

<p>Larissa E. R. Martins</p>	<p>LARISSA ELIZABETH REIS MARTINS</p>
<p>Motivo da procura por atendimento odontológico em um centro de internação provisória para adolescentes que cometeram ato infracional</p>	<p>MOTIVO DA PROCURA POR ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO EM UM CENTRO DE INTERNAÇÃO PROVISÓRIA PARA ADOLESCENTES QUE COMETERAM ATO INFRACIONAL</p>
<p>2010</p>	<p>Faculdade de Odontologia Universidade Federal de Minas Gerais Belo Horizonte 2010</p>

Larissa Elizabeth Reis Martins

**MOTIVO DA PROCURA POR ATENDIMENTO
ODONTOLÓGICO EM UM CENTRO DE INTERNAÇÃO
PROVISÓRIA PARA ADOLESCENTES QUE
COMETERAM ATO INFRAACIONAL**

Monografia apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do grau de Especialista em Saúde Coletiva.
Orientador: Prof. Dra. Andréa Maria Duarte Vargas.

Faculdade de Odontologia – UFMG
Belo Horizonte
2010

AGRADECIMENTOS

À professora Dra. Andréa Maria Duarte Vargas do departamento de Odontologia Social e Preventiva da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais e à Ana Cristina Viana Campos, mestranda em Saúde Coletiva da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais pelos comentários, análise estatística, correções e sugestões.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo pesquisar os motivos que levam adolescentes que cometeram ato infracional acautelados em um Centro de Internação Provisória de Belo Horizonte a buscar por atendimento odontológico. Foram atendidos em um período de três meses adolescentes de 13 a 19 anos que solicitaram o atendimento. Além do motivo da consulta, as variáveis exploradas foram: idade, raça, escolaridade, número de moradores no domicílio, renda familiar, reincidência na unidade de internação, uso de drogas ilícitas, uso de cigarros, ingestão de bebidas alcoólicas, orientação sobre saúde bucal, preferência alimentar, escala de dor. Os resultados mostraram que os principais motivos pela procura ao atendimento odontológico foram a dor de dente, seguido de cárie, avaliação, gengivite, fratura de dente anterior. Dentre os fatores que se relacionaram com a dor dentária foram a renda familiar e a orientação sobre saúde bucal. Aqueles que possuíam menor renda e já haviam recebido alguma orientação em saúde bucal, tinham maior chance de buscar o atendimento odontológico com dor. 15% dos adolescentes buscaram o dentista como forma de saírem por um período dos alojamentos.

Palavras-Chaves: adolescentes infratores, dor de dente, condição socioeconômica.

ABSTRACT

This study aimed to investigate the reasons why adolescents who had committed offenses safeguarded in a detention center in Belo Horizonte Provisional searching for dental care. Were seen over a period of three months adolescents 13-19 years who sought dental care. Besides the reason for consultation, the variables were: age, race, education, number of household members, household income, recurrence in the unit, use of illicit drugs, cigarette smoking, alcohol consumption, advice on oral health , food preference, pain scale. The results showed that the main reasons for seeking dental care were toothache, followed by caries, evaluation, gingivitis, fractured anterior tooth. Among the factors that related to dental pain were family income and guidance on oral health. Those who had lower incomes and had received some guidance on oral health were more likely to seek dental care with pain. 15% of adolescents sought the dentist as a way to leave for a period of accommodation.

Key Words: juvenile delinquents, toothache, socioeconomic status.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	07
2. METODOLOGIA.....	09
3. RESULTADOS.....	11
4. DISCUSSÃO.....	16
5. CONCLUSÃO.....	21
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	22
7. ANEXO.....	25

INTRODUÇÃO

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), instituído pela Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, define como adolescente o indivíduo dos 12 anos completos até os 18 anos incompletos. Expressa os direitos da população infanto-juvenil brasileira além de reforçar o valor da criança e do adolescente como um ser humano que necessita de respeito em função da sua condição de pessoa em desenvolvimento. Isso os torna merecedores de proteção integral por parte da família, da sociedade e do Estado, devendo este, atuar mediante políticas públicas e sociais na promoção e defesa de seus direitos. Isso se aplica inclusive para aqueles adolescentes que cometeram algum ato infracional em sua vida.

Segundo Infante (1994), a adolescência é a fase de desenvolvimento humano em que os jovens buscam modelos para construir a sua identidade e personalidade. Dessa forma, o meio social em que vivem pode influenciar as suas escolhas e, a boa aparência física é muito importante para seus relacionamentos pessoais. Sendo assim, a saúde bucal pode comprometer a auto-imagem do jovem produzindo sentimentos de inferioridade. Silva (2003) cita que o comprometimento da estética bucal é um dos principais problemas de saúde apontados entre adolescentes, podendo afetar inclusive sua auto-estima.

Os hábitos e comportamentos adotados por adolescentes favorecem o desenvolvimento de doenças bucais como cárie e doença periodontal. Além disso, fatores sócio-econômicos, demográficos, psicossociais e o estilo de vida podem comprometer a saúde bucal. Dessa forma, adolescentes infratores encaixam-se nessa parcela da população em que, a falta de condições ideais de vida, por serem menos favorecidos economicamente, impossibilita qualquer medida preventiva em

relação à saúde bucal, ocasionando dor de dente oriunda de cáries profundas e antigas.

No Brasil existem poucos estudos sobre a saúde bucal dos adolescentes que cumprem medidas sócio-educativas. Estes, enquanto acautelados em um centro de internação, passam bom tempo presos em alojamentos com mais seis ou sete meninos. Em um lugar onde o tempo ocioso é grande, qualquer incômodo, é o suficiente para tornar uma dor muito forte e necessária à avaliação do cirurgião dentista. Porém, muitas vezes, visto que a simulação de dor lhe dará a possibilidade de sair do alojamento, os adolescentes acham interessante passar por um dentista, seja para uma avaliação, uma limpeza, ou simplesmente uma conversa.

Dado esta situação, nota-se a relevância deste estudo que pretende conhecer os motivos da procura por atendimento odontológico de adolescentes infratores no momento em que estão acautelados em um centro de internação provisória de Belo Horizonte e a relação desses motivos com as suas condições sócio-econômicas e demográficas.

O Centro de Internação Provisória estudado pertence a Subsecretaria de Atendimento Sócio Educativo do Estado de Minas Gerais – SUASE. É um local destinado ao atendimento de adolescentes do sexo masculino, acautelados provisoriamente, com idade compreendida entre 12 e 18 anos, onde permanecem por um período máximo de 45 dias aguardando decisão judicial. Eles cumprem medidas sócio-educativas visando à reeducação e reinserção social. Essas medidas têm caráter impositivo, porque são aplicadas, independente da vontade do infrator. Têm cunho sancionatório, porque o infrator quebrou a regra de convivência dirigida a todos. E é retributiva, na medida em que é uma resposta do Estado à prática do ato infracional praticado (LIBERATI, 2002).

Além dessas medidas, a entidade precisa cumprir diversas obrigações de forma a garantir a integridade e bem estar dos acautelados como, por exemplo, oferecer cuidados médicos, psicológicos, odontológicos e farmacêuticos. Dessa forma tenta-se proporcionar ao adolescente que cometeu ato infracional, uma oportunidade de refletir pelos seus atos e reconstruir seus projetos de vida.

METODOLOGIA

A Unidade escolhida apresenta capacidade para 65 adolescentes, porém, encontra-se superlotada tendo um público médio diário de 150 adolescentes. Como existe uma alta rotatividade nas Unidades de Internação Provisória, optou-se por realizar este trabalho durante um período de três meses, ou seja, todos aqueles adolescentes que comparecessem neste período e quisessem participar foram incluídos no estudo. A amostra foi composta, ao final, por 100 adolescentes desta Unidade.

Antes do procedimento clínico, era realizada a coleta de dados pela dentista / pesquisadora com auxílio de uma assistente em saúde bucal. Para isso, foi utilizado um questionário (em anexo) que era respondido oralmente pelos adolescentes, no consultório odontológico da unidade à medida que buscavam o atendimento.

As informações sobre os adolescentes, incluindo o motivo da consulta, foram coletadas através de suas respostas e, os dados da história médica, foram extraídos da ficha de Acolhimento/Prontuário que é preenchida quando o mesmo é acautelado no local. Este documento fica arquivado na unidade após o seu desligamento ou ainda acompanha o adolescente caso este seja encaminhado à outra unidade do sistema.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG e aprovado sob o número ETIC 123/08.

Foi realizada, inicialmente, uma análise estatística descritiva dos dados sócio-demográficos e das demais variáveis.

O motivo da consulta odontológica foi agrupado em duas categorias, a saber: 1) dor dentária (N=55) e 2) outros (N=45). Essa medida foi executada para formar dois grupos a serem comparados através da análise multivariada. Para este estudo foram consideradas variáveis independentes: idade, raça, escolaridade, número de moradores no domicílio, renda familiar, reincidência na unidade de internação, uso de drogas ilícitas, uso de cigarros, ingestão de bebidas alcoólicas, orientação sobre saúde bucal, preferência alimentar, escala de dor.

As variáveis contínuas foram dicotomizadas pela mediana, a saber: idade (≤ 17 e > 17 anos), escolaridade (≤ 8 e > 8 anos de estudo), número de moradores no domicílio (≤ 5 e > 5 moradores) e escala de dor (≤ 6 e > 6). A variável relacionada à renda foi reagrupada em três categorias: até dois salários, acima de três salários e não sabe informar a renda familiar.

A regressão logística binária (análise bruta e ajustada) foi usada para examinar as associações entre o motivo da consulta odontológica dos adolescentes (variável dependente) e as variáveis independentes. Para modelagem da análise de regressão, foram consideradas apenas as variáveis que apresentaram nível de significância inferior a 0,20. Em um segundo momento, o ajuste do modelo foi feito retirando-se as variáveis que não permaneceram associadas estaticamente e pela inclusão da variável idade, com a finalidade de analisar a sua possível influência quando considerada em conjunto com as demais.

A construção do banco de dados foi realizada pelo programa estatístico SPSS para Windows versão 17 para análise dos mesmos. O nível de significância foi estabelecido em $p < 0,05$.

RESULTADOS

Dentre os adolescentes atendidos, a idade variou de 13 a 19 anos com mediana igual 17 anos (62%). Com relação à raça, 58% se auto denominaram pardos, seguidos de 26% negros e 16% brancos.

A maioria dos adolescentes mora em Belo Horizonte (88%) nas regionais Venda Nova, Barreiro, Oeste e Leste e os demais (12%) em outras cidades (tab. 1).

Tabela 1 - Distribuição dos adolescentes pesquisados segundo o local de moradia em Belo Horizonte (Regional) e demais cidades

Regional- BH/outra cidade	Percentual (%)
BH-Venda Nova	17%
BH-Oeste	16%
BH- Barreiro	13%
BH- Leste	12%
BH- Norte	10%
BH- Nordeste	09%
BH-Noroeste	06%
BH- Centro – Sul	03%
BH-Pampulha	01%
BH- Sul	01%
Ribeirão das Neves/MG	04%
Contagem/MG	04%
Ibirité/MG	01%

Barão de Cocais/MG	01%
Porto Alegre/RGS	01%
<hr/>	
Total	100%
<hr/>	

Constatamos que dos adolescentes estudados, 68,4% possuem de sete a dez anos de escolarização, porém muitos já repetiram o ano ao menos uma vez (74%). A maioria não estuda atualmente (70%), sendo que 37,54% pararam porque não gostavam ou não queriam estudar; 22,86% saíram da escola por terem brigas internas, que traziam risco às suas vidas; 12,86% optaram por entrar para o crime e para o tráfico; 10% começaram a trabalhar; 8,57% foram expulsos e 7,14% abandonaram os estudos por morarem longe da escola.

Foi observado que a renda mensal familiar da maioria dos adolescentes atendidos é inferior a três salários mínimos (63%), sendo que, dentre estes, 28% relataram ter até quatro moradores em sua residência, 12% com cinco moradores e 6% com seis moradores.

O uso da droga se faz presente em 90% dos entrevistados, e 46% usam só dois tipos, a maconha e a cocaína. Quanto ao cigarro, 74% dizem que fazem uso com frequência, sendo que 78,38% iniciaram a partir dos 12 anos de idade. Em relação à bebida alcoólica, daqueles que utilizam (44%), 86,36% iniciaram a partir dos 12 anos de idade também. Quanto à reincidência na unidade, observou-se que 75% dos entrevistados têm mais de uma passagem pelo sistema.

Quando questionados sobre a procura por atendimento odontológico anterior, 85% relataram já ter procurado um dentista sendo que, o maior motivo, era dor (52,94). Dentre os que não buscavam o atendimento, em sua maioria, por preguiça e por não se importarem. 69% dos entrevistados já haviam recebido algum tipo de orientação

em saúde bucal. 70%, já haviam ficado, pelo menos um dia, sem escovar os dentes, em função de esquecimento ou por estarem nas ruas usando drogas.

Em relação à alimentação quando não estão acautelados, 54% gostam de comer doces e salgados, 25% preferem alimentos salgados e 21% alimentos doces.

Dentre os motivos da consulta odontológica na Unidade, a maioria (55%) relatou que foi a dor de dente, seguido de cárie (18%), 11% para simples avaliação, 7% gengivite e 2% por fratura de dente anterior. Os 7% restantes buscaram o consultório por motivos variados como, por exemplo, irrompimento dos sisos, fratura de dente posterior, raiz radicular e outros.

A tabela 2 relata o valor dado pelos adolescentes para sua dor no momento da consulta odontológica. Dentre os que sentiram dor, foi observado que 21,18% queixaram o máximo de dor (valor 10). 15% não apresentaram dor alguma (valor zero).

Tabela 2 - Distribuição dos adolescentes pesquisados segundo a escala de dor no momento da consulta.

Escala de dor	Percentual (%)
Zero	15%
1 – 3 (baixa)	11%
4 – 6 (média)	28%
7 – 10 (alta)	46%
Total	100%

Na análise logística (bruta e ajustada), foram apresentados apenas os resultados das variáveis que se mantiveram associadas ao desfecho (Tabela 3 e 4).

Tabela 3. Associação entre o motivo da consulta odontológica (dor e outros) em relação às variáveis independentes selecionadas no modelo de regressão binária, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2009.

Variáveis Categorias	Motivo da consulta		OR (IC95%)	P
	Dor N(%)	Outros N(%)		
Idade				
≤ 17 anos	49	38	0,70 (0,42-1,149)	0,189
> 17 anos	06	07	1,00	
Número de moradores no domicílio				
≤ 5	41	30	1,41 (1,01-1,97)	0,046
> 5	14	15	1,00	
Renda				
Até 2 salários	26	12	0,14 (0,03-0,65)	0,012
Acima de 3 salários	19	16	0,22 (0,05-1,03)	0,054
Não sabe	10	17	1,00	
Já usou drogas ilícitas?				
Sim	50	40	0,05 (0,01-0,48)	0,010
Não	05	05	1,00	
Fuma cigarro?				
Sim	44	30	2,89 (0,79-10,59)	0,109
Não	11	15	1,00	
Ingere bebidas alcoólicas?				
Sim	29	15	5,44 (1,32-22,36)	0,019
Não	26	30	1,00	
Já recebeu orientação sobre saúde bucal?				
Sim	35	34	0,23 (0,06-0,95)	0,043
Não	20	11	1,00	
Escala de dor				
≤ 6	21	33	0,53 (0,40-0,71)	<0,001
> 6	34	12	1,00	

Na análise bruta, observou-se associação estatisticamente significativa entre motivo da consulta odontológica com menor renda familiar ($p=0,012$), uso de drogas ilícitas ($p=0,010$), ingestão de bebidas alcoólicas ($p=0,019$), orientação sobre saúde bucal ($p=0,043$) e com a escala de dor ($p<0,001$). Isso significa dizer que os adolescentes que apresentaram maior chance de consultar o dentista por causa de dor dentária

foram aqueles que possuíam menor renda familiar com maior número de moradores no domicílio, que já usaram drogas e álcool e receberam orientação sobre saúde bucal (Tabela 3).

Tabela 4. Regressão logística múltipla de acordo com o motivo da consulta odontológica (dor e outros), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2009.

Variáveis Categorias	OR*	IC 95%	P
Renda			
Até 2 salários	0,15	(0,04-0,58)	0,006
Acima de 3 salários	0,30	(0,08-1,14)	0,077
Não sabe	1,00		
Já usou drogas ilícitas?			
Sim	0,22	(0,03-1,57)	0,133
Não	1,00		
Ingere bebidas alcoólicas?			
Sim	2,66	(0,89-7,92)	0,080
Não	1,00		
Já recebeu orientação sobre saúde bucal?			
Sim	0,30	(0,09-0,95)	0,041
Não	1,00		
Escala de dor			
≤ 6	0,64	(0,53-0,78)	<0,001
> 6	1,00		

*Ajustado pelas variáveis estatisticamente significantes na regressão binária e pela idade.

A Tabela 4 evidencia a permanência de uma fraca associação entre o desfecho e as variáveis independentes. Ainda assim, a retirada das variáveis não associadas no modelo, mesmo com a inserção da variável idade como fator de confundimento, parece ter favorecido a associação entre motivo da consulta odontológica e renda ($p=0,006$) e também a orientação sobre saúde bucal ($p=0,041$) sem modificar a associação em relação à escala de dor ($p<0,001$). Na análise ajustada, a chance do adolescente consultar o dentista com dor dentária é de 0,15 vezes maior quando o adolescente possui renda familiar inferior a 2 salários mínimos ($IC95%=0,04-0,58$) e

de 0,30 vezes maior para o adolescente que já recebeu orientação sobre saúde bucal (IC95%=0,09-0,95).

DISCUSSÃO

Ao falar em delinquência e criminalidade na adolescência, a pobreza e a desigualdade são referências notórias para explicar esse fenômeno. Os dados sócio-econômicos e demográficos deste estudo estão muito próximos ao perfil do adolescente em privação de liberdade no Brasil, de acordo com o Instituto de Pesquisas Economicas Aplicadas – IPEA e a Secretaria de Direitos Humanos – SEDH (2002), que aponta que dos crimes cometidos por adolescentes, 90% são do sexo masculino, 76% com idade entre 16-18 anos, mais de 60% são negros e pardos, 81% viviam com a família, 80% possuíam renda familiar de até dois salários mínimos, 90% tinham o Ensino Fundamental incompleto, embora em idade compatível com Ensino Médio, 6% eram analfabetos, 86% usuários de drogas, 51% não freqüentavam a escola, 49% não trabalhavam e 40% exerciam ocupações no setor informal (SILVA, 2003).

Em relação às desigualdades raciais, verifica-se que a população negra em geral, e as crianças e adolescentes em particular, apresentam um quadro socioeconômico e educacional mais desfavorável que a população branca. Os adolescentes entre 12 e 17 anos da raça/etnia negra, no Brasil, possuem 3,23 vezes mais possibilidades de não serem alfabetizados do que os brancos (UNICEF, 2004). Essa situação foi confirmada pelo nosso estudo já que, dos negros e pardos avaliados, somente 5,95% encontravam-se no ensino médio.

A distribuição de renda e moradia também é pior quando se fala de negros. Do total de pessoas que vivem em domicílios com renda per capita inferior a meio salário mínimo somente 20,5% representam os brancos, contra 44,1% negros (IPEA, 2005).

Neste trabalho, dentre aqueles que vivem em domicílio com renda de até dois salários mínimos, 35% eram negros ou pardos e apenas 3% eram brancos.

Um trabalho de assistência à família que vise melhorar a condição social da mesma, gerando uma diminuição dos conflitos intra-familiares e um aumento de oportunidades são fatores que podem evitar a prática de ato infracional ou a reincidência pelo adolescente. As relações familiares são geralmente marcadas pela ruptura e pelo conflito. Rosa (2000) já fala que a população brasileira enfrenta um salário mínimo que não garante o mínimo para a sobrevivência e, sobretudo, uma política de segurança pública que, com seus métodos violentos e discricionários, instaura medo e insegurança. Zaluar (1987), em seu livro "A Máquina e a Revolta", afirma que entre a vivência com o salário mínimo e a delinqüência nas quadrilhas que prometem vida mais fácil e dinheiro no bolso, a opção de muitos adolescentes é pela última.

A dificuldade na previsão de conseqüências no futuro faz com que o indivíduo jovem seja imediatista. Isso parece contribuir para experimentar o cigarro, o álcool e outras drogas, extremamente prejudiciais à saúde bucal e integral do indivíduo. Dentre o público estudado, 90% fazem uso de drogas ilícitas, 74% fumam e 44% fazem uso de bebida alcoólica. A utilização dessas drogas pode ser facilmente constatada pelo cirurgião-dentista em função dos danos causados aos dentes (KALIL, 2009).

Bullock (1999) define drogas como substâncias que afetam tanto o sistema nervoso central quanto a percepção que o indivíduo tem do meio. Ressalta-se ainda que algumas drogas apresentam efeitos anestésicos, minimizando ou eliminando a dor. Durante a coleta de dados do estudo, alguns adolescentes relataram ficar mais de três dias sem escovar os dentes por estarem sob efeito da droga. Foi relatado

também que, em caso de dor, a utilização de drogas diretamente sobre o dente resolvia o problema evitando, ainda mais, a busca pelo profissional de saúde.

A redução do fluxo salivar é explicada no caso da maconha por Darling e Arendorf (1992) em função da ação parassimpatolítica da droga. Esses fatores podem explicar a alta prevalência de dor, entre os adolescentes investigados, uma vez que 90% deles relataram ter usado algum tipo de droga, sendo unânime o uso da maconha.

Segundo Pedreira et al.(1999), os principais achados em pacientes que usam drogas são: xerostomia, CPOD elevado, redução da capacidade tampão da saliva, queilite angular, bruxismo, perdas dentais, doença periodontal, halitose e estomatites. As drogas têm efeitos diretos sobre as estruturas da boca (mucosa, dente, língua), sendo a cárie e a doença periodontal doenças de elevada prevalência em usuários de drogas. Isso pode ser confirmado pelo estudo já que, dos usuários de drogas, 63,34% compareceram ao consultório odontológico por dor de dente ou problema periodontal.

De acordo com o Journal of Periodontology, adolescentes norte-americanos perdem 51 milhões de horas de aula por ano por causa da dor de dente. As cáries são a doença crônica mais comum na faixa dos cinco aos 17 anos nos Estados Unidos. No Brasil, estudo desenvolvido pela Fiocruz com adolescentes de 250 municípios revela que 35,6% deles apresentavam dor de dente (REZENDE, 2009).

Dados do SB-Brasil, 2003, mostram que quase 70% das crianças brasileiras de 12 anos e cerca de 90% dos adolescentes de 15 a 19 apresentam pelo menos um dente permanente com experiência de cárie dentária. A percentagem de pessoas sem nenhum problema periodontal nas faixas etárias de 15 a 19 anos de idade foi 46,2% no Brasil.

Peres et al.(2000) em um levantamento epidemiológico de saúde bucal, realizado em Florianópolis, avaliou a severidade de cárie em crianças de 12 anos de idade e sua relação com aspectos sociais e comportamentais. Foi constatado que a frequência do consumo de açúcar e a renda familiar influenciaram para alto índice de cárie nestas crianças. Dentro do presente estudo, todos aqueles que relataram comer doces apresentaram pelo menos uma lesão de cárie e buscaram atendimento por dor ou para a realização de restaurações dessas lesões.

Meneghim et al. (2007) classificaram a situação socioeconômica e fizeram uma discussão em relação à prevalência de cárie dentária em escolares de 12 anos de idade na cidade de Piracicaba, São Paulo. Os resultados revelaram que foi estatisticamente significativa a associação do fator cárie dentária com a classe socioeconômica, incluindo renda e grau de instrução como importante determinante da doença cárie.

Davoglio et al.(2009), em seu estudo, diz que a condição sócio-econômica é um dos determinantes sociais mais importantes na utilização de serviços odontológicos. Barros, Bertoldi (2002), em um estudo nacional sobre utilização de serviços, observaram que o número de desassistidos era 16 vezes maior entre os mais pobres, e esses eram também os que tinham maior dificuldade de conseguir atendimento quando o buscavam e o que contribuía para isso, era o fato do Sistema Único de Saúde (SUS) não ter capacidade de atender a demanda da população.

Outro fator, segundo Matos et al.(2001), seria a auto percepção da saúde bucal, sendo que muitos não utilizam os serviços por não acharem necessário, mesmo quando, do ponto de vista clínico, deveriam fazê-lo. No presente estudo, dentre os adolescentes entrevistados que não buscavam atendimento odontológico enquanto estavam em liberdade, não o faziam por preguiça e por não achar que havia

necessidade. A maioria buscava o dentista somente no momento de dor, sendo rara, a procura por prevenção. Isso também é constatado no estudo de Davoglio et al.(2009) que mostra que, menos da metade dos jovens procuraram o serviço odontológico por motivos preventivos.

Entre as dores orofaciais, a dor de dente é a mais freqüente, sendo resultado da cárie dentária, doença periodontal ou traumatismo, caracterizando-se como aguda, recorrente ou crônica (MUMFORD, 1982). Diversos fatores têm sido associados à dor de dente, dentre eles fatores sócio-econômicos, demográficos, fatores psicológicos, étnicos, culturais e padrões de acesso a serviços odontológicos e utilização deles. De acordo com a literatura, indivíduos com piores condições sócio-econômicas apresentam piores condições de vida e, possivelmente, apresentam maior número de agravos à saúde bucal, dentre eles, a dor de dente (NOMURA et al., 2002).

No estudo de Borges et al.(2008), adolescentes não estudantes (40,2%), com menor escolaridade (41,8%) e com menor renda per capita relataram mais dor nos dentes e gengivas que os demais. A maior prevalência de dor foi verificada entre os indivíduos pardos quando comparados aos pretos e brancos.

No estudo realizado por Evans et al.(1996), a cárie pode ser considerada uma das principais causas da dor de origem dentária. Dentre as condições clínicas analisadas, a prevalência da dor nos dentes foi maior entre os indivíduos com mais de quatro dentes cariados e com, pelo menos, uma perda dentária por causa de cárie.

Em nosso estudo, dos casos em que a dor era o motivo, em sua grande maioria, foi observado que ela era ocasionada por cárie extensa não tratada, gerando uma lesão irreversível da polpa. Era realizado o procedimento de pulpectomia e feito o

encaminhamento para a atenção secundária no município. Em alguns adolescentes, essa lesão cariosa já havia comprometido a região de furca do elemento dental sendo necessária a extração do resto radicular.

Sabe-se que o componente psicossocial também pode influenciar a dor, uma vez que a privação e o estresse causados por piores condições de vida poderão potencializá-la (SLADE, 2001). Isso pode ser observado no estudo, onde o meio em que eles ficam acautelados, privados, em maior parte do tempo, de sair do alojamento, já que somente 20% dos adolescentes com dor, queixaram dor baixa. 80% queixaram dor de média a alta.

Houve, também, aqueles adolescentes (15% dos entrevistados) que solicitaram atendimento odontológico mesmo sem queixa, visto a situação em que se encontram. No momento da consulta, muitas vezes chegavam ao consultório sem saber exatamente o que deveriam queixar. Isso se torna freqüente devido ao grande período ocioso que possuem. Eles sabem que, durante o deslocamento até o consultório, poderão encontrar com técnicos e direção para esclarecer algo que tenham dúvida como, por exemplo, andamento do seu processo, sua ligação semanal, sua visita, dentre outros e por isso pedem a consulta odontológica.

CONCLUSÃO

- Para a maioria dos adolescentes o motivo da consulta odontológica era a dor de dente, seguido de cárie dentária.
- A maioria que procurou o atendimento odontológico por dor, a família possui renda de até dois salários mínimos e já haviam recebido orientação em saúde bucal em algum momento de sua vida.
- Dentre os adolescentes que buscaram atendimento odontológico, tanto para o alívio de dor quanto por outro motivo, a maioria possui menos de 17 anos,

menos de cinco moradores em sua residência, faz uso de drogas ilícitas, álcool e fuma.

- Foi observado que a maioria dos adolescentes queixou de dor média a alta pela escala de dor.
- O local e as condições em que se encontram, faz com que criem meios de sair dos alojamentos, para conversarem com outras pessoas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, B.S.; et al. **Programa de Orientação Socioeducativa**. Subsecretaria de Atendimento às Medidas Socioeducativas, SUASE. Diretoria de Orientação Socioeducativa. Belo Horizonte, 2007.

BARBATO, P.R.; PERES, M.A. Perdas dentárias em adolescentes brasileiros e fatores associados: estudo de base populacional. **Revista de Saúde Pública**. v. 43, n. 1, fev. 2009.

BARROS, A.J.D.; BERTOLDI, A.D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.4, p. 109-17. 2002.

BASTOS, J.L.D.; NOMURA, L.H.; PERES, M.A. Dental pain, socioeconomic status, and dental caries in young male adults from southern Brazil. **Caderno de Saúde Pública**. v. 21, n. 5, p. 1416-23. set./out. 2005.

BORGES, C.M.; CASCAES, A.M.; FISCHER, T.K.; BOINGI, A.F.; PERES, M.A.; PERES, K.G. Dor nos dentes e gengivas e fatores associados em adolescentes brasileiros: análise do inquérito nacional de saúde bucal SB-Brasil 2002-2003. **Caderno de Saúde Pública**. v. 24, n. 8, ago. 2008.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Lei 8.069 de 13 de Julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente.** Brasília, 1991.

BULLOCK, K. Dental care of patient with substance abuse. **Dental Clinics of North America.** V. 43, n. 3, p. 513-26. 1999.

BRASÍLIA. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Projeto SB Brasil 2003.** Brasília, 2004.

DARLING M.R.; ARENDORF T.M. Review of the effects of cannabis smoking on oral health. **International Dental Journal.** v. 42, n. 1, p. 19-22. 1992.

DAVOGLIOI, R.S.; AERTSI, D.R.G.C.; ABEGGII, C.; FREDDOI, S.L.; MONTEIRO, L. Fatores associados a hábitos de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos entre adolescentes. **Caderno de Saúde Pública.** v. 25, n. 3. mar. 2009.

EVANS, D.J.; RUGG, G.A.; TABARI, E.D.; BUTLER, T. The effect of fluoridation and social class on caries experience in 5-year-old Newcastle children in 1994 compared with results over the previous 18 years. **Community Dent Health.** v. 13, p. 5-10. 1996.

INFANTE, D.P. Desenvolvimento psicossocial. In: **Pediatria básica.** São Paulo: Sarvier, 1994. v. 1, p. 550-552.

KALIL, Sandra. Sexo, drogas e Odontologia. Disponível em: <http://www.abo.org.br/revista/86/materia4.php> . Acesso em: 27 de set. 2009.

LIBERATI, W.D. **Adolescente e o ato infracional.** São Paulo: Juarez de Oliveira, 2002.

LISBÔA, I.C.; ABEGG, C. Hábitos de higiene bucal e uso de serviços odontológicos por adolescentes e adultos do Município de Canoas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 15, p. 29-39. 2006.

MATOS, D.L.; LIMA-COSTA, M.F.F.; GUERRA, H.L.; MARCENES, W. Projeto Bambuí: estudo de base populacional dos fatores associados com o uso regular de serviços odontológicos em adultos. **Caderno de Saúde Pública**. v. 17, p. 661-8. 2001.

MENEGHIM, M.C., KOZLOWSKI, F.C.; PEREIRA, A.C.; AMBROSANO, G.M.B.; MENEGHIM, Z.M.A.P. Classificação socioeconômica e sua discussão em relação à prevalência de cárie e fluorose dentária. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 12, n. 2. Mar./Apr. 2007.

MUMFORD L. **Orofacial pain: aetiology, diagnosis and treatment**. Londres: Churchill Livingstone; 1982.

NOMURA, L.H.; BASTOS, J.L.D.; PERES, M.A. Dental pain prevalence and association with dental caries and socioeconomic status in schoolchildren, Southern Brazil, 2002. **Brazilian Oral Research**. v. 18, p. 134-40. 2004.

PEDREIRA, R.H.S.; REMENCIUS, L.; NAVARRO, M.F.L.; TOMITA, N.E. Condições de saúde bucal de drogaditos em recuperação. **Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo**. v. 13, p. 395-9. 1999.

PERES, K.G.A.; BASTOS, J.R.M.; LATORRE, M.R.D.O. Severidade de cárie em crianças e relação com aspectos sociais e comportamentais. **Revista de Saúde Pública**. v. 34, n. 4. 2000.

REZENDE, M. Dor de dente atinge mais adolescentes. Disponível em: <http://www.odontosites.com.br/odonto/default5.asp?s=orientando2.asp&id=41&titulo=Dor_de_dente_atinge_mais_adolescentes> . Acesso em 03 de set. 2009.

ROSA, E.T.S. **Adolescente com prática de ato infracional:** a questão da inimizabilidade penal. 2000. Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo.

SILVA, E.R.A.; GUERESI, S. **Adolescentes em conflito com a lei: situação do atendimento institucional no Brasil.** Texto para Discussão nº979, IPEA, Brasília, agosto de 2003.

SLADE, G.D. Epidemiology of dental pain and dental caries among children and adolescents. **Community Dental Health.** v. 18, p. 219-27. 2001.

ZALUAR, A. **A Máquina e a Revolta.** São Paulo: Brasiliense, 1987.

ANEXO (FICHA DE COLETA DE DADOS):

Questionário Saúde Bucal

Número: _____
IDADE: _____ RAÇA/COR _____
RESIDÊNCIA: BELO HORIZONTE: ()SIM REGIONAL: _____
()NÃO ONDE: _____
ESCOLARIZAÇÃO: _____ REPETÊNCIA: ()NÃO
()SIM QUANTAS VEZES: _____
ESTÁ FREQUENTANDO: ()SIM
()NÃO MOTIVO: _____
RENDA FAMILIAR: _____ QUANTOS MORAVAM NA MESMA CASA: _____
USO DE DROGAS ILÍCITAS: ()NÃO ()SIM
QUAIS: _____
FUMA: ()NÃO ()SIM INÍCIO: _____
USA ÁLCOOL: ()NÃO ()SIM INÍCIO: _____
REINCIDENTE NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO: ()NÃO ()SIM
QUANTAS VEZES: _____
ATENDIMENTO MÉDICO: ()NÃO ()SIM
QUAL: _____

ATENDIMENTO ENFERMAGEM: ()NÃO ()SIM

QUAL: _____

ENCAMINHAMENTO REDE EXTERNA: ()NÃO ()SIM

LOCAL: _____MOTIVO: _____

OUTROS ATENDIMENTOS: ()PSICOLOGIA ()SERVIÇO SOCIAL

()PEDAGOGIA ()TERAPIA OCUPACIONAL ()JURÍDICO

JÁ FOI AO DENTISTA ALGUMA VEZ: ()SIM MOTIVO: _____

()NÃO MOTIVO: _____

MOTIVO PELO QUAL NÃO PROCURAVA O DENTISTA NA RUA: _____

JÁ RECEBEU ORIENTAÇÃO SOBRE SAÚDE BUCAL: ()SIM ONDE: _____

()NÃO

JÁ FICOU SEM ESCOVAR OS DENTES: ()NÃO ()SIM

QUANTOS DIAS: _____ MOTIVO: _____

QUANDO NÃO ESTÁ ACAUTELADO, PRFERE: DOCE() SALGADO() AMBOS()

ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO:

MOTIVO: _____

ESCALA DE DOR NO MOMENTO DA CONSULTA:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

PROCEDIMENTO REALIZADO: _____