10	8,7
Com outros membros da família ou responsável	12	10,5
Já sofreu agressão por familiares		
Nada	1	0,9
Pouco	110	96,4
Moderadamente	1	0,9
Muito	2	1,8

* Nesta pergunta era possível responder mais de uma alternativa.

5.2 CARACTERIZAÇÃO DO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Quanto ao uso/abuso de substâncias psicoativas no último mês antes da apreensão, 89 (78,1%) relataram o uso/abuso. Na tabela 4, verifica-se entre as substâncias lícitas uso leve e moderado de álcool no último mês, para a substância tabaco observa-se uso pesado por 37% dos indivíduos. Entre as substâncias ilícitas 31,6% faz uso pesado de maconha e 16,7% faz uso de cocaína ou crack.

Tabela 4 – Dias de uso de substâncias psicoativas nos últimos 30 dias dos adolescentes em conflito com a lei, em internação provisória do CENSE - Foz do Iguaçu – PR, 2011.

Uso de substâncias psicoativas nos últimos 30 dias	n (114)	%
Lícitas		
Álcool		
Uso leve	42	36,8
Uso moderado	19	16,7
Uso pesado	-	-
Não fizeram uso no período	53	46,5
Tabaco		
Uso leve	3	2,6
Uso moderado	5	4,4
Uso pesado	43	37,7
Não fizeram uso no período	63	55,3
Ilícitas		
Maconha		
Uso leve	3	2,7
Uso moderado	11	9,6
Uso pesado	36	31,6
Não fizeram uso no período	64	56,1
Cocaína/crack		
Uso leve	9	7,9
Uso moderado	7	6,1
Uso pesado	3	2,7
Não fizeram uso no período	95	83,3

O uso de substâncias psicoativas na vida está descrito na tabela 5. A média de idade para início do uso foi 13,49 anos. As substâncias lícitas (álcool e tabaco) se destacam pelo maior número de anos de uso/abuso sendo que 32 (52,5%) fazem uso de álcool e ainda 25 (41,7%) uso de tabaco a mais de três anos. A idade mínima encontrada para início de uso destas substâncias foi de 8 anos, entre os adolescentes em conflito com a lei na internação provisória do CENSE-FI. A idade média encontrada para o início do consumo de substâncias lícitas é menor que a idade média de início de uso de substâncias ilícitas.

O número encontrado de indivíduos que já fizeram uso na vida de tabaco e maconha foi igual e o número de anos de uso muito semelhante.

Tabela 5 - Uso de substâncias psicoativas na vida, antes do último mês, dos adolescentes em conflito com a lei, em internação provisória do CENSE - Foz do Iguaçu – PR, 2010/11.

Uso da substância na Vida	n	%	Mínima	Máxima	Média (DP)
Álcool (n=114)					
Sim	61	53,5			
Não	53	46,5			
Idade primeiro uso			8	16	13,49 ($\pm 1,77$)
Anos de uso (n=61)					
Entre 1 e 2 anos	29	47,5			
Entre 3 e 4	22	36,1			
5 ou mais	10	16,4			
Tabaco (n=114)					
Sim	60	52,5			
Não	54	47,5			
Idade primeiro uso			8	17	13,00 ($\pm 2,24$)
Anos de uso (n=60)					
Entre 1 e 2 anos	35	58,3			
Entre 3 e 4	16	26,7			
5 ou mais	9	15			
Maconha (n=114)					
Sim	60	52,5			
Não	54	47,5			
Idade primeiro uso			9	17	13,48 ($\pm 2,06$)
Anos de uso (n=60)					
Entre 1 e 2 anos	38	63,3			
Entre 3 e 4	15	25			
5 ou mais	7	11,7			
Cocaína/crack (n=114)					
Sim	28	24,6			
Não	86	75,4			
Idade primeiro uso			10	17	13,78 ($\pm 2,16$)
Anos de uso (n=28)					
Entre 1 e 2 anos	19	67,8			
Entre 3 e 4	7	25			
5 ou mais	2	7,2			

Na tabela 6 são apresentados alguns comportamentos dos adolescentes entrevistados em relação ao USP. Dos 92 indivíduos que relataram ter feito uso de substância psicoativa na vida, poucos relataram ter sofrido blackout (10,9%) e/ou overdose (9,8%). Os gastos médios aproximados por mês foram 100 reais com álcool, 24 reais com tabaco e 239 reais com outras substâncias. Destes, três indivíduos declararam os seguintes valores mensais de consumo de substâncias: R\$2.000,00, R\$5.000,00 e R\$6.000,00, contribuindo para o

aumento da média. As formas de conseguir dinheiro para obtenção de substâncias mais citadas foram o trabalho, dinheiro conseguido com parentes ou ainda favores de amigos. Nenhum entrevistado reconheceu realizar favores sexuais em troca de substâncias.

Tabela 6 - Características sobre o uso de substâncias psicoativas dos adolescentes em conflito com a lei, em internação provisória do CENSE - Foz do Iguaçu – PR, 2011.

Comportamento entre os USP	n (92)	%
Blackout		
Não	82	89,1
Sim	10	10,9
Overdose		
Não	83	90,2
Sim	9	9,8
Dinheiro gasto no último mês		
Alcool (em reais)		
Até 100 reais	70	76,0
101 a 200 reais	11	12,0
201 ou mais	11	12,0
Tabaco (em reais)		
Até 100 reais	86	93,5
101 a 200 reais	4	4,3
201 ou mais	2	2,2
Outras substâncias*(em reais)		
Até 100 reais	69	75,0
101 a 200 reais	7	8,0
201 ou mais	16	17,0
Forma de obtenção do dinheiro para comprar**		
Favores sexuais	-	-
Tráfico de drogas	17	18,4
Outras atividades ilegais	21	22,8
Amigos/familiares	61	66,3
Trabalho	60	65,2

* Maconha e cocaína/crack

** Nesta pergunta era possível responder mais de uma alternativa.

A grande maioria dos entrevistados relatou não sentir incômodos pelo USP. E ainda os usuários de substâncias lícitas percebem uma necessidade menor de realizar tratamento para cessar o uso do que os que fazem uso de substâncias ilícitas conforme a tabela 7.

Tabela 7 - Percepção quanto ao uso de substâncias psicoativas dos adolescentes em conflito com a lei, em internação provisória do CENSE - Foz do Iguaçu – PR, 2011.

Característica	n	%
Já se sentiu incomodado por usar		
Álcool (n=61)		
Nada	40	65,5
Pouco	4	6,6
Moderadamente	7	11,4
Muito	9	14,7
Demais	1	1,8
Tabaco (n=60)		
Nada	50	83,3
Pouco	1	1,7
Moderadamente	2	3,3
Muito	5	8,4
Demais	2	3,3
Outras substâncias*(n=55)		
Nada	33	60,0
Pouco	5	9,0
Moderadamente	5	9,0
Muito	5	9,0
Demais	7	13,0
Necessidade percebida de tratamento		
Álcool (n=61)		
Nada	47	77,0
Pouco	4	6,5
Moderadamente	3	5,0
Muito	6	9,9
Demais	1	1,6
Tabaco (n=60)		
Nada	44	73,3
Pouco	4	6,7
Moderadamente	6	10,0
Muito	3	5,0
Demais	3	5,0
Outras substâncias*(n=55)		
Nada	30	54,5
Pouco	1	1,9
Moderadamente	11	20,0
Muito	4	7,2
Demais	9	16,4

* Maconha e cocaína/crack

Na distribuição por substâncias na tabela 8 um maior número de adolescentes fez uso de álcool no último mês (53,5%), o álcool também foi a substância consumida por mais tempo, sendo que 52,5% fizeram uso de álcool por mais de três anos. O tabaco e a maconha foram consumidos por mais dias e a média de idade de início variou pouco entre todas as substâncias. As substâncias ilícitas foram relatadas como as que mais causaram incômodos e também um número maior de usuários de substâncias ilícitas disse que seria importante fazer um tratamento para cessar o uso.

Tabela 8 - Caracterização o consumo de substâncias psicoativas, por substância consumida, dos adolescentes em conflito com a lei, em internação provisória do CENSE – Foz do Iguaçu – PR, 2011.

	Álcool	Tabaco	Maconha	Cocaína/Crack
Fez uso de substância no último mês (%)	53,5	44,7	43,9	16,7
Média de dias de uso no último mês	2,77	11,93	10,75	1,75
Idade média do primeiro uso	13,49	13	13,48	13,78
Indivíduos que fazem uso por mais de três anos (%)	52,5	41,7	36,7	32,2
Já se sentiu incomodado por fazer USP (%)	34,5	16,3	40	40
Considera importante realizar tratamento (%)	23	26,7	45,5	45,5

As informações da tabela 9 foram obtidas da percepção da pesquisadora quantos às respostas dadas aos adolescentes e de modo geral as respostas foram consideradas confiáveis e os adolescentes compreenderam as perguntas.

Tabela 9 - Confiabilidade do examinador quanto às respostas dadas pelos adolescentes em conflito com a lei, em internação provisória do CENSE - Foz do Iguaçu – PR, 2011.

Confiabilidade das respostas	n	%
Resposta propositadamente errada		
Não	100	87,7
Sim	14	12,3
Incapacidade de compreensão da pergunta		
Não	105	92,1
Sim	9	7,9

5.3 CARACTERIZAÇÃO DA SAÚDE BUCAL

Conforme a tabela 10, dos entrevistados 95,6% não apresentaram lesões extra bucais. Na condição da mucosa bucal foram observados apenas 3 adolescentes com lesão de ulceração (afta, herpes ou trauma), sendo duas em mucosa vestibular e uma no lábio.

O índice CPOD médio dos indivíduos foi de 5,16 (DP±3,34), apresentaram-se livres de cárie 14 (12,3%) e 29,9% apresentaram CPOD maior que 6,0. O CPOD mínimo foi zero, o máximo de 15.

Entre os indivíduos entrevistados 10% não relatou ter impacto da saúde bucal sobre a qualidade de vida, enquanto quase 90% percebeu algum impacto. O índice OHIP-14 mínimo no grupo de adolescentes foi zero, o máximo foi 36.

O percentual de adolescentes que nunca foi ao dentista era de 31,6%, entre os que consultaram o dentista predominou o atendimento público (84,6%).

Dos entrevistados 80,7% não conhecem nenhum tipo de doença bucal e 90,4% disseram escovar os dentes duas vezes ou mais.

Tabela 10 - Características de saúde bucal dos adolescentes em conflito com a lei, em internação provisória do CENSE - Foz do Iguaçu – PR, 2011.

Saúde Bucal	n	%
Exame extra bucal		
Sem lesão	109	95,6
Ulceração Cabeça	1	0,9
Lesão de comissura labial	3	2,6
Ulceração vermelho dos lábios	1	0,9
Condição da mucosa bucal		
Sem lesão	111	97,4
Afta ou herpes	3	2,6
Índice CPOD*		
Livres de cárie	14	12,3
De 0,1 a 4,0	33	28,9
De 4,1 a 6,0	33	28,9
6,1 ou mais	34	29,9
Índice OHIP		
Sem Impacto	12	10,5
Com Impacto	102	89,5
Já foi ao dentista		
Não	36	31,6
Sim	78	68,4
Tipo de atendimento (n=78)**		
Público	66	84,6
Particular	21	26,9
Conhece algum tipo de doença bucal		
Não	92	80,7
Sim	22	19,3
Número de escovações diárias		
0	1	0,9
1	10	8,8
2	40	35,1
3 ou mais	63	55,3

* O mesmo indivíduo pode ter respondido duas alternativas

Na tabela 11 vemos que quase 60% dos adolescentes relatou ter sentido algum tipo de dor nos dentes ou na boca, quase 40% relatou dificuldade para mastigar, mais de 62% já se preocupou com os problemas bucais e 43% já ficou tenso com esses problemas.

Quanto à alimentação aproximadamente 25% relatou ter sofrido algum

prejuízo e quase 20% dos indivíduos relataram ter parado de comer por problemas bucais. A tabela ainda nos mostra que 40% dos adolescentes tiveram dificuldade de relaxar por estar com problema dentais ou bucais, e 28% sentiu vergonha dos dentes ou da boca.

Tabela 11 – Frequência do impacto relatado em cada item do OHIP-14 entre os adolescentes em conflito com a lei, em internação provisória do CENSE - Foz do Iguaçu – PR, 2011.

OHIP	0		1		2		3		4	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Limitação funcional										
Problemas para falar	95	83,3	3	2,6	8	3,5	5	2,2	3	2,6
Paladar piorou	65	57,0	17	14,9	22	19,3	7	6,1	3	2,6
Dor física										
Sentiu dor	35	30,7	11	9,6	21	18,4	34	29,8	13	11,4
Desconforto para mastigar	61	53,5	10	8,8	19	16,7	18	15,8	6	5,3
Desconforto psicológico										
Preocupação com problemas dentais	38	33,3	5	4,4	31	27,2	26	22,8	14	12,3
Tensão com problemas dentais	61	53,5	3	2,6	20	17,5	27	23,7	3	2,6
Incapacidade física										
Alimentação prejudicada	80	70,2	6	5,3	14	12,3	12	10,5	2	1,8
Parou refeições	76	66,7	9	7,9	12	10,5	17	7,5	-	-
Incapacidade psicológica										
Dificuldades para relaxar	59	51,8	7	6,1	17	14,9	25	21,9	6	5,3
Vergonha	82	71,9	-	-	8	7,0	21	18,4	3	2,6
Incapacidade social										
Irritação com outras	89	78,1	2	1,8	8	7,0	14	12,3	1	0,9
Dificuldade nas AVD's	87	76,3	5	4,4	13	11,4	8	7,0	1	0,9
Dependência										
A vida, em geral, piorou	97	85,1	2	1,8	7	6,1	7	6,1	1	0,9
Redução da capacidade de trabalho	92	81,4	4	3,5	13	11,5	4	3,5	-	-

0 = Nunca, 1 = Raramente, 2 = Às vezes, 3 = Constantemente, 4 = Sempre

A tabela 12 mostra que as questões sobre dor e preocupação com problemas dentais e bucais foram as que mais tiveram impacto referido sobre a qualidade de vida pelos adolescentes do CENSE-FI. E entre as dimensões do OHIP-14 as com maior frequência de impacto relatado foram a *dor física* (65,8%), *desconforto psicológico* (69,3%) e *incapacidade psicológica* (54,4%).

Tabela 12 – Prevalência de impacto relatado das alterações bucais na qualidade de vida e escores do OHIP-14 entre os adolescentes em conflito com a lei, em internação provisória do CENSE - Foz do Iguaçu – PR, 2011.

OHIP	Escore				Frequência de Impacto da SBRQV	
	Média + DP	Mediana	n	%	n	%
Limitação funcional					38	33,33
Problemas para falar	0,40 ± 0,98	0	19	16,66		
Paladar piorou	0,82 ± 1,10	0	49	42,98		
Dor física					75	65,8
Sentiu dor	1,82 ± 1,43	2	79	69,29		
Desconforto para mastigar	1,1 ± 1,34	0	53	46,49		
Desconforto psicológico					79	69,3
Preocupação com problemas dentais	1,76 ± 1,43	2	76	66,66		
Tensão com problemas dentais	1,19 ± 1,36	0	53	46,49		
Incapacidade física					41	36,0
Alimentação prejudicada	0,68 ± 1,14	0	34	29,82		
Parou refeições	0,74 ± 1,14	0	38	33,33		
Incapacidade psicológica					62	54,4
Dificuldades para relaxar	1,23 ± 1,40	0	55	48,24		
Vergonha	0,80 ± 1,31	0	32	28,07		
Incapacidade social					34	29,8
Irritação com outras	0,56 ± 1,11	0	25	21,92		
Dificuldade nas AVD's	0,52 ± 1,00	0	27	23,68		
Dependência					23	20,2
A vida, em geral, piorou	0,36 ± 0,91	0	17	14,91		
Redução da capacidade de trabalho	0,37 ± 0,82	0	21	18,58		
OHIP total	12,36 ± 9,76	10,50	106	92,98	102	89,5

0 = Nunca, 1 = Raramente, 2 = Às vezes, 3 = Constantemente, 4 = Sempre

5.4 ASSOCIAÇÕES ENTRE VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E O USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Comparando na tabela 13 a variável uso de substâncias psicoativas como dependente e as variáveis de caracterização como independentes de seus efeitos através do teste de Chi-quadrado foram estatisticamente significantes as diferenças entre a renda familiar (0,01) e os conflitos familiares (0,01). Entre os adolescentes que trabalham 91% declararam fazer USP. Entre os que não estudam 65% fazem USP enquanto entre os que estudam, 35% fazem USP.

Tabela 13 - Comparação entre as variáveis sociodemográficas, familiares e escolares entre os adolescentes que fizeram uso de substâncias psicoativas na vida e os que não fizeram, que estão em conflito com a lei, em internação provisória do CENSE - Foz do Iguaçu – PR. 2011.

Variáveis	Não uso de Substância n=22 (%)	Uso de Substância n=92 (%)	p*	IC
Sociodemográficas				
Idade*			0,46	0,13-3,22
Até 14 anos	2 (10)	12 (13)		
15 anos acima	20 (90)	80 (87)		
Raça			0,13	3,22
Branco	9 (41)	33 (36)		
Negros e Pardos	13 (59)	59 (64)		
Trabalho			0,06	0,90-10,59
Não	5 (23)	8 (9)		
Sim	17 (77)	84 (91)		
Renda*			0,01	0,06-0,89
Até 1 salário mínimo	3 (14)	36 (39)		
Maior que 1 salário mínimo	19 (86)	56 (61)		
Familiares				
Situação de moradia*			0,35	0,46-4,89
Pais	18 (62)	69 (75)		
Outros	4 (18)	23 (25)		
Satisfação com a moradia*			0,45	0,05-4,22
Não	1 (5)	8 (9)		
Sim	21 (95)	84 (91)		
Conflitos familiares*			0,01	1,24-75,37
Não	21 (95)	63 (69)		
Sim	1 (5)	29 (31)		
Agressão física por familiares*			0,59	0,72-0,87
Não	22 (100)	89 (97)		
Sim	0 (0)	3 (3)		
Escolares				
Está estudando			0,40	0,26-1,72
Não	12 (55)	59 (65)		
Sim	10 (45)	33 (35)		

* Teste Exato de Fisher/ sendo de 520,00 reais o salário da época.

5.5 ASSOCIAÇÕES ENTRE E SAÚDE BUCAL E O USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Analisando a variável *uso de substâncias psicoativas* como independente e a *saúde bucal* como dependente de seus efeitos exploramos algumas associações.

Na tabela 14 observa-se uma comparação entre o USP na vida e o impacto referido pelos adolescentes do CENSE-FI da saúde bucal na qualidade de vida. Em todas as variáveis dependentes desta tabela observa-se o mesmo resultado, uma maior proporção de

indivíduos que não fazem USP *sem impacto* da SBRQV e entre os que fazem USP um maior número de adolescentes *com impacto* da SBRQV.

Observa-se ainda que entre os usuários de álcool, existe uma diferença estatisticamente significativa.

Tabela 14 - Distribuição da frequência dos adolescentes em conflito com a lei de acordo com as variáveis relacionadas ao USP na vida e o impacto da SBRQV, que estão em internação provisória do CENSE - Foz do Iguaçu – PR. 2011.

USP na vida	Impacto da SBRQV		p	IC
	Sem n=12(%)	Com n=102(%)		
Uso na vida de qualquer SP*			0,17	0,63-8,59
Não	4 (33)	18 (18)		
Sim	8 (67)	84 (82)		
Álcool*			0,01	1,82-3,29
Não	10 (83)	37 (36)		
Sim	2 (17)	65 (64)		
Tabaco*			0,30	0,48-6,03
Não	8 (67)	55 (54)		
Sim	4 (33)	47 (46)		
Maconha			0,54	0,34-3,72
Não	6 (50)	48 (47)		
Sim	6 (50)	54 (53)		
Cocaína/Crack*			0,39	0,35-8,32
Não	10 (83)	76 (75)		
Sim	2 (17)	26 (25)		

* Teste Exato de Fisher

Na tabela 15 não foram encontradas diferenças estatisticamente significante entre as médias com a aplicação do teste t, porém os indivíduos que apresentaram impacto da saúde bucal referido na qualidade de vida usaram por mais dias no mês todas as substâncias. Assim, quanto maior consumo de substâncias, maior o impacto da saúde bucal referido na qualidade de vida do indivíduo.

Tabela 15 - Distribuição do impacto de saúde bucal referido na qualidade de vida (OHIP-14), segundo uso de cada substâncias nos últimos 30 dias dos adolescentes em conflito com a lei, em internação provisória do CENSE - Foz do Iguaçu – PR, 2011.

	Dias no mês Álcool	Dias no mês Tabaco	Dias no mês Maconha	Dias no mês Cocaína/Crack
OHIP – 14	Média ± dp	Média ± dp	Média ± dp	Média ± dp
Sem Impacto	1,41 ± 3,47	10,00 ± 14,14	6,91 ± 11,42	1,66 ± 5,77
Com Impacto	2,93 ± 4,45	12,15 ± 14,34	11,20 ± 13,87	1,75 ± 5,59
Total	2,77 ± 4,37	11,93 ± 14,34	10,75 ± 13,65	1,75 ± 5,58

Na tabela 16 sendo o índice CPOD e seus componentes variáveis dependentes e o USP variáveis independentes, não houveram diferenças estatisticamente significantes. Porém clinicamente os indivíduos que não fizeram USP apresentam maior proporção de elementos dentais livres de cárie, enquanto os que fizeram USP apresentaram um número maior de problemas dentais em todas as variáveis dependentes.

Também no índice OHIP-14 os indivíduos que não fizeram USP apresentaram menos impacto relatado da saúde bucal na qualidade de vida, enquanto os que fizeram USP tiveram impacto relatado da saúde bucal na qualidade de vida.

Tabela 16 - Comparação do Índice CPOD e seus componentes entre os adolescentes que fizeram uso de substâncias psicoativas na vida e os que não fizeram, que estão em conflito com a lei, em internação provisória do CENSE - Foz do Iguaçu – PR, 2011.

	Não uso de Substância n=22(%)	Uso de Substância n=92(%)	p*	IC
Dente Cariado (DC)			0,97	0,80-9,10
Livre de cárie	5 (23)	9 (10)		
Presença de dentes cariados	17 (77)	83 (90)		
Restaurado Cariado (RC)*			0,32	0,07-2,65
Livre de cárie	4 (18)	14 (15)		
Presença de RC	18 (82)	78 (85)		
Restaurado sem cárie (RSC)*			0,13	0,77-5,97
Livre de cárie	16 (73)	51 (55)		
Presença de RSC	6 (27)	41 (45)		
Dente Perdido (DP)			0,62	0,45-3,63
Livre de cárie	16 (73)	62 (67)		
Ausência de dentes	6 (27)	30 (33)		
Índice CPOD			0,09	0,80-9,10
0	5 (23)	9 (10)		
Maior que 0	17 (77)	83 (90)		
OHIP-14*			0,17	0,63-8,59
Sem impacto	4 (18)	8 (9)		
Com impacto	18 (82)	84 (91)		

*Teste Exato de Fisher

6 DISCUSSÃO

6.1 CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS

O presente estudo aborda aspectos da atenção em saúde aos adolescentes institucionalizados em unidades socioeducativas com ênfase no uso de substâncias psicoativas e sua influência na saúde bucal. Reforça a necessidade de ampliar o olhar dos profissionais da odontologia para este paciente com necessidades especiais e melhorar a assistência em saúde bucal prestada a essa população.

Para a realização desta pesquisa foi essencial a disponibilidade dos adolescentes e dos funcionários. Entre os 114 adolescentes entrevistados, a idade média encontrada foi de 16,5 anos, a maioria era pardo ou negro, possuía o ensino fundamental incompleto e não estavam estudando quando foram internados. Ainda quanto à escolaridade um grande número apresentou defasagem da idade escolar, por volta de 25% estava cursando supletivo ou ensino fundamental de primeira à quarta série.

Segundo dados de Ministério da Saúde 2010, os adolescentes na faixa etária de 18 anos têm em média 7,4 anos de estudo no Brasil (considera-se que este grupo já teria idade suficiente para ter concluído o ensino médio, tendo cursado pelo menos 11 anos de estudo). Aos 25 anos ou mais de idade o número médio de anos de estudo foi calculado em 7,0 anos (BRASIL, 2010). Entre os adolescentes do CENSE-FI a média de anos de estudo foi de 8,1 anos.

Os dados encontrados estão em consonância com os de Pillon e Martins (2008), em um estudo com 150 adolescentes da Fundação do Bem Estar do Menor de Ribeirão Preto e Sertãozinho - São Paulo, cumprindo medida de internação (internação provisória e internação) pela primeira vez, que encontrou idade média dos adolescentes de 16,32 anos, sendo 55,3% pardo ou negro, 68,7% possuía o ensino fundamental incompleto e 50% não estavam estudando quando foram internados. Estes resultados sugerem que a escolaridade seja um importante fator de proteção contra o envolvimento dos adolescentes com situações de risco.

Quanto à grande evasão escolar, a literatura aponta a necessidade de trabalhar a dificuldade de conciliar escola com trabalho, desentendimento com professores e colegas, reprovações, baixa qualidade do ensino e pouca supervisão familiar como fatores que contribuem com a evasão escolar e para o início da prática de infrações. (PILLON; MARTINS, 2008; ASSIS; CONSTANTINO, 2005)

Entre os adolescentes do CENSE-FI 87,7% disseram realizar algum tipo de trabalho formal ou informal, 51% tem renda familiar menor que um salário mínimo. Laranjeira (2010), em levantamento nacional entre adolescentes que consomem álcool, encontrou que 27,3% trabalhavam e 19% recebiam menos que um salário mínimo. Assim podemos supor que a população de jovens do CENSE - FI tenha um risco social maior tendo que trabalhar mais e com renda mensal menor que a média nacional entre adolescentes.

O espaço ocupado pelos jovens no mundo do trabalho é inseparável da situação familiar, principalmente daquelas onde as poucas oportunidades de inserção produtiva bem remunerada impedem os pais de financiarem o estudo e o lazer dos filhos, impelindo-os a aceitarem qualquer trabalho para sobreviverem e alcançarem a desejada autonomia.

Em relação à família 76,4% declarou morar com pelo menos um dos pais antes da apreensão. Porém o convívio familiar, no caso dos adolescentes do CENSE-FI, não os impediu de se envolver com o ilícito. Pillon e Vasters (2011) em estudo com adolescentes encontrou composição familiar monoparental, o que a literatura aponta como fator que favorece o USP, embora não seja considerado fator determinante para o consumo. Foram encontrados outros estudos mostrando que em sua maioria adolescentes envolvidos com o uso de drogas e a prática de infrações viviam em famílias monoparentais (PILLON; MARTINS, 2008; ASSIS; CONSTANTINO, 2005). São necessários mais estudos para se tentar elucidar as relações familiares destes indivíduos e as dificuldades que as envolve, sendo que neste caso famílias monoparentais não são simplesmente aquelas em que os pais são separados, pois existem relações muito mais complexas nestas famílias que devem ser estudadas por outros pesquisadores.

Chama atenção o fato de que 99,1% ter relatado algum tipo de conflito familiar. Entretanto, neste estudo as variáveis *conflito familiar* e *agressão por familiares* se apresentam como uma limitação por serem conceitos bastante abstratos para cada indivíduo.

6.2 SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Quanto ao uso de substâncias psicoativas 78,1% confirmaram o uso no último mês antes da apreensão. Entre os adolescentes entrevistados, 53,5% fizeram uso de álcool, 44,7% de tabaco, 43,9% de maconha e 16,7% usaram cocaína/crack. Pillon e Barros (2008) encontraram que 73,3% faziam uso de álcool, 77% de tabaco e 96,7% de maconha. Cavalieri (2002) encontrou que 85,6% dos adolescentes fizeram uso de substâncias antes da

apreensão, número maior que o encontrado nesta pesquisa (78,1%). Verificamos assim um problema social ligado ao alto índice de uso de substâncias lícitas o álcool e o tabaco pelos adolescentes em internação provisória no CENSE-FI, sendo que estas substâncias têm venda proibida para menores de 18 anos segundo o ECA (BRASIL,1990a).

Laranjeira e Zaleski (2010) encontraram que 34% da população adolescente do Brasil já fez uso de álcool e a idade média de início da experimentação foi de 14 anos, sendo a prevalência mais frequente entre adolescentes mais velhos, que vivem na região sul, não estudam e trabalham gerando sua própria renda. Esta população descrita pelo autor como de maior risco para o consumo de álcool é justamente a população que se estudou neste trabalho, sendo que a idade média de início de uso encontrada foi de 8 anos para substâncias lícitas e 10 anos para as ilícitas.

Levantamento do Centro Brasileiro de Estudos Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas (CEBRID) de 2004 diz que 5,2% dos adolescentes relataram estar preocupados por consumir de álcool e o uso pesado ocorreu entre 11,7% dos estudantes. Entre os adolescentes do CENSE-FI 34,5% relatou alguma preocupação com o uso de álcool, 16,7% fazia uso moderado, não houve relato de uso pesado.

Entre os resultados, observa-se que a substância psicoativa mais consumida pelos adolescentes no último mês antes da apreensão foi o álcool, e as substâncias com maiores média de dias de uso foram o tabaco e a maconha com 12 e 11 dias de uso no mês. Ou seja, entre os adolescentes o tabaco e a maconha são consumidos em posição de igualdade, uma substância lícita cuja venda é proibida para menores de 18 anos e uma substância ilícita, respectivamente. Além de observar-se um problema de saúde pública com o consumo destas substâncias psicoativas por adolescentes que são indivíduos ainda em formação, leis estão sendo descumpridas gerando um problema de segurança pública. A idade média de início ficou por volta dos 13 anos para todas as substâncias, Pillon e Martins (2008) encontrou uma idade média de 12 anos.

Quanto consumo de substâncias psicoativas durante a vida, metade dos adolescentes consome álcool há três anos ou mais, assim como 40% faz uso de tabaco há mais de três anos. Destaca-se em relação a essa população o uso de maconha (36,7%) e cocaína/crack (32,2%) por mais de três anos, sendo que 40% relata já ter sentido incomodo pelo uso dessas substâncias e 45,5% acha importante um tratamento para a dependência do uso dessas substâncias. Em relação ao uso pesado de substâncias psicoativas, mais de quatro dias na semana, temos 37,7% dos indivíduos que disseram fazer uso de tabaco, 31,6% dos que usam maconha e 2,7% dos que utilizam cocaína/crack.

Levando-se em consideração o período e a intensidade de consumo de substâncias psicoativas por esses adolescentes, mais uma vez, observa-se o problema de saúde pública gerado pelo consumo de drogas e a falta de consciência da sociedade. Laranjeira et al. (2008), em uma pesquisa de seguimento de 12 anos com 131 usuários de cocaína/crack, na qual mais de 90% dos indivíduos eram do sexo masculino, observaram que metade dos indivíduos morreu antes dos 25 anos, e a principal causa de morte (56,5%) foi homicídio. O país está perdendo mão de obra em idade economicamente ativa, a qual está morrendo ou perdendo a capacidade de trabalho.

Dos 92 indivíduos que relataram ter feito uso de substância psicoativa na vida, 11% relatou ter sofrido *blackout* e 10% *overdose*. Levando-se em conta que são indivíduos em desenvolvimento e que essas substâncias são muito prejudiciais, esses números são preocupantes.

Os valores que declararam gastar com uso de substâncias chegaram a metade da renda familiar mensal, o que contribui para a necessidade dos adolescentes cometerem delitos para continuar consumindo entorpecentes, aumentando sua vulnerabilidade e da família que fica com parte do orçamento comprometido.

As formas de obtenção do dinheiro para o uso de substâncias mais citadas foram o trabalho, a maioria disse trabalhar; dinheiro conseguido com parentes ou ainda favores de amigos. Cabe ressaltar que muitas vezes esses favores são pagos cometendo atos ilegais e que esses amigos são na maioria das vezes adultos aliciadores. Ainda nenhum entrevistado reconheceu realizar favores sexuais em troca de substâncias, talvez pela dificuldade em se expor e pelo tabu que envolve esse tema.

As variáveis sociodemográficas renda e conflitos familiares se apresentaram como fatores de risco para o uso de substâncias psicoativas. Apesar da fragilidade dessas variáveis neste estudo, podemos sugerir que a renda familiar e os conflitos em família são variáveis que podem interferir quanto ao uso ou não de substâncias psicoativas entre os adolescentes do CENSE-FI. Conforme Pillon e Vasters (2011) a ausência de habilidades para o enfrentamento de situações de conflito de modo consciente e saudável, bem como a incapacidade de lidar com sentimentos como “ansiedade” ou “depressão”, são apresentados como motivos para o uso de substâncias psicoativas.

Apesar de não ser estatisticamente significante o fato de muitos adolescentes estarem fora da escola e atrasados em relação à idade escolar, também foram dados encontrados que corrobora a literatura no que se refere à relação entre baixo rendimento escolar e USP (PILLON; VASTERS, 2011)

Para Laranjeira e Zaleski (2010) devido a estas razões, as políticas públicas devem buscar o adiamento da idade em que o consumo de álcool começa entre os adolescentes brasileiros e pesquisas futuras devem acompanhar as tendências do consumo de substâncias psicoativas.

6.3 SAÚDE BUCAL

As alterações biopsicossociais aliadas às constantes demonstrações de condutas adaptativas às transformações fazem dos jovens pacientes difíceis. Por esta razão, para que a promoção de saúde do adolescente se torne uma realidade, o profissional deverá dispensar uma atenção especial ao conhecimento do perfil comportamental do jovem, de forma a obter sua cooperação e participação por meio de uma abordagem psicológica adequada (CORREA, 2002).

De acordo com os resultados encontrados neste levantamento, não houve a presença de lesão bucal e extra bucal relacionadas a traumas, apesar de estes jovens terem passado por momentos de extremo risco antes de chegarem ao CENSE-FI, além de envolvimento com vítimas dos delitos, a Polícia Militar que realizou a apreensão, a Polícia Civil que faz a descrição dos autos e os Educadores Sociais que realizam os procedimentos para estes indivíduos no CENSE-FI.

Em nosso levantamento foram encontrados 14 adolescentes (12,3%) livres de cárie, 67 (58,8%) com CPOD maior que média brasileira para a idade de 15 a 19 anos em 2010 que é de 4,3. Sendo que o CPOD médio entre os adolescentes do pesquisados foi de 5,6 e quase 36% nunca foram ao dentista. Bastos (2009) encontrou 28,3% dos adolescentes livres de cárie e CPOD de 2,98 entre escolares de 15 a 19 anos de Bauru, São Paulo. Os adolescentes do CENSE – FI têm um índice de cáries maior que a população brasileira na mesma faixa etária, o que reflete mais uma vez a condição de vulnerabilidade desta população, a dificuldade de acesso aos serviços odontológicos públicos, ou muitas vezes que essas questões não são prioridade em vista de necessidades como alimentação, moradia e outras.

A qualidade de vida é multidimensional, abrangendo questões diversas como bem-estar, felicidade, prazer e realização pessoal, sendo a saúde bucal um dos aspectos que pode influenciá-la.

Entre os adolescentes pesquisados, a grande maioria apresentou algum tipo de impacto referido da saúde bucal na qualidade de vida (90%). Bastos (2009) encontrou um

impacto fraco em 87,5% dos adolescentes pesquisados, as dimensões dor física e desconforto psicológico foram as que mais afetaram os sujeitos. Apesar dos adolescentes do CENSE – FI serem de uma condição social menos favorecida, permaneceu o impacto relatado nas mesmas dimensões.

Entre as questões do OHIP-14 as que mais tiveram impacto sobre a qualidade de vida dos indivíduos pesquisados foram a dor nos dentes (60%) ou na boca e a preocupação com esses problemas (62%). Estes aspectos muitas vezes são potencializados pela condição de privação de liberdade que se encontram estes indivíduos e o alto nível de ansiedade gerado pelo ambiente. Nadanovsky e Oliveira (2008) em levantamento no município de Água Doce – SC com adolescentes entre 15 e 17 anos encontrou entre as questões que mais impactavam sobre os adolescentes era a dor nos dentes ou boca (36%) e o desconforto ao mastigar (28%). Locker (1989) criou um modelo no qual afirma que um problema biológico de ordem odontológica é capaz de provocar um desconforto psicológico que é forte o suficiente para conduzir à uma desvantagem social.

O fato de mais de 80% dos indivíduos não conhecer nenhum tipo de doença bucal nos remete à falta de conhecimento e orientação desta população quanto à saúde bucal.

A preocupação com a beleza do sorriso, os problemas bucais e a dor causada pelos dentes, pode fornecer um estímulo para o envolvimento dos pacientes com intervenções odontológicas tanto clínicas, quanto de prevenção e motivação para o auto cuidado. Talvez para o indivíduo que busque parar o uso de substâncias a condição de saúde bucal precária pode ser simbólica para sua identidade no uso de drogas e uma visível personificação da “droga do usuário”. Ajudar esses pacientes a recuperar a função bucal e a autoimagem positiva através da reconstrução odontológica pode se tornar uma parte importante do processo de recuperação e um dos primeiros passos para ajudá-los a recuperar suas vidas completamente (SHETTY; MOONEY, 2010).

6.4 A SAÚDE BUCAL E O USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

A adolescência é considerada um período de risco para doenças bucais como cárie, gengivite e doença periodontal. O estilo de vida adotado pelas pessoas, hábitos alimentares ruins como consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e drogas, apresenta-se como fator de risco para doenças bucais. A adolescência é um período crítico para a experimentação de drogas lícitas e ilícitas. O uso de tabaco e bebida alcoólica está associado a uma variedade de condições orais patológicas em adultos, e esses comportamentos coexistem na

adolescência, o mesmo ocorrendo com as drogas. (DAVOGLIO; ABEGG, 2009; DASANAYAKE et al, 2010)

Observou-se que os indivíduos que fazem USP tiveram um maior impacto referido da saúde bucal na qualidade de vida. Com relação ao USP na vida e das substâncias pesquisadas álcool, tabaco, maconha e cocaína/crack sempre os não USP tiveram menos impacto que os USP. Shetty e Mooney (2010) em pesquisa com dependentes de substâncias psicoativas encontraram várias alterações na saúde bucal e ressalta a crescente preocupação das implicações do USP na saúde bucal, na saúde geral e na saúde pública.

Sugere-se pelos resultados aqui encontrados que quanto maior o consumo de substâncias psicoativas pelo indivíduo, maior o impacto da saúde bucal referido na qualidade de vida do indivíduo. Sendo assim observam-se os hábitos daqueles que fazem uso de substâncias como pouca higiene bucal, alimentação ruim, a preocupação maior com o vício do que consigo mesmo, a pouca importância dada à assistência do profissional de odontologia como fatores que colaboram com estes achados.

Todas as substâncias foram consumidas por mais dias no mês entre os que apresentaram impacto referido da saúde bucal na qualidade de vida. Esse é um dado muito importante para o profissional que atende esses pacientes na clínica odontológica, pois podemos supor que quanto mais o indivíduo faz uso de substâncias, mais terá problemas bucais e maior será a interferência da saúde bucal em sua qualidade de vida. Ressalta-se, assim, a importância do profissional odontólogo estar atento a esse hábito de seus clientes para desenhar uma conduta clínica que atenda da melhor forma possível às suas necessidades.

Clinicamente os indivíduos que não fizeram USP apresentaram maior proporção de elementos dentais livres de cárie, enquanto os que fizeram USP apresentaram mais problemas dentais. Sendo assim, é possível que o profissional de odontologia possa suspeitar que indivíduos com alto índice de cáries e cáries rampantes estejam fazendo uso de substâncias psicoativas, mesmo que este fato não tenha sido relatado pelo paciente.

A partir desta perspectiva a comunidade odontológica pode estar deixando de exercer seu papel na montagem de uma estratégia mais ampla sobre o impacto do uso de substâncias psicoativas na saúde do indivíduo. E uma participação mais ampla no atendimento aos usuários de substâncias daria aos odontólogos uma grande oportunidade de colaborar para reverter o sentido da perda de identidade, da vida, saúde e felicidade causadas pelos vícios (SHETTY;MOONEY, 2010; O'SULLIVAN, 2011).

7 CONCLUSÕES

✓ A maioria dos adolescentes do CENSE – FI são pardos ou negros, de famílias pobres com renda menor que um salário mínimo. Quase 80% vivem com um ou com ambos os pais.

✓ Mais de 60% não estavam estudando ao serem apreendidos e estão atrasados em relação à idade escolar.

✓ Quase 80% fez uso de substâncias psicoativas no mês anterior à sua apreensão; e as substâncias consumidas por dias no mês foram o tabaco e a maconha.

✓ A idade média de início do consumo de substâncias foi de 13,49 anos. A maioria acha que esse hábito não tem grandes consequências em suas vidas e não acham que precisam de ajuda pra cessar o consumo.

✓ A renda familiar e os conflitos familiares foram variáveis associadas ao risco de consumo de substâncias psicoativas.

✓ O índice CPOD médio de 5,6 desta população é maior que a média nacional para a mesma idade.

✓ Clinicamente os indivíduos que não fizeram uso de substância apresentaram maior proporção de elementos dentais livres de cárie.

✓ A grande maioria dos adolescentes apresentou impacto referido da saúde bucal na qualidade de vida. E as dimensões do OHIP-14 com maior peso foram a dor física e o desconforto psicológico.

✓ Os usuários de substâncias psicoativas tiveram um impacto referido maior da saúde bucal na qualidade de vida.

✓ Os indivíduos que apresentaram impacto referido na qualidade de vida fizeram uso, por mais dias no mês, de todas as substâncias. Mostrando que quanto maior o período de consumo de substâncias, maior o impacto referido da saúde bucal na qualidade de vida.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Sistema Único de Saúde (SUS) ainda não tem capacidade de atender a demanda de pacientes que fazem uso de substâncias psicoativas e tampouco consegue suprir as necessidades de saúde bucal da população em geral e desta população específica de usuários de substâncias psicoativas. A garantia de acesso ao serviço e a qualificação contínua dos profissionais de saúde bucal são imprescindíveis na busca de melhores condições de vida e de saúde para nossos jovens.

O assunto “uso de substâncias psicoativas” deveria fazer parte dos currículos das universidades e das discussões dos órgãos de classe, para que passe definitivamente a fazer parte das anamneses e exames clínicos de toda a população, e principalmente para os adolescentes que são sujeitos em formação, em situação vulnerabilidade para o consumo de substâncias psicoativas. Sendo a vulnerabilidade considerada como resultado da interação de conjunto de variáveis que determina a maior ou a menor capacidade de os sujeitos se protegerem de um agravo, de um constrangimento, adoecimento ou situação de risco (BRASIL, 2010b).

Investir na saúde da população de adolescentes e de jovens é custo efetivo, porque garantir a qualidade de vida é garantir também a energia, o espírito criativo, inovador e construtivo da população jovem, que devem ser considerados como um rico potencial capaz de influenciar de forma positiva o desenvolvimento do país (BRASIL, 2010b).

Esta pesquisa não esgota todos os aspectos a serem avaliados na saúde bucal, nem no uso de substâncias psicoativas destes adolescentes. Uma limitação deste estudo foi o tamanho da amostra, e a população ser restrita a um grupo institucionalizado, que não nos permite generalizar nem extrapolar os resultados para outros grupos de adolescentes. Estudos longitudinais são importantes para tentar esclarecer melhor este tema, pois podem acompanhar o desenvolvimento das doenças em relação ao tempo. A relação do uso de substâncias e saúde bucal precisa ser mais estudada para que se estabeleça uma relação clínica e mensurável deste problema de saúde.

A busca pelo atendimento odontológico pode ser a porta de entrada para um atendimento integral à população usuária de substâncias psicoativas. Sendo assim, a restauração da autoimagem dental pode ser fundamental, para o resurgimento de uma identidade e poderia ser usado como um gatilho para intervenções de tratamento no uso de substâncias. O profissional de odontologia pode desempenhar um papel crucial na detecção

precoce de uso de substâncias, participando como integrante de uma equipe de cuidados na recuperação de usuários.

REFERÊNCIAS

ABREU, C. C.; LEAL, F. X.; GARCIA, M. L. T. A política antidrogas brasileira: velhos dilemas; *Revista Psicologia e Sociedade*, Porto Alegre, v.20, n.2, maio/ago, 2008.

ANDERSON, B.; FARROW, J. A. Incarcerated adolescents in Washington State. Health services and utilization. *J Adolesc Health*, v. 22, n. 5, p. 363-367, 1998.

ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. Perspectivas de prevenção da infração juvenil masculina. *Ciênc Saúde Coletiva*, n.10, p. 81-90, 2005.

BASTOS, R. S.; *Impacto das condições de saúde bucal em relação à qualidade de vida de adolescentes escolares de 15 a 19 anos, numa dicotomia socioeconômica, no município de Bauru, São Paulo, em 2009*. 2009. Tese (Doutorado) – Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Bauru.

BIAZEVIC, M. G. H.; RISSOTO, R. R., CROSATO, E. M. *et al.* Relationship between oral health and its impact on quality of life among adolescents. *Braz Oral Res*, v.22, n.1, p.36-42, 2008.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição [da] Republica Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8.069 de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.a

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde. Lei 8080 de 1990. Brasília, DF, 1990.b

BRASIL. Ministério da Saúde. *Marco Legal saúde, um direito de adolescentes*, Brasília, DF. 2005

BRASIL, Secretaria Especial dos Direitos Humanos. *Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE*. Brasília – DF, CONANDA, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Portaria SAS/Nº 647, novembro, 2008. a

BRASIL, Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. *Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento (SUPERA)*. 2. ed, Brasília, 2008b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Projeto SBBrasil 2010: primeiros resultados*. Brasília. Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Diretrizes nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e jovens na Promoção: Proteção e Recuperação da Saúde*. Brasília, 2010b.

BRASIL, Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. *Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento (SUPERA)*, 2. ed, Brasília, 2008.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo 2010*. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 8 2011.

BUSSADORI, S. K.; MASUDA, M. S. *Manual de odontohebiatria*. São Paulo: Santos, 2005.

CARLINI, E. L. A.; GALDURÓZ, J. C. F. et al; O uso de drogas no Brasil: comparação de dois levantamentos domiciliares: 2001 e 2004; *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v.15, n.3, 2010.

CARLINI, M. C.; FONSECA, A. M. et al. *Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras – 2003*. São Paulo: CEBRID; 2004.

CAVALIERI, A. M. V. Educação integral: uma nova identidade para a escola brasileira? *Educação e Sociedade*. Rio de Janeiro, RJ, v.23, p.247-70, jun, 2002.

CAVALCANTE, M. B. P. T.; ALVES, M. D. S.; BARROSO, M. G. T.; Adolescência, álcool e drogas: uma revisão na perspectiva da promoção da saúde. *Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 12, n.3, set, 2008.

CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Disponível em: <<http://www.uniad.org.br/index.php>>. Acesso em: 12 ago. 2011.

CÔRREA, M. S. N. P. *Sucesso no atendimento odontopediátrico: aspectos Psicológicos*. São Paulo: Santos; 2002.

DASANAYAKE, A. P. et al. Tooth Decay in alcohol abusers compared to alcohol and drug abusers. *International Journal of Dentistry*. n. 1, 2010.

DAVOGLIO, R. S.; ABBEG, C. Fatores associados a hábitos de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos entre adolescentes. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.25, n.3, p.655-667, mar. 2009.

DIETRICH, T.; WALTER, C. et al. Oral health risks of tobacco use and effects of cessation. *International Dental Journal*, v. 60, p. 7-30, 2010.

ELIAS, M. S. et al. A importância da saúde bucal para adolescentes de diferentes estratos sociais do município de Ribeirão Preto; *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto , v.9, n.1, Jan, 2001.

FERIGOLO, M.; BARBOSA, F. S. et al, Prevalência do consumo de drogas na Febem, Porto Alegre; *Rev. Bras. Psiquiatr.*; São Paulo, v.26, n.1, mar. 2004.

FONSECA, M. A. Substance Use Disorder in Adolescence: A Review for the Pediatric Dentist. *Journal of Dentistry for Children*, v.76, n.3, p.209-216, 2009.

FREDDO, S. L.; AERTS, D. R. G. C. et al. Hábitos de higiene bucal e utilização de serviços odontológicos em escolares de uma cidade da Região Sul do Brasil; *Cad. Saúde Pública*; Rio de Janeiro, v.24, n.9, set. 2008.

IHA 2005/2007 / Unicef; Secretaria de Direitos Humanos; Observatório de Favelas; *Laboratório de Análise da Violência*; Programa de Redução da Violência Letal. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, 2010.

KRIGER, L.; MOYSES, S.; MOYSES, S. T. *Saude bucal das famílias trabalhando com evidencias*; São Paulo-SP: Artes Médicas, 2008. p. 67-85/ 183-226.

LARANJEIRA, R.; ZALESKI, M. Padrões de uso de álcool entre adolescentes brasileiros, *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v.32, n.3, set, 2010.

LARANJEIRA, R.; RIBEIRO, M.; DUALIB, L. B. Perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil, 2008. Disponível em: http://www.abead.com.br/artigos/arquivos/perfil_usuarios_coca_crack.pdf. Acesso em: 20 out. 2011.

LOCKER, D. et al. *An introduction to behavioral sciences & dentistry*. London: Tavistock, 1989.

MACHADO, K. Crack questão de saúde pública; *Revista Radis*, n.92, abr. 2010.

MATOS, A. M.; CARVALHO, R. C.; COSTA, M. C O. et al. Consumo frequente de bebidas alcoolicas por adolescentes escolares: estudo de fatores associados. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v.13, n.2, p.302-313, 2010.

MEZZICH, A. C.; WALTER, A. B. et al. Child neglect and Oral health problems in offspring of substance-abusing fathers. *The American Journal on Addictions*, v.16, p. 397-402, Sep-Oct, 2007.

NADANOVSKY, P.; OLIVEIRA, B. H. O. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile-short form. *Community Dent Oral Epidemiol*, n.33, p.307-314, 2005.

NETO, O. C.; MOREIRA, M. R.; SUCENA, L. F. M. *Nem soldados nem inocentes juventude e tráfico de drogas no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

OLIVAN, G. The health profile of Spanish incarcerated delinquent youths. *J Adolesc Health*, v.29, n.6, p.384, 2001.

OMS. *Levantamentos Básicos em Saúde Bucal*. 4.ed, São Paulo, SP: Livraria Santos Editora, 1999.

OMS. *Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001 – Saúde Mental: Nova Conceção*, Nova Esperança. OMS, Genebra, 2001.

O'SULLIVAN, E.M.; Prevalence of oral mucosal abnormalities in addiction treatment centre residents in Soutern Ireland. *Oral Oncology*, n.47, p. 395-399, 2011.

PILLON, S. C.; BARROS, M. A. Atitudes dos profissionais do programa saúde da família diante do uso e abuso de drogas. *Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery*, Rio de Janeiro, v.11, n.4, 2007.

- PILLON, S. C.; MARTINS, M. C. A relação entre a iniciação do uso de drogas e o primeiro ato infracional entre os adolescentes em conflito com a lei. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, n.5, mai, 2008.
- PILLON, S. C.; VASTERS, G. P. O uso de drogas por adolescentes e suas percepções sobre adesão e abandono de tratamento especializado. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v.19, n.2, mar-abr 2011. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 9 jan. 2012.
- RAMOS-JORGE, M. L.; BOSCO, V. L.; PERES, M. A.; NUNES, A. C. G. P. The impact of treatment of dental trauma on the quality of life of adolescents – a case control study in southern Brazil. *Dent Traumatol*, v.23, p.114-119, 2007.
- ROBINSON, P. G.; ACQUAH, S. Drug users: oral health-related attitudes and behaviours. *British Dental Journal*, v.198, n.4, p.219-224, fev. 2005.
- ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia e saúde. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.
- SANCHEZ, Z. V. D. M.; OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A.; Razões para o não-uso de drogas ilícitas entre jovens em situação de risco. *Revista de Saúde Pública*, v.30, n.4, 2005.
- SLADE, G. D. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, v.25, p.284-90, 1997.
- SOUZA, M. L. R. et al; Acesso a serviços odontológicos e auto-percepção da saúde bucal em adolescentes, adultos e idosos. *Arquivos em odontologia*, v.46, n.4, out/dez, 2010
- SPOSITO, M. P.; SILVA, H. H. C.; SOUZA, N. A. Um balanço preliminar de iniciativas públicas voltadas para jovens em municípios de regiões metropolitanas. *Revista Brasileira de Educação* v. 11 maio/ago. 2006.
- SHETTY, V.; MOONEY, L. J. et al. The relationship between methamphetamine use and increased dental disease. *The Journal of the American Dental Association*, v. 141, n. 3, p. 307-318, março, 2010.
- SCHEPIS, T. S.; ADINOFF, B.; RAO, U.; Neurobiological processes in adolescent addictive disorders. *The Journal on Addictions*, v. 17, p. 6-23, jan-feb, 2008.
- TOMITA, N. E.; LAURIS, J. R. P. et al. Abordagem integrada da saúde bucal de droga-dependentes em processo de recuperação. *Pesquisa Odontológica Brasileira*, v.16, n. 3, p.239-245, 2002.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION; *Systematic review of treatment for amphetamine-related disorders*. Geneva: World Health Organization; 2001.
- WHO. *Calibration of examiners for oral health epidemiological surveys*. Geneva: ORH: EPID, 1993.

APÊNDICES

APÊNDICE A



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está convidado para participar, se quiser, em uma pesquisa. Depois de receber as informações que estão abaixo se quiser colaborar com este estudo assine este documento em duas vias. Uma é sua e outra da pesquisadora. Se não quiser participar não será prejudicado ou penalizado de forma alguma. Se tiver dúvidas poderá procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEL, pelo telefone (43)3270-2000.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do projeto: O perfil de uso de substâncias psicoativas e de saúde bucal dos adolescentes de um CENSE.

Pesquisador responsável: Marcela Aparecida Tasso Pereira

Pesquisador Participante: Dinarte Ballester

Este projeto tem o objetivo de conhecer o perfil de uso de drogas e a saúde bucal dos adolescentes que passam pelo CENSE de Foz do Iguaçu. Você não sofrerá nenhum prejuízo, nem desconforto. Não custará nada para você participar e se forem necessárias orientações ou esclarecimentos serão feitos pela pesquisadora.

Será necessário realizar os seguintes procedimentos:

- Responder aos questionários.
- Realizar um exame de observação para avaliar a condição dos dentes.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa tenho direito a:

- 1) Receber resposta a qualquer e esclarecimentos sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa.
- 2) Não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade.
- 3) Procurar informações com o Comitê de Ética em Pesquisa em caso de dúvidas ou notificações de acontecimentos não previstos.

Eu, _____, RG: _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo **O PERFIL DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E DE SAÚDE BUCAL DOS ADOLESCENTES DE UM CENTRO DE SOCIOEDUCAÇÃO**, fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Marcela sobre a pesquisa e os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade ou perda.

Foz do Iguaçu, ____ de ____ de 2010

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome do responsável: _____ Assinatura: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar. Testemunhas:

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

APÊNDICE B

Questionário Geral

1. INFORMAÇÕES GERAIS

1.1 Código _____

1.2 Data da Entrevista: ____/____/____

1.3 Data de Nascimento: ____/____/____

1.4 Raça: 1. Branco () 2. Negro () 3. Pardo () 4. Índio () 5. Amarelo ()

1.5 Você já trabalhou? 1. Não () 2. Sim() Se Sim: 1. Formal () 2. Informal ()

1.6 Qual a renda da sua família hoje? _____reais.

2. SITUAÇÃO ESCOLAR

2.1. Você está na escola? 1. Não () 2. Sim ()

2.2. Em que série está? _____

2.3. Quantos anos já estudou? _____

2.4. Quantos dias você faltou (na escola) no último mês? _____

2.5. Você sofreu alguma punição (na escola) no último mês? 1. Não () 2. Sim ()

Se sim Qual? _____

3. USO DE SUBSTÂNCIAS (Álcool e/ou Drogas)

*3.1. Quais substâncias químicas você usou nos últimos 30 dias?

SUBSTÂNCIA	Quantos dias	Idade de início	Via de adm.*
A. Álcool			
B. Tabaco			
C. Maconha			
D. Cocaína/crack			
E. Inalantes			
F. Outros			

* Via de administração: 1=Oral; 2= Nasal; 3= Fumada; 4= Injeção não, EV; 5=Injeção EV

3.2. Há substâncias que você já usou antes, mas que você não tenha usado nos últimos 30 dias? (USO NA VIDA)

SUBSTÂNCIA	Idade de início	Idade de término	No. de dias que fazia uso no mês
A. Álcool			
B. Tabaco			
C. Maconha			
D. Cocaína/crack			
E. Inalantes			
F. Outros			

3.3. Quantas vezes você:

Apresentou um "blackout" (não se lembrava do ocorrido na ocasião em que usou droga)?

1. () Não 2. () Sim _____

Teve uma overdose de drogas? 1. () Não 2. () Sim _____

3.4. Quanto dinheiro você diria que gastou nos últimos 30 dias com:

A. Álcool R\$ _____

B. Drogas R\$ _____

C. Tabaco R\$ _____

3.5. Você obteve as drogas através de:

1. Favores sexuais () 2. Atividades ilegais () 3. Amigos / Familiares () 4. Traficante () 5. Trabalho ()

USE A ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE PARA AS QUESTÕES 3.6 E 3.7

0	1	2	3	4
Não/nada	Um pouco	moderadamente	muito	demais

3.6. O quanto você se sentiu incomodado ou perturbado nos últimos 30 dias por:

1. Problemas com Álcool () 2. Problemas com Drogas () 3. Problemas com Tabaco ()

3.7. Qual a importância para você agora de um tratamento para:

1. Problemas com Álcool () 2. Problemas com Drogas () 3. Problemas com Tabaco ()

AVALIAÇÃO DA CONFIABILIDADE

As informações acima foram significativamente distorcidas por:

3.8. Resposta propositadamente errada do paciente? 1. Não () 2. Sim ()

3.9. Incapacidade de entendimento do paciente? 1. Não () 2. Sim ()

Comentários: _____

4. RELAÇÕES FAMILIARES

4.1. Qual é sua situação de moradia atual?

1. com ambos os pais () 2. com só um dos pais () 3. com outros membros da família ()
4. com amigos () 5. com namorado(a) ou cônjuge () 6. sozinho ()

4.2. Há quanto tempo você tem vivido nesta situação? _____

4.3. Você está satisfeito(a) com esta situação de moradia? 1. Não () 2. Sim ()

4.4. Você tem apresentado sérios conflitos ou problemas com:

1. mãe () 2. pai () 3. Irmãos() 4. outros membros da família () 5. responsável ()

4.5. Você foi agredido por algum membro da sua família no último mês?

1. Nada () 2. Pouco () 3. Moderadamente () 4. Muito() 5. Demais/Sempre ()

ESTE INSTRUMENTO FOI BASEADO E ADAPTADO DO T-ASI DO PROGRAMA SUPERA
(2009) DO MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL

FICHA DE AVALIAÇÃO DE SAÚDE BUCAL

IDADE: _____

Avaliação Clínica Exame ExtraBucal

0 = Aparência extrabucal normal
 1 = Ulceração, feridas e lesões, fissuras (cabeça, pescoço, membros)
 2 = Ulceração, feridas erosões, fissuras (nariz, bochechas e mento)
 3 = Ulceração, feridas, erosões fissuras (comissura labial)
 4 = Ulceração, feridas, erosões, fissuras (vermelho dos lábios)
 5 = Cancrum Oris
 6 = Anormalidades nos lábios superior e inferior
 7 = Linfonodos enfiados (cabeça, pescoço)
 8 = Outros inchaços da face e maxilares
 9 = com registro

Mucosa Bucal

CONDIÇÃO			LOCALIZAÇÃO
0=ausência de condições anormais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0=Vermelhão dos lábios
1=Tumor maligno (ca bucal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1=Comissura Labial
2=Leucoplasia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2=Lábios
3=Líquem Plano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3= Sulcos
4=Ulceração(afta, herpes, trauma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4=Mucosa vestibular
5=Gengivite necrosante aguda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5=Assoalho de boca
6=Candidíase			6=Língua
7=Linfonodos enfiados(cab, pesc)			7=Palato mole e/ou duro
8=Outros inchaços da face e maxilares			8=Rebordos alveolares/gengiva
9=Não registrado			9=Não registrado

<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td></td><td>55</td><td>54</td><td>53</td><td>52</td><td>51</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="8"><hr/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td></tr> <tr><td></td><td></td><td>85</td><td>84</td><td>83</td><td>82</td><td>81</td><td></td></tr> </table>		55	54	53	52	51			18	17	16	15	14	13	12	11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48	47	46	45	44	43	42	41			85	84	83	82	81		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>61</td><td>62</td><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="8"><hr/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td></tr> <tr><td>71</td><td>72</td><td>73</td><td>74</td><td>75</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	61	62	63	64	65				21	22	23	24	25	26	27	28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31	32	33	34	35	36	37	38	71	72	73	74	75			
	55	54	53	52	51																																																																																																												
18	17	16	15	14	13	12	11																																																																																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
<hr/>																																																																																																																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
48	47	46	45	44	43	42	41																																																																																																										
		85	84	83	82	81																																																																																																											
61	62	63	64	65																																																																																																													
21	22	23	24	25	26	27	28																																																																																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
<hr/>																																																																																																																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
31	32	33	34	35	36	37	38																																																																																																										
71	72	73	74	75																																																																																																													

CONDIÇÃO DENTAL

DENTE PERMANENTE

- 0 - HÍGIDO
- 1 - CARIADO
- 2 - RESTAURADO COM CÁRIE
- 3 - RESTAURADO SEM CÁRIE
- 4 - PERDIDO POR CÁRIE
- 5 - PERDIDO POR OUTRAS CAUSAS
- 6 - SELANTE
- 7 - APOIO DE PONTE OU COROA
- 8 - NÃO ERUPCIONADO
- EXCLUÍDO
- 10- T - TRAUMA

DENTE DECÍDUO

- A
- B
- C
- D
- E
-
- F
- G
- T

Saúde bucal

a) Já foi ao dentista antes de entrar nesta instituição?
 1. () Sim 2. () Não
 Se sim: 1. () atendimento particular 2. () público

b) Quantas vezes por dia escova os dentes?
 1. () 1 2. () 2 3. () 3 ou mais 4. () nenhuma

c) Você conhece alguma doença da boca?
 1. () Sim 2. () Não
 Se sim qual?

OHIP-14 (Oral Health Impact Profile)

Marque as respostas que desejar lembrando que as perguntas se referem aos problemas que podem ter ocorrido com você no último ano

1. Você teve dificuldades na pronuncia de alguma palavra por problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?
0.()Nunca 1.()Raramente 2.()Às vezes 3.()Repetidamente 4.()Sempre
2. Sentiu que seu paladar piorou por problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?
0.()Nunca 1.()Raramente 2.()Às vezes 3.()Repetidamente 4.()Sempre
3. Sentiu dores na boca?
0.()Nunca 1.()Raramente 2.()Às vezes 3.()Repetidamente 4.()Sempre
4. Já sentiu desconforto em mastigar algum alimento por problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?
0.()Nunca 1.()Raramente 2.()Às vezes 3.()Repetidamente 4.()Sempre
5. Preocupou-se com problemas dentários?
0.()Nunca 1.()Raramente 2.()Às vezes 3.()Repetidamente 4.()Sempre
6. Já se sentiu tenso por problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?
0.()Nunca 1.()Raramente 2.()Às vezes 3.()Repetidamente 4.()Sempre
7. Sua alimentação já foi prejudicada por problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?
0.()Nunca 1.()Raramente 2.()Às vezes 3.()Repetidamente 4.()Sempre
8. Precisou parar suas refeições por problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?
0.()Nunca 1.()Raramente 2.()Às vezes 3.()Repetidamente 4.()Sempre
9. Teve dificuldade para relaxar por problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?
0.()Nunca 1.()Raramente 2.()Às vezes 3.()Repetidamente 4.()Sempre
10. Ficou envergonhado por problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?
0.()Nunca 1.()Raramente 2.()Às vezes 3.()Repetidamente 4.()Sempre
11. Já ficou irritado com outras pessoas por problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?
0.()Nunca 1.()Raramente 2.()Às vezes 3.()Repetidamente 4.()Sempre
12. Já teve dificuldades em realizar suas atividades diárias por problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?
0.()Nunca 1.()Raramente 2.()Às vezes 3.()Repetidamente 4.()Sempre
13. Sentiu que a vida piorou por problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?
0.()Nunca 1.()Raramente 2.()Às vezes 3.()Repetidamente 4.()Sempre
14. Teve sua capacidade de trabalho reduzida por problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?
0.()Nunca 1.()Raramente 2.()Às vezes 3.()Repetidamente 4.()Sempre

ANEXO

ANEXO A

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
 Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná
 Registro CONEP 268

Parecer de Aprovação Nº 184/10 CAAE Nº 0186.0.268.000-10 FOLHA DE ROSTO Nº 364048	Londrina, 21 de setembro de 2010.
PESQUISADORA: MARCELA APARECIDA TASSO PEREIRA CCS/PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA	
Prezada Senhora: O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná" (<u>Registro CONEP 268</u>)— de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto: "PERFIL DO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E DE SAÚDE BUCAL DOS ADOLESCENTES DE UM CENTRO DE SOCIOEDUCAÇÃO"	
Situação do Projeto: APROVADO Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá apresentar ao CEP/UEL relatório final da pesquisa.	
<p align="center">Atenciosamente,</p>  Prof. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Coordenadora Comitê de Ética em Pesquisa-CEP/UEL	